REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

REFLEXIONS SOBRE LA GESTIÓ DE LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL I L'ERROR MÈDIC

Proposta per la millora de la Seguretat dels Pacients

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic electe

Dr. RAMON TRIAS I RUBIÉS

El dia 15 de Desembre de 2002

Discurs de resposta del President d'Honor de l'Acadèmia

Excm. i Il·lm. Doctor
MOISÈS BROGGI I VALLÈS

Barcelona, 2002

Quan havent reconegut que has d'actuar, actues, no tinguis por de ser vist actuant encara que et jutgin desfavorablement. Si aquesta acció fós efectivament dolenta, evita-la. Però si és bona, perqué tems aquells que injustament et blasmen?

EPICTET
Conducta d'un home lliure.

En mala situació es troba un país tan sols gobernat per lleis, perqué passen mil coses que les lleis no contemplen.

SAMUEL JOHNSON

REFLEXIONS SOBRE LA GESTIÓ DE LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL I L'ERROR MÈDIC

(Proposta per la millora de la Seguretat dels Pacients)

Excel·lentíssim Sr. President,

Digníssimes autoritats

Molt il·lustres Senyores i Senyors Acadèmics

Benvolguts col·legues i amics

Senyores i Senyors:

Com es pot esperar de qualsevol persona de la nostra professió, em sento profundament honorat d'haver estat acceptat com a membre d'aquesta Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, i no vull començar el meu discurs sense agrair, abans de tot, el meu nomenament i assegurar-los que faré tot el possible per ser-ne digne. Perquè a l'honor que se'm concedeix s'afegeix el dubte de si estaré a l'alçada de tots els membres de la meva família que també varen formar part d'aquesta corporació: El meu pare, Joaquim Trias Pujol, el meu sogre Joan Puig-Sureda, el meu oncle Antoni Trias Pujol membre electe, i el seu fill Ramón Trias Fargas tots ells desapareguts, i finalment, donar les gràcies als bons oficis del Dr. Moisès Broggi.

Menció especial mereix la meva esposa Anna Puig-Sureda Font per l'ajuda i suport al llarg de la meva vida professional i acadèmica, agraïment que faig extensiu als nostres fills Ana, Marta, Isabel, Joaquim, Francesc i Raúl.

La meva història acadèmica comença amb l'ensenyament primari a l'Escola Alemanya de Barcelona. Vaig fer el batxillerat a França, i el vaig revalidar a Espanya. La llicenciatura de Medecina del 1944 – 1950 a la Universitat de Barcelona.

Conservo un bon record de totes les èpoques malgrat que, vist en perspectiva objectiva, van ser uns anys ben anormals. Els meus pares, ell catedràtic de Cirurgia, i mestre la meva mare, varen conformar la meva formació. D'una vida folgada a Barcelona on la meva mare prenia cura dels nou fills, vàrem anar a l'exili sense medis econòmics, i amb els germans separats i repartits per França. El que més valoro de les seves ensenyances és el reconeixement a la capacitat, més que demostrada, de fer front a la realitat viscuda sense rancúnies ni oblits, i sense defallir en les tasques que els corresponia.

El segon fet important va ser el consell de guerra i l'empresonament temporal a què el meu pare va ésser sotmés per haver atès un ferit que havia rebut un tret quan la policia va sorpendre una reunió clandestina. No va denunciar el fet, perquè sentia la responsabilitat moral del cirurgià, que no

pot negar els seus serveis facultatius a ningú, siguin quines siguin la condició i circumstàncies del ferit. Jo vaig fer d'ajudant de mans i em va impactar la serenitat i fermesa amb què va assumir les conseqüències de la seva actuació, tot demanant-me la més estricta discreció donat que era secret professional.

Vaig cursar la llicenciatura a Barcelona amb tota normalitat acadèmica i recordo amb afecte els Professors Gil Vernet, Gómez i Gómez, Salvà, Gibert Queraltó, Tornos, Ramos, Piulachs, Vilanova, Nubiola, Conill, Sàles Vazquez i Carulla.

Per recomanació del meu pare, durant la carrera freqüentava el Servei de Medecina Interna del Dr. Esquerdo. Això em permetia assistir al que en deien "El pase de visita" a la sala i al dispensari. Els qui més vaig contactar en aquell període van ser els doctors Rocha i Vilaclara. Recordo també haver conegut com a gran figura el Dr. Joan Puig i Sureda, que més endavant esdevindria el meu sogre.

Vaig viure la cirurgia des de molt jove perquè ajudava a operar al Dr. Broggi, i en ocasions també al meu pare, quan anava de vacances a Andorra on havia instal.lat una clínica junt amb el Dr. Vilanova. Com alumne intern per oposició, vaig tenir ocasió d'integrar-me al Servei d'Urgències sota la direcció del Professor Piulachs. Allí vaig fer un molt

bon aprenentatge amb tots els metges que integraven l'equip. Alguns d'ells aquí presents com a il.lustres acadèmics: Drs. Esteve de Miguel, Sala Patau, Jaume Planas i Mariano Anglada. Els Drs. Nogués, Pibernat i Sunyol són amb qui més directament vaig compartir l'exercici de la cirurgia. Aquesta va ésser una etapa molt fecunda, que jo compararia amb l'actual sistema MIR quant a formació..

Després, vaig entrar a la Mútua General de Seguros com a metge traumatòleg. Aleshores simultanejava la meva feina a la Mútua amb l'ajudantia al Dr. Broggi, amb qui vaig aprendre bé la tècnica operatòria pausada i segura com ell la dúia a terme. Aviat vaig també formar part de l'equip del Dr. Puig-Sureda, altra primera figura de la cirurgia, en aquell moment al màxim de la seva fama, tant a l'Hospital de Sant Pau com a la Clínica Plató.

A la Clínica Plató vaig tenir l'oportunitat de familiaritzar-me en l'exercici professional en equip mèdico-quirúrgic, cosa excepcional, i que va ésser la idea fundacional de la Clínica Plató inspirat en el model de la Clínica Mayo de Rochester.

El 1954 entro per concurs a formar part de la recent creada Escola Mèdico-Quirúrgica del Dr. Pinós, junt amb els Drs. Puig-Sureda i Antoni Llauradó, on es va fer més palés el concepte de treball en equip i multidis-

ciplinar, es a dir, sessions clíniques públiques que tenien un enorme valor pedagògic i clínic amb gran èxit d'assistència, que després varen continuar amb el Dr. Vilardell. Recordo molts dels valuosos metges que hi assistien: Drs. Valls Colomer, Serés, Vidal Colomer, Oló, etc...

El Dr. Llauradó membre traspassat d'aquesta Corporació, era un cirurgià que cuidava molt la sistemàtica de l'operació, es dedicava quasi en exclusiva a la cirurgia digestiva i formà un equip amb els Drs. Prim, Alcover, Gómez Llauradó i jo mateix. Va ésser una època molt formativa per a mí, envoltat per tots aquests cirurgians de gran prestigi, tots ells tècnics amb estils molt diferents.

Faig una estada a Londres, a l'Hospital de St. Marks, amb figures de fama internacional, Dr. Lawrence Gabriel, Naunton Morgan, etc.. També vaig tenir ocasió de assistir, per indicació del Dr. Broggi, al Servei del Dr. Alan Hunt, molt dedicat a la cirurgia de la hipertensió portal. Retorno a Barcelona amb un bagatge quirúrgic ja molt especialitzat en cirurgia digestiva que ja no abandonaré, passant per tots els estaments de l'Hospital de Sant Pau, Professor titular de l'Àrea Quirúrgica de la Universitat Autònoma de Barcelona. Exerceixo privadament a la Clínica Plató com a Cap de Servei.

És costum recordar la figura de l'Acadèmic antecessor que, en el meu cas, es tracta del Dr. Pere Planas i Casanovas que no vaig tenir l'honor

de conéixer personalment. Planas va elaborar una concepció dinàmica de l'Odontologia, basada en l'evolució de la dentadura en virtut de factors funcionals alimenticis, ambientals i va enunciar les lleis que regeixen la rehabilitació neuro-oclusal. I el que encara és més important, assenyala la necessitat d'una profilaxi precoç de les alteracions mastegatòries.

Els seus deixebles, tots ells entusiastes defensors de les idees de Planas, varen crear un grup a París, la "Fondation International Planas", un servei a la Salpetrière, i a Hispanoamèrica el "Club Internacional de Rehabilitación Neuro-oclusal". El Dr. V. Conill i Serra el descriu com un rebel, per les seves teories sobre les lleis de la rehabilitació neuro-oclusal i per la concepció dinàmica de l'especialitat que cultivava, tant diferent de la concepció convencional.

COMB. COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA

El 1976 es constitueix al COMB una candidatura presidida per el Dr. Pijoan que guanya les eleccions. Passo a formar part de la Junta com a vocal representant l'exercici lliure de la professió; a partir del 1982 presideixo la Junta del COMB durant tres legislatures consecutives fins el 1994. Sento la necessitat de deixar constància del meu agraïment a tots els metges, facultatius i personal del staff del Col.legi pels èxits obtinguts en les tasques realitzades, entre altres els Drs. Miquel Bruguera, Jaume Aubia, Jaume Padrós, Sr. Josep Servat, secretària Mª Núria Assens, etc....

L'objectiu fonamental dels Col.legis professionals, no és altre que vetllar per la qualitat i la dignitat de l'activitat dels membres que els integren. El paper dels metges, com a responsables del manteniment de la salut de la seva comunitat, ha d'adequar-se a les necessitats canviants i als models organitzatius de la societat a la qual pertanyen. Quan els canvis es produeixen amb tanta rapidesa com en l'actualitat, ens cal reexaminar periòdicament els nostres punts de referència, reconsiderar les nostres actituds i redefinir els nostres objectius professionals.

Per aquest motiu m'ha semblat interessant repassar somerament la història que el COMB ha viscut en el tema de **la responsabilitat professional,** per passar seguidament a la proposta de gestió dels errors mèdics en cirurgia a fi d'aconseguir millorar la seguretat dels malalts.

Proposaré emfatitzar no en l'error dels professionals aïllats, sinó en la possibilitat de millorar la seguretat dels pacients. El tema Error Mèdic fa pensar en l'equivocació per negligència d'un professional, quan el cert és que les lesions acostumen a produïr-se majoritàriament pel disseny dels sistemes de treball, i a més, involucren grups de professionals tant clínics com no clínics..

RELACIÓ METGE - MALALT

Fins a mitjans del segle XX l'acte mèdic es desenvolupa en el **diàleg singular** entre home malalt i metge lliurament escollit pel mateix malalt. El malalt dipositava la seva confiança en aquest metge i el metge es comprometia a posar-hi la seva consciència professional, la qual cosa implicava estar al dia dels coneixements mèdics a l'ensems que acceptava actuar dintre les normes deontològiques que les corporacions mèdiques havien aprovat.

El 1931 Leriche és consultat pel Mariscal Joffre que té una arteriopatia molt avançada. L'amputació a nivell de la cuixa, malgrat el risc del malalt, li sembla l'única terapèutica possible. Parla amb el malalt per informar-lo i Joffre l'interromp i diu:"Això és cosa seva. Si s'ha de tallar, talli on sia necessari, no tinc res a dir. No cal que m'ho expliqui. El que vostè faci estarà bé". Leriche es gira per explicar-li a l'esposa del Mariscal i aquesta li contesta: "És inútil donar-li més voltes, el meu marit té plena confiança en vosté i jo també". Dies després Joffre, mor en el post-operatori. Quan ja està en l'agonia, el Mariscal Pétain, aleshores màxim representant de l'exèrcit francés, demana una entrevista amb el Prf. Leriche i li manifesta: "Desitjava parlar amb vostè per donar-li les gràcies en nom de l'exèrcit". Perplex, Leriche no sap qué dir. Pétain continua: "Els homes com el Mariscal Joffre i jo mateix, sabem molt bé que quan hi ha una responsabilitat a

prendre per la nostra salut, no es troba a ningú per assumir-la". El comportament general era a l'època, **la delegació pura i simple**, pel bo i per l'adversitat.

Aquesta anècdota il.lustra bé la confiança cega en el cirurgià, la preocupació era que no cedís eventualment a la por de veure la seva fama tacada per el fracàs. "Confiar és donar poders discrecionals en aquell en qui es confia, deixar que a propòsit d'alguna cosa determinada, algú decideixi sobre el propi benestar", segons Annette Baier.

A començaments del segle XX s'adopten a Europa els sistemes de protecció social seguint l'exemple de l'Alemanya de Bismarck.

Amb la interposició de l'assegurador en la relació metge-malalt, canvia aquell diàleg singular i es produeix un allunyament progressiu que augmenta quan la tecnologia s'erigeix en veritat més segura que la que el propi metge pugui proporcionar.

Aquesta relació no està psicològicament aïllada de la societat que l'envolta i això genera en els dos protagonistes, metge i malalt, reaccions que cal conèixer i encarrilar. S'ha comparat aquesta relació complexa a la clàssica tragèdia grega de Sófocles en la que els dos herois estan envoltats pel cor. Aquest cor representa l'opinió pública que sovint es subdivideix

en dos semicors que no sempre tenen la mateixa opinió: el cor paramèdic (que envolta el professional) i el que rodeja el malalt (amics, parents, etc..). Els semi-cors sont molt xerraires i perillosos perquè no disposen de la documentació clínica ni tenen la responsabilitat dels dos herois de la tragèdia

La dècada del 1960 va ser de canvis socials, polítics, culturals, filosòfics i teològics.

Sense entrar en més detalls això implica un canvi notable en la manera de tractar el malalt per part del metge, conseqüència de la confiança que el malalt diposita en la Medicina més que no pas en el metge.

La relació metge-malalt esdevé molt despersonalitzada perquè ni el metge ni el malalt s'escullen entre ells sino que són assignats a través de les organitzacions de la Seguretat Social o Mútues, que deixen poc marge als malalts per escollir el seu metge. La veritat és que en el context d'aquesta relació un tant burocratitzada, el malalt tampoc té gaire interès en conèixer i recordar el nom de qui l'ha operat.

És lògic que, en aquestes circumstàncies, un resultat advers faciliti la denúncia del cirurgià. Metge i malalt reben la informació a través de la xarxa d'Internet. I fet important, comparteixen l'accés a tota aquesta informació amb el públic en general.

En front de la malaltia només hi ha dos actituds possibles que tranquil·litzen el malalt: **la fe cega** en la decisió que pren el metge, o una **informació detallada i exhaustiva** i que a més, sigui entenedora.

Els ciutadans afectats per resultats indesitjats responsabilitzen els metges que els han atès demanant de l'autoritat judicial que els inhabiliti per exercir la professió, els privi de llibertat o els imposi la reparació económica del dany causat.

SERVEI DE RESPONSABILITAT PROFESSIONAL

El Col.legi Oficial de Metges de Barcelona l'any 1972 i sota la presidència del Dr. J. Tornos Solano havia subscrit una pòlissa de responsibilitat civil, l'objectiu de la qual era; per una banda, que el metge que resultés condemnat judicialment per una infracció de la normopraxi de la que s'havia derivat un dany a un pacient, no hagués de respondre amb el seu patrimoni a la indemnització fixada, i per l'altra, que el pacient danyat o els seus familiars no veiessin frustrat el seu dret a la indemnització, en cas d'insuficiència del patrimoni del metge.

El 1984 el Col·legi, degut al augment de les reclamacions (un 232% entre 1986 i 1991) va constatar la necessitat d'arbitrar una altra eina, complementària a la purament econòmica aportada per la pòlissa, que

permetés una millor defensa jurídica del metge. D'aquí va sorgir la creació del **servei de responsabilitat professional.**

Aquest servei tenia i té com a funció la gestió de les reclamacions, la seva avaluació i defensa, però també intenta transaccionar per evitar la via judicial amb l'objecte d'estalviar temps, angoixes i diners.

Per aquest motiu es va procedir a estructurar una comissió de seguiment de les reclamacions formada pels metges i asseguradores, que més endavant es va ampliar a entitats propietàries d'establiments Públics i Privats de caire sanitari, i finalment, s'hi va incorporar el Servei Català de la Salut. Això ha permés tenir un control global d'aquest problema que ha aconseguit estabilitzar una conflictivitat que s'anava descontrolant. El comparatiu del nombre de reclamacions anuals es manté bastant estable amb lleugera tendència a la baixa i mostra la contenció de la litigiositat judicial sobre els metges de Catalunya.

En conjunt, el 80% de les reclamacions son desestimades, el 15% resoltes per transacció al marge de la justícia, i el 5% acaben en judicis. En resum, la conclusió és que la comissió de seguiment de la responsabilitat professional amb el 80% dels casos fallats a favor dels metges implicats i per tant absolts, demostra la correcta valoració del risc (A. Trilla, M. Bruguera).

LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL EN L'EXERCICI DE LA CIRURGIA

La immediata relació causa-efecte i la clara objectivització de la causa (**acte quirúrgic**) ha diferenciat sempre la responsabilitat del metge de la del cirurgià. Per això, totes les estadístiques referides a reclamacions situen la cirurgia com la primera causa de reclamació. Segons l'informe anual 2000 del COMB, gairebé el 50% de les reclamacions són per motiu de defectes de pràctica quirúrgica, complicació o defecte d'informació del cirurgià.

Més de 2000 anys A.J. en la cultura mesopotàmica es desenvolupa de manera insospitada l'ordenament jurídico-penal de la pràctica quirúrgica (**codi d'Hamurabi**).

La cirurgia de l'época l'exercien els gallabus o els barbers. Els errors dels sacerdots metges quedaven sense càstig perque no era possible castigar la inspiració divina. En canvi els cirurgians, no solament se'ls castigava sinó que se'ls aplicava la **"llei de Talió"** (Pena que consisteix a fer sofrir al delinqüent un dany igual al que ell ha causat)..

A partir de la Pragmàtica de Felip II (S XVI) l'atenció es centra en **l'intrusisme**, castigant el metge o cirugià que actuï sense tenir "la carta de examen".

El mateix reflecteixen les ordenances de los "Colegios de Cirujanos" promulgades el 1804 per Carles IV. Aquestes Ordenanzas suposen de fet una defensa dels cirurgians, ja que castiguen severament els intrusos de la cirurgia "pels greus danys que poden causar a la Humanitat i el perjudici que ocasionen als legítims professors, usurpant-los els seus drets".

A partir del S. XIX es va originar la **litigiositat de la mala praxis als EEUU**, i segons James C. Mohr PHD, el concepte general de mala praxis professional estava ben configurat en la teoria legal anglesa al principi del S. XVIII. Al 1768, el Sr. Blackstone va lligar aquest concepte general explícitament a la professió mèdica. Els seus famosos **"Comentaris a les Lleis Angleses"** incloïa, sota el tema mala praxi, "lesions causades per una gestió negligent o sense aptitud d'un metge cirurgià... en què es trenca la confiança dipositada pel pacient en el metge".. Però com a qüestió pràctica, accions per mala praxi eren rament empreses als EEUU durant el primer terç del S. XIX.

Tot això va canviar, d'una manera abrupta en termes històrics, al voltant de 1840, quan diversos factors, van ajudar a la sobtada aparició de la litigació en aquest moment de l'història americana. L'inici de la litigació per mala praxi es correspon amb un **declivi del fatalisme religiós**, fins i tot els més fervents religiosos eren menys propensos que les generacions anteriors a acceptar afliccions físiques com a actes de la divina providència...

La condició més important en l'aparició de la litigació per mala praxi va ser l'aparició de l'anomenat **professionalisme del mercat laboral**. Arreu d'Europa i d'Anglaterra les professions liberals havien evolucionat durant segles sota les sancions que regulaven les seves societats o gremis. Als EEUU aquestes sancions no es donaven. Un elitisme i especial estatus, va aparèixer durant aquesta dècada, especialment en les professions de la medecina i la judicatura. Els intents de regulació eren rebutjats i es van obrir les professions a qualsevol persona que pogués convencer als ciutadans d'adquirir els seus serveis.

Les reclamacions que constituïen la primera gran onada de litigació per mala praxi a meitats de segle XIX implicaven casos d'ortopèdia en què un membre tractat per fractura restava més curt, deformat o immòbil. Els pacients es trobaven amb un problema visualment obvi, fàcilment demostrable i reclamaven als metges. El que feia aquesta situació irònica era, que, només 20 anys abans, la gran majoria de fractures derivaven en amputacions. Tècniques millorades i una formació més treballada havien produït avenços, però com que les conseqüències dels avenços eren de vegades imperfectes, aquells que tractaven de salvar l'extremitat en casos difícils, sovint es trobaven reclamats. En l'actualitat aquesta primacia de la cirurgia ortopèdica en el ranking dels litigis és compartida arreu del mon. Lògicament, alguns dels millors metges del país varen deixar d'assumir aquests casos.

A més, els pacients tenien poc o cap incentiu per reclamar a curadors marginals, que tenien pocs recursos, en canvi tenien incentius substanciosos per reclamar els metges més pròspers, dels quals podien obtenir diners. El metges aleshores, trobàven més fàcil perdonar honoraris o arreglar reclamacións fora dels tribunals que no pas afrontar acusacions i arriscar les seves reputacions, la seva feina i una possible fallida económica.

La tercera paradoxa en l'àmbit mèdic d'aquests arguments neix de l'aparició de **l'assegurança de la responsabilitat** dels metges. Aquesta assegurança va ser considerada com un triomf i una salvació pels metges denunciats que la van inaugurar a finals del S. XIX. Com a instrument professional tenia l'efecte desitjat i beneficiós de dispersar el risc entre tota la comunitat mèdica. Els metges ja no havien d'afrontar constantment el risc de fallida económica, i van estimar l'assegurança de la responsabilitat com una acomodació acceptable al sistema de litigació per mala praxi que havia aparegut als EEUU. Però com que no van cercar altres possibles mecanismes per lluitar contra la mala praxi, el ràpid creixement de l'assegurança de la responsablitat va produïr una situació en què quasi tots els metges eren un blanc valuós per reclamar.

ERROR MÈDIC

Conservar la salut és un desig legítim del ser humà, pero és viscut de maneres diferents segons els individus i les seves circumstàncies. A

vegades és percebut com un do, una **sort distribuïda gratuitament** pels déus, altres vegades com quelcom degut a un **bon comportament** resultat d'una alimentació sana i amb exercici adequat, actualment com un **dret que la societat hauria d'assegurar**.

Això fa que els nostres contemporanis demanin molt a la Medicina i als metges. Però els metges, com la Medicina, son fal.libles, més inclús qu'abans, degut a les noves tècniques. L'amplitud de la pèrdua d'oportunitats que pateixen els malalts a causa dels errors mèdics ha crescut com a conseqüència del progrés i de les expectatives suscitades. Les víctimes d'aquests errors així com els seus autors, ho toleren cada vegada menys.

És ben sabut que cada vegada hi ha més preocupació i interès pels errors mèdics o desviacions de la pràctica assistencial considerada correcta i adequada. De fet, ja fa 3 o 4 dècades, que nombrosos estudis i descripcions de casos clínics publicats a la literatura biomèdica o donats a conèixer per altres mitjans de comunicació, com la premsa generalista, alerten sobre les conseqüències de l'error humà, d'incidents adversos o fets puntuals, que poden resultar en seqüeles o limitacions importants per al pacient, fins i tot amb resultat de mort.

La qüestió de l'error mèdic, involuntari però real, té una gran transcendència, no només per la professió mèdica i l'atenció sanitària, sinó

per al públic i la societat en general i, per damunt de tot i ocupant un lloc preeminent, pel malalt que en pateix les conseqüències.

La preocupació i l'angoixa derivades d'aquesta qüestió, així com les importants repercussions personals i legals que generen els errors mèdics en la pràctica de la Medicina, sumats a l'escassedat de dades en la literatura mèdica espanyola, especialment respecte de l'error mèdic en cirurgia, m'han portat a triar aquest tema com a mostra de la inquietud personal que ha estat vigent tot al llarg de la meva carrera professional.

Els **Estats Units** van molt per endavant nostre en els dominis de l'avaluació de les pràctiques mèdiques. Ja al 1964, Schimel afirma que el 20% dels malalts ingressats en un hospital universitari pateixen iatrogènia, la cinquena part del quals, amb conseqüències greus.

Quan el 1991 el **Harvard Medical Practice Care Study** va estudiar més de 30.000 episodis en un hospital de l'àrea de Nova York, es van detectar un 3,7% de desviacions, de les que el 27% eren causades per negligències, amb conseqüències greus en un 2,6% dels casos i amb un 13,6% de mortalitat. El 52,8% de les desviacions es produïen en la pràctica de la cirurgia, i la comunitat mèdica es va plantejar obertament el problema dels errors mèdics.

La seriositat de l'estudi va contribuir en gran manera, no només a potenciar i estimular la realització de diversos treballs, sinó també a la creació d'institucions com la Quality Australian Health Care Study, o l'Agency for Health Care and Research als Estats Units que, junt amb l'Institut de Medicina d'aquell mateix país, promouen la política de reconeixement i reducció dels errors mèdics. Entre nosaltres i des de el Març del 2001 existeix la Fundació Mapfre Medicina, "Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes".

El terme "**error mèdic**" s'associa normalment a una equivocació del professional de la medicina causada per la falta de formació del metge. Aquesta percepció s'ha demostrat errònia i tots els estudis indiquen que les desviacions, incidents o errors mèdics normalment no són deguts a un factor humà personal aïllat, sinó que s'associen a un conjunt de causes coincidents i subjacents que cal analitzar en profunditat per tal de comprendre i evitar-ne la repetició. L'error humà no indica, gairebé mai, una falta de formació, sinó una fallada en la manera d'actuar en un moment determinat. En el treball inicial de Harvard es defineix **l'efecte advers** com una lesió o complicació que resulta en prolongació de l'estada hospitalària, en incapacitat o mort, i que no té relació directa amb la malaltia.

L'Institut of Medecine defineix **l'efecte advers** com a fracàs d'una acció no intencionada, sigui causat per comissió o per omissió, o bé per la utilització d'un pla equivocat per a l'assoliment d'un objectiu".

Els **errors de comissió** solen tenir un efecte immediat, mentre que els **d'omissió** acostumen a manifestar-se en el seguiment del procés, o bé en no assolir la curació en el moment previst.

Cal tenir present que molts dels **efectes adversos** o **danys colaterals** que pateixen els pacients poden ser no previsibles d'acord amb els actuals coneixements de la Medicina. Els últims estudis publicats plantegen que el 6% dels malalts morts haurien estat donats d'alta vius en aquell ingrés, però només el 0'5% haurien sobreviscut 3 o més mesos en bon estat de salut i cognitiu.

La **complicació** en canvi, es pot definir com una alteració o desviació del curs natural de la malaltia, en què l'actuació mèdica hi és aliena i es deriva de la pròpia patologia.

La **negligència** és l'única actuació que no es pot justificar i pot tenir repercussions legals, i és el desconeixement greu del procediment admès com a correcte per la comunitat mèdica i científica.

També cal diferenciar entre els termes "**error**" i "**fracàs**". L'existència d'un error no implica necessariament el fracàs com a resultat, de la mateixa manera que l'absència d'error no garanteix l'èxit.

Si a aquestes confusions semàntiques, hi afegim la connotació de culpa associada al terme "error mèdic", i la por a represàlies legals, es comprenen les dificultats històriques en l'estudi d'aquest fenomen per part de la comunitat mèdica.

La societat actual destaca per un alt grau d'exigència en els resultats de la Medicina. Els sistemes sanitaris es jutgen per l'eficàcia demostrada sense parar esment en què, tant els propis metges com la Medicina, són susceptibles d'equivocar-se. Si hi afegim el grau de complexitat a què hem arribat i els riscs que implica necessàriament qualsevol avanç, junt amb el nivell organitzatiu que requereix la creixent especialització, no és difícil arribar a la conclusió que hi ha molts **"paranys"** a evitar

LES DECISIONS MÈDIQUES

Es prenen basant-se en diverses consideracions que estan en relació amb la qualitat de l'atenció donada i, tanmateix, subjectes a error.

1er Les dades de referència, la informació publicada, o l'evidència científica suposen una allau vertiginosa de nous coneixements. Sovint la validació immediata (des del moment que es publiquen fins que es llegeixen) peca d'incertesa, sigui per la manca de perspectiva, bé per la rapidesa de

la possible obsolescència, o pels problemes ètics que poden comportar. La massa de coneixements sobrepassa de molt la capacitat d'un individu en cada disciplina mèdica especialitats incloses. En conseqüència l'excel·lència rau en l'accés a aquestes dades i en la capacitat d'utilitzar-les.

2on Hi ha determinats elements personals i pragmàtics propis de cada pacient que, en la pràctica real diària, poden condicionar -i de fet ho fan- l'actuació mèdica. Un exemple és la conveniència o no d'aplicar el protocol d'una malaltia en un determinat pacient.

3er Cal no perdre de vista que les decisions mèdiques rarament són categòriques del tipus "cert" o "fals", sinó que normalment presenten certa aleatorietat.

4rt L'experiència personal modula l'actuació en funció dels èxits i fracassos viscuts i, en aquest aspecte, la subjectivitat és un fort ingredient que augmenta al llarg dels anys d'exercici.

5è La pràctica interdisciplinar de la Medicina comporta el treball en equip, on s'hi integren professionals de la salut amb una gran heterogeneïtat de formació, experiència, grau d'especialització, història i procedència.

LES CLASSES D'ERRORS O DESVIACIONS

Les **classes d'errors o desviacions** més freqüents es poden classificar segons el **moment** en què es detecten, el **lloc** on es produeixen, la **gravetat** de les seqüeles i les **persones** involucrades.

Segons el **moment** assitencial podem fer referència a:

- **Errors de diagnòstic** que inclouen una equivocació o endarreriment injustificat, elecció de la prova complementària inadequada, o l'error en la interpretació del resultat.
- **Errors de tractament** que fan referència a l'aplicació d'una tècnica incorrecta, el tractament defectuós o inadequat, el retràs en la decisió terapèutica, o bé una indicació quirúrgica errònia.
- **Errors en la prevenció** com no fer profilaxi antibiòtica, mala preparació del colon, o control postoperatori deficient.

Quant al **lloc**, els errors es poden produir en diversos àmbits **del sistema sanitari (urgències, UCI, quiròfan, etc...) i per actuacions administratives**, com l'equivocació o pèrdua de documentació clínica. Aquests errors no s'originen per una actuació individual, sinó que són participats per diverses persones en la realització d'actes complexos.

- Els errors més freqüents però, són els de **medicació** que constitueixen del 34 al 56% dels errors previsibles i que es produeixen en aquest àmbit que requereix, almenys, cinc etapes:
  1. Prescripció mèdica
  2. Transcripció de l'ordre
  3. Dispensació
  4. Repartiment
  5. Administració al malalt.

Aquesta obligada interacció del sistema multiplica les possibilitats d'error ja que cada una d'aquestes etapes està subjecte a error, no només per ella mateixa, sinó també en les possibles fallades de comunicació o coordinació.

Entre els medicaments més freqüentement implicats hi ha els antibiòtics i els anticoagulants.

- Finalment, les **polítiques dels sistemes sanitaris** actuals, que tenen com un dels seus objectius primordials millorar l'eficiència de l'atenció mèdica controlant costos, també pot induir a errors personals. Totes les directrius encaminades a disminuir l'estada mitjana dels pacients, dels diferents tipus d'intervencions quirúrgiques, la reducció d'estudis preoperatoris extrahospitalaris, la millora de la infrautilització

de les àrees quirúrgiques, la potenciació de la cirurgia ambulatòria o la política de remuneració condicionada per aquests objectius, poden afavorir l'aparició d'errors.

Quant a les **persones involucrades**, està abastament demostrat que els més vulnerables són els més grans de 65 anys.

Respecte de la **gravetat de les seqüeles**, voldria destacar la gran incidència que tenen en el moment de valorar l'error, especialment quan entra dins el tràmit judicial. És habitual que l'error mèdic es valori en funció de la gravetat de les seqüeles, més que no pas per ell mateix. Això pot induir a tergiversar estudis i afavoreix males interpretacions per part dels ciutadans poc familiaritzats amb la Medicina.

Arribat aquest punt, cal plantejar les polítiques i propostes que ens poden ajudar a corregir els errors mèdics. Evidentment el primer pas per a prevenir futurs errors és reconèixer com a tals els que s'han produït, analitzar-los i mirar d'esbrinar-ne l'origen i la causa. En aquest aspecte és significativa la cada vegada més freqüent incorporació de **mecanismes d'avaluació de la qualitat de l'atenció sanitària**, que és una ajuda inestimable en el moment d'identificar un error i, el que és més important, indicar-ne la possible política preventiva.

Ara bé, reconèixer aquest fet ens ha d'obligar a analitzar quins mecanismes ens poden ajudar a detectar-los i, sobretot, a evitar-los.

L'article publicat en ARCHIVES SURGERY per Krisek, presenta un cas il·lustratiu, i conclou amb 5 suggeriments:

Un home de 56 anys, Cap de Cirurgia en la Midwestern University, estava prenent un àpat en el menjador de la facultat de Medicina, quan va ingerir accidentalment ous, als que era violentament al·lèrgic de tota la vida. Va presentar edema laringi menor, amb pèrdua de la veu però sense distress respiratori. El Dr. George Blok, un íntim amic i col·lega que estaba a taula, li va fer la maniobra de Heimlich, no indicada per una reacció al·lèrgica. Era el característic exercici activista d'un gran cirurgià. Un cardiòleg també a la taula s'en va, i torna amb un electrocardiògraf, tampoc conegut per la seva eficàcia per tractar al·lèrgies als ous.

El traslladen a cures intensives i en el primer menjar que li varen servir després d'aquest accident hi havia ous. Malgrat les repetides discussions amb els nutriòlegs, els ous apareixien en moltes de les menges que li varen servir, encara que habitualment disfressats en amanides i pastissos.

Aquest cirurgià és l'autor de l'article i la seva esposa, que formava part com a apoderada de la responsabilitat sobre la qualitat de l'Hospital,

va començar a prendre nota dels errors que observava i que, en el seu cas, diu, no van produïr cap dany. Varem obtenir una beca per estudiar l'error en les unitats de cirurgia. Els resultats d'aquest estudi van suggerir que hi havia 5 causes dintre de la pràctica quirúrgica que **inhibien la millora de la qualitat**:

1º Inadeqüades dades a propòsit de la incidència d'esdeveniments adversos.

2º Inadeqüades guidelines o protocols, i pobres anàlisis dels resultats.

3º Cultura del blasme. Si l'error fos degut als metges perillosos els casos de malpractice es concentrarien al voltant d'un petit grup, quan en realitat, estan uniformement distribuïts en forma de campana. La qüestió important no és de preservar els mals metges de danyar els pacients, sino com preservar els bons metges de danyar els pacients.

4º Necessitat d'indemnitzar per compensar els pacients danyats.

5º Dificultat de dir la veritat. El problema més profund amb la malpractice mèdica és que dimonitzar els errors posa en guàrdia els metges i fa difícil reconèixer-los i discutir-los públicament. Hi ha un lloc on el metge, no obstant, pot parlar càndidament sobre els seus errors i és en la sessió de morbi-mortalitat que té lloc en quasi tots els hospitals.

POLÍTICA DE CORRECCIÓ D'ERRORS

Els sistemes sanitaris de diferents països coincideixen a aplicar una **política de correció d'errors** sustentada en diferents aspectes:

1. Identificació, registre i anàlisi de les desviacions.

És molt important treballar en polítiques que permetin la lliure expressió dels dubtes, recels, i reconeixement dels errors, en fòrums que tinguin la capacitat de crear mecanismes que en minimitzin la freqüència, la gravetat i les conseqüències.

Un pas important per a trobar la solució del problema passa per reactivar la **responsabilitat individual** (que no culpa, insisteixo) perquè quan es defuig la responsabilitat i s'atribueix a una altra persona, el mecanisme de correcció d'aquell error queda invalidat d'origen.

2. Potenciació de l'ús de guies clíniques i protocols.

Els protocols i guies clíniques, pretenen orientar l'actuació clínica, proporcionant unes pautes que es consideren les més correctes en el marc de l'estat actual de coneixement científic. Per tant, estan clarament encaminades a ajudar el metge i donar les màximes garanties al malalt. Però no és fàcil

elaborar guies i protocols o normes acreditades que tinguin validesa universal i que siguin aplicables a tots els problemes clínics. Cal que aquesta documentació estigui aprovada i consensuada per representants de totes les especialitats involucrades. Poden ser d'àmbit hospitalari, nacional o internacional, malgrat que de vegades es plantegen problemes d'adaptació transcultural. Cal també seguir els criteris de la **medicina basada** en l'evidència en la presa de decisions, quan sigui possible, és a dir, quan hi hagi suficients dades, informació i proves que demostrin la superioritat d'alguna de les opcions.

3. Optimitzar l'organització del treball

- Error en els serveis o departaments, deguts principalment a fallades en l'organització, sovint massa complexa en els grans centres. No és estrany que un pacient ingressat en una unitat de cures intensives sigui objecte d'un nombre elevat d'actuacions diàries. Això pressuposa una interacció i coordinació perfectes, no només entre l'ampli ventall d'aparells de monitorització, proves de laboratori, exploracions complementàries, tècniques invasives, ordres mèdiques en els diferents torns, sinó també, i fonamentalment, entre el professional que dóna les ordres i el que les executa.

- Errors en la interpretació de les interconsultes Com en qualsevol altre col·lectiu humà, les relacions entre serveis i departaments es

basen més en els vincles personals que en els sistemes establerts. Les sol·licituds d'interconsulta solen ser precàries en dades i, en canvi, les respostes acostumen a ser consells poc compromesos tendint a evitar la responsabilitat i quedant tallada posteriorment la retroinformació. En aquests casos, com més bona sigui la relació personal entre els diferents professionals, més fluïda serà la intercomunicació i, en conseqüència, es reduirà considerablement el risc d'error.

- En l'organització diària de la feina, cal que els cirurgians estiguin familiaritzats amb uns processos que s'estan actualitzant permanentment. El desenvolupament de la pràctica quirúrgica, especialment en determinats camps, també s'ha anat ampliant i s'ha anat fent més complexa a mida que s'han anat incorporant noves tècniques de diagnòstic complementari, que moltes vegades requereixen la manipulació d'un especialista, cosa que ha propiciat la incorporació de subespecialitzacions de diferents àrees quirúrgiques, com la cirurgia endoscòpica per exemple. Per altra banda, en algunes patologies com el càncer de recte, esòfag, pàncrees i alguns processos hepàtics, s'ha demostrat àmpliament que els resultats obtinguts a curt termini (essencialment complicacions postoperatòries i mort) i a llarg termini (com les recidives i la supervivència) estan directament relacionades amb el nombre de casos anuals intervinguts pel cirurgià.

4. Millorar la formació dels especialistes

Pot semblar una obvietat mencionar que la millora en la formació dels especialistes en cirurgia, no té més que repercussions positives en el malalt. Però de vegades no es té prou consciència de la importància que té, que la cirurgia experimental sigui obligatòria, per aprendre a realitzar correctament tècniques de sutura i anastomosis dels teixits abans de fer-ho en persones. Cal procurar que el personal més expert sigui el qui assumeixi les responsabilitats i defugir la por a la presa de decisions.

5. Valorar les motivacions i condicions de treball

Sabem les conseqüències que pot tenir qualsevol decisió mèdica, i sabem que sovint s'han de prendre decisions ràpides. És important doncs que es controlin les jornades laborals per evitar errors deguts a la fatiga física o psíquica. De la mateixa manera que és important parar esment a les motivacions i a les condicions de treball de tot el personal sanitari. Gràcies a les grans estructures hospitalàries, que permeten l'existència de les subespecialitzacions, el segle XX ha estat el dels grans avenços en Medicina. Tanmateix, es produeix un efecte colateral que encara no ha estat valorat amb la minuciositat que requereix. Es tracta de la progressiva disminució de la involucració del personal en cada cas concret. És més difícil sentir-se motivat per una història clínica que per una persona malalta,

i com més subespecialització hi hagi, menys contacte personal hi haurà amb el malalt.

6. Fer participar els usuaris del sistema sanitari.

Els pacients també han de jugar un paper actiu en la prevenció dels errors mèdics, però cal que tots plegats siguem capaços de resituar la percepció social de la seguretat. Gràcies als avenços en Medicina el **resultat satisfactori passa a ser considerat un dret, i el resultat insatisfactori com la negació d'aquest dret**. És imprescindible un canvi cultural que faci que la societat accepti les limitacions del tractament mèdic i dels professionals. Per aconseguir-ho, cal que els malalts i familiars se sentin partícips del procés. Hi ha algunes recomanacions que es poden fer als pacients com:

a) considerar-se un membre actiu de l'equip sanitari, per exemple que el malalt assenyali l'extremitat objecte de l'operació quan hi ha simetria anatòmica.
b) tenir el dret a triar un hospital amb experiència en el tractament de la seva malaltia
c) a més de firmar el consentiment del tractament, fer-se explicar –i entendre-, no només el procés operatori, sinó també les possibles conseqüències

d) conèixer el cirurgià responsable de la intervenció
e) demanar -i seguir- les instruccions del que caldrà fer un cop rebuda l'alta
f) delegar en una persona de confiança, generalment un familiar, el poder de decisió en cas d'incapacitació (per exemple, en coma)

Tot això ajudarà a entendre i acceptar amb menys dificultat les possibles conseqüències indesitjables.

7. Adequar els procediments legals

L'altra ajuda indispensable és la del professional i és, a la vegada, difícil d'obtenir. La cultura en què vivim assenyala l'error com a fet punible i en culpabilitza el protagonista. En aquest context, és molt fàcil caure en la temptació d'ocultar, o si més no, no comunicar l'existència d'un error per evitar-ne el càstig i, sobretot, la culpa. És evident que l'ocultació obstrueix l'anàlisi i, per tant, es fa difícil detectar i aplicar mètodes dirigits a evitar-ne reincidències.

La millora de la seguretat ha d'anar acompanyada **d'informació transparent** que generi confiança social. Els ciutadans han de tenir accés a la informació dels errors mèdics prevenibles que causen lesions greus, i el personal sanitari ha de gaudir de la protecció adequada per poder comunicar

l'error i evitar-ne de futurs, mitjançant **legislacions que protegeixin la confidencialitat, que no anonimat, de les reclamacions**, no només dels proveïdors de salut, sinó també dels pacients, sense menystenir en cap moment els drets individuals si han estat perjudicats.

De la mateixa manera que davant els èxits actuals de la Medicina costa que el pacient entengui que no tots els casos acaben amb resultats òptims, també es fa difícil acceptar que dos pacients amb seqüeles semblants tinguin resultats judicials diferents.

Els errors, les desviacions i les negligències, no són més que una mostra de la fal·libilitat universal de les persones, en aquest cas els mateixos cirurgians, el personal sanitari i la complexitat del sistema que proporciona el servei. No podem obviar aquest fet en una societat que abandera la qualitat assistencial proporcionada a la població com un dels guanys més transcendents.

PREVENCIÓ

Per evitar els casos **d'efectes adversos previsibles** es pot pensar en les següents estratègies:

- Intentar evitar els automatismes en els sistemes de treball però alhora, estandaritzar els procediments.

- Tolerar l'error i encoratjar-ne l'anàlisi. Es pot fer estudiant els "quasi-errors" que són aquelles circumstàncies en què es va poder evitar el mal al pacient, però que es podia haver produït alguna conseqüència indesitjable. Si l'error es penalitza (legalment o socialment) els errors sistemàticament s'amaguen i, en no analitzar-se, es segueixen produint.
- Cal assolir la protecció jurídica dels sistemes d'estudi dels errors per facilitar que es comuniquin i s'analitzin.
- Establir mecanismes de treball que assumeixin que l'error es produirà i que estiguin preparats per evitar que faci mal al pacient (alarmes UCI, enfoc de la seguretat en l'anestèsia, etc.).

Emfatitzar, no l'error dels professionals ailladament, sinó la possibilitat de **millores per la seguretat dels pacients**.

- Establir la possibilitat que els pacients puguin rebre indemnitzacions per danys, sense que calgui imputar directament un professional. Altres disciplines com la seguretat aèria, seguretat vial i seguretat laboral, estan immerses en processos de millora similars als de l'atenció sanitària sense que s'utilitzin responsabilitats directes dels professionals individualment.
- Aconseguir que els temes de Seguretat siguin temes estratègics per als gestors i es deixin d'identificar com a "problemes de metges".

Si no existeix una política de seguretat a nivell de gerència, és molt difícil que es plantegin canvis en el sistema de treball que afavoreixin la seguretat.

- Els Col·legis Professionals han de liderar el desenvolupament de pràctiques segures i donar suport als metges que es veuen involucrats en un problema de seguretat.
- Els professionals han de participar de manera decidida en la implantació de pràctiques segures i no utilitzar-les com a armes en la negociació dels convenis.
- Els mitjans de comunicació han d'entendre el problema de seguretat del pacient en la seva globalitat i no únicament com un problema de negligència professional.
- Els països més desenvolupats van canviant poc poc de la **"cultura del silenci"** a la **"cultura de la seguretat"**, creant un ambient que estimuli els professionals a parlar dels errors mèdics, de les seves causes i, sobretot, a les accions dirigides a reduïr-ne el percentatge.

Però per sobre de tot, l'acció que em sembla més important és reconèixer que els problemes de Seguretat requereixen un esforç conjunt de tots els implicats i una actitud de transparència vers la societat, que generi confiança en els ciutadans.

I per acabar no vull més que manifestar-los el meu desig de continuar treballant tant com sigui possible en la millora de la qualitat de la Medicina, art que m'ha fascinat i que m'ha aportat molt més del que mai hagués esperat.

Agraeixo enormement haver tingut l'oportunitat de compartir aquests moments amb tantes persones que admiro, respecto i estimo i els dono les gràcies per haver-me escoltat.

Bibliografia

Berra Y. Error in medicine: what have we learned? Ann Intern Med 2000;132:763-767.

Black N. Evidence-based surgery: a passing fad? World J Surg 1999;23:789-793.

Doing what counts Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington DC, National Academy Press, 1999.

Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. Surgery 1999;26:166-175.

Gónzalez-Hermoso F. Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. Cir Esp 2001;69:591-603

Hayward RA, Hofer TP. Estimating Hospital Deaths Due to Medical Errors. JAMA 2001; 286:415-20

Interim report of the Task Force on Quality in Australian Health Care.

Krisek, Archives Surgery Volume135 (11), Novembre 2000

Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991;324:377-384.

Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994;272:1851-1857.

Patient safety: federal actions to reduce medical errors and their impact. Report of the Quality Interagency Coordination Task Force (to the President), febrero, 2000.

Reason J. Human error. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1990.

Remarks by President on medical errors,

http://www.ahcpr.gov/wh22200rem.htm

Schimmel EM. The hazards of hospitalization. Ann Intern Med 1964;60:100-110.

Steel K, Gertman PM, Crescenzi C. Iatrogenic illness of a general medical service at a university hospital. N Engl J Med 1981;304:638-642.

Suñol, Rosa. La Gestión de los errores médicos. 2002

Thomas EJ, Studdert FM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care 2000;38:261-271.

Trilla A. i Bruguera M., Lancet 2000; 356:1266 - 67

When primum non nocere fails (editorial). Lancet 2000;355:2007.

Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD, et al. The quality in Australian Health Care Study.

Med J Aust 1995;163:458-471.

DISCURS DE RESPOSTA D'ENTRADA A LA REIAL ACADÈMIA
del Dr. Moisès Broggi i Vallès, President d'Honor

Excel·lentíssim Sr. President,

Digníssimes autoritats

Molt il·lustres Senyores i Senyors Acadèmics

Benvolguts col·legues i amics

Senyores i Senyors:

Una vegada més, els meus companys de la Reial Acadèmia han tingut la gentilesa de concedir-me la paraula per a que pugui presentar a aquesta docta Corporació la figura de l'insigne cirurgià i estimat col·lega, Ramon Trias Rubiés. Per complir adequadament aquest comés, voldria que en aquests moments les meves paraules tinguessin aquell to vibrant i emotiu que requereix la solemnitat de l'Acte i la categoria de la persona presentada.

En aquest cas, no puc deixar de referir-me a la seva nissaga, ja que Ramon Trias es fill de Joaquim Trias, el meu estimat mestre, membre rellevant d'aquesta Casa i que tant va fer per la cirurgia del nostre país. Ramon va néixer a l'any 1926, molt poc abans de que el seu pare implantés aquí les innovacions de Bîhler que revolucionaren la traumatologia. Quan esclatà la guerra civil, Ramon sols tenia deu anys i cursà el batxillerat a França, estudis que va haver de convalidar aquí quan va retornar a l'any 1943, cosa que va fer amb molt poc esforç i començà els estudis de Medecina. En aquells moments, la Facultat es trobava molt mancada de valors, però

ell va poder ingressar al Servei de Cirurgia d'urgències, el mateix que havia creat el seu pare dotze anys abans i que seguia essent, sense cap mena de dubtes, la millor escola d'aprenentatge per iniciar-se en la pràctica quirúrgica acabant els estudis de llicenciatura a l'any 1950 amb un brillant expedient.

A l'acabar els estudis, seguí pel camí de la cirurgia, ajudant en algunes operacions a mi mateix i al pare, que ja havia regressat de fora a l'any 1947. Com sigui que havia de fer el servei militar, va decidir presentar-se a unes oposicions a metge militar que va treure amb molt bona puntuació. Després de dos anys de servei a l'exèrcit com a tinent de sanitat, en els que va estar destinat a diferents llocs de la frontera i en els que va contraure moltes i bones amistats, demanà l'excedència i tornà a Barcelona, on va entrar com assistent al servei de cirurgia digestiva de St. Pau. Aquest servei tenia una gran i merescuda fama i en aquell ambient de mediocritats d'aleshores, es mantenia en el seu nivell tradicional, gràcies a la permanència de Gallart en la direcció, que va tenir l'encert d'incorporar-hi un departament de cirurgia, dirigit pel famós cirurgià Joan Puig i Sureda, indiscutiblement un dels cirurgians més hàbils i de més prestigi que ha tingut el nostre país.

Fou al seu costat, en el servei de St. Pau, on es formà i treballà intensament Ramon Trias qui després, a l'any 1954, va contraure matrimoni amb Anna, una de les filles del mestre. Quan el Dr. Puig es va retirar, Ramon va seguir al mateix servei, com a metge auxiliar per oposició, després passà a ser Metge Auxiliar dels serveis de cirurgia, també per Concurs-oposició. Va ser director de cursos d'orientació quirúrgica i junt amb Antoni Llauradó organitzaren cursos de tècnica quirúrgica que foren molt concorreguts, fins

que a l'any 1978 acabà sent cap de departament de cirurgia de l'hospital de St. Pau, prof. de cursos monogràfics pel doctorat de la Universitat Autònoma i Membre de la Comissió Nacional de l'especialitat de cirurgia general a proposta del Consell Nacional de metges, del Ministeri de Sanitat i de la Seguretat Social. Cap del Servei de Cirurgia Gal. de l'Institut de Sta. Madrona i cap titular (equip B) de cirurgia de l'Institut Policlínic. El 1980 fou elegit vice-president de la Soc. de Cirurgia de Barcelona i el 1982 President del Col·legi de Metges, essent reelegit dues vegades en aquest càrrec.

Es membre numerari de nombroses societats nacionals i estrangeres, entre elles la Societat de Cirurgia de Barcelona, la Royal Society of Medicine de Londres, la Société International de chirurgie, l'Académie de Chirurgie de Paris, Societat de Biologia de Barcelona, Membre Corresponent Nacional d'aquesta Reial Acadèmia... etc.

Es membre honorari de la Societat de cirurgians de Chile i prof. de Clínica quirúrgica per perfeccionament de post-graduats de la Universitat de Cuyo (Argentina). Ha viatjat molt per diferents llocs d'Europa i d'Amèrica, assistint a Congressos i ha publicat més d'un centenar d'articles en llibres i revistes nacionals i estrangers, sobretot referents a cirurgia de l'abdomen, cosa natural si tenim en compte els llocs on desenvolupà les seves activitats. Entre ells cal remarcar els que es refereixen a la cirurgia hepàtica.

Als anys cinquanta, va ser dels primers que va treballar amb les derivacions venoses en les cirrosis amb hipertensió portal, en una època en

que això representava una innovació, va poder reunir una sèrie de casos que son la base d'un conjunt de treballs interessants, entre ells la "Memòria Doctoral" que va ser qualificada amb la màxima nota. També presenta casos publicats d'hepatectomies per tumors metastàsics i té un treball experimental, fet amb el suport d'una beca de la Fundació March sobre trasplantament de fetge en el gos, en uns moments en que tot això estava en els seus inicis. Cas esmentar també uns casos de fístules bilio-bronquials consecutives a quistes hidatídics intervinguts amb èxit que foren presentats en un Congrés de París que li valgueren que el cridessin d'altres països perquè intervingués uns casos semblants.

Es remarcable la seva actuació en el tractament de l'ulcus duodenal en una època en la que el tractament habitual era la gastrectomia, operació greu, no exenta de perills i gravada amb una certa mortalitat. Fou el moment en que sortí com alternativa la vagotomia amb piloro-plàstia, operació efectiva i pràcticament innòcua. Eren molts els cirurgians que amb el natural esforç havien arribat a dominar amb èxit la pràctica de la gastrectomia i es mostraven reacis a emprar una tècnica més simple que estava més a l'abast de tothom i els resultats, de la qual deien, eren molt més insegurs. Va ser aleshores que Ramon Trias junt amb Antoni Llauradó pogueren presentar amb proves documentals, a París primer i a Philadelphia després, 200 (dos cents) casos d'ulcus duodenal guarits amb la nova tècnica i sense cap fracàs; cosa que pogueren fer gràcies a l'abundància de casos proporcionats pel servei de digestologia de Sr. Pau. Aquesta comunicació tingué gran ressonància i va contribuïr a que s'adoptés com a norma general la vagotomia en el tractament quirúrgic de l'ulcus de duodè. També van ser dels primers

en implantar en el seu servei el drenatge directe després de les intervencions sobre l'estomac, mitjançant una petita sonda de gastrostomia i en practicar les sutures en un pla en les intervencions sobre el tub digestiu.

Quan a l'any 1976, Joaquim Tornos, l'antic president del Col·legi de metges de Barcelona, convoca noves eleccions, sortí Ramon Trias elegit en la nova junta, presidida per Pijoan. Tornos havia efectuat una gran labor, posant el col·legi al seu nivell més alt, contribuïnt amb Trias de Bes a fer el trasllat al nou local del passeig de la Bonanova i organitzant la secció administrativa, com una caixa de crèdit annexionada al col·legi. La nova junta es dedicà molt positivament a la creació d'un nou Codi Deontològic, que necessitava ser posat al dia, i a la catalanització de la institució. A l'any 1982 hi hagueren noves eleccions en les que sortí Ramon Trias com a president de la nova junta, càrrec en el que fou reelegit dues vegades més. En el curs d'aquest llarg període de gestió, pogué actuar molt a favor del nostre col·lectiu, canviant tota l'estructura interna de l'Entitat des del punt de vista administratiu i quan l'Ernest Lluch fou ministre de Sanitat, va intervenir en les lleis d'incompatibilitats i en la llei General de Sanitat que és l'actualment vigent.

A Madrid existeix un organisme que en diuen "La Organización Médica Colegial" que representa la voluntat de tots els col·legis d'Espanya i des d'on s'intenta establir ordres per a tots ells. Per això, es convoquen unes reunions amb una certa periodicitat, a les que hi han d'acudir els presidents o representants de cada un dels col·legis i a l'hora de les votacions cada col·legi representa un vot, cosa que sembla molt democràtica, però a

l'hora de cotitzat, la quota no era la mateixa, sinó que era un tant per cent del que pagava cada col·legiat, de tal manera que el que pagava un col·legi com el de Barcelona era immensament superior al de qualsevol altra província. Això es va impugnar, considerant que el valor del vot no podia ser el mateix, sinó que havia de ser 4 proporcional al nombre de col·legiats. Això no fou acceptat produïnt-se un litigi i entretant, a Barcelona es va decidir retenir la quota destinada a la dita Organització. Després de molt de temps i ja baix la presidència de Trias es va aconseguir arribar a un Laude d'obligat compliment en el que es tenia en compte les raons al·legades pel nostre col·legi.

Tal com hem pogut veure en el seu discurs magistral, un dels punts que més el va preocupar en el seu temps de regència en el col·legi de metges fou el de les reclamacions i les responsabilitats, que s'han incrementat considerablement en el curs dels darrers anys. Per a poder posar-hi fre, Trias i el seu equip del col·legi varen crear una famosa Comissió, denominada "Servei de Responsabilitats Professionals", interposada entre la justícia i els dits conflictes i reclamacions, formada per metges, asseguradors i advocats, amb l'objecte concret de discernir en cada cas ni havia d'anar a judici o si es podia resoldre directament per medi de transaccions. Es cert que això ha estalviat disgustos, feina als jutjats i diners a les companyes d'assegurances i a la col·lectivitat mèdica. No pot negar-se que aquesta mida ha estat efectiva en el sentit d'obtenir un cert control sobre les dites reclamacions i els seus resultats econòmics, però el problema persisteix i el seu increment preocupa. Sembla talment com si aquella relació tradicional entre metge i pacient, basada en la confiança i la familiaritat, s'hagués

invertit en una altra d'antagònica, basada en el recel i la desconfiança. No pot negar-se que això es preocupant i els metges d'arreu n'estan vivint les conseqüències. Trias, que és un gran i profund coneixedor del problema, amb el que s'hagut d'enfrontar moltes vegades, ens ha pogut explicar millor que ningú en la seva brillant exposició, els seus orígens i motivacions, la seva evolució, l'estat actual i tot el que representa per la pràctica professional.

Tant pels seus mèrits quirúrgics i les seves publicacions, com per la seva tasca social desenvolupada en la presidència del Col·legi en benefici de tota la classe mèdica, crec que és mereixedor de que se li imposi la medalla i se li atorgui el diploma de membre de l'Acadèmia, contribuïnt així amb les seves valuoses aportacions al prestigi de la nostra Entitat.

INDEX

COMB. COL·LEGI OFICIAL DE
METGES DE BARCELONA 10

RELACIÓ METGE-MALALT 12

SERVEI DE RESPONSABILITAT PROFESSIONAL 15

LA RESPONSABILITAT 17

ERROR MÈDIC 20

LES DECISIONS MÈDIQUES 25

LES CLASSES D'ERRORS O DESVIACIONS 27

POLÍTICA DE CORRECCIÓ D'ERRORS 32

PREVENCIÓ 38

BIBLIOGRAFIA 43

DISCURS DE RESPOSTA D'ENTRADA
A LA REIAL ACADÈMIA 47