

Deontologia i errors mèdics

Joan Monés

Comissió de Deontologia. Col·legi de Metges de Barcelona.

Introducció

Diverses circumstàncies motiven el que portem a aquestes pàgines del **Pols de la deontologia** el tema dels errors mèdics i llur relació amb la deontologia.

a) Un informe de l'"*Institute of Medicine Report*" (IOM)¹ en què s'afirma que al menys 44.000 nord-americans, i la xifra potser arriba a 100.000, moren cada any als hospitals d'aquell país per errors mèdics i, com diu l'article, aquesta xifra és superior als morts provocats per accidents d'automòbil. Un editorial publicat uns mesos després a JAMA considerava que si bé les xifres fredes podien conduir aquesta comparació, calia diferenciar que la tècnica prevenció de tots els accidents de cotxe conduiria a que tots els morts per aquesta causa visquessin, però no seria igual en cas de la tècnica prevenció de tots els presumptes errors mèdics, perquè una part dels pacients que van morir presumptament per aquesta circumstància estaven a l'hospital per malalties greus que, amb independència de l'error, també haurien conduït al desenllaç fatal².

b) La publicació recent a *The New England Journal of Medicine* de l'article titulat "*Patient safety: Views of practicing physicians and the public on medical errors*" del mes de desembre de 2002³ en el que es detallen els resultats d'una enquesta realitzada a 831 metges assistencials i a 1.207 ciutadans als Estats Units d'Amèrica (70% de respostes vàlides i quantificables de forma fidedigna), en la que fonamentalment es preguntava:

- 1) Quina era l'experiència personal o de familiars directes sobre els errors mèdics.
- 2) Quina era la transcendència d'aquest problema comparada amb altres de la sanitat.
- 3) Quina era la causa més important dels errors mèdics.
- 4) Quines accions consideraria per llur prevenció.

1) Quina era l'experiència personal o de familiars directes sobre els errors mèdics. El 35% dels metges i el 42 % de la resta de la població van expressar que tenien coneixement d'algun cas d'error mèdic, tot i que només es consideraven com importants al voltant del 22% (incapacitats de llarga evolució 6 %, dolor residual significatiu 10% i morts 6%). La tercera part dels entrevistats, tant metges com ciutadans que explicaven l'experiència d'un error mèdic, reconeixia que el professional implicat en el presumpte error els havia informat i fins i tot demanat excuses.

2) Quina era la transcendència d'aquest problema comparada amb altres de la sanitat. Solament el 5% dels entrevistats, tant del col·lectiu de metges com de la resta de ciutadans, considerava els errors mèdics com un problema sanitari seriós. Malgrat el nombre considerable d'entrevistats amb experiències pròpies o de llurs familiars sobre errors mèdics, només el 2% dels metges i el 6% dels ciutadans havien denunciat al professional mèdic a la justícia. Una dada interessant: el 50% dels metges entrevistats reconeixien haver estat denunciats al menys un cop per presumpta malpraxi.

3) Quina era la causa més important dels errors mèdics. Quant a les possibles causes d'errors mèdics les apreciacions entre els dos col·lectius entrevistats eren bastant coincidents i indicaven com les quatre més importants: 1. Temps de dedicació als pacients insuficient (72%). 2. Estrès o fatiga per part dels professionals sanitaris (70%). 3. Fallades de comunicació entre els diversos estaments sanitaris (67%) i 4. Manca de personal d'infermeria (65 %). A aquest darrer aspecte també es fa referència en una carta a l'editor de març de 2003⁴, en què un nombrós grup d'infermeres i infermers canadencs expressava en una enquesta que els hospitals eren "caòtics" i "insegurs" en part per la manca de personal d'infermeria.

4) Quines accions consideraria per llur prevenció. Quant a les propostes de solucions, eren molt coincidents entre els dos grups. Entre el col·lectiu mèdic en sobresortien dues: primera, desenvolupar sistemes per prevenir els errors en els hospitals (55%) i, segona, incrementar el personal d'infermeria (51%). El col·lectiu de ciutadans expressava quatre propostes: incrementar la plantilla de metges per poder dedicar més temps a cada pacient (78%), demanar als hospital el desenvolupament de sistemes pràctics de control per intentar prevenir els errors (74 %), millorar i afavorir la formació continuada dels

Correspondència: Dr. Joan Monés Xiol
Comissió de Deontologia
Col·legi de Metges de Barcelona
Passeig de la Bonanova, 47
08017 Barcelona
Tel. 93 418 88 88
Fax 93 418 60 48
Adreça electrònica: c_deonto@comb.es

professionals sanitaris (73%) i incrementar el nombre de professionals sanitaris experts en cures intensives (73%). Contràriament, les discrepàncies eren manifestes quant a l'efectivitat d'algunes qüestions que l'enquesta proposava per disminuir el problema. Per exemple, solament el 3% dels metges però fins el 50% dels ciutadans no metges considerarien efectiva, per disminuir els errors, la retirada temporal o total del títol per poder exercir ($p < 0,001$) o solament el 23% dels metges però el 71% de l'altre grup consideraria eficaç l'obligació dels hospitals de comunicar a una agència independent tots els errors detectats ($p < 0,001$).

c) La freqüent equiparació conscient o inconscient d'error mèdic amb deficiències de formació i, com a conseqüència, falta contra la deontologia i l'ètica mèdica.

Error mèdic

La conservació de la salut és freqüentment percebuda com un do, altres vegades com deguda a un bon comportament resultat d'una alimentació sana, exercici adequat i, actualment, és viscuda com un dret que la societat hauria d'assegurar. Això fa que els nostres conciutadans demanin molt a la medicina i als metges, però tant una com altres són fal·libles i, per tant, susceptibles de cometre errors, com en qualsevol altra activitat humana.

Els errors poden ser:

- 1) *Errors de diagnòstic*. Inclouen equivocacions o endarreriments injustificats, elecció de proves inadequades o error en la interpretació de resultats.
- 2) *Errors de tractament*. Aplicació d'una tècnica incorrecta, tractament defectuós o inadequat o una indicació quirúrgica errònia.
- 3) *Errors en la prevenció*. No fer profilaxi amb antibiòtics en certes actuacions tècniques mèdiques o un control postoperatori deficient.
- 4) *Actuacions administratives*. Pèrdua de documentació clínica (història, proves efectuades, etc.), equivocacions amb les cites d'exploracions, etc.

La preocupació social per l'existència d'errors mèdics està creixent en tot el món i genera la necessitat d'un intent de millora. S'han atès dos objectius:

- a) El càstig pel metge
- b) La compensació econòmica dels afectats.

Els metges ho acceptem i compartim perquè hem de fer tot el que calgui per evitar el menor desempàr dels que pateixen. Ara bé, aquest dos objectius, càstig i compensació econòmica, tot i que en teoria persegueixen una milloria de l'assistència, per si sols no ho fan i, a més, poden generar conseqüències contràries del que es pretenia, és a dir, una pitjor assistència (per a certes pràctiques mèdiques necessàries, medicina defensiva, etc.).

Sistemes de denúncies

A partir del segle XIX apareixen les denúncies per presumpta mala praxi. Les reclamacions que constituïen

la primera onada implicaven casos de traumatologia en què un membre tractat per fractura quedava més curt, deformat o immòbil. Els pacients es trobaven amb un problema visual de fàcil identificació i reclamaven als metges. El que feia aquesta situació especialment punyent i irònica era que només 20 anys abans un notable nombre de fractures derivava en amputacions. Tècniques millorades havien produït avenços, però ja que les conseqüències dels avenços eren de vegades imperfectes, aquells que tractaven de salvar l'extremitat en casos difícils sovint es trobaven amb reclamacions.

La indemnització i la condemna era, i és, el sistema utilitzat per resoldre aquests conflictes. Per situacions en què no es busqui la indemnització existeix una via alternativa, la deontològica, que té la possibilitat de depurar responsabilitats per mala praxi (negligències). Preveu càstigs pel metge, però no contempla compensacions econòmiques.

Però cal considerar una diferenciació deontològica i èticament fonamental: la presumpta actuació inadequada del metge, ha estat un error o una negligència? Error és aquella equivocació en la que, malgrat haver fet tot el que es creia convenient i de forma correcta en el procés diagnòstic i terapèutic, el resultat final no ha estat el volgut.

Contràriament, la negligència es dona quan en el procés d'atenció al malalt s'han produït fets que s'allunyen de les normes ètiques i de la bona praxi mèdica recomanada. Per tant, la negligència es produeix per desídia o pel desconeixement greu del procediment admès com a correcte per la comunitat mèdica i científica.

Sistemes de compensació

La importància de la compensació econòmica, en un país com EE.UU. en què el sistema de protecció social és exclusivament privat, és raonable i conceptualment sòlid. L'increment econòmic ha estat espectacular i avui la pòlissa d'assegurança per afrontar les demandes és un motiu de preocupació dels metges americans i és comprensible perquè entre el 10 i el 40% dels ingressos d'un especialista es dediquen a cobrir llur pòlissa. A Florida, un ginecòleg pagava uns 200.000 dòlars per any a finals de 2001. Aquestes formes d'actuació es fan insostenibles però tenen, sens dubte, una irrefutable coherència en un sistema sanitari basat en la pràctica privada. Però cal considerar alguns aspectes diferencials amb el nostre sistema sanitari.

El nostre sistema sanitari és fonamentalment públic, amb una atenció sanitària universal i una protecció de seguretat social que cobreix tot el que el sistema americà ho fa amb compensació individual, és a dir els costos de reparar medicament tot el que es pugui el dany (noves intervencions, rehabilitació, etc.) i de tenir protecció social si el dany és desgraciadament irreparable, es fa via Seguretat Social.

L'assegurança de responsabilitat civil del sistema sanitari públic en part està finançada pels propis professionals i, en part, pels pressupostos que es destinen a la sanitat. En conseqüència, els diners que es destinen a les compensacions econòmiques i dels judicis es resten de l'atenció sanitària. Per tant, aquests diners són al menys parcialment redundants: la societat ja ha decidit cobrir-ho prèviament amb una atenció completa.

Els metges sentim la necessitat que els afectats no quedin desemparats perquè, entre altres raons, ens sentim responsables (no culpables) i, fins i tot, en alguns moments amb sentiments de culpabilitat "excessiva" més enllà del que és racionalment exigible. No volem ni busquem la impunitat, molt al contrari. Però el sistema actual no va en la direcció raonable i fins i tot desitjable.

Freqüència, motius i càstig de l'error mèdic

El terme "error mèdic" s'associa a una equivocació del metge, causada per un dèficit en la seva formació. Però, l'error humà no indica habitualment una falta de formació, sinó una fallada en la manera d'actuar en un moment determinat. Malgrat això, un notable percentatge dels nostres conciutadans pensa que l'error s'ha de castigar perquè només així s'evita cometre'n un altre de semblant. S'equipara error a negligència, a transgressió de la norma i/o a delictes. La negligència és l'única actuació que no es pot justificar i ha de tenir repercussions deontològiques i legals.

Però la qüestió que es planteja és si actuar igual contra l'error i la negligència és una forma justa, i sobre tot eficaç, o bé si es poden donar alternatives més útils.

El treball publicat a *The New England Journal of Medicine* a què fèiem referència al començament és potser el més pròxim, però el primer estudi sobre freqüència dels errors mèdics data de l'any 1984 a Nova York, el *Harvard Medical Practice Study F*, en què el 3,7 % de les persones admeses a l'hospital van patir algun efecte advers (50% per errors mèdics). Un estudi en els hospitals de Colorado i Utah realitzat deu anys després, mostra un 2,9% d'efectes adversos (50% errors mèdics)⁶. És a dir, 3 de cada 100 pacients ingressats tenen efectes adversos no desitjats i d'ells la meitat són per errors mèdics.

A ningú li agrada enfrontar-se als seus errors, fet que també passa a altres àmbits professionals. En el cas dels metges, ningú posa en dubte que els procediments diagnòstics, els tractaments i les tècniques mèdiques són cada cop més segures, més controlades i més eficaces, però alhora més valentes aplicant-se a més persones que els necessiten, fins i tot aquelles amb riscos, en les que la no aplicació condicionarà un efecte pitjor. L'exemple més clar es dona amb l'anestèsia. Estudis del Regne Unit, Canadà i Austràlia demostren que la mortalitat de l'anestèsia fa 20 anys, era d'1 mort per cada 10 000 anestèsies i que el 2000 havia disminuït a 1 mort per cada 200.000 anestèsies, és a dir, una millora espectacular⁷.

La millora no s'ha produït perquè els anestestes han estat més denunciats, sinó perquè el problema es va enforçar en termes científics amb estudis de millora de la seguretat dels anestèsics, dels instruments de l'anestèsia, del monitoratge sistemàtic i per millores de les tècniques quirúrgiques. Avui, l'accident anestèsic té una incidència tan baixa que, quan succeeix es converteix en un "error", és a dir, el resultat satisfactori ha passat a ser un dret i el resultat insatisfactori com una negació del dret, per tant, com una negligència o error i, per tant, com un fracàs individual, sovint una denúncia. És una perspectiva dolenta per a la millora.

L'error mèdic és vist com error individual i com a conseqüència d'una falta de coneixements individuals i poca formació i/o de poca atenció del metge, és a dir, clarament com una falta d'ètica de comportament que transgredeix el nostre Codi de Deontologia. S'han considerat gairebé equiparables poca formació i error i es diu que els errors disminuirien si metges i personal sanitari en general estiguéssim millor formats. És obvi que la via de la formació continuada és imprescindible, però és una greu equivocació pensar que l'error mèdic és solament conseqüència de la falta de coneixements o habilitats. No és cert, entre altres raons perquè si fos així, les denúncies no afectarien als metges millor preparats. Un notable nombre de denúncies es fan precisament als metges dels hospitals universitaris, als líders acadèmics i professionals. Aquesta observació és internacional, per exemple a EE.UU., on les pòlisses de responsabilitat són individuals, els metges més coneguts i amb més publicacions científiques són els que més paguen per la pòlissa, en part perquè generalment són els metges hospitalaris que practiquen les tècniques i intervencions de més riscos.

Per tant, el factor rellevant no és individual (els metges sovint són competents i preparats) sinó contextual i d'organització. Per tant, els errors també es produeixen en els metges ben preparats i no sols en una minoria negligent que pot contaminar el col·lectiu i, per tant, s'ha d'apartar del conjunt (en una enquesta recent, el 75 % de la població opina d'aquesta forma). És veritat que existeixen metges amb pràctiques de risc i alhora actituds inadequades i carències en llurs coneixements i habilitats que no haurien d'exercir sense corregir-les, per això, la funció col·legial bàsica hauria d'ésser aconseguir-ho, sense un fals corporativisme. De fet, són pocs els metges amb mancances greus, però n'hi ha.

L'error i el sistema assistencial

Prevenir els errors i millorar la seguretat dels pacients requereix modificar les condicions que contribueixen a l'error. En una medicina organitzada i complexa com l'actual, de treball en equip, és sorprenent que els errors siguin considerats primordialment com individuals. És necessari aplicar un sistema de provisió d'atenció mèdica més segur, detectant i definint els errors latents i, sens dubte, és la millor forma d'avançar en la seva superació.

Per tant, s'imposa un sistema de control, una espècie d'inspecció continuada, tal com encertadament demanaven els entrevistats, tant els metges com el grup de ciutadans no metges, en l'article resumit al començament i que recordarem breument:

- Incrementar la plantilla de metges i d'infermeria per poder dedicar més temps a cada pacient.
- Demanar als hospitals el desenvolupament de sistemes pràctics de control per intentar prevenir els errors.
- Millorar i afavorir la formació continuada dels professionals sanitaris.
- L'obligació dels hospitals de comunicar a una agència independent tots els errors detectats per llur avaluació i control.

Potser els metges hem de vèncer la por de reconèixer i comunicar els nostres errors. És un fet universal i de totes les professions. Un article recent de JAMA del mes de febrer de 2003⁸ fa esment a l'experiència americana en la que els pacients demanen als metges reconeixement i excuses pels seus errors. Els metges, tot i acceptant que cal una informació adequada en cas d'error, posen certes dificultats per demanar excuses, ja que podria ser interpretat com sentiments de culpabilitat i, com a conseqüència, una facilitació a la denúncia judicial.

Per tant, i com a resum, convé indicar que els sistemes sanitaris moderns de diferents països coincideixen a aplicar aquesta política sustentada en diferents aspectes:

- *Demanar als hospitals el desenvolupament de sistemes pràctics de control per intentar prevenir els errors.* Per aconseguir-ho cal una política que permeti la lliure expressió dels dubtes i recels.
- *L'obligació dels hospitals de comunicar a una agència independent tots els errors detectats per llur avaluació i control.* L'agència no hauria de tenir funcions punitives, sinó més aviat de recerca d'aquells aspectes de millora per la prevenció dels errors.
- *Potenciació de l'ús de guies clíniques i protocols.* Pretenen orientar l'actuació mèdica, proporcionant unes pautes que es consideren més correctes, tot i que no és fàcil elaborar-les.

- *Organitzar adequadament la realització del treball en equip i llurs relacions.* Fer menys probables els errors com a conseqüència de fallades en l'organització.
- *Afavorir la formació continuada dels sanitaris.* No cal comentaris. No s'ha d'equiparar error mèdic amb formació deficient, però la falta de formació comporta una possibilitat d'error més elevada.
- *Millorar les condicions de treball.* En aquest punt cal fer una especial referència al temps que el metge pot dedicar a cadascun dels seus pacients.
- *Participació de l'usuari en el sistema sanitari.* És positiva la participació de representants de la societat en els diferents àmbits d'actuació sanitària. Potser el problema més important és com es fa l'elecció i procurar que no es produeixin contaminacions polítiques.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donalson MS, eds. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
2. McDonald CJ, Weiner M, Hui SL. Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine Report. JAMA 2000; 284: 93-95.
3. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodi M, et al. Patient safety: views of practicing physicians and public on medical errors. N Engl J Med 2002; 347 (24): 1933-1940.
4. Robblee JA, Nicklin WL. View of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med 2003; 348 (12): 1184-1185.
5. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-376.
6. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al. Incidence and type of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care 2000.
7. Cohen MM, Duncan PG, Pope WDG et al. A survey of 112.000 anesthetics at one teaching hospital. Can Anaesth. Soc J 1986; 33: 22-31.
8. Gallagher TH, Waterman AD, Esbert AG, Fraser UJ, Wendy L. Patient's and physicians attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA 2003; 289: 1001-1007.