

SEGURIDAD CLÍNICA

RECLAMACIONES POR PRESUNTO DEFECTO DE PRAXIS

Josep Arimany-Manso y Esperanza L. Gómez-Durán

Área de Praxis, Servicio de Responsabilidad Profesional,
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona,
Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña



SEGURIDAD CLÍNICA

RECLAMACIONES POR PRESUNTO DEFECTO DE PRAXIS

Josep Arimany-Manso y Esperanza L. Gómez-Durán

Área de Praxis, Servicio de Responsabilidad Profesional,
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona,
Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña



© 2014 Elsevier España, S.L.

Josep Tarradellas, 20-30, 1ª pl. 08029 Barcelona
Zurbano, 76, 4º izq. 28010 Madrid

© Josep Arimany-Manso, Esperanza L. Gómez-Durán,
Colegio de Médicos de Barcelona

Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia o grabación magnética, ni registrado por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación.

Elsevier y sus asociados no asumen responsabilidad alguna por cualquier lesión y/o daño sufridos por personas o bienes en cuestiones de responsabilidad de productos, negligencia o cualquier otra, ni por uso o aplicación de métodos, productos, instrucciones o ideas contenidos en el presente material. Dados los rápidos avances que se producen en las ciencias médicas, en particular, debe realizarse una verificación independiente de los diagnósticos y las posologías de los fármacos.

ISBN: 978-84-7592-7695

DL: B-11194-2014

Impreso en España

AUTORES Y EDITORES

Josep Arimany-Manso.
M.D., Ph. D.

Médico Forense y Dermatólogo.

Director del Área de Praxis del Servicio de Responsabilidad Profesional Médica, Colegio de Médicos de Barcelona y Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña.

Esperanza L. Gómez-Durán.
M.D., Ph. D.

Médico Forense y Psiquiatra.

Responsable de la Unidad de Medicina Legal e Investigación, Área de Praxis del Servicio de Responsabilidad Profesional Médica, Colegio de Médicos de Barcelona y Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña.

AUTORES COLABORADORES

Arrizabalaga, Pilar
Aubia Marimon, Jaume
Barbería-Marcalain, Eneko
Bataller, Adriana
Benet-Travé, Josep
Bisbe, Elvira
Boada, Mercè
Bruguera-Cortada, Miquel
Bruguera Villagrana, Roger
Clos-Masó, Dolors
Delgado, Salvadora
Ferrer Rusalleda, Francesc
Gómez Alarcón, Miguel
Klamburg Pujol, Jordi
Laila-Vicens, Josep Maria
Martin-Fumadó, Carles
Matías-Guiu, Jorge

Medallo Muñoz, Jordi
Morales, Juan Ignacio
Morlans, Marius
Mulà-Rosias, Joan Antoni
Pera-Bajo, Francisco
Pujol Robinat, Amadeu
Roche Rebollo, Enric
Roigé Solé, Jaume
Saigí Ullastre, Umberto
Sala Pedrós, Joan
Tàrraga, Lluís
Torné-Escasany, Ramon
Vargas-Blasco, César
Ventura Mas, Sílvia
Viger, Mercè
Vilardell, Miquel
Xifró Collsamata, Alexandre

CONSEJO REVISOR

Padrós, Jaume. Presidente del COMB
Pallarés, Benjamí. Presidente del COMG

Pérez, Rosa María. Presidenta del COMLL
Vizcarro, Fernando. Presidente del COMT

Financiación

La investigación en Seguridad Clínica del Área de Praxis del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña y la edición del presente libro han recibido el apoyo del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III (PI 10/00598).

Índice

| | | |
|-----------|--|----|
| 1 | Introducción | 9 |
| 2 | La responsabilidad profesional médica | 11 |
| 3 | El aseguramiento de la responsabilidad profesional médica | 14 |
| 4 | Las reclamaciones por responsabilidad profesional médica | 20 |
| 5 | De la responsabilidad profesional médica a la seguridad clínica | 23 |
| 6 | Áreas de riesgo en responsabilidad profesional médica | 25 |
| 7 | Análisis por áreas de riesgo | |
| | • Anestesiología y reanimación | 27 |
| | • Cirugía bariátrica | 28 |
| | • Cirugía vascular | 30 |
| | • Endoscopia digestiva | 32 |
| | • Ginecología y obstetricia | 33 |
| | • Procedimientos quirúrgicos | 35 |
| | • Psiquiatría | 37 |
| | • Urología | 39 |
| 8 | Formación en preceptos médico-legales | 41 |
| 9 | Conclusiones | 43 |
| 10 | Bibliografía | 45 |

Prólogo

La seguridad de los pacientes es una dimensión fundamental de la calidad en la atención sanitaria. Este texto, elaborado por el Área de Praxis del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, aborda cuestiones de máximo interés en Seguridad Clínica, atendiendo a los riesgos inherentes de la atención sanitaria.

Cataluña disfruta de un modelo único de aseguramiento de la responsabilidad profesional médica que contempla, como uno de sus elementos fundamentales, la investigación en seguridad del paciente. El análisis de datos que se lleva a cabo de manera continuada por la Unidad de Medicina Legal e Investigación del Servicio de Responsabilidad Profesional del Área de Praxis ha dado lugar a numerosos trabajos que quedan recogidos en el presente manuscrito y que, sin duda, aportan a facultativos, pacientes y la sociedad en general la base de conocimiento necesaria para implementar acciones que incrementen la seguridad del paciente y la seguridad jurídica de los profesionales que les atienden.

Es un compromiso de futuro de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos de Barcelona del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña y, en general, de los profesionales de esta institución seguir dedicando esfuerzos a la Seguridad Clínica, dentro de nuestra función de ser garantes del acto médico y de la calidad asistencial.

Con el deseo de que este documento sea de utilidad a los profesionales, ayudando a mejorar la atención sanitaria y el ejercicio médico, sirva este prólogo de agradecimiento a todas las personas que de alguna u otra forma han contribuido a su elaboración.

Dr. Jaume Padrós*

*Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Introducción

La seguridad del paciente es una gran preocupación de la profesión médica, así como también lo es el riesgo de reclamación por un presunto defecto de praxis¹. Desde la publicación de *To err is human: building a safer health system*, con cifras alarmantes sobre los eventos adversos en la asistencia sanitaria, se han realizado notables esfuerzos orientados a incrementar la seguridad del paciente². La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en la resolución WHA55.18 que la Seguridad Clínica debía ser una prioridad en todo el mundo y urgió a los países miembros a prestar la máxima atención a este problema³. Así lo reflejan en nuestro entorno la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud⁴.

Pese a las medidas adoptadas y el interés de los profesionales por prevenir los eventos adversos en medicina, durante las últimas décadas las reclamaciones por presunto error, imprudencia, negligencia o por daños en una actuación médica han experimentado un aumento en todo el mundo^{5,6}. Los avances tecnológicos en la práctica médica conllevan procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mayor riesgo que, junto a la mayor difusión de la información médica sobre los éxitos de la medicina, han generado expectativas en ocasiones desmesuradas entre los pacientes y la población general que favorecen la insatisfacción y aumentan el riesgo de reclamación⁵.

Esta medicina altamente especializada, en constante evolución científica, está inevitablemente influida por importantes cambios políticos y socioculturales. En nuestro entorno, la promulgación de la Ley 41/2002 —básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁷— supuso una modificación y especificación del marco

legal para las reclamaciones por déficit de información adecuada en relación con los actos asistenciales⁶.

La situación descrita respecto a la responsabilidad profesional médica puede llegar a suponer un contexto hostil para la práctica de la medicina. La literatura internacional alerta sobre las consecuencias negativas del aumento de reclamaciones por responsabilidad profesional contra los médicos, ya que fomenta la práctica de la medicina defensiva, incrementa el riesgo para los pacientes sometidos a procedimientos innecesarios, aumenta el gasto sanitario, genera insatisfacción en los profesionales y, en subespecialidades de especial riesgo de reclamación, conlleva incluso el abandono del ejercicio^{5,8-11}. Esta realidad ha culminado en EE. UU. en la denominada *malpractice crisis*^{5,6}.

En este escenario con consecuencias negativas para facultativos y pacientes, el aseguramiento de la responsabilidad profesional médica merece una especial atención y los diferentes modelos que se implementen pueden contribuir a contener el impacto^{12,13}. En este sentido, la gestión directa del aseguramiento de la responsabilidad profesional médica desde el colectivo médico permite desarrollar un modelo enfocado a reforzar la buena praxis de los facultativos, responsable con la sociedad en la que ejercemos, viable económicamente y sostenible en el tiempo¹². La atención a la seguridad del paciente constituye una parte fundamental de este modelo, mediante el análisis de los casos de reclamación por presunta responsabilidad profesional médica y la difusión de información, con recomendaciones en materia de seguridad clínica e interacción continua con sociedades científicas y universidades¹³.

El presente texto es fruto de dicha labor de análisis de casos, realizada por el Servicio de Responsabilidad Profesional Médica del Área de Praxis del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, y supone una actuación más de difusión del conocimiento sobre aspectos médico-legales de interés para el ejercicio de la profesión.

La responsabilidad profesional médica

La responsabilidad profesional consiste en la obligación del médico de reparar las consecuencias de sus actos profesionales y de las omisiones y errores cometidos en el ejercicio de su profesión que hayan causado un daño o perjuicio, siempre que no se hayan puesto los medios necesarios o el cuidado debido en la asistencia de un paciente, ya sea por negligencia en su conducta o por incumplimiento de la *lex artis*^{8,9}.

La responsabilidad del médico no se vincula al resultado, sino al hecho de no haber puesto a disposición del paciente los medios adecuados, de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes en cada procedimiento¹². Es decir, el médico asume una obligación de medios y no de resultados, lo que significa que se obliga a la correcta aplicación de la *lex artis* pero no puede ofrecer una garantía plena de éxito en el acto médico¹⁴. La obligación de medios comprende la utilización de cuantos recursos se conozcan de acuerdo con las circunstancias relacionadas con el enfermo, dar la información al paciente o a los familiares del diagnóstico, tratamiento y riesgos que presenta y la continuidad del tratamiento hasta el alta y los riesgos que pueden derivarse¹⁴. El médico responderá por un ejercicio de la medicina que no se ajuste a lo que en lenguaje jurídico se denomina *lex artis* y en el ámbito anglosajón *standard of care*, entendido como sinónimo de técnica correcta¹⁴. Se entiende como tal el conjunto de reglas técnicas a las que tiene que ajustarse el ejercicio de una actividad, la denominada “normopraxis clínica asistencial”, término acuñado por el Dr. Rodríguez Pazos¹⁵. Para determinar si hubo responsabilidad del médico en alguna actuación objeto de reclamación, el juez tendrá en cuenta si se actuó con atención, meticulosidad, pericia y prudencia en cada uno de los siguientes pasos: estudio

clínico del paciente, diagnóstico, procedimiento terapéutico escogido y competencia en su aplicación, y seguimiento⁹. Todo ello sin olvidar que debe realizarse un estudio ajustado al caso concreto (*lex artis ad hoc*); es decir, del diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico aplicados en relación a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos habitual y comúnmente aceptados en un caso como el que se valora y en las circunstancias concretas de la asistencia que concurran¹⁶.

Respecto a la obligación de medios, cabe resaltar la distinción clásica entre medicina satisfactiva o voluntaria y medicina curativa, necesaria o asistencial, siendo la primera aquella en la que el interesado acude al médico no para la mejora de una dolencia patológica, sino para el mejoramiento de su aspecto físico o estético o para la transformación de una actividad biológica como la sexual¹⁷. En esta última se asume un plus de responsabilidad que comporta la obtención de un buen resultado; sin embargo, los tribunales manifiestan que las doctrinas sobre medicina curativa-medicina satisfactiva y la obligación de medios-obligación de resultados no se resuelven con respuestas absolutas, dado que según los casos y las circunstancias concurrentes caben ciertos matices¹⁷.

Finalmente, en lo referente a las vías de reclamación en responsabilidad profesional médica, con independencia de la responsabilidad deontológica y colegial, los médicos son responsables en el ejercicio de su actividad en las esferas penal, civil y contencioso-administrativa⁸. La responsabilidad penal nace de la vulneración de las normas del Derecho público (Código Penal) y la responsabilidad civil de la vulneración de normas del Derecho privado (Código Civil). Ambas afectan al médico, si bien la compensación del daño o perjuicio producido dependerá de la jurisdicción y podrá suponer privación de libertad, inhabilitación e indemnización económica (penal) o solo una indemnización económica (civil). La responsabilidad contencioso-administrativa es exigible a la Administración sanitaria cuando el paciente que reclama hace responsable a la Administración de una atención sanitaria.

ria deficiente que ha sido la causa de un daño o perjuicio, como consecuencia de un funcionamiento defectuoso de los servicios públicos. En este caso, la responsabilidad civil obliga a la Administración —y no al médico— a reparar económicamente el daño causado⁹.

El aseguramiento de la responsabilidad profesional médica

Las Administraciones Públicas tienen asumida en España, desde 1991, la condición de tomadoras de seguros de responsabilidad civil en el ámbito de la práctica sanitaria pública, garantizando la responsabilidad patrimonial y la responsabilidad civil de sus empleados en el ejercicio de las actividades públicas como tales. En el ámbito de la asistencia sanitaria privada, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias establece en su artículo 46 la obligación de “suscribir el oportuno seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicio”¹².

Los facultativos y el conjunto de la sociedad precisan la garantía de que el sistema de aseguramiento de la responsabilidad profesional médica cubre de forma óptima y eficaz los posibles defectos de praxis de los profesionales, promueve mejoras en materia de seguridad clínica y contribuye a la prevención de una posible situación de *malpractice crisis*, como la alcanzada en otros países¹².

Así, en Estados Unidos el mercado asegurador actual se divide fundamentalmente entre las compañías tradicionales, que disponen de todo tipo de productos aseguradores, y las mutuas médicas, generalmente de propiedad y gestión por parte de médicos, que invocan una atención diferencial a la prestada por las compañías tradicionales, con un trato más personalizado, una filosofía enfocada a la seguridad del paciente y la atención a los facultativos, con abogados expertos y auditores médicos independientes¹².

En Cataluña existe, desde 1986, un modelo de responsabilidad profesional médica de características singulares, único en Europa, que se ha convertido en referente entre el colectivo sanitario por considerarse muy beneficioso para el médico, la Administración sanitaria y los usuarios. Se trata de una póliza conjunta del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) y el Servicio Catalán de Salud (CatSalut) que se gestiona de manera coordinada, pero individual e independiente, por el CCMC y el CatSalut. De esta manera, el CatSalut se ocupa de los casos en que el reclamante o su representación procesal decide interponer la reclamación extrajudicial o judicial contencioso-administrativa contra la institución o el propio CatSalut. Por otro lado, el Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) del CCMC asesora, tramita y defiende cualquier reclamación extrajudicial o judicial que reciba el médico o sociedad profesional por su actuación y asesora en materia de responsabilidad a los facultativos ante posibles inquietudes en su ejercicio¹²⁻¹³.

La póliza del CCMC, que es de adhesión voluntaria y carácter colectivo, es el principal seguro de responsabilidad profesional de Cataluña, con más de 25.000 médicos asegurados. En este modelo de aseguramiento de la responsabilidad médica, la compañía aseguradora delega la gestión integral de la póliza en el SRP¹³.

Tal y como se refleja en la figura 1, la comunicación de una reclamación se sigue de la entrevista al facultativo y el estudio del caso por la Unidad de Medicina Legal, compuesta por facultativos expertos, y el equipo de letrados del SRP. Las actuaciones valoradas como ajustadas a la *lex artis ad hoc* se siguen de una respuesta de desestimación en el caso de una reclamación extrajudicial y prosiguen el trámite judicial de defensa en caso de una demanda o denuncia. Si el estudio determina que pudo existir defecto de praxis, el caso se expone por los médicos y juristas en la Comisión Técnica, analizándose por la totalidad del equipo y por expertos asesores médicos externos de reconocido prestigio. En aquellos casos valorados como defectuosos en la praxis o en los

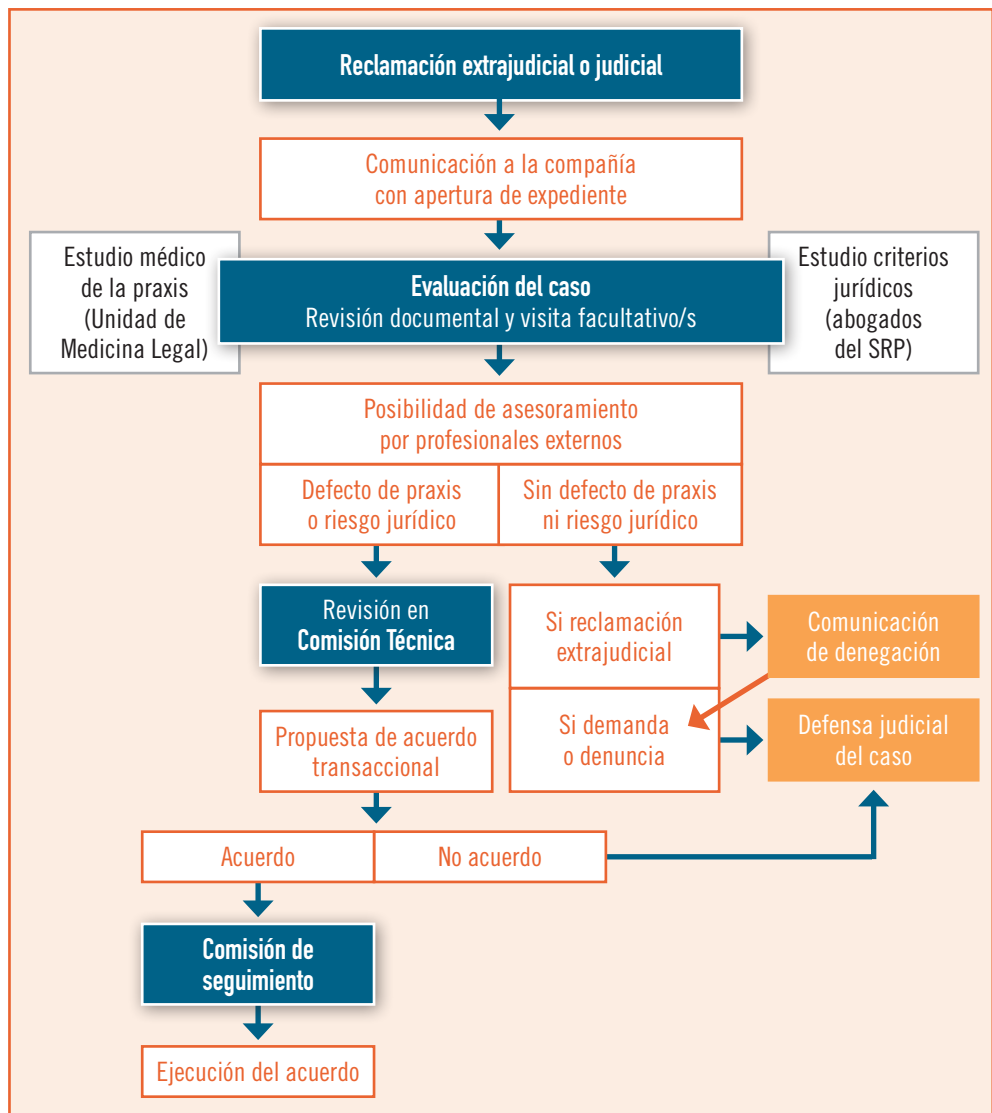


Figura 1. Tramitación y gestión de los expedientes por responsabilidad profesional médica. Fuente: Servicio de Responsabilidad Profesional, Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña.

aspectos médico-legales, puede plantearse una proposición económica de acuerdo transaccional en la que el abogado del SRP realiza la negociación, elevándose a una nueva comisión para su aprobación (Comisión de Seguimiento). Aquellos casos judiciales en los que la Comisión Técnica considere que no existe defecto en la praxis o de aspectos médico-legales, o aquellos casos en los que no logra alcanzarse con el reclamante el acuerdo económico transaccional aprobado, continúa por la vía judicial que se resolverá mediante sentencia judicial¹³.

La gestión directa permite la adopción de medidas beneficiosas para el colectivo médico y la sociedad a la que presta servicios, como el análisis de datos continuo que identifica áreas de riesgo y guía actuaciones en materia de seguridad clínica (guías de práctica clínica, programas de calidad...). Las ventajas del modelo se reflejan de manera resumida en la tabla 1^{12,18}.

Frente a los modelos tradicionales, consideramos que el modelo implementado en Cataluña, aplicable en otros entornos, logra mejoras innegables mediante una gestión de la póliza de responsabilidad profesional enfocada a velar por la buena praxis médica, siendo este el principal objetivo de los colegios oficiales de médicos. Esto garantiza una respuesta adecuada y responsable a la sociedad ante los posibles defectos de praxis, desde la experiencia, excelencia y profesionalidad en la tramitación y defensa, el trato personalizado al facultativo, cubriendo de manera integral la asistencia y aprendiendo de los posibles errores¹³.

Tabla 1

Ventajas del modelo de aseguramiento del Servicio de Responsabilidad Profesional del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña

Ventajas de las características de la póliza

- Se trata de una póliza de primer tramo, que actúa desde el primer momento de la interposición de la reclamación.
Existe la posibilidad de contratación de un segundo tramo para indemnizaciones de cuantía muy elevada.
- Póliza *Claims-made* que garantiza la cobertura a partir del alta.
La retroactividad es ilimitada (si no existe cobertura por póliza previa), cubriendo todas las reclamaciones recibidas durante el periodo de vigencia, siendo esto excepcional.
Igualmente, cubre las reclamaciones durante el año posterior a la baja, si no existe una nueva póliza contratada.
Si la baja responde al cese de la actividad (jubilación, desempleo, fallecimiento...) o traslado, ofrece la posibilidad de mantener la cobertura de los actos ocurridos durante el periodo asegurado mediante una cuantía mínima trimestral (10% de la cuota).
- Se trata de una cobertura integral de actos no dolosos que excluye únicamente los actos médicos en situación de inhabilitación, la prescripción o uso de medicamentos/productos no reconocidos o autorizados, determinados daños relacionados con partículas atómicas o radiactivas o la terapia genética, e impone unos requisitos al ejercicio de la medicina satisfactiva para ser cubierta.
- Límite de indemnización cubierta de 1.000.000 € por caso y 2.000.000 € por asegurado/año.
- Cubre el territorio español y el ejercicio temporal en el extranjero (excepto EE. UU. y Canadá) previa autorización del SRP. Puede extenderse la cobertura al ejercicio regular en Andorra mediante suplemento.
- En caso de condena con inhabilitación profesional aparejada, la póliza puede contemplar una pensión mensual subsidiaria no superior a la media de ingresos derivados del ejercicio médico en el año previo, hasta un máximo de 3.800 €, durante un máximo de 30 meses.
- La gestión del modelo garantiza la estabilidad de las primas y ha permitido un reciente descenso en las mismas.
Únicamente existen diferencias de prima entre residentes, medicina general y resto de especialidades, sin posibilidad de descubiertos de cobertura dependientes del acto médico reclamado. La cobertura asignada a una especialidad podría suponer una prima reducida en determinadas especialidades, pero determinaría conflictos de cobertura ante actos médicos no específicos de la misma.

Ventajas de las características de gestión del modelo

- La dirección, gestión y defensa se realiza de manera directa e integral por el SRP del CCMC. La contratación de la póliza se realiza con una gran compañía aseguradora mediante concurso público, garantizando la transparencia, seguridad jurídica y solvencia del modelo.
- Se trata de un modelo específico y único, con más de 25 años de experiencia, dedicado en exclusividad a la responsabilidad profesional médica, en manos de profesionales expertos y experimentados.
- La Unidad de Medicina Legal y el equipo de abogados del SRP evalúan el caso desde la perspectiva clínica y jurídica, solicitándose los informes de expertos externos que resulten necesarios y siendo revisado por las comisiones de expertos tantas veces como precise la adopción de una decisión consensuada.
- La tramitación incluye la entrevista individual al reclamado por parte de médicos y abogados expertos; en ella expone su relato de lo ocurrido y se le explica el procedimiento que se seguirá, así como las primeras impresiones del caso, permaneciendo informado y asesorado en todo momento.
- Las reclamaciones por responsabilidad profesional médica precisan profesionales expertos y una gestión acorde a los valores de la profesión médica. La gestión se realiza desde la proximidad al facultativo, en el propio SRP del CCMC, en consonancia con los valores y principios del colectivo médico, bajo la dirección de facultativos expertos y de reconocido prestigio en medicina legal.
- En casos muy extremos las consecuencias pueden traspasar el ámbito judicial o de la negociación, con consecuencias devastadoras para los facultativos. La Comisión de Seguimiento puede acordar la acción judicial en casos de perjuicio grave al honor y la imagen de un profesional.
- En el ámbito internacional resulta frecuente la implementación de mejoras en seguridad clínica derivadas del análisis de las reclamaciones, algo poco frecuente aún en nuestro entorno. El SRP analiza las características clínicas y médico-legales de las reclamaciones, realizando una intensa labor de difusión de la información, así como colaboraciones con sociedades científicas para la formación de los facultativos y la sociedad.

Las reclamaciones por responsabilidad profesional médica

La literatura internacional alerta de un incremento en el número de reclamaciones por responsabilidad profesional médica en las últimas décadas, especialmente en EE. UU.^{5,6}. Sin embargo, el análisis del escenario de ese país puede no representar la perspectiva mundial del fenómeno y autores españoles¹⁹ subrayan la necesidad de bases de datos y estudios locales para que la información se adapte a las características específicas de los diferentes sistemas de salud.

La situación de EE. UU. se sitúa en un contexto sociocultural y de asistencia sanitaria radicalmente diferente al europeo, y más concretamente al español, con una relación médico-paciente diferente, un predominio de la red pública y unos honorarios médicos medios muy inferiores¹. Así, el número de reclamaciones en nuestro país parece encontrarse estabilizado en los últimos años y las cuantías de indemnización se encuentran muy alejadas de las de EE. UU.; sin embargo, los datos publicados resultan muy escasos y corresponden prácticamente en exclusividad al modelo implementado por el Consejo de Colegio de Médicos de Cataluña¹³.

El SRP registró un total de 7.535 expedientes abiertos entre 1986 y 2011, con una media de 289,9 casos/año y un máximo de 387 casos en el 2003. Un total de 6.385 facultativos se vieron implicados en reclamaciones, de los cuales 1.951 médicos constan implicados en más de un expediente. Desde el año 2000 al 2011 la media fue de 13,8 reclamaciones por cada 1.000 asegurados y año, fluctuando entre los 11,1 del año 2002 y los 17,3 del año 2003. La figura 2 representa la evolución del número de reclamaciones en los últimos años²⁰.

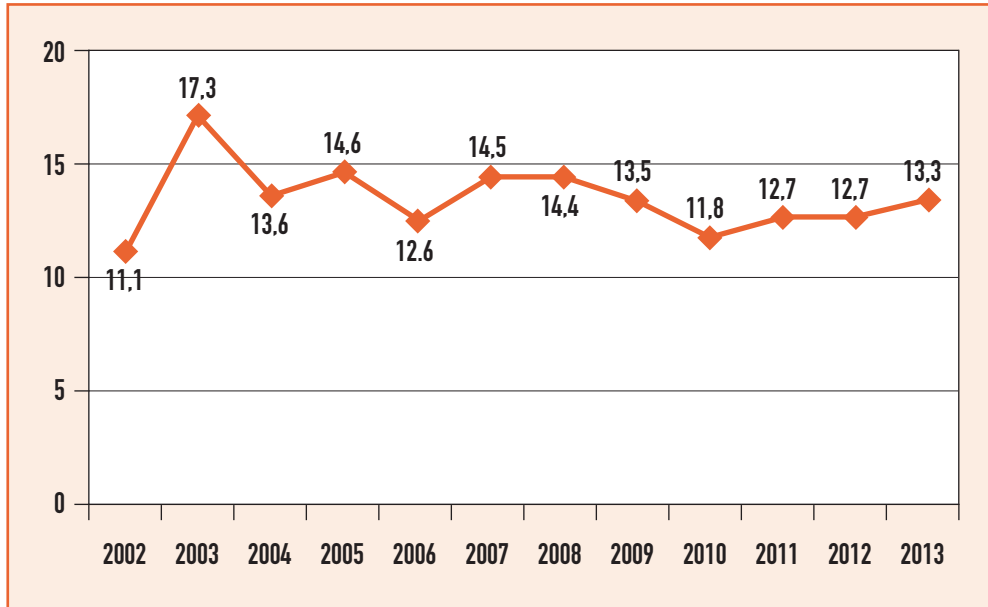


Figura 2. Reclamaciones por cada 1.000 asegurados. Fuente: Área de Praxis, Servicio de Responsabilidad Profesional, Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña.

Al margen de la estabilización en el número de casos, el modelo implementado favorece la gestión extrajudicial de los mismos, por lo que se ha observado una tendencia a la autocomposición, con la desjudicialización de los procedimientos (incremento del porcentaje de procedimientos extrajudiciales, estabilización del porcentaje de procedimientos civiles y disminución del porcentaje de procedimientos penales), de manera que aquellos procedimientos en que se concluyó que existió responsabilidad profesional del médico (aprox. el 25%) se resolvieron en un 70-80% de los casos mediante acuerdo extrajudicial y en el 20-30% restante por sentencia judicial¹³.

Otro análisis de casos realizado para el periodo entre 1991 y 2005 apuntaba a que un porcentaje anual medio del 1,33% de los médicos asegurados recibía

una reclamación, si bien únicamente el 0,26% finalizaba en responsabilidad profesional establecida por acuerdo o sentencia condenatoria¹.

En el análisis del periodo entre 1986 y 2012, el porcentaje de reclamaciones resultó diferente entre médicos varones (17,4% de los asegurados) y mujeres (7,7% de las aseguradas), confirmando un mayor riesgo de reclamación entre los facultativos varones y resultando además en el periodo entre el año 2000 y 2012 una tasa significativamente mayor de estimación de responsabilidad profesional en los varones (42,7% frente al 28,1%)²¹.

Por último, los datos económicos también contribuyen a perfilar el escenario español de responsabilidad profesional médica en comparación con otros escenarios internacionales. Mientras las indemnizaciones denominadas catastróficas se sitúan en EE. UU. por encima de los 700.000 €, en nuestro entorno raramente se alcanzan esas cantidades, y serían de unos 200.000 €, estando relacionadas principalmente con secuelas quirúrgicas o asistencia obstétrica. En todo caso, las cifras aisladas tienen un significado limitado que debe valorarse en el contexto de un sistema de salud diferente, con honorarios médicos muy inferiores y costes asociados no comparables (incluida la cuota de aseguramiento de la responsabilidad profesional). Pese a ello, existen datos comunes con los publicados fuera de nuestras fronteras: las reclamaciones en ginecología y obstetricia tienen las medias más altas de indemnización, la gravedad del perjuicio sufrido por el paciente atribuido a la actuación médica es un fuerte predictor de la concurrencia de indemnización y la cuantía de la misma, el riesgo de indemnización es mayor en pacientes por debajo del año de edad y las indemnizaciones establecidas por sentencia judicial son superiores a los acuerdos extrajudiciales²².

De la responsabilidad profesional médica a la seguridad clínica

Tal y como ya se ha señalado, el sistema de aseguramiento de la responsabilidad profesional médica debe cubrir de forma óptima y eficaz los posibles defectos de praxis de los profesionales, pero también promover mejoras en materia de seguridad clínica basadas en la mejor evidencia científica disponible¹². La evidencia proviene de la investigación y, aunque únicamente un pequeño porcentaje de los eventos adversos en medicina dan lugar a reclamaciones y el porcentaje de reclamaciones basadas en eventos adversos prevenibles es discutible, el análisis de reclamaciones es una fuente potencialmente muy rica para aprender del error y está claramente infraexplotada^{23,24}.

Las publicaciones basadas en análisis de reclamaciones resultan frecuentes en EE. UU. y en el Reino Unido se publican casos clínicos ilustrativos por la Medical Defence Union y la Medical Protection Society como herramienta formativa para los facultativos miembros²⁴.

En nuestro entorno, la gestión directa y análisis continuo de autoinformación favorece la promoción de mejoras en seguridad clínica mediante la identificación de áreas de riesgo, difusión de la información y formación en aspectos médico-legales a los facultativos. Así, el modelo centralizado del Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) del Consejo de Colegios Médicos de Cataluña (CCMC) permite el análisis de los datos sobre eventos adversos reclamados y su difusión en beneficio de la formación de los profesionales. El SRP recoge en su base de datos variables clínicas, jurídicas y administrativas de todos los ca-

sos, cumplimentadas por los facultativos y abogados especializados del SRP. En los últimos años, el SRP ha elaborado diferentes publicaciones en revistas científicas sobre la realidad de nuestro entorno en responsabilidad profesional médica, con recomendaciones en materia de seguridad clínica o referidas a especialidades o actos médicos concretos. Igualmente ha contribuido significativamente a la elaboración de los Cuadernos de Buena Praxis del COMB (Quadern de la Bona Praxi)²⁵⁻²⁷ y ha colaborado con diferentes sociedades científicas, con la firma de convenios como el realizado con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y la incorporación a proyectos de interés profesional, social y humano como el Observatorio sobre Salud, Autonomía, Competencia y Derechos Humanos, fruto de la colaboración entre la Sociedad Española de Neurología, el Consejo General del Poder Judicial, la Fundación ACE del Institut Català de Neurociències Aplicades y la Obra Social de Catalunya Caixa²⁸. Por último, colabora en investigación en Seguridad Clínica con diferentes universidades nacionales e internacionales, como en el Proyecto SIDS de colaboración con la Universidad de Southampton y la Universidad de Barcelona sobre la muerte súbita del lactante. El conocimiento generado, su difusión y las actividades formativas llevadas a cabo entendemos redundan en beneficio de la seguridad clínica¹².

Pese a los esfuerzos realizados, desde nuestro punto de vista, la investigación basada en el análisis de reclamaciones por responsabilidad profesional médica y los datos que se obtienen de dicho análisis no están siendo usados de manera efectiva para aprender del error en la asistencia. Aunque los cambios en actitudes son graduales, los profesionales deberían acostumbrarse a esta nueva manera de aprender del error y los diferentes modelos de aseguramiento de la responsabilidad profesional médica deberían incorporar el análisis de reclamaciones, la difusión de resultados y la formación de los facultativos en su actividad rutinaria²⁴.

Áreas de riesgo en responsabilidad profesional médica

Jena et al analizaron en EE. UU. la distribución de diferentes especialidades en las reclamaciones interpuestas por responsabilidad profesional médica en el periodo entre 1991 y 2005, detectando que la proporción anual de facultativos que se enfrentaban a una reclamación variaba del 19,1% en neurocirugía, el 18,9% en cirugía torácica y cardiovascular y el 15,3% en cirugía general, hasta el 5,2% en medicina familiar, el 3,1% en pediatría y el 2,6% en psiquiatría²⁹. Conforme a los datos del Servicio de Responsabilidad Profesional del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña existen especialidades con unas tasas de siniestralidad especialmente altas como la traumatología y cirugía ortopédica, ginecología y obstetricia, cirugía general, oftalmología y cirugía plástica, seguidas de especialidades de riesgo medio como la anestesia, estomatología, medicina interna, neurocirugía o urología¹³. La duplicación del estudio de Jena et al en nuestro entorno subrayó la litigiosidad de las especialidades ya señaladas, arrojando tasas especialmente elevadas de indemnización para la cirugía plástica (33%), cirugía cardiovascular (29,23%), neurocirugía (27,77%) y obstetricia y ginecología (22,34%). En este sentido, la obstetricia y ginecología afrontó la mayoría de las indemnizaciones que superaron los 700.000 € y tuvo las mayores indemnizaciones medias¹.

Estudiar aquellas áreas de especial litigiosidad en responsabilidad profesional médica supone un valioso aprendizaje en materia de seguridad clínica y los resultados deberían permitir identificar áreas cuyo nivel de asistencia prestada no alcance los estándares exigibles, áreas de especial riesgo por el trato jurídico

que reciben, así como áreas donde la insatisfacción del paciente resulta frecuente pese a una praxis correcta.

Las actuaciones que derivan de esta caracterización del fenómeno comprenden la implementación de programas de calidad que incluyan medidas de seguridad clínica específicas, la difusión entre los facultativos de los criterios jurídicos de evaluación de la responsabilidad profesional médica —con incorporación a la praxis de una atención específica a determinados preceptos médico-legales de la asistencia—, y la relevancia de una adecuada comunicación médico-paciente, con un cuidado manejo del conflicto derivado de un resultado no satisfactorio.

Análisis por áreas de riesgo

Anestesiología y reanimación

Bataller A, Gómez EL, Benet J, et al.

Causes and outcomes of professional liability claims in anaesthesia.

Eur J Anaesth. 2013;30:237-8

La especialidad de anestesiología y reanimación ha sido señalada como de riesgo importante de reclamación por presunta responsabilidad profesional médica. Jena et al apuntaron que aproximadamente el 7,5% anual de los anestesiólogos recibían una reclamación por responsabilidad profesional médica y aproximadamente un 1,5% anual una reclamación que finalizaba en una compensación económica. En nuestro entorno, la anestesiología es la sexta especialidad en número de reclamaciones, con una tasa de responsabilidad profesional médica del 18,85%. Tal y como ya se había señalado a nivel internacional, la cuantía de las indemnizaciones en anestesia resulta de las más elevadas.

El SRP analizó las reclamaciones correspondientes a la especialidad de anestesiología y reanimación entre 1986 y 2011, identificando 334 casos, con una media de 13 reclamaciones por año, suponiendo el 4,4% del total de reclamaciones interpuestas durante dicho periodo. La mayoría de eventos adversos alegados ocurrieron en el quirófano (75%). Las alegaciones se relacionaron con anestesia general en el 51% de los casos (fundamentalmente daños en dientes, parada cardíaca, broncoespasmo), anestesia obstétrica y ginecológica en el 10% (lesión nerviosa, muerte del feto, cefalea post-punción dural), seguidos de la

anestesia espinal (lesión nerviosa, meningitis, reabsorción local del anestésico) y anestesia de nervios periféricos (lesión de nervio periférico, perforación ocular y parálisis del frénico). La actuación del anestesista se produce con frecuencia en el área de otra especialidad, así las especialidades más frecuentemente relacionadas fueron cirugía ortopédica y traumatología, cirugía general y ginecología y obstetricia. La severidad del resultado conforme a la escala de National Patient Safety Agency (NPSA *scale*) fue de muerte en el 25,7% de los casos, severa en el 33,9%, moderada en el 21,8% y leve en el 18,6%. El 62% de los procedimientos se tramitaron extrajudicialmente. El 24% de los casos finalizaron con el reconocimiento por acuerdo o sentencia judicial de responsabilidad profesional por parte del médico: un 33% en los casos extrajudiciales, un 41% en los casos judiciales civiles y un 11,2% en los casos judiciales penales. La indemnización media cuando concurrió responsabilidad profesional médica fue de 74.878 € (máximo de 763.733 €, mínimo de 81 €).

Cirugía bariátrica

Bruguera M, Delgado S, Viger M, et al.
Análisis médico-legal de las reclamaciones
judiciales en cirugía bariátrica.
Cir Esp. 2012;90(4):254-9

La obesidad severa es el trastorno nutricional más frecuente en el mundo occidental y la cirugía bariátrica constituye un tratamiento de eficacia demostrada para esta patología. Sin embargo, este tipo de cirugía comporta la posible aparición de variadas complicaciones y una tasa de mortalidad no despreciable.

El SRP del CCMC analizó los expedientes de las reclamaciones desde 1992 hasta 2009 por presuntos defectos de praxis en la asistencia de pacientes

operados de obesidad mórbida, identificándose 49 casos (en 30 casos un *by pass* gástrico con asa en Y de Roux, en 6 una gastroplastia vertical anillada, en 9 una derivación biliopancreática/cruce duodenal, en 3 un *banding* y en 1 de los expedientes no constaba el tipo de cirugía efectuada). Las complicaciones más frecuentes fueron la dehiscencia de sutura (32,6%), problemas respiratorios graves (20,4%), lesiones vasculares mayores (aorta, vena cava o bazo) (10%), absceso intraabdominal (8%) y hemorragia (8%). Un 70% de los pacientes precisaron reintervención para corregir la complicación y un 60% tuvieron que ser atendidos en una Unidad de Cuidados Intensivos, falleciendo 23 pacientes. Tras la revisión del contenido del expediente, los autores valoraron si había elementos que hicieran suponer la existencia de defecto en la praxis. En 10 (20%) de las 49 reclamaciones se concluyó que existió defecto de praxis, en 4 por defectos de información (40%), en 3 por demora en el reconocimiento de la complicación (30%), en 1 por falta de habilidad en su manejo (10%) y en 2 por error en la interpretación del cuadro clínico (20%). Igualmente, se solicitó a los cirujanos bariátricos con práctica privada que habían sufrido al menos una reclamación información sobre la totalidad de actos quirúrgicos efectuados durante el periodo de estudio, así como de los casos de fallecimiento del paciente en relación con el procedimiento quirúrgico, arrojando una tasa de mortalidad de 0,36% y una tasa de reclamación de 0,6%.

Los autores concluyeron que existió una relativa baja tasa de reclamaciones por complicaciones relacionadas con la cirugía bariátrica en nuestro medio, pero un elevado número de condenas a pesar de la infrecuencia de defectos en la praxis. La muerte del paciente fue la principal causa de reclamación y mayoritariamente fue debida a dehiscencia de sutura y a problemas respiratorios. La detección precoz de las complicaciones quirúrgicas y el buen manejo de las mismas es indispensable para la buena evolución de los pacientes y la reducción de la litigiosidad relacionada con la cirugía bariátrica.

Cirugía vascular

Roche E, Gómez Durán EL, Benet-Travé J, et al.
Professional liability claims in vascular surgery practice.
Ann of Vasc Surg. 2014;28(2):324-9

Tal y como se ha señalado, la literatura científica apunta cifras especialmente elevadas de eventos adversos en el ámbito quirúrgico. En nuestro entorno, la angiología y cirugía vascular es una especialidad médico-quirúrgica de especial interés en responsabilidad profesional médica debido a la complejidad y gravedad de las patologías que aborda, así como por el componente estético de algunos procedimientos muy frecuentes.

Si bien las publicaciones sobre responsabilidad profesional médica en angiología y cirugía vascular resultan escasas, las elevadas cuantías de las primas internacionales de aseguramiento de la responsabilidad profesional en esta especialidad apuntan a un riesgo elevado. El Harvard Medical Practice Study encontró la tasa más elevada de eventos adversos en la especialidad de angiología y cirugía vascular (3%), si bien tan solo un 8,1% se consideraron negligentes, destacando el peso de la patología arterial grave en el estudio. La monitorización de los eventos adversos en la asistencia al paciente quirúrgico se considera de máximo interés y en ausencia de registros oficiales de dichos eventos adversos el análisis de reclamaciones por presunta responsabilidad profesional médica resulta de innegable utilidad.

El SRP realizó un estudio retrospectivo descriptivo de las reclamaciones pertenecientes a la especialidad de cirugía vascular en el periodo entre 1986 y 2009, analizando las características clínicas y médico-legales. Se identificaron un total de 91 reclamaciones (1,3%) relacionadas con la especialidad durante dicho periodo. De ellas el 53,8% se relacionaron con patología venosa,

frente al restante porcentaje de patología arterial. La cirugía de varices es uno de los procedimientos quirúrgicos electivos más frecuentes en angiología y cirugía vascular, presentando además un importante componente estético, y supuso un 21,7% de las reclamaciones relacionadas con patología venosa. La lesión neurológica fue el principal motivo alegado en la reclamación (15,3%), seguido de la enfermedad tromboembólica (14,2%), las quemaduras después de un tratamiento cosmético (12%) y la amputación (10,9%). El 69,4% de los procedimientos cerrados se resolvió sin responsabilidad profesional del facultativo. La concurrencia de responsabilidad profesional resultó más frecuente en el grupo de patología venosa (43,5% frente al 15,6% en patología arterial). El daño neurológico en relación a patología venosa registró la tasa mayor de responsabilidad profesional (30,8%), seguida de las quemaduras (19,2%), el olvido de gasas (11,5%) y las amputaciones (11,5%). Si bien los tribunales se encontraban con mayor frecuencia implicados en los casos relacionados con patología arterial (especialmente la vía penal), todos los casos en que concurrió responsabilidad profesional en patología arterial se resolvieron extrajudicialmente, frente al 70% de los relacionados con patología venosa. En el periodo de estudio pudo evidenciarse una tendencia a la desjudicialización de los casos en los últimos años. La indemnización media en los casos resueltos con responsabilidad profesional médica fue de 50.440,7 €, siendo más elevada en los acuerdos extrajudiciales que en aquellos resueltos por sentencia condenatoria.

Los autores concluyeron que la angiología y cirugía vascular no debía considerarse una especialidad de alto riesgo de reclamación. Las reclamaciones se relacionan frecuentemente con patologías banales y la insatisfacción del paciente después del tratamiento estético. Sin embargo, determinadas complicaciones como la enfermedad tromboembólica y el daño neurológico tras la intervención de varices son áreas de riesgo específico que se beneficiarían de la implementación de actuaciones específicas de mejora.

Endoscopia digestiva

Bruguera M, Viger M, Bruguera R, et al.
Reclamaciones por presunta negligencia relacionadas con endoscopia digestiva. Análisis de una casuística de 22 años.
Gastroenterol Hepatol. 2011;34(4):248-53

En línea con la constatación de que las especialidades en que se efectúan procedimientos invasivos, tanto diagnósticos como terapéuticos, son las que tienen las tasas más altas de reclamaciones, las endoscopias digestivas pueden asociarse a complicaciones que den lugar a una reclamación por responsabilidad profesional médica. El SRP del CCMC analizó las reclamaciones por presunto defecto de praxis en procedimientos de endoscopia digestiva presentados entre 1987 y 2009. Se identificaron un total de 66 reclamaciones por endoscopias digestivas, 46 (70%) relacionadas con la realización de una colonoscopia, 12 (18%) con una colangiografía retrógrada y 8 (12%) con una gastroscopia. La complicación más frecuente fueron las perforaciones (36 tras colonoscopia, 3 tras colangiografía retrógrada y 4 tras gastroscopia). Los autores revisaron los expedientes y emitieron una opinión clínica y médico-legal sobre la concurrencia o no de responsabilidad profesional médica por razones clínicas o de incumplimiento de los obligados preceptos médico-legales de la praxis. En 18 casos (27% de la muestra) se consideró que probablemente existió defecto en la praxis médica, por falta de consentimiento informado en 4 casos, demora en la atención de alguna complicación en 6 casos, deficiencias en la sedación en 5 casos, error diagnóstico en 2 casos y práctica deficiente en 1 caso, que justificarían la interposición de una reclamación. En 5 de estos casos existió una resolución judicial favorable al facultativo. De los 48 casos en que se concluyó que no existió defecto en la praxis, en 1 existió una condena judicial y en 6 un acuerdo extrajudicial en relación al concepto jurídico de “daño desproporcionado”, subrayando la importancia de este concepto en responsabilidad profesional médica cuando existe un perjuicio grave al paciente.

El estudio puso en evidencia un incremento progresivo del número de reclamaciones a lo largo del periodo analizado, así como un mayor incremento de las reclamaciones en clínicas privadas respecto al incremento en hospitales públicos, probablemente en relación con un incremento del número de procedimientos de este tipo que actualmente se realizan en el ámbito privado.

Las reclamaciones a los endoscopistas reincidentes se siguieron de condena o requirieron acuerdo extrajudicial con mayor frecuencia que los que solo tuvieron una reclamación.

Por último, lo autores recomendaron extremar el rigor en la indicación, la adecuada información al paciente y obtención del documento de consentimiento informado, extremar el cuidado en los procedimientos que precisen sedación y vigilar la supervisión en las horas post-acto médico.

Ginecología y obstetricia

Gómez-Durán EL, Mulà-Rosías JA, Laila-Vicens, et al.
Analysis of obstetrics and gynecology professional liability claims in Catalonia, Spain (1986-2010).
J Forensic and Led Med. 2013;20(5)442-6.

Las cifras de reclamaciones en esta especialidad, la gravedad de los cuadros secuelares derivados de eventos adversos en ginecología y obstetricia y la complejidad de los diagnósticos y las actuaciones médicas ginecológicas y obstétricas, subrayan la importancia de estudiar los aspectos de seguridad clínica y responsabilidad profesional médica en esta especialidad. La especialidad de Ginecología y Obstetricia ha sido señalada como una especialidad de “alto riesgo” a nivel nacional e internacional.

El SRP analizó las reclamaciones en materia de ginecología y obstetricia abiertas en el periodo entre 1986 y 2010, localizando un total de 885 expedientes (un 12,23% de las reclamaciones registradas en ese periodo de tiempo), ocupando la segunda posición por el número de reclamaciones interpuestas tras la cirugía ortopédica y traumatología.

En dicho estudio se repetían los datos registrados a nivel internacional de un mayor porcentaje de reclamaciones en el área de obstetricia (61,9%), correspondiendo a alegaciones de eventos adversos durante el trabajo de parto —el parto y sus complicaciones—, el 33,1% de las reclamaciones totales en ginecología y obstetricia (53,5% de las relacionadas con la obstetricia). Las reclamaciones relacionadas con la cesárea representaron el 12,77% del total, pero debe señalarse que los eventos adversos que revistieron mayor gravedad acontecieron en relación a otros métodos de parto.

En el total de la muestra, las enfermedades oncológicas (mayoritariamente cáncer de mama [73,28%]), el fallecimiento del feto durante el trabajo de parto y el parto, el daño neurológico en el neonato y los problemas relacionados con procedimientos de histerectomía fueron los acontecimientos más frecuentemente alegados. La complicación más frecuente de histerectomía reclamada fue la incontinencia urinaria (7,55%), pero en un 33,7% de los casos la histerectomía en sí fue el perjuicio reclamado (por ejemplo, histerectomía de emergencia después del parto).

Si bien la mayoría de los expedientes cerrados en dicho periodo finalizaron sin consecuencias para los facultativos (74,7%), en los casos que se reconoció por acuerdo extrajudicial o se determinó por sentencia judicial que correspondía indemnizar al reclamante, la cuantía media fue de 122.991,1€ y 133.966 €, respectivamente.

Diferentes tipologías de eventos adversos en ginecología merecen una mención especial por su frecuencia de reclamación y tasa de indemnización: el olvido de

objetos extraños (en el 71,73% de los casos concurrió responsabilidad profesional médica), la ligadura de trompas (39,58% de responsabilidad profesional médica) y daño neurológico en el recién nacido (31,66% de los casos concurrió responsabilidad profesional médica y representó el 35,7% de los costes totales de indemnización durante el periodo de estudio).

En general puede afirmarse que, a nivel internacional y nacional, los obstetras y ginecólogos son demandados con mayor frecuencia que la mayoría de los médicos de otras especialidades y las tasas de indemnización y la cuantía de las mismas pueden llegar a ser muy elevadas en su área.

Procedimientos quirúrgicos

Arimany-Manso J, Benet-Travé J, Bruguera Cortada, et al. Procedimientos quirúrgicos objeto de reclamación por presunto defecto de praxis. Med Clin (Barc). 2014;142(Supl 2)47-51

El ámbito quirúrgico se ha descrito como un área de la medicina con tasas particularmente elevadas de eventos adversos y reclamaciones. El Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) analizó las reclamaciones interpuestas entre los años 1986 y 2012, explorando los procedimientos quirúrgicos implicados en las mismas así como el resultado final de la reclamación.

Se identificaron 5.419 reclamaciones (69,03%) relacionadas con procedimientos quirúrgicos, confirmando el hallazgo internacionalmente replicado de que el mayor porcentaje de reclamaciones por responsabilidad profesional médica corresponde a los procedimientos quirúrgicos frente a los médicos. Destacaron las especialidades de cirugía ortopédica y traumatología (17,3%), obstetricia y gineco-

logía (15%), cirugía plástica, estética y reparadora (11,8%), cirugía general y del aparato digestivo (9,9%) y oftalmología (7,8%). Respecto a los procedimientos quirúrgicos más reclamados, por grupos y específicos conforme a la codificación CIE-9-modificación clínica, los resultados reflejan lo anteriormente mencionado respecto a las diferentes áreas de la medicina implicadas en reclamaciones, correspondiendo las frecuencias más elevadas a las operaciones del sistema músculo-esquelético (artroplastias de cadera/rodilla), propias de la cirugía ortopédica y traumatología, las operaciones de piel y tegumentos (mastopexia y prótesis mamaria, mamoplastia de reducción), propias de la cirugía plástica, las operaciones del aparato digestivo (colecistectomía), propias de la cirugía general, los procedimientos obstétricos, propios de la ginecología y obstetricia, y las operaciones de ojos (cirugía de cataratas), propias de la oftalmología.

Los resultados de este estudio subrayan específicamente la importancia de la colocación de prótesis mamarias/mastopexia, tanto por su elevada frecuencia de reclamación como por el elevado porcentaje de reclamaciones que finalmente conllevan responsabilidad profesional médica (51%), en línea con los criterios jurisprudenciales de aplicación en medicina satisfactiva.

El análisis general de la frecuencia de reclamaciones por procedimientos quirúrgicos no aporta información detallada sobre defectos de praxis concretos, para lo que resulta de mayor utilidad el análisis por especialidades o por grupos de procedimiento como los que se describen a continuación. Sin embargo, el trabajo que se cita identifica áreas de especial litigiosidad en responsabilidad profesional médica, orientando al análisis detallado de las mismas, lo que podrá guiar en el futuro el diseño de actuaciones en materia de seguridad clínica y establecer recomendaciones para mejorar la seguridad jurídica de los profesionales que trabajan por especialidades o por grupos de procedimientos, tal y como ocurre en los restantes apartados.

Psiquiatría

Martin-Fumadó C.

Análisis de la responsabilidad profesional médica derivada del ejercicio de la Psiquiatría y de la Medicina Legal [Tesis doctoral].

Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona,

Facultad de Medicina; 2012 [consultado 7 Abr 2014].

Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/123360/cm1de1.pdf?sequence=1>

Conforme a la literatura científica nacional e internacional, la psiquiatría no es una especialidad de alto riesgo de reclamación por responsabilidad profesional médica. Sin embargo, un elevado porcentaje de psiquiatras reconoce haber practicado la denominada medicina defensiva. Internacionalmente las reclamaciones se relacionan en su mayoría con la disconformidad en el diagnóstico y el suicidio del paciente psiquiátrico.

El SRP analizó descriptivamente las reclamaciones por presunta mala praxis en psiquiatría gestionadas en el CCMC entre 1986 y 2009, evaluando sus características clínicas, económicas y jurídicas. Un 1,35% de las reclamaciones interpuestas se consideraron pertenecientes a la especialidad de psiquiatría, resultando un porcentaje bajo que se relacionó con un predominio del daño emocional en los defectos de praxis en psiquiatría y dificultades de acceso a la justicia por parte del paciente psiquiátrico, que por otro lado puede resultar especialmente beligerante.

Entre los 94 casos localizados en el mencionado periodo de 23 años, predominaron las alegaciones relacionadas con el diagnóstico —disconformidad con la valoración de riesgo autolítico (23,4%), con el diagnóstico y el tratamiento (24,47%) y con el diagnóstico (7,45%)—, lo que podría relacionarse con las dificultades de *insight* en la patología psiquiátrica.

En la mitad de los casos, la secuela alegada fue la muerte y el supuesto legal más frecuentemente alegado fue el delito de homicidio por imprudencia profesional grave (46,8%), subrayando la relación de la reclamación con un perjuicio de máxima gravedad atribuido a una deficiente actuación médica. La evaluación del riesgo de suicidio es un aspecto de máxima importancia y básico en la formación de los psiquiatras.

La mayoría de reclamaciones correspondieron a asistencia en atención hospitalaria (62,77%), en planta hospitalaria (30,85%), en asistencia urgente (52,5%) y prestada en equipo (53,75%).

El perjudicado tipo fue un varón (51,58%) con 36,6 años de edad media, debiendo subrayarse el coste humano asociado a este dato.

Las reclamaciones implicaron a 139 facultativos, predominantemente varones (69,57%) con una edad media de 41 años y de nacionalidad española (91,4%).

El tiempo entre el acto médico reclamado y la reclamación fue de 1,28 años, lo que apunta la posibilidad de una actuación que contribuya a la resolución del conflicto previa a la interposición de la reclamación, y el de resolución fue de 2,68 años, siendo menor en los procedimientos gestionados extrajudicialmente. Sin embargo, la mayoría de expedientes se tramitaron por vía judicial (77,66%), de manera contradictoria con la tendencia a la desjudicialización de los procedimientos recomendada internacionalmente y adoptada hace algunos años en el SRP. Probablemente esta tendencia todavía no se ha visto reflejada en el presente trabajo debido a que el periodo objeto de análisis abarca un periodo temporal mucho más amplio.

Entre los expedientes judiciales se registraron un 95,77% de archivos o sobreseimientos, mostrando una tasa de responsabilidad profesional médica muy baja: 2 condenas (2,81%) y 1 acuerdo (1,41%).

Pese a estos datos, los autores consideran que existen actuaciones específicas susceptibles de mejora en seguridad clínica, subrayando la importancia de una completa valoración del riesgo autolítico con un registro documental y un manejo del riesgo adecuado (supervisión, tratamiento, seguimiento...), así como la detección de patología orgánica en los cuadros clínicos atípicos y el seguimiento de fármacos que requieren vigilancia especial.

Urología

Vargas-Blasco C, Gómez Durán EL, Arimany-Manso J, et al.
Patologías urológicas más frecuentemente implicadas en las reclamaciones por responsabilidad profesional médica.
Med Clin (Barc). 2014;142(Sup 2):52-55

Tal y como se ha señalado, existen tasas especialmente elevadas de eventos adversos y reclamaciones por presunto defecto de praxis en el ámbito quirúrgico, afectando a especialidades médico-quirúrgicas como la cirugía vascular o la urología, si bien esta se encuentra por debajo de la media en número de reclamaciones y cuantía de las indemnizaciones en la literatura internacional y nacional. Los cuadros clínicos comunes, como el cáncer de próstata o la resección de próstata transuretral, se han descrito entre las patologías más implicadas en reclamaciones y en general los procedimientos quirúrgicos generan el mayor número de reclamaciones en urología, con frecuencia en relación con procesos neoplásicos. Se ha descrito que los procedimientos más frecuentemente implicados serían la ureteroscopia, la resección transuretral de próstata, la nefrectomía, la vasectomía y la cateterización ureteral.

El SRP del CCMC analizó las reclamaciones interpuestas entre los años 1990 y 2012, explorando los procedimientos correspondientes a la especialidad de uro-

logía. La mayoría de las reclamaciones de la muestra derivaron de la cirugía, con un total de 128 reclamaciones (74%) de las 173 documentadas. El motivo alegado en la reclamación estuvo con frecuencia relacionado con el fallecimiento del paciente (23,1%), patologías neoplásicas que derivaron o no en el fallecimiento del paciente (20,2%), el embarazo post-vasectomía (12,7%) o la pérdida de un órgano (10,4%). La localización anatómica más frecuentemente implicada en las reclamaciones, conforme a la clasificación establecida, fue el escroto-testículo (34%), en relación principalmente con el embarazo post-vasectomía y la torsión testicular, seguida de la próstata (26%) en relación con el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata, y el riñón (14,6%) en relación con complicaciones de la litiasis renal.

Si bien la urología no es una de las especialidades con mayor riesgo en responsabilidad profesional médica, el riesgo de reclamación no es desdeñable y las consecuencias de una reclamación son relevantes. El análisis de las patologías reclamadas nos ayuda a conocer los eventos adversos más frecuentes de la especialidad así como a adoptar las medidas adecuadas de información para evitar los mismos, fundamentalmente en la actividad quirúrgica, aplicar los medios diagnósticos adecuados, como en el caso de la torsión testicular, y tomar medidas de cautela oportunas, como en el caso de la vasectomía.

Formación en preceptos médico-legales

Un adecuado cumplimiento de los preceptos médico-legales de la práctica médica resulta obligado (la actuación en contrario puede constituir responsabilidad profesional médica), contribuye a la buena praxis médica y precisa de una adecuada formación al respecto.

El Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) realiza labores de difusión en materias propias de la medicina legal que contribuyen a la buena praxis e incluyen labores de docencia, la realización de comunicaciones en encuentros científicos nacionales e internacionales, la colaboración con sociedades científicas y la publicación de trabajos sobre diferentes aspectos médico-legales.

Algunos de estos aspectos abordados en diferentes publicaciones del SRP en los últimos años se referencian a continuación:

- Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C. La nueva legislación sobre la receta médica. *Rev Esp Med Legal*. 2013;39(2):45-7.
- Barbería E, Xifró A, Suelves JM, Arimany-Manso J. La proyección social y sanitaria de los Institutos de Medicina Legal en España: más allá de la justicia. *Med Clin (Barc)*. 2014;142(Supl 2):5-11.
- Barbería E, Xifró A, Martín-Fumadó C, Arimany J. Consideraciones sobre la emisión del certificado médico de defunción. *Atención Primaria*. 2013;45(7):396-7.
- Colegio de Médicos de Barcelona. *Quadern de la Bona Praxi*. “Praxi mèdica i reclamacions judicials”. 2011.

- Colegio de Médicos de Barcelona. Quadern de la Bona Praxi. “El consentiment informat”. 2008.
- Gómez-Durán EL, Gómez-Alarcón M, Arimany-Manso J. Las agresiones a profesionales sanitarios. *Rev Esp Med Legal*. 2012;38(1):1-2.
- Gómez-Durán EL, Guija JA, Ortega-Monasterio L. (2014). Aspectos médico-legales de la contención física y farmacológica. *Med Clin (Barc)*. 2014;142(Supl 2):24-9.
- Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Arimany-Manso J. Guía de Práctica Clínica sobre el trastorno bipolar: aspectos médico-legales. *Med Clin (Barc)*. 2013; <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.10.004>
- Gómez-Durán EL, Martín Fumadó C, Barbería Marcalain E, Clos Masó D, Arimany-Manso J. Respeto a la autonomía del paciente con demencia y la necesidad de colaboración interdisciplinar. *Neurología*. 2014;29:62-4.
- Gómez-Durán EL, Saigí-Ullastre U, Bruguera-Villagrasa R. Sobre la desviación del espíritu del consentimiento informado y otras reflexiones de interés en los ensayos clínicos. *Med Clin (Barc)*. 2013;141(12):556-9.
- Martín-Fumadó C, Martí Amengual G, Puig Bausili L, Arimany-Manso J. La incapacidad temporal y sus implicaciones legales. *Med Clin (Barc)*. 2014;142(Supl 2):37-42.
- Medallo Muñiz J, Martín-Fumadó C, Vieira DN. Actuación médico-legal en personas en custodia judicial. *Med Clin (Barc)*. 2014;142 (Supl 2):5-11.
- Morlans M, Clos-Masó D, Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. El rechazo en las transfusiones de sangre y hemoderivados, criterios deontológicos y médico legales. *Rev Esp Med Legal*. 2014. En prensa.
- Pujol-Robinat A, Mohíno Justes S, Gómez Durán EL. Valoración forense del riesgo de violencia. *Med Clin (Barc)*. 2014;142(Supl 2):16-23.
- Saigí-Ullastre, U. (2013). La historia clínica, los protocolos, el consentimiento informado y la protección de datos personales. En: Izquierdo González F, Mulá Rosias JA (coord.): *Problemas jurídicos en ginecología y obstetricia*. Madrid: SEGO;2013.p.97-110.

Conclusiones

Las reclamaciones por responsabilidad profesional médica son una realidad mundial que afecta a la praxis médica en general pero con especial intensidad a determinadas áreas de riesgo.

La especial complejidad del objeto de atención de determinadas especialidades o subespecialidades, tanto en los diagnósticos como en los procedimientos, la existencia de sensibilidades particulares, las consecuencias catastróficas de los eventos adversos en la praxis o unos requerimientos jurídicos especialmente elevados en relación con el resultado en medicina electiva o satisfactiva, contribuyen a incrementar el riesgo de reclamaciones y las tasas de responsabilidad profesional médica en dichas reclamaciones.

Sin embargo, no debemos olvidar que la mayoría de reclamaciones finalizan sin que se reconozca extrajudicialmente ni se establezca por sentencia judicial que concurre responsabilidad profesional médica en el caso.

Pese a ello, es innegable la necesidad de implementar medidas que contribuyan a mejorar la seguridad clínica del paciente y la seguridad jurídica de los profesionales. Así, aquellas áreas en que se detectan defectos de praxis merecen una atención especial en materia de seguridad clínica. Aquellas áreas en que existen condenas sin la concurrencia de defecto en la praxis, debidas a criterios jurídicos, así como aquellas en que existe alta frecuencia de reclamación sin defecto de praxis por parte de los facultativos, precisan otro tipo de actuaciones. Estas acciones incluyen una especial atención a la relación y comunicación médico-paciente, al manejo de conflictos, medidas de formación a la población y al paciente y en los estamentos jurídicos.

El análisis de la casuística en reclamaciones por responsabilidad profesional médica es una potencial fuente de aprendizaje y debe permitir desarrollar actuaciones en materia de seguridad del paciente que contribuyan a minimizar los eventos adversos, proteger a los pacientes ante posibles prácticas defectuosas y ayudar a los médicos a implementar mejoras en su praxis y actuar con seguridad jurídica, reduciendo el riesgo de enfrentarse a una situación con resultado negativo de su ejercicio y de posible reclamación por responsabilidad profesional.

Bibliografía

TRABAJOS CITADOS

1. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Bruguera M, Aubia J. Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. *Gac Sanit.* 2013;27:92-3.
2. Kohn LT, Corrigan MJ, Donaldson MS (eds). *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC: National Academy Press, Institute of Medicine; 1999.
3. World Health Organization. Fiftyninth World Health Assembly (4 de May de 2006). Patient safety: report by the secretariat. Recuperado el 1 de marzo de 2014, de http://www.who.int/patientsafety/about/a59_22-en.pdf
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud; 2003. Recuperado el 1 de marzo de 2014, de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/planCalidad2007.pdf>
5. Arimany-Manso J. La medicina defensiva: un peligroso boomerang. *Humanitas. Humanidades Médicas.* 2007;12.
6. Arimany-Manso J. La responsabilidad profesional en cardiología. *Revista Española de Cardiología.* 2012;65:788-90.
7. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (15 de Noviembre de 2002). *Boletín Oficial del Estado. BOE núm 274, 40126-32.*
8. Medallo J, Pujol A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc).* 2006;126:152-6.
9. Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, et al. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. *Rev Clin Esp.* 2012;212:198-205.
10. Mello MM, Studdert DM, Brennan TA. The new medical malpractice crisis. *N Engl J Med.* 2003;348:2281-4.
11. Gómez-Durán EL, Mulà-Rosías JA, Laila-Vicens, et al. Analysis of obstetrics and gynecology professional liability claims in Catalonia, Spain (1986-2010). *J Forensic and Leg Med.* 2013;20(5)442-6.
12. Arimany-Manso J, Gómez Durán EL. La gestión de la responsabilidad profesional médica desde el colectivo de la profesión médica y enfocada a la seguridad clínica. *Rev Esp Med Legal.* 2013;39(4):142-148.
13. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Bruguera M, Aubia J. Un modelo integral y de gestión directa del aseguramiento de la responsabilidad profesional médica en Cataluña. *Med Clin (Barc).* 2013;141(7):300-4.

14. Clos-Masó D, Gómez-Durán EL, Morales JI, Arimany-Manso J. Los seguros de responsabilidad civil profesional médica. En: Izquierdo González F, Mulá Rosias JA (coord.): Problemas jurídicos en ginecología y obstetricia. Madrid: SEGO; 2013.p.25-38.
15. Martin-Fumadó C. Análisis de la responsabilidad profesional médica derivada del ejercicio de la Psiquiatría y de la Medicina Legal [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina; 2012 [consultado 7 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/123360/cm1de1.pdf?sequence>
16. Pujol-Robinat A, Martin-Fumadó C, Jiménez-Pérez D, et al. Criterios médico-legales en la valoración de la responsabilidad profesional médica. *Rev Esp Med Legal*. 2013;39(4):135-141.
17. Andreu-Tena E, Azparren Lucas A, Donat Laporta E. Estudio jurisprudencial en medicina satisfactiva. *Rev Esp Med Legal*. 2013;39(4):162-7.
18. Arimany-Manso J. Responsabilitat civil profesional. *Revista del Col.legi Oficial de Metges de Barcelona*. 2014;p.7.
19. Carles, M. Liability for medical malpractice: an economic approach. *Gaceta Sanitaria*. 2003;17:494-503.
20. Arimany-Manso J. Informe sobre el Área de Praxis. Informe anual de 2013 del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. 2014;p.26.
21. Bruguera M, Viger M, Bruguera R, et al. Reclamaciones por presunta negligencia relacionadas con endoscopia digestiva. Análisis de una casuística de 22 años. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34(4):248-53.
22. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Barbería-Marcalein E, Benet-travé J, Martin-Fumadó C. Catastrophic medical malpractice payouts in Spain. *J Healthc Qual*. 2014. 2014 Aug /. doi: 10.1111/jhg.12074.
23. Gómez-Durán EL, Martin-Fumadó J, Arimany-Manso J. De la responsabilidad profesional médica a la seguridad clínica. *Aten Primaria*. 2013;46(2):110-11.
24. Gómez-Durán EL, Martin-Fumadó C, Arimany-Manso J. Legal medicine contributions to patient safety. From ascertainment and evaluation to research in medical liability. *Int J Legal Med*. 2013;127:1051-3.
25. Colegio de Médicos de Barcelona. *Quadern de la Bona Praxi*. "Contencions". 2013.
26. Colegio de Médicos de Barcelona. *Quadern de la Bona Praxi*. "Praxi mèdica i reclamacions judicials". 2011.
27. Colegio de Médicos de Barcelona. *Quadern de la Bona Praxi*. "El consentiment informat". 2008.
28. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Boada M, et al. La investigación en los procedimientos de incapacidad de las personas con enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia. *Rev Esp Med Legal*. 2012;38(3):89-90.
29. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, et al. Malpractice risk according to physician specialty. *NEJM*. 2011;65:629-36.

Bibliografía

GENERAL

- Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C. La nueva legislación sobre la receta médica. *Rev Esp Med Legal*. 2013;39(2):45-7.
- Barbería E, Xifró A, Martín-Fumadó C, Arimany J. Consideraciones sobre la emisión del certificado médico de defunción. *Atención Primaria*. 2013;45(7):396-7.
- Gómez-Durán EL, Gómez-Alarcón M, Arimany-Manso J. Las agresiones a profesionales sanitarios. *Rev Esp Med Legal*. 2012;38(1):1-2.
- Gómez-Durán EL, Guija JA, Ortega-Monasterio L. (2014). Aspectos médico-legales de la contención física y farmacológica. *Med Clin (Barc)*. 2014;142(Supl 2):24-9.
- Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Arimany-Manso J. Guía de Práctica Clínica sobre el trastorno bipolar: aspectos médico-legales. *Med Clin (Barc)*. 2013; <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.10.004>
- Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Barbería Marcalain E, Clos Masó D, Arimany-Manso J. Respeto a la autonomía del paciente con demencia y la necesidad de colaboración interdisciplinaria. *Neurología*. 2014;29:62-4.
- Gómez-Durán EL, Saigí-Ullastre U, Bruguera-Villagrasa R. Sobre la desviación del espíritu del consentimiento informado y otras reflexiones de interés en los ensayos clínicos. *Med Clin (Barc)*. 2013;141(12):556-9.
- Martín-Fumadó C, Martí Amengual G, Puig Bausili L, Arimany-Manso J. La incapacidad temporal y sus implicaciones legales. *Med Clin (Barc)*. 2014;142(Supl 2):37-42.
- Morlans M, Clos-Masó D, Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. El rechazo en las transfusiones de sangre y hemoderivados, criterios deontológicos y médico legales. *Rev Esp Med Legal*. 2014. En prensa.
- Pujol-Robinat A, Mohino Justes S, Gómez Durán EL. Valoración forense del riesgo de violencia. *Med Clin (Barc)*. 2014;142(Supl 2):16-23.
- Saigí-Ullastre, U. (2013). La historia clínica, los protocolos, el consentimiento informado y la protección de datos personales. En: Izquierdo González F, Mulá Rosias JA (coord.): *Problemas jurídicos en ginecología y obstetricia*. Madrid: SEGO;2013.p.97-110.

Agradecimientos

A todo el personal del Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio de Médicos de Barcelona, de los Colegios Médicos de Girona, Tarragona y Lleida y al de la Compañía Zurich.

Con la colaboración de:



