

EL ANÁLISIS DE LAS SENTENCIAS SOBRE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL SANITARIA COMO ELEMENTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Mónica
Hernández Herrero**

*Doctora en Bioderecho: Bioética, Salud y Derechos Humanos.
Médica de Urgencias.
Gerente del Hospital de Laredo (Cantabria)*

SUMARIO

1. Preliminar. 2. Marco Conceptual. 3. Objetivo. 4. Método. 5. Resultados. 6. Discusión. 7. Conclusiones. 8. Bibliografía.

RESUMEN

La Seguridad del Paciente se considera una dimensión clave de la calidad asistencial. La asistencia sanitaria produce un daño prevenible al paciente que se relaciona en algunas ocasiones con la mala praxis médica. Con el fin de reducir y/o evitar el daño introducimos nuestra contribución a través del análisis de las sentencias por mala praxis médica, ya que se configura como un elemento esencial en la mejora de la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE

Seguridad del paciente, mala praxis, sentencias, medicina defensiva.

1. PRELIMINAR

La Seguridad del Paciente es una prioridad a nivel mundial, su objetivo fundamental es evitar y reducir el daño a los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. La relevancia de esta disciplina viene dada por el impacto negativo en la salud de los pacientes por la falta de seguridad, incluso en algunos estudios se estima que podría ser la tercera causa de muerte en EE. UU.¹ Así, los eventos adversos son una de las 10 causas principales de muerte y

1 MAKARY M, MICHAEL D, "Medical error-the third leading cause of death in the US", *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, vol. 353, 2016, i2139.

discapacidad en el mundo, según datos de la OMS² (Organización Mundial de la Salud). Además, la falta de seguridad produce consecuencias muy negativas para el sistema sanitario en su conjunto. Por un lado, los profesionales que se ven implicados en un evento adverso disponen de pocas herramientas para su gestión. Esto provoca que en algunos casos le afecte negativamente en su vida personal y profesional³. Por otro lado, la no seguridad repercute en un incalculable aumento del gasto sanitario. Por ejemplo, en los países de la OCDE se ha estimado que la falta de seguridad en la atención sanitaria supone más de un 12% del gasto sanitario⁴. Algunos estudios han hallado una interrelación entre la mejora de la seguridad del paciente y la responsabilidad médica. En otras palabras, se ha considerado que es posible que la mejora en la seguridad pueda disminuir o proteger de una demanda por responsabilidad⁵. Sin embargo, también se ha observado que el análisis de la mala praxis puede contribuir a mejorar la seguridad del paciente⁶.

2. MARCO CONCEPTUAL

A lo largo de la historia, los profesionales de la medicina han tenido una preocupación constante por la responsabilidad médica. Tradicionalmente, en el ámbito sanitario, se ha relacionado el error médico o un mal resultado con la responsabilidad por mala praxis. Hemos de resaltar que el mero error médico no implica responsabilidad siempre, sino que debe producirse un error negligente. A saber, para que exista responsabilidad debe producirse una infracción de la *lex artis ad hoc*, como así lo refrendan las sentencias del Tribunal Supremo desde los años ochenta.

La inquietud ancestral por la responsabilidad podemos situarla históricamente en la Antigua Mesopotamia. En esta época se recopilaban las leyes de

la historia de la humanidad por primera vez de forma escrita: *el Código de Hammurabi*⁷. De esta forma, a lo largo de los siglos se han introducido las normas jurídicas que establecen actualmente los límites de la responsabilidad⁸. No obstante, a pesar del progreso de la humanidad y en concreto de la ciencia, dichos temores no han desaparecido. Actualmente, los médicos afirman que están preocupados por la responsabilidad médica, así lo demuestran algunos estudios realizados mediante encuesta^{9,10}. Como resultado de esta inquietud y de un aumento de las demandas por responsabilidad surge el temor a una demanda por mala praxis a finales de los años sesenta en EE. UU.. Este fenómeno se conoce como la primera crisis de mala praxis¹¹ y se sucederá de varias posteriores. De ahí que el temor a una demanda provocara el nacimiento de la medicina defensiva: los médicos comenzaron a ordenar pruebas y tratamientos (medicina defensiva positiva) y a evitar pacientes de riesgo (medicina defensiva negativa) con el fin de protegerse de una demanda¹². Dichas prácticas están extendidas por todo el mundo hoy en día, independientemente del sistema sanitario y judicial de cada país^{13,14,15,16,17}. Aunque el estudio de la medicina defensiva es complejo, en la mayor parte de las ocasiones se ha realizado mediante encuesta. Centrándonos en España hallamos que los médicos de urgencias de hospitales públicos y privados afirman que la presión judicial ha aumentado entre mucho y bastante en un 91,3%. También que la presión judicial puede influir en su práctica clínica, un 88,7%. Además, el 63% afirma que se alargan

7 HAJAR R, "The Air of History: Early Medicine to Galen (Part I)", *Heart Views*, vol. 13, no 3, 2012, p. 124

8 TOMILLO URBINA J, "Nuevos derechos del paciente desde su condición jurídica como consumidor", *Derecho y Salud*, vol. 19 (Extra 1), 2010, p. 46.

9 RESCHOVSKY JD, SAIONTZ-MARTINEZ CB, "Malpractice Claim Fears and the Costs of Treating Medicare Patients: A New Approach to Estimating the Costs of Defensive Medicine", *Health Services Research*, vol. 53, no 3, 2018, p. 1508.

10 CARRIER ER, RESCHOVSKY JD, MELLO MM, MAYRELL RC, KATZ D, "Physicians' Fears Of Malpractice Lawsuits Are Not Assuaged By Tort Reforms". *Health Affairs*, vol. 29, no 9, 2010, pp. 1587-1588.

11 PALAZZOLO A, "The Medical Malpractice "Crisis": The Constitutionality of Damage Limitations", *Journal of Civil Rights and Economic Development*, vol. 1, no 1, 1985, p. 83.

12 TANCREDI LR, BARONDESS JA, "The Problem of Defensive Medicine", *Science*, vol. 200, no 4344, 1978, p. 879.

13 STUDDERT DM, MELLO MM, SAGE WM, DES ROCHES CM, PEUGH J, ZAPERT K, BRENNAN TA, "Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment", *Journal of American Medical Association*, vol. 293, no 21, 2005, pp. 2611-2616.

14 YAN SC, HULOU MM, COTE DJ, ROYTOWSKY D, RUTKA JT, GORMLEY WB, SMITH TR, "International Defensive Medicine in Neurosurgery: Comparison of Canada, South Africa, and the United States", *World Neurosurgery*, vol. 95, 2016, pp. 54-57.

2 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

3 HARRISON R, LAWTON R, STEWART K, "Doctors' experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact", *Clinical Medicine Journal*, vol. 14, no 6, 2014, pp. 587-588.

4 SLAWOMIRSKI L, KLAZINGA N, "The economics of patient safety: From analysis to action, 2022, p. 23. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety_761f2da8-en

5 GREENBERG MD, HAVILAND AM, SCOTT ASHWOOD J, MAIN R, "Is Better Patient Safety Associated with Less Malpractice Activity?. Evidence from California", *Rand Health Quarterly*, vol. 1, no 1, 2011, p. 1.

6 SIEGAL D, SWIFT J, FORGET J, SLOWICK T, "Harnessing the power of medical malpractice data to improve patient care", *American Society for Healthcare Risk Management*, vol. 29, no 3, 2020, pp. 28-36.

las estancias en urgencias y en un 90% cree que se solicitan pruebas diagnósticas de dudosa utilidad¹⁸.

Las prácticas defensivas comportan diferentes problemas que son muy perjudiciales para todo el sistema sanitario. De hecho, la medicina defensiva no protege ante una demanda. Esto es debido a que, en caso de una demanda, lo que se juzga es que se haya actuado conforme a la *lex artis ad hoc*. En primer lugar, se produce un aumento del gasto sanitario que, por ejemplo, en EE. UU. se ha estimado en un 2,4% del gasto en atención médica¹⁹ y en Italia un 10%²⁰. En segundo lugar, tiene efectos muy negativos en los pacientes porque puede producir iatrogenia. La medicina defensiva actúa como uno de los factores que contribuyen a la sobreutilización o uso excesivo de la medicina sin beneficio neto a los pacientes (medicina de bajo valor), dentro de la sobreutilización se halla el sobrediagnóstico²¹.

Así como los profesionales y los sistemas sanitarios han expresado su preocupación por la responsabilidad médica, de igual modo se ha impulsado a lo largo de las últimas décadas la seguridad del paciente. El Plan de Acción Mundial en Seguridad del Paciente de la OMS recoge en su documento de trabajo de enero de 2021²² los seis principios rectores

del marco de acción mundial en seguridad del paciente. Uno de esos principios rectores es el aprendizaje a través del análisis de datos de los conocidos sistemas de notificación de eventos adversos. Sin embargo, la OMS va más allá e insta a explotar la información que pueden aportar, entre otros, el análisis de las reclamaciones por mala praxis. De hecho, el estudio de las reclamaciones por mala praxis se enmarca dentro del Plan en la Estrategia 6: Información, investigación, gestión de riesgos y mejora, en el punto 6.2.

3. OBJETIVO

El objetivo general de esta investigación fue analizar las características de las sentencias por responsabilidad médica en España en la asistencia sanitaria pública en las tres especialidades más implicadas: Traumatología y Ortopedia, Obstetricia y Ginecología y Cirugía General.

4. MÉTODO

Se trata de un estudio observacional transversal de las sentencias sobre responsabilidad patrimonial sanitaria en los Tribunales Superiores de Justicia (Salas de lo Contencioso Administrativo) en España, dictadas entre enero de 2008 a agosto de 2020. Se excluyen las sentencias del Tribunal Supremo puesto que el acceso a la casación se encuentra extraordinariamente restringido, de modo que su inclusión produciría claros sesgos en los resultados finales. Así mismo, se excluye la jurisdicción penal y civil. La primera porque tiene que ver con acciones u omisiones constitutivas de delito y la segunda, porque se refiere fundamentalmente a la asistencia sanitaria privada.

En relación a la metodología, se incluyen las sentencias de primera y de segunda instancia. Debe tenerse en cuenta que dependiendo de los casos los Tribunales Superiores de Justicia se pueden pronunciar en primera y única instancia o en segunda instancia cuando el caso ha sido dirimido previamente por un órgano jurisdiccional inferior (Juzgado de lo Contencioso-Administrativo). La variabilidad de uno u otro caso se encuentra en función de la cuantía reclamada y del órgano de la administración sanitaria que tiene la competencia para resolver la reclamación previa. También es preciso señalar que, en las demandas por responsabilidad en el ámbito de la asistencia sanitaria pública, solo puede ser demandada la Administración sanitaria correspondiente y por lo tanto, no directamente el profesional implicado en el caso.

15 SÁNCHEZ GONZÁLEZ JM, TENA TAMAYO C, CAMPOS CASTOLO EM, HERNÁNDEZ GAMBOA LE, RIVERA CISNEROS AE, "Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización", *Cirugía y Cirujanos*, vol. 73, no 3, 2005, p. 201.

16 PANELLA, M, RINALDI C, LEIGHEB F, KNESSE S, DONNARUMMA C, KUL S, VANHAECHE, DI STANISLAO F, "Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians", *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 22, no 4, 2017, pp. 212-215.

17 OSTI M, STEYRER J, "A national survey of defensive medicine among orthopaedic surgeons, trauma surgeons and radiologists in Austria: evaluation of prevalence and context", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 21, 2015, p. 278.

18 PEREA PÉREZ B, GARROTE DÍAZ JM, HERNÁNDEZ GIL A, MARTÍNEZ HERNÁNDEZ S, GARCÍA MARTÍN AF, SANTIAGO SÁEZ A, GRUPO DE TRABAJO, "Medicina defensiva en los servicios de urgencias hospitalarias", *Revista Española de Salud Pública*, vol. 95, no 7, 2021, pp. 3-8.

19 MELLO MM, CHANDRAA, GAWANE AA, STUDERT DM, "National Costs Of The Liability System", *Health Affairs*, vol. 29, no 9, 2010, p. 1570.

20 PANELLA M, RINALDI C, LEIGHEB F, KNESSE S, DONNARUMMA C, KUL S, VANHAECHE K, DI STANISLAO F, "Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians", *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 22, no 4, 2017, p. 211.

21 PATHINARA T, CLARK J, MOYNIHAN R, "Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions", *British Medical Journal*, vol. 358, (j3879), 2017, p. 2.

22 Consultado el 15 de julio de 2022 en: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/global-patient-safety-action-plan-2021-2030_third-draft_january-2021_web.pdf?sfvrsn=948f15d5_3

El análisis de las sentencias se ha realizado a través de la base de datos pública CENDOJ (Centro de Documentación Judicial). La clave de búsqueda fue responsabilidad patrimonial sanitaria, obteniéndose un primer grupo de 11.767 sentencias. Las variables estudiadas y recogidas a través de una ficha de datos por año se clasifican en cuatro apartados: a) Administrativo: instancia, apelante; b) Clínico: especialidad implicada, actuación; c) Judicial: daño reclamado, motivo de la sentencia y fallo; d) Cuantía de la indemnización.

El tamaño de la muestra se ha obtenido a través del programa Granmo 7.12, dado que no existen datos previos sobre la prevalencia de las sentencias se toma una proporción estimada de $P=0,50$, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, el resultado es de al menos 350 sentencias. Con el fin de aumentar la fiabilidad de los datos se decide ampliar la muestra hasta 1.015 sentencias aplicándose un muestreo sistemático con el análisis de una de cada ocho sentencias. Los criterios de inclusión son tres: motivación clínica del pronunciamiento judicial, consecuencias para el paciente y cuantía de la indemnización. Se han excluido: i) las sentencias que se limitan a inadmitir por motivos formales la reclamación (p.ej. prescripción del plazo para reclamar; ii) las sentencias en las que existe más de una especialidad implicada; iii) las sentencias que traen causa de reclamaciones en las que solo se ha demandado a la compañía aseguradora; iv) las sentencias no relacionadas con el objeto de estudio.

La estadística descriptiva se realiza en conjunto y por separado en función de las especialidades estudiadas. Las variables categóricas se muestran mediante valores absolutos, porcentajes e intervalo de confianza al 95% y en la variable cuantitativa mediante la mediana y rango intercuartílico (RIC). Para la variable cuantitativa se comprobó previamente el tipo de distribución por medio del test de la Z de Kolmogorov-Smirnov. En la comparación de datos cualitativos: ji al cuadrado, tabla de contingencia o t de Student, según proceda. Para la comparación de la variable cuantitativa con las cualitativas se utiliza la prueba de U de Mann-Whitney o la prueba de Kruskal Wallis según se precise. Los valores de $p < 0,05$ se consideran significativos. Los datos se analizan con el programa IBM SPSS Statistics versión 24 (License Python 2.7.6. y 3.4.3.)

5. RESULTADOS

De las 1.015 sentencias analizadas se encontró que 417 (41,08%; IC 38,03-44,18) correspondían

a las tres especialidades de Traumatología y Ortopedia, Obstetricia y Ginecología y Cirugía General. En primera instancia se obtuvieron 300 casos (71,94%; IC 67,36-76,20) y en segunda instancia 117 (28,05%; IC 23,79-32,63). El paciente y/o la familia fue el apelante en 91 casos (77,77%; IC 69,15-84,94) y el servicio de salud y/o la compañía aseguradora en 26 casos (22,22%; IC 15,05-30,84).

Dentro de las variables clínicas, la especialidad más implicada en las demandas fue Traumatología y Ortopedia, 172 casos (16,9%; IC 14,68-19,39), le sigue Ginecología y Obstetricia, 142 casos (14%; IC 11,91-16,27) y en tercer lugar, Cirugía General, 103 casos (10,1%; IC 8,35-12,17). La actuación durante la asistencia fue no urgente en 364 casos (87,29%; IC 83,70-90,33), urgente en 52 casos (12,47%; IC 9,45-16,03) y los casos perdidos, 1 (0,24%; IC 0,006-1,32).

En las variables judiciales se ha observado que en lo relativo al daño se obtuvieron 328 casos como secuelas (78,65%; IC 74,40-82,49), 49 casos por fallecimiento (11,75%; IC 8,82-15,23), 22 casos por secuelas en RN (recién nacido) (5,27%; IC 3,33-7,87), 8 casos por fallecimiento de RN (1,91%; IC 0,83-3,74), 8 casos por feto muerto (1,91%; IC 0,83-3,74) y 2 casos perdidos (0,48%; IC 0,05-1,72).

Se produjo infracción de la *lex artis* en 156 casos (37,41%; IC 32,75-42,25). Los motivos fueron: la mala praxis de diagnóstico y/o tratamiento, 70 casos (40,87%; IC 36,91-53,03), el déficit de información, 37 casos (23,71%; IC 17,28-31,17), la pérdida de oportunidad, 25 casos (16,02%; IC 10,64-22,74), la mala praxis diagnóstica y/o tratamiento y déficit de información, 14 casos (8,97%; IC 4,99-14,59) y otros motivos, 10 casos (6,4%; IC 3,11-11,47).

En relación al fallo se desestimaron en primera instancia, 191 casos (63,66%; IC 57,94-69,11), se estimaron parcialmente 103 casos (34,44%; IC 28,97-40,01) y hubo estimación total en 6 casos (2%; IC 0,73-4,30). En segunda instancia, si el apelante fue el paciente y/o la familia se desestimaron 68 casos (74,72%; IC 64,52-83,25), se estimaron parcialmente 21 casos (23,07%; IC 14,88-33,08) y se estimaron totalmente 2 casos (2,19%; IC 0,26-7,71). Si el apelante fue el Servicio de Salud (SS) y/o la compañía aseguradora se desestimaron 16 casos (17,58%; IC 10,39-26,97), se estimaron parcialmente 5 casos (5,49%; IC 1,80-12,35) y se estimaron totalmente 5 casos (5,49%; IC 1,80-12,35) (Figura 1).

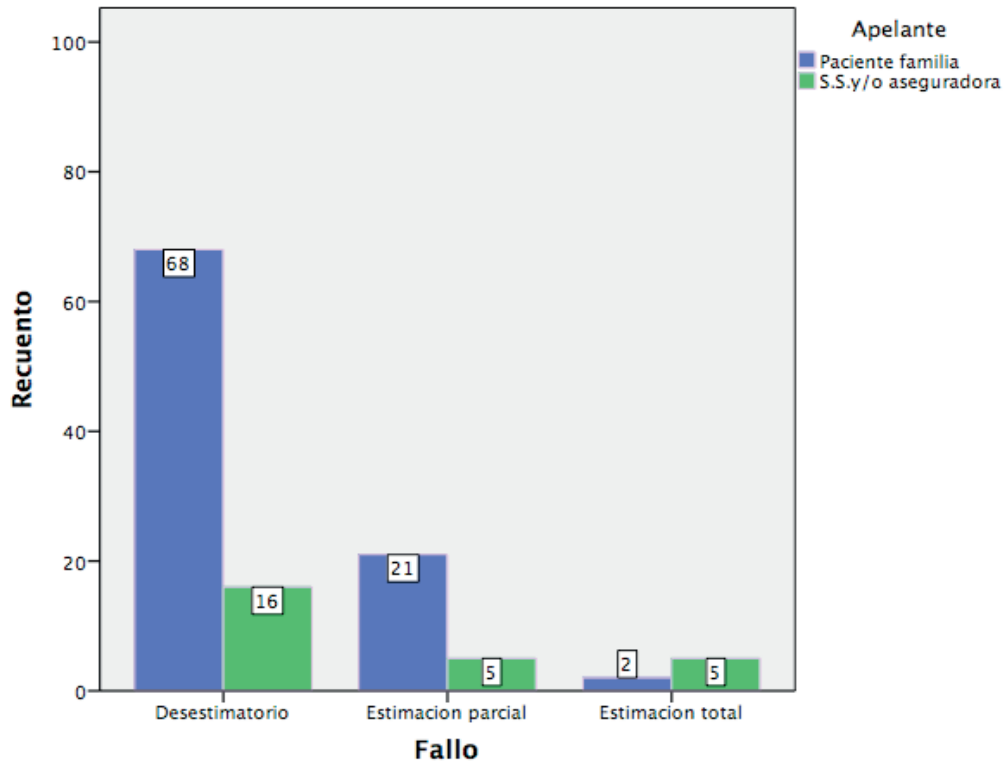


Figura 1. Fallo de las sentencias en segunda instancia según el apelante. S.S.: Servicio de Salud

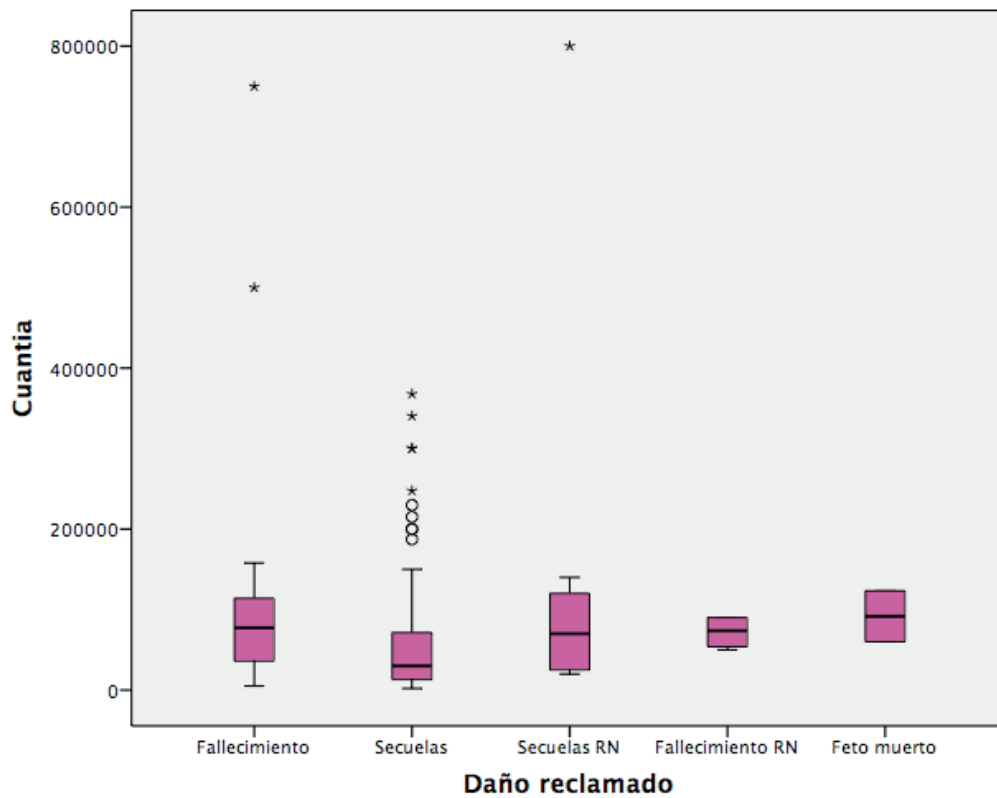


Figura 2. Cuantías indemnizatorias en función del daño reclamado.

La mediana de las cuantías indemnizatorias fue 40.000 euros (RIC 73.707) con un mínimo de 2.000 euros y un máximo de 800.000 euros. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las cuantías indemnizatorias y el daño reclamado ($p=0,008$). La mediana en el caso de fallecimiento fue 77.421,12 euros (RIC 87.920,41), en las secuelas 30.000 euros (RIC 58.761), en las secuelas en el RN 70.000 euros (RIC 107.500), en el fallecimiento en el RN 73.758,50 euros (RIC 38.120,75) y en el feto muerto la mediana fue de 91.608,23 euros (RIC 63.216,47). Las cuantías indemnizatorias en relación al daño se observan en la Figura 2. Las cuantías indemnizatorias en relación al fallo fueron en la estimación parcial 35.845 euros (RIC 79.800) y en la estimación total 89.474 euros (RIC 101.243). Se han hallado diferencias estadísticamente significativas en la relación entre las cuantías y el fallo ($p=0,009$) (Figura 2).

6. DISCUSIÓN

El presente estudio permite conocer las características principales de las sentencias en las que están implicadas las tres especialidades con mayor frecuencia: a) todas se refieren al ámbito hospitalario y quirúrgico; b) el daño que se reclama en su mayoría son las secuelas; c) la mala praxis diagnóstica y/o terapéutica es el motivo más frecuente de infracción de la *lex artis ad hoc*; d) la mayor parte de las sentencias son desestimatorias, a favor de la administración.

Las tres especialidades por separado tienen un porcentaje mayor al 10% y suponen más de un 40% de todas las sentencias analizadas. Como hemos podido observar las tres especialidades pertenecen al ámbito quirúrgico y el entorno hospitalario, en estos casos, los actos médicos son de una elevada complejidad y tecnificación. Por ello, los datos obtenidos son los esperados ya que precisamente estas tres especialidades están consideradas en la literatura como de alto riesgo²³. En España hemos encontrado estudios con resultados muy similares al nuestro. En un estudio sobre reclamaciones en Cataluña entre 1986 y 2012 se halló que la mayoría pertenecían al ámbito quirúrgico, con la diferencia que en este caso la cirugía plástica y reparadora obtuvo la tercera posición²⁴.

23 CARROLL AE, BUDDENBAUM JL, "High and low-risk specialties experience with the U.S. medical malpractice system", *Health Services Research*, vol. 13, 2013, p. 1.

24 ARIMANY MANSO J, BENET TRAVÉ J, BRUGUERA CORTADA M, TOMÉ ESCASANY, KLAMBURG

Respecto al daño reclamado, en la mayoría de los casos se reclaman secuelas un 78,65%. Estos resultados son similares a los observados en un informe que analizó 124.000 casos sobre negligencia médica en EE. UU. entre 2007 y 2016²⁵.

El fallo de las sentencias es en su mayoría favorable a la administración, en primera instancia un 63,66%. Sostenemos que este resultado es el más importante de nuestro estudio puesto que aún en el caso que se produzca una demanda, la mayoría son desestimatorias. En el caso de la segunda instancia resulta aún más llamativo, ya que alrededor del 75% son desestimatorias. La comparación con los resultados obtenidos en estudios en el ámbito internacional es compleja, debido a que existen diferencias en cuanto a la metodología y también en el sistema sanitario y judicial. No obstante, observamos que los resultados son similares. En EE. UU. existen sistemas alternativos de resolución de conflictos (ADR). No obstante, en el caso de llegar a juicio la mayor parte son favorables al médico²⁶. Entendemos que este resultado puede ser esclarecedor para los profesionales médicos y podría contribuir a mejorar el conocimiento sobre los riesgos legales²⁷.

Entre los motivos de infracción de la *lex artis ad hoc* más frecuentes hallamos que la mala praxis diagnóstica y/o de tratamiento es el más frecuente, un 40,87%. Este motivo es considerado el más frecuente habitualmente. Por ejemplo, en un estudio en EE. UU. entre 2004 y 2014 la mayor parte de las reclamaciones a favor del paciente estaban relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento²⁸. Otro de los hallazgos destacables de nuestro estudio es que en segundo lugar se sitúa el déficit de información,

PUJOL J, GÓMEZ DURÁN EL, "Procedimientos quirúrgicos objeto de reclamación por presunto defecto de praxis", *Medicina Clínica*, vol. 143 (supl 2), 2014, pp. 49-50.

25 CRICO 2018 CBS BENCHMARKING REPORT, "Medical Malpractice in América. A 10-Year assessment with insights", 2018, p. 11, consultado el 15 de julio de 2022 en: <https://www.rmhf.harvard.edu/MalpracticeData/Annual-BenchmarkReports/Medical%20Malpractice%20in%20America/Thank%20you%20for%20your%20request?submissionGuid=6ce3bd2e-fa8e-4e34-b4f7-9995269c33d9>

26 PETERS PG, "Twenty Years of Evidence on the Outcomes of Malpractice Claims", *Clinical Orthopaedics and Related Research*, vol. 467, 2009, pp. 352-353.

27 RIES NM, JANSEN J, "Physicians' views and experiences of defensive medicine: An international review of empirical research", *Health Policy*, vol. 125, no 5, 2021, pp. 638-642.

28 SCHAFFER AC, JENA AB, SEABURY S, SINGH H, CHALASANI V, KACHALIA A, "Rates and Characteristics of Paid Malpractice Claims Among US Physicians by Specialty, 1992-2014", *Journal of American Medical Association Internal Medicine*, vol. 177, no 5, 2017, p. 716.

un 23,71%. La prestación del consentimiento informado es en sí mismo un criterio de la *lex artis*. Sin embargo, su déficit o ausencia tiene que producir un daño para que exista una indemnización²⁹. Nuestros hallazgos no son congruentes con otros estudios en España, en los que se obtiene un 3,5% de casos³⁰. Desde nuestra perspectiva este resultado es francamente negativo, si tenemos en cuenta que la legislación en España sobre esta materia ha cumplido ya 20 años. La pérdida de oportunidad se objetivó en un 16% y en comparación con otras especialidades es diferente, como en la medicina de urgencias y emergencias que obtiene el segundo lugar, un 40,2%³¹.

Las cuantías indemnizatorias, en los casos que se estiman, muestran una mediana de 40.000 euros. A modo descriptivo, este resultado es similar al obtenido en el National Health Service (NHS) entre 2020 y 2021. La mayor parte de las reclamaciones que reciben un pago (las especialidades con más reclamaciones son Ortopedia, Emergencias, Obstetricia y Ginecología y Cirugía General) es de 50.000 libras o menos³². Si contrastamos nuestros resultados con EE. UU. las cuantías difieren ostensiblemente, ya que en el caso de Obstetricia y Ginecología obtendrían una media de 432.959 dólares, Ortopedia 258.763 dólares y Cirugía General, 298.625 dólares³³.

La principal limitación de este estudio es que se centra en la vía judicial, de esta manera quedan excluidas todas las reclamaciones patrimoniales y las vías extrajudiciales que pudieran existir. Nos centramos en el ámbito público, puesto que es el mayor proveedor de asistencia sanitaria en España. Sin embargo, contemplamos otras vías judiciales para futuras investigaciones.

29 CAYÓN DE LAS CUEVAS J, *La prestación de servicios sanitarios como relación jurídica de consumo*, Thomson Reuters-Civitas, Navarra, 2017, pp. 466-469.

30 ARIMANY MANSO J, CLOS-MASO D, BENET TRAVÉ J, GÓMEZ DURÁN EL, “Defecto de información en las reclamaciones por responsabilidad profesional médica”, *Medicina Clínica*, vol. 145, no 2, 2015, pp. 92-93.

31 HERNÁNDEZ HERRERO M, CAYÓN DE LAS CUEVAS J, “Análisis empírico de la litigiosidad judicial por responsabilidad médica en la asistencia sanitaria urgente en España”, *Emergencias*, vol. 34, 2022, p. 18.

32 Consultado el 10 de julio de 2022: <https://resolution.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/07/Annual-report-and-accounts-2020-21-web.pdf#page=72>

33 SCHAFFER AC, JENA AB, SEABURY S, SINGH H, CHALASANI V, KACHALIA A, “Rates and Characteristics of Paid Malpractice Claims Among US Physicians by Specialty, 1992-2014”, *Journal of American Medical Association Internal Medicine*, vol. 177, no 5, 2017, p. 710.

7. CONCLUSIONES

La principal conclusión del presente estudio es que la mayor parte de las demandas por responsabilidad médica en las tres especialidades más implicadas (Ortopedia y Traumatología, Obstetricia y Ginecología y Cirugía General) son desestimatorias, en consecuencia, a favor de la administración. En segundo lugar, los motivos más frecuentes de infracción de la *lex artis* son la mala praxis diagnóstica y/o terapéutica y el déficit de información. En tercer lugar, el daño más reclamado son las secuelas. Y en cuarto lugar, las cuantías indemnizatorias obtienen una mediana de 40.000 euros.

Entendemos que la importancia de estos resultados radica en que pueden coadyuvar a mejorar el conocimiento de los profesionales sobre los aspectos legales de la práctica clínica. A su vez, pueden contribuir a prevenir y reducir las prácticas defensivas que resultan tan perjudiciales en todo el sistema sanitario. En suma, lo que pretendemos es aportar conocimiento científico a para poder evitar o en su caso, reducir los daños asociados a la asistencia sanitaria. Creemos que un análisis sistematizado de los datos de las sentencias relacionadas con la mala praxis puede ser un elemento esencial en la mejora de la seguridad del paciente.

8. BIBLIOGRAFÍA

- ARIMANY MANSO J, BENET TRAVÉ J, BRUGUERA CORTADA M, TOMÉ ESCASANY, KLAMBURG PUJOL J, GÓMEZ DURÁN EL, “Procedimientos quirúrgicos objeto de reclamación por presunto defecto de praxis”, *Medicina Clínica*, vol. 143 (supl 2), 2014, pp. 47-51.
- ARIMANY MANSO J, CLOS-MASO D, BENET TRAVÉ J, GÓMEZ DURÁN EL, “Defecto de información en las reclamaciones por responsabilidad profesional médica”, *Medicina Clínica*, vol. 145, no 2, 2015, pp. 92-93.
- CARRIER ER, RESCHOVSKY JD, MELLO MM, MAYRELL RC, KATZ D, “Physicians’ Fears Of Malpractice Lawsuits Are Not Assuaged By Tort Reforms”, *Health Affairs*, vol. 29, no 9, 2010, pp. 1585-1592.
- CARROLL AE, BUDDENBAUM JL, “High and low-risk specialties experience with the U.S. medical malpractice system”, *Health Services Research*, vol. 13, 2013, p. 465.

- CAYÓN DE LAS CUEVAS J, *La prestación de servicios sanitarios como relación jurídica de consumo*, Thomson Reuters-Civitas, Navarra, 2017.
- GREENBERG MD, HAVILAND AM, SCOTT ASHWOOD J, MAIN R, “Is Better Patient Safety Associated with Less Malpractice Activity?. Evidence from California”, *Rand Health Quarterly*, vol. 1, no 1, 2011, p. 1.
- HAJAR R, “The Air of History: Early Medicine to Galen (Part I)”, *Heart Views*, vol. 13, no 3, 2012, pp. 120-128.
- HARRISON R, LAWTON R, STEWART K, “Doctors’ experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact”, *Clinical Medicine Journal*, vol. 14, no 6, 2014, pp. 585-590.
- HERNÁNDEZ HERRERO M, CAYÓN DE LAS CUEVAS J, “Análisis empírico de la litigiosidad judicial por responsabilidad médica en la asistencia sanitaria urgente en España”, *Emergencias*, vol 34, 2022, pp. 15-20.
- MAKARY M, MICHAEL D, “Medical error-the third leading cause of death in the US”, *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, vol. 353, 2016, i2139.
- MELLO MM, CHANDRA A, GAWANE AA, STUDDERT DM, “National Costs Of The Liability System”, *Health Affairs*, vol. 29, no 9, 2010, pp. 1569-1577.
- OSTI M, STEYRER J, “A national survey of defensive medicine among orthopaedic surgeons, trauma surgeons and radiologists in Austria: evaluation of prevalence and context”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 21, 2015, pp. 278-284.
- PALAZZOLO A, “The Medical Malpractice “Crisis”: The Constitutionality of Damage Limitations”, *Journal of Civil Rights and Economic Development*, vol. 1, no 1, 1985, p. 83.
- PANELLA M, RINALDI C, LEIGHEB F, KNESSE S, DONNARUMMA C, KUL S, VANHAECHT K, DI STANISLAO F, “Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians”, *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 22, no 4, 2017, pp. 211-217.
- PATHINARA T, CLARK J, MOYNIHAN R, “Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions”, *British Medical Journal*, vol. 358, (j3879), 2017, pp. 1-9.
- PEREA PÉREZ B, GARROTE DÍAZ JM, HERNÁNDEZ GIL A, MARTÍNEZ HERNÁNDEZ S, GARCÍA MARTÍN AF, SANTIAGO SÁEZ A, GRUPO DE TRABAJO, “Medicina defensiva en los servicios de urgencias hospitalarias”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 95, no 7, 2021, pp. 1-10.
- PETERS PG, “Twenty Years of Evidence on the Outcomes of Malpractice Claims”, *Clinical Orthopaedics and Related Research*, vol. 467, 209, pp. 352-357.
- RESCHOVSKY JD, SAIONTZ-MARTINEZ CB, “Malpractice Claim Fears and the Costs of Treating Medicare Patients: A New Approach to Estimating the Costs of Defensive Medicine”, *Health Services Reseach*, vol. 53, no 3, 2018, pp. 1498-1516.
- RIES NM, JANSEN J, “Physicians’ views and experiences of defensive medicine: An international review of empirical research”, *Health Policy*, vol. 125, no 5, 2021, pp. 634-642.
- SÁNCHEZ GONZÁLEZ JM, TENA TAMAYO C, CAMPOS CASTOLO EM, HERNÁNDEZ GAMBOALE, RIVERA CISNEROS AE, “Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización”, *Cirugía y Cirujanos*, vol. 73, no 3, 2005, pp. 199-206.
- SCHAFFER AC, JENA AB, SEABURY S, SINGH H, CHALASANI V, KACHALIA A, “Rates and Characteristics of Paid Malpractice Claims Among US Physicians by Specialty, 1992-2014”, *Journal of American Medical Association Internal Medicine*, vol. 177, no 5, 2017, pp. 710-718.
- SIEGAL D, SWIFT J, FORGET J, SLOWICK T, “Harnessing the power of medical malpractice data to improve patient care”, *American Society for Healthcare Risk Management*, vol. 29, no 3, 2020, pp. 28-36.
- STUDDERT DM, MELLO MM, SAGE WM, DES ROCHES CM, PEUGH J, ZAPERT K, BRENNAN TA, “Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment”, *Journal of American Medical Association*, vol. 293, no 21, 2005, pp. 2609-2617.

- TANCREDI LR, BARONDESS JA, “The Problem of Defensive Medicine”, *Science*, vol. 200, no 4344, 1978, pp. 879-882.

- TOMILLO URBINA J, “Nuevos derechos del paciente desde su condición jurídica como consumidor”, *Derecho y Salud*, vol. 19 (Extra 1), 2010, pp. 43-54.

- YAN SC, HULOU MM, COTE DJ, ROYTOWSKY D, RUTKA JT, GORMLEY WB, SMITH TR, “International Defensive Medicine in Neurosurgery: Comparison of Canada, South Africa, and the United States”, *World Neurosurgery*, vol. 95, 2016, pp. 53-61.