

ORIGINAL

Análisis empírico de la litigiosidad judicial por responsabilidad médica en la asistencia sanitaria pública urgente en España

Mónica Hernández-Herrero¹, Joaquín Cayón-De Las Cuevas²

Objetivo. Analizar las características de las sentencias sobre responsabilidad médica en España en la asistencia sanitaria pública urgente, dictadas en la jurisdicción contencioso-administrativa por los Tribunales Superiores de Justicia.

Método. Estudio observacional transversal que analizó las sentencias entre 2008 y 2020 en la asistencia urgente. Se incluyeron variables administrativas, clínicas, judiciales y de cuantía indemnizatoria.

Resultados. Se analizaron 1.015 sentencias, de las que 243 (23,9%) se refirieron a una asistencia urgente. La mayoría se refería a pacientes mayores de edad, 223 (91,8%). La especialidad más implicada fue Medicina de Urgencias y Emergencias 97 (39,9%) y el ámbito más frecuente fue el hospitalario 211 (86,8%). El 64,6% de las sentencias fueron íntegramente desestimatorias. Los motivos de sentencia condenatoria más habituales fueron la mala praxis diagnóstica o terapéutica 40 (46,0%), y la pérdida de oportunidad 35 (40,2%). Los daños más reclamados fueron secuelas 122 (50,2%) y fallecimiento 112 (46,1%). La mediana de las indemnizaciones fue 46.000 euros, intervalo: 1.300-974.849.

Conclusiones. La mayoría de las sentencias recaídas en la resolución de reclamaciones profesionales médico-sanitarias son íntegramente desestimatorias. Este dato, que era desconocido hasta el momento en la medicina pública, puede contribuir a enmarcar la sobrestimación del riesgo legal en la asistencia urgente. Así mismo, refuerza la idea de la necesidad de aumentar la formación de los profesionales en los aspectos médico-legales de la asistencia sanitaria.

Palabras clave: Responsabilidad médica. Sentencias. Medicina defensiva. Medicina de urgencias.

Empirical analysis of medical malpractice litigation involving urgent-care settings in the Spanish national health service

Background and objective. To analyze the characteristics of superior court decisions in litigation or administrative procedures for medical malpractice claims involving urgent care settings in the Spanish national health service.

Methods. Observational cross-sectional study of judicial rulings handed down between 2008 and 2020 in cases involving urgent care. We analyzed administrative, clinical, and judicial variables as well as the amounts of compensation awarded.

Results. A total of 1015 rulings were analyzed; 243 cases (23.9%) involved urgent medical care. Most cases (223 [91.8%]) involved elderly patients. The largest proportion of defendants (97 [39.9%]) were emergency physicians, and the most common setting was a hospital emergency department (211 [86.8%]). The grounds for finding against the defendant were most often diagnostic or therapeutic error (40 [46.0%] cases) and lost opportunity (35 [40.2%] cases). Damages were usually claimed for sequelae (122 [50.2%] cases) and death (112 [46.1%] cases). The median award was €46 000, the minimum was €1300, and the maximum was €974 849.

Conclusions. In medical and other health-care malpractice cases, the majority of claims (about 64%) are dismissed. This finding, unreported until now, may help to contain the overestimation of risk of liability in urgent medical care. It also reinforces the need to provide medical practitioners with more training regarding the legal aspects of health care.

Keywords: Medical liability. Judicial sentences. Defensive medicine. Emergency medicine.

Introducción

La responsabilidad médica constituye un importante motivo de preocupación para los facultativos, aunque dicho temor a la judicialización no es en realidad un fenómeno nuevo¹. En un estudio liderado por Jena² se concluyó que el 7,4% de los médicos estuvo implicado en una reclamación por negligencia durante el periodo de 1991 a 2005, sugiriéndose que dicho riesgo por sí solo puede generar miedo a ser demandado. Sin em-

bargo, aunque es evidente que el riesgo existe, otros estudios evidencian que tan solo es un grupo relativamente pequeño de profesionales el que acumula el mayor número de sentencias por negligencia, relacionándolo con determinadas características, entre ellas, su especialidad³. En este sentido, se estima que la asistencia en el contexto de la urgencia representa un riesgo de negligencia moderado similar al promedio del resto de especialidades⁴. No obstante, otros autores consideran la especialidad de medicina de urgencias como acti-

Filiación de los autores:

¹Servicio de Urgencias, Hospital Comarcal de Laredo, Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla, IDIVAL, Cantabria, España.

²Grupo de Investigación en Derecho Sanitario y Bioética, Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla, IDIVAL-Universidad de Cantabria, España.

Contribución de los autores:

Todos los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a Emergencias.

Autor para correspondencia:

Mónica Hernández Herrero
C/ Canto del Fraile 2, Bajo C
Laredo, Cantabria, España.

Correo electrónico:

gasiosa@hotmail.com

Información del artículo:

Recibido: 11-2-2021

Aceptado: 25-4-2021

Online: 9-6-2021

Editor responsable:

Juan González del Castillo

vidad de alto riesgo⁵. De dicho riesgo emerge el temor a ser demandado y como consecuencia de ello nace el fenómeno conocido como medicina defensiva (MD) a finales de los sesenta en EE.UU. Los médicos se defienden por el miedo a una demanda si se produce un error en su actuación. Así, la MD expone a los pacientes a tratamientos o pruebas innecesarias y puede provocar el rechazo a los pacientes de alto riesgo⁶.

Hasta el momento, en España no se ha abordado el estudio de la negligencia médica en el ámbito de la asistencia pública urgente. Recordemos que esta se configura como una obligación de medios y no de resultado⁷, esto es, no existe deber de curar sino una obligación de prestar la atención necesaria según el estado de la ciencia y los medios disponibles –en lo que se denomina *lex artis ad hoc*– incluyéndose el derecho a la información y la prestación del consentimiento informado⁸. Hemos de resaltar que el mero error o el resultado de daño no es suficiente para que exista responsabilidad y así lo respaldan las sentencias del Tribunal Supremo desde los años 80 en España.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, la presente investigación pretende determinar las características de las sentencias sobre responsabilidad patrimonial en el ámbito de urgencias en España. Así, creemos que dicho conocimiento puede suponer una aproximación empírica a la negligencia médica y contribuir a contextualizar el papel de las demandas en la asistencia sanitaria urgente en la medicina pública. A su vez, dicho conocimiento por parte de los profesionales podría contribuir a minimizar el miedo a una demanda.

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, en la asistencia urgente de carácter público, 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. Se excluye la jurisdicción penal puesto que se refiere a acciones u omisiones constitutivas de delito. Así mismo, excluimos la jurisdicción civil, al versar fundamentalmente sobre conflictos relativos a la asistencia sanitaria privada.

Desde el punto de vista metodológico, hemos incluido las sentencias tanto de primera como de segunda instancia. En este punto, 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, 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 recla-

mación. 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 no directamente el profesional implicado en el caso.

El análisis de las sentencias se ha realizado a través de la base de datos pública CENDOJ (Centro de Documentación Judicial) cuya 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 4 apartados: i) administrativo: comunidad autónoma (CC.AA.), instancia, apelante; ii) clínico: edad del paciente, ámbito del acto médico, especialidad implicada; iii) judicial: daño reclamado, motivo de la sentencia y fallo; y iv) 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 $P = 0,50$, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5% con resultado de al menos 350 sentencias. Con el fin de aumentar la fiabilidad de los datos se decidió ampliar la muestra hasta 1.015 sentencias aplicándose un muestreo sistemático con el análisis de una de cada 8 sentencias. Los criterios de inclusión son 3: 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; y iv) las sentencias no relacionadas con el objeto de estudio.

La estadística descriptiva se muestra en las variables categóricas mediante valores absolutos, porcentajes e intervalo de confianza al 95% (IC 95%), y en las variables cuantitativas mediante la mediana y rango intercuartil (RIC). Para las variables cuantitativas se comprobó previamente el tipo de distribución por medio del test de la Z de Kolmogorov-Smirnov. Para la comparación de datos cualitativos se utilizó ji al cuadrado, y para la comparación de las variables cuantitativas 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 significativas. Los datos se analizan con el programa IBM SPSS Statistics versión 24 (License Python 2.7.6. y 3.4.3.).

En relación a las CC.AA. y con el objetivo de corregir el valor absoluto obtenido se ha elaborado un índice de sentencias por cada 100.000 habitantes en función de la población de la CC.AA. actualizada a fecha de 2019 según datos del INE (Instituto Nacional de Estadística). En la variable especialidad médica, como la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) no es aún una especialidad reconocida en España, hemos diferenciado esta categoría profesional denominándola MUE, separando las urgencias hospitalarias de las extrahospitalarias.

Resultados

De las 1.015 reclamaciones se encontró que 243 correspondían al ámbito de la asistencia urgente (23,9%; IC 95%: 21,3-26,7). La CC.AA. con mayor número de sentencias fue Madrid con 77 (31,7%), seguida por Valencia con 36 (14,8%) y Andalucía con 20 (8,2%). La CC.AA. con menor número de sentencias fue Navarra, 2 (0,8%), seguida de Baleares, 3 (1,2%), Extremadura, 4 (1,6%), y Cantabria (1,6%). Una vez normalizados por 100.000 habitantes, se encontró que la comunidad con mayor índice fue La Rioja (1,9), seguida de Madrid (1,1) y Aragón (1,0). La comunidad con menor índice fue Cataluña (0,2). En cuanto a la instancia, la mayor parte fueron de la primera 179 (73,7%), y en segunda instancia hubo 64 (26,3%). El paciente o familia fue el apelante más frecuente 48 (75%), y el servicio de salud o aseguradora el que menos 16 (25%). El resultado de las variables administrativas se describe en la Tabla 1.

Dentro de las variables clínicas, reseñar que la mayoría eran mayores de edad, en 223 casos (91,8%; IC 95%: 91,8-94,9), menor de edad, 17 casos (7%; IC 95%: 7,0-11,0) y recién nacidos en 3 (1,2%; IC 95%: 0,2-3,6). La mayor parte de las sentencias se produjeron en el ámbito hospitalario, 211 (86,8%; IC 95%: 81,9-90,8), mientras que 32 fueron del ámbito extrahospitalario (13,2%; IC 95%: 9,2-18,1). En cuanto a las especialidades más implicadas se encontró que en 97 sentencias fue la MUE hospitalaria (39,9%; IC 95%: 33,7-46,4), en 28 casos Traumatología y Ortopedia (11,5%; IC 95%: 7,8-16,2), 18 casos de Medicina Familiar y Comunitaria (7,1%; IC 95%: 4,4-11,4), 13

Cirugía General (5,3%; IC 95%: 2,3-9,0) y 12 MUE extrahospitalaria (4,9%; IC 95%: 2,6-8,5). En 5 casos no se pudo obtener la especialidad implicada (2,1%; IC 95%: 0,7-4,7) (Figura 1).

En las variables judiciales se ha objetivado que en relación al daño reclamado hubo 122 casos como secuelas (50,2%; IC 95%: 43,7-56,7), 112 por fallecimiento en general (46,1%; IC 95%: 39,7-52,6), 2 por fallecimiento de recién nacido (0,8%; IC 95%: 0,1-2,9) y 1 sentencia por feto muerto (0,4%; IC 95%: 0,01-2,27). En 6 casos no pudo obtenerse el daño reclamado (2,5%; IC 95%: 0,9-5,3).

Existe infracción de la *lex artis* en 87 casos (35,8%; IC 95%: 29,77-42,18) de los que los motivos más frecuentes son: mala praxis en el diagnóstico o tratamiento, 40 (46,0%; IC 95%: 35,2-57,0) y pérdida de oportunidad, con 35 (40,2%; IC 95%: 29,8-51,3) (Tabla 2).

En la variable fallo, se ha obtenido que de las 179 sentencias de primera instancia fueron desestimadas 122 (68,1%; IC 95%: 60,8-74,9), se estimaron parcialmente 53 (29,6%; IC 95%: 23,0-36,9) y totalmente 4 (2,2%; IC 95%: 0,6-5,6) (Figura 2). En segunda instancia, cuando el apelante fue el paciente o su familia, fueron desestimadas 31 (64,6%; IC 95%: 49,4-77,8), se estimaron parcialmente 12 (25,0%; IC 95%: 13,6-39,6) y 5 totalmente (10,4%; IC 95%: 3,5-22,6). Cuando el apelante fue el servicio de salud o la aseguradora, fueron desestimadas 8 (50,0%; IC 95%: 24,6-75,3), estimadas parcialmente 4 (25,0%; IC 95%: 7,3-52,4) y estimadas totalmente 4 (25,0%; IC 95%: 7,3-52,4) (Figura 2). La mediana de las cuantías indemnizatorias fue de 46.000 euros (RIC 96.551), con un mínimo de 1.300 euros y un máximo de 974.849 euros. Esta última cuantía máxima se dio en la Medicina de Familia. Las variables judiciales y cuantías indemnizatorias específicas de MUE hospitalario y extrahospitalario se encuentran detalladas en la Tabla 3.

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables administrativas

Variable	N	% (IC 95%)	I. S./ 100.000 habitantes
Comunidad autónoma			
Andalucía	20	8,2 (5,1-12,4)	0,23
Aragón	13	5,3 (2,9-9,0)	0,98
Asturias	16	6,6 (3,8-10,5)	1,5
Baleares	3	1,2 (0,2-3,6)	0,26
Canarias	7	2,9 (1,2-5,8)	0,32
Cantabria	4	1,6 (0,4-4,2)	0,68
Castilla La Mancha	7	2,9 (1,2-5,8)	0,34
Castilla León	13	5,3 (2,9-9,0)	0,54
Cataluña	13	5,3 (2,9-9,0)	0,16
Extremadura	4	1,6 (0,4-4,2)	0,37
Galicia	9	3,7 (1,7-6,9)	0,33
La Rioja	6	2,5 (0,9-5,3)	1,89
Madrid	77	31,7 (25,9-37,9)	1,15
Murcia	8	3,3 (1,4-6,4)	0,53
Navarra	2	0,8 (0,1-2,9)	0,30
País Vasco	5	2,1 (0,7-4,7)	0,22
Valencia	36	14,8 (10,6-19,9)	0,71
Instancia y apelante			
Primera	179	73,7 (67,6-79,1)	
Segunda	64	26,3 (20,9-32,3)	
Paciente y familia	48	75,0 (62,6-85,0)	
Servicio de salud o aseguradora	16	25,0 (15,0-37,4)	

I. S.: Índice de Sentencias por 100.000 habitantes según datos de población del Instituto Nacional de Estadística de 2019. IC: intervalo de confianza.

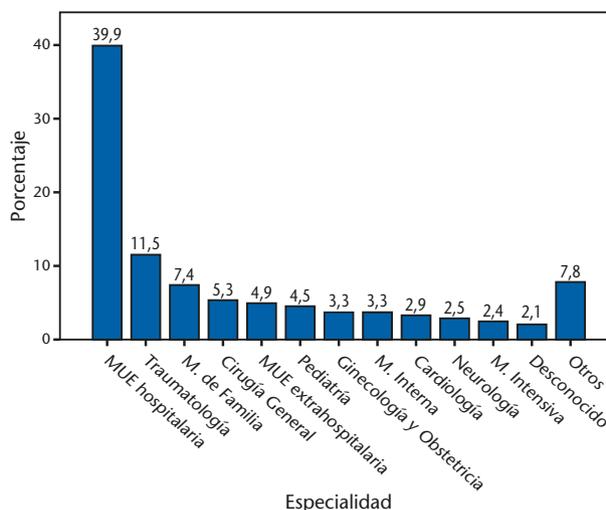


Figura 1. Porcentaje de las especialidades implicadas en las sentencias.

Otros: son especialidades con menos del 2% de frecuencia; MUE: Medicina de Urgencias y Emergencias.

Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables de daño reclamado y motivos de sentencia con infracción de la *lex artis*

Variable	N	% (IC 95%)
Daño reclamado		
Secuelas	122	50,2 (43,7-56,7)
Fallecimiento	112	46,1 (39,7-52,6)
Fallecimiento recién nacido	2	0,8 (0,1-3,0)
Feto muerto	1	0,4 (0,0-2,3)
Perdidos (no datos)	6	2,5 (0,9-5,3)
Motivos de sentencia		
Con infracción de la <i>lex artis</i>	87	35,8 (29,8-42,2)
Mala praxis diagnóstica o terapéutica	40	46,0 (35,2-57,0)
Pérdida de oportunidad	35	40,2 (29,8-51,3)
Déficit de información	8	9,2 (4,0-17,3)
Daño moral	3	3,4 (0,7-9,7)
Daño desproporcionado	1	1,1 (0,0-6,2)

I. S.: Índice de sentencias por 100.000 habitantes según datos de población del Instituto Nacional de Estadística de 2019.

Se han advertido diferencias estadísticamente significativas en relación a los motivos de las sentencias cuando existe infracción de la *lex artis* ($p = 0,019$). En este caso es la mala praxis diagnóstica o de tratamiento la que tuvo una mediana más elevada, 77.500 euros (RIC 121.285 euros), en segundo lugar, la pérdida de oportunidad, con 34.500 euros (RIC 69.508 euros) y la que menos el déficit de información, con 10.000 euros (RIC 33.999 euros) (Figura 3). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las cuantías en relación al daño ($p = 0,052$) donde la mediana por fallecimiento fue 60.000 euros (RIC 90.000 euros) y por secuelas 30.000 euros (RIC 86.435 euros).

El análisis de las cuantías en relación al fallo de las sentencias (Figura 4) ha mostrado diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,002$) con una mediana de 143.041 euros (RIC 110.533 euros) en las estimaciones totales, más

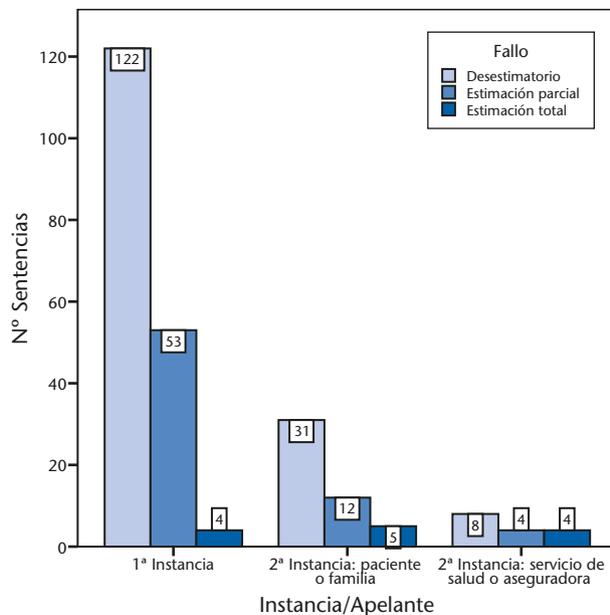


Figura 2. Sentencias según instancia y apelante en función del fallo.

Tabla 3. Análisis descriptivo de las variables de daño reclamado, motivos de sentencia con infracción de la *lex artis*, fallo de las sentencias y cuantías en Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) hospitalario y extrahospitalario

Variable	MUE Hospitalario		MUE Extrahospitalario	
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Daño reclamado				
Secuelas	38	39,2 (29,4-49,6)	3	25 [5,5-57,2]
Fallecimiento	55	56,7 (46,2-66,7)	9	75 [42,8-94,5]
Perdidos	4	4,1 (1,1-10,2)	0	
Motivos de sentencia con infracción de la <i>lex artis</i>				
Mala praxis diagnóstica o terapéutica	13	41,9 (24,5-60,9)	2	40 [5,3-85,3]
Pérdida de oportunidad	15	48,4 (30,1-66,9)	3	60 [14,7-94,7]
Déficit de información	2	6,4 (0,8-21,4)	0	
Daño moral	1	3,2 (0,9-16,7)	0	
Fallo de las sentencias				
Primera instancia				
Desestimatorias	55	72,4 (60,9-82,0)	6	66,7 [30,0-92,5]
Estimación parcial	21	27,6 (18,0-39,1)	3	33,3 [7,5-70,1]
Estimación total	0		0	
Segunda instancia (según apelante)				
Paciente o familia				
Desestimatorias	9	56,2 (29,9-80,2)	0	
Estimación parcial	4	25 (7,3-52,4)	0	
Estimación total	3	18,7 (4,0-45,6)	0	
Servicio salud o aseguradora				
Desestimatorias	2	40 (5,3-85,3)	0	
Estimación parcial	1	20 (0,5-71,6)	0	
Estimación total	2	40 (5,3-85,3)	0	
Cuantías indemnizatorias [mediana (rango intercuartil)]	37.779 euros (90.000 euros)		70.455 euros (45.500 euros)	

de 4 veces superior a las estimaciones parciales, con una mediana de 33.000 euros (RIC 72.297 euros).

Discusión

La presente investigación permite conocer las características de las sentencias, ofreciendo un perfil general en el ámbito público, dado que el 23,9% de las sentencias tienen lugar dentro de la asistencia urgente, la mayor parte son en hospitales y en pacientes mayores de edad. La especialidad más frecuentemente implicada es la MUE hospitalaria con un 39,9%. Este dato difiere de otros estudios internacionales donde la MUE hospitalaria es también la más demandada, aunque representa el 19%⁹. Una explicación plausible puede ser la asunción, cada vez en mayor grado, de competencias específicas y transversales por los MUE. Creemos que este aspecto puede estar más presente en los hospitales comarcales, que ofrecen menor posibilidad de interactuar con otras especialidades, característica que no se produce en los centros hospitalarios de tercer nivel. En cuanto al daño reclamado en las demandas, las sentencias se refieren a secuelas y fallecimiento prácticamente en la misma proporción: un 50,2% y 46,1%, respectiva-

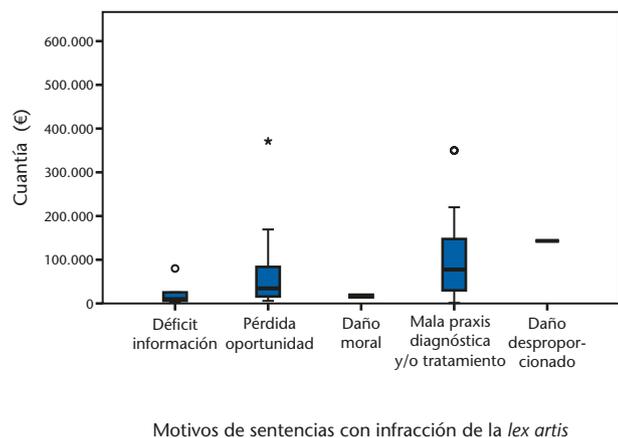


Figura 3. Cuantías indemnizatorias en función de los motivos de sentencia con infracción de la *lex artis*.

mente. Este resultado es distinto al encontrado en otras series, en las que el fallecimiento como daño representa el 36% de las sentencias en la asistencia urgente¹⁰.

El hallazgo más importante es que el 68,1% de las sentencias son desestimadas íntegramente en primera instancia. En la segunda instancia, si el apelante es el paciente o la familia, son desestimadas íntegramente el 64,6%. Estos datos reafirman la idea de que la MD constituye una reacción exagerada ante un posible litigio, ya que, aún en el caso de que este se planteara, la resolución judicial es favorable a la administración sanitaria de la que depende el facultativo actuante en casi el 70% de los casos. No existen estudios específicos en España para comparar estos datos. Revisada la literatura, únicamente hemos encontrado un estudio con el análisis de 364 sentencias en el ámbito público, pero no referidas a urgencias, donde el porcentaje de sentencias desestimatorias resultó menor, un 47%¹¹. Este hallazgo, aunque positivo, no nos hace subestimar lo que supone un proceso judicial para el profesional, puesto que constituye uno de los factores potenciales que contribuyen al agotamiento del médico¹². No obstante, sí debe contribuir a dimensionar en sus justos términos algunas percepciones erróneas tradicionalmente asentadas en el sector sanitario, que sobrestima el riesgo a ser demandado¹³. Tal y como se expone en la literatura científica, el motivo fundamental para la práctica de la MD es el temor a un litigio. Aunque es difícil su cuantificación hasta la fecha, la literatura científica mayoritaria ha venido midiendo la práctica de la MD mediante encuestas, en las cuales hasta el 91% de los profesionales¹⁴ reconoce practicar MD. Los efectos de las prácticas defensivas son nefastos, tales como el deterioro de la relación médico-paciente, la disminución de la accesibilidad a la asistencia sanitaria o el aumento del gasto sanitario¹⁵. Aunque estos datos son muy relevantes, presentan una serie de inconvenientes a la hora de trasladarlos a España, dado que están enmarcados en el contexto de EE.UU. resulta muy difícil su comparación por las sustanciales diferencias respecto a su sistema sanitario y legal.

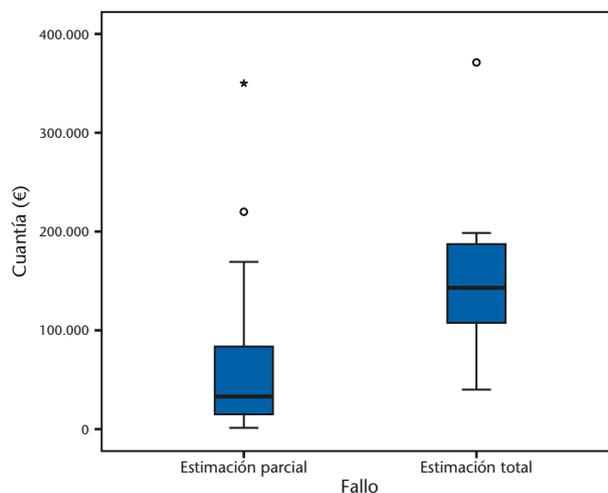


Figura 4. Cuantías indemnizatorias según el fallo de la sentencia.

La MUE es un ámbito especialmente proclive a que se produzcan situaciones donde el riesgo de error es mayor¹⁶. Sin embargo, hemos de recordar que el error no es suficiente para que exista responsabilidad, de modo que solo una pequeña parte de los mismos –los que incorporan culpa o negligencia– pueden provocar una demanda por mala praxis¹⁷.

El conocimiento de los motivos de las sentencias con infracción de la *lex artis* muestra que la mala praxis diagnóstica o terapéutica (46,0%) es el motivo fundamental de las sentencias condenatorias, como en otros estudios¹⁸. No obstante, la pérdida de oportunidad (40,2%) toma un papel muy importante entre los motivos de las sentencias condenatorias. En dicha doctrina (*loss of chance* en EE.UU.) se valora la incertidumbre de lo que habría ocurrido si se hubiera actuado con diligencia. La dificultad radica en conocer hasta qué punto el paciente ha dejado de obtener un beneficio real, lo que determinará la prueba pericial. La pérdida de oportunidad incluye situaciones relacionadas con el error o el retraso en el diagnóstico^{19,20}, la ausencia de diagnóstico, la falta de un tratamiento necesario o de vigilancia e incluso la ausencia de información²¹.

La cuantificación de las indemnizaciones en los casos condenatorios presenta una mediana de 46.000 euros, que es bastante menor de la mediana de 220.000 dólares (equivalente al tipo de cambio de 2004 a unos 146.000 euros), obtenida en un estudio del estado de Illinois entre 1995-2004²². En un estudio entre 2007-2016 donde se analizaron 2.760 reclamaciones contra médicos de urgencias se obtuvo una cuantía media de 206.261 dólares²³ (equivalente al tipo de cambio de 2016 a unos 196.030 euros). En otros estudios se obtienen cantidades aún mayores, por ejemplo 314.052 dólares (equivalente al tipo de cambio de 2014 a unos 258.670 euros) de pago medio por negligencia por los médicos de emergencias en EE.UU., reflejado en un estudio entre 2009-2014²⁴.

La principal limitación del presente estudio se refiere a los datos obtenidos de las CC.AA., ya que por aplica-

ción de la Ley 29/1998, de 13 de julio, que regula la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, existe una variabilidad en cuanto a la competencia de los tribunales de las CC.AA. Quiere ello decir que, mientras en algunos casos las demandas se interponen en primera instancia en los Juzgados de lo contencioso-administrativo y en segunda instancia en los tribunales superiores de justicia, en otros casos se interponen directamente ante los tribunales superiores de justicia.

Los resultados de este estudio han permitido extraer la principal conclusión: la mayoría de las sentencias recaídas en la resolución de reclamaciones profesionales médico-sanitarias son íntegramente desestimatorias. Este dato era desconocido y no se encontraba documentado hasta el momento en la medicina pública. Entendemos que nuestros resultados pueden contribuir a mejorar los conocimientos de los profesionales en lo relativo a la percepción del riesgo legal. Así mismo, refuerza la idea de la necesidad de aumentar la formación de los profesionales en los aspectos médico-legales de la asistencia sanitaria. Finalmente, nuestros resultados permiten abrir nuevas líneas de investigación que completen el desconocimiento de estas cuestiones entre los profesionales sanitarios, contribuyendo de esta manera a disminuir la MD y a reducir notablemente el agotamiento de estos profesionales.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa de pares.

Bibliografía

- De la Quintana Ferguson M. La responsabilidad civil del médico. Madrid: Estades Artes Gráficas; 1949. pp. 47.
- Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice Risk According to Physisan Specialty. *N Engl J Med.* 2011;365:629-36.
- Studdert DM, Bismark MM, Mello MM, Singh H, Spital MJ. Prevalence and Characteristics of physicians Prone to Malpractice Claims. *N Engl J Med.* 2016;374:354-62.
- Ferguson B, Gerald J, Petrey J, Huecker M. Malpractice in Emergency Medicine- A Review of Risk and Mitigation Practices for the Emergency Medicine Provider. *J Emerg Med.* 2018;55:659-65.
- Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA.* 2005;293:2609-17.
- Tancredi LR, Jeremiah A. Barondess. The Problem of Defensive Medicine. *Science.* 1978;200:879.
- Seijas Quintana JA. La responsabilidad civil médica: ¿Obligación de medios; obligación de resultados? *Revista de la Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguro.* 2009;29:18.
- Cayón de las Cuevas J. La prestación de servicios sanitarios como relación jurídica de consumo. Navarra: Thomson Reuters; 2017. pp. 466-467.
- Brow WT, McCarthy ML, Kelen GD, Levy F. An epidemiologic study of closed emergency department malpractice claims in a national database of physician malpractice insurers. *Acad Emerg Med.* 2010;17:553-60.
- Bianchin C, Prevaldi C, Corradin M, Saia M. Medical malpractice claim risk in emergency departments. *Emerg Care J.* 2018;14:24.
- Martínez López FJ. La opinión y la jurisdicción en la gestión de riesgos sanitarios: algunos aspectos a considerar. *Rev Adm Sanit.* 2004;2:280.
- Perea Pérez B, Santiago Sáez A, Labajo González E, Albarrán Juan ME, Sánchez Sánchez JA. Consecuencias de las reclamaciones judiciales sobre los médicos afectados. *Rev Clin Esp.* 2010;252:1-6.
- Carrier ER, Reschovsky JD, Katz DA, Mello MM. High Physiscian Concern About Malpractice Risk Predicts More Aggressive Daignostic Testing In Office-Based Practice. *Health Affairs.* 2013;32:1389-90.
- Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Physicians' views on defensive medicine: a national survey. *Archives of Internal Medicine.* 2010;170:1981.
- Mello MM, Chandra A, Gawane AA, Studdert DM. National Costs Of The Liability System. *Health Affairs.* 2010;29:1570.
- Wansink L, Kuypers MI, Boeije T, Van den Brand CL, De Waal M, Holkenbotg J, et al. Trend analysis of emergency department malpractice claims in the Netherlands: a restrospective cohort analysis. *Eur J Emerg Med.* 2019;26:350-5.
- Watson K, Kottenhagen R. Patients' Rights. Medical Error and Harmonisation of Compensation Mechanisms in Europe. *Eur J Health Law.* 2017;25:1-23.
- Elshove-Bolk J, Simons M, Cremers J, Vugt A, Burg M. A description of emergency department-related malpractice claims in the Netherlands: closed claims study 1993-2001. *Eur J Emerg Med.* 2004;11:247-50.
- De Montalvo Jääskeläinen F. La doctrina de la pérdida de oportunidad en el ámbito de la responsabilidad sanitaria. Doctrina general y evolución del Derecho comparado. En: Coord. Francisco José Martínez López. La pérdida de Oportunidad en las Reclamaciones y Sentencias de Responsabilidad Patrimonial. Aspectos Médicos, Jurídicos y Jurisprudenciales. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2006. pp. 76.
- Cayón de las Cuevas J. La prestación de servicios sanitarios como relación jurídica de consumo. Navarra: Thomson Reuters; 2017. pp. 479-488.
- Galán Cortés JC. Responsabilidad civil médica. Madrid: Civitas, 2ª ed. 2011. pp. 470-71.
- Cohen DC, Chan SB, Dorfman M. Malpractice claims on emergency physicians: time and money. *J Emerg Med.* 2012;42:22-7.
- Myers LC, Einbinder J, Camargo CA, Aaronson EL. Characteristics of medical malpractice claims involving emergency medicine physicians. *J Healthc Risk Manag.* 2020 (en prensa). doi: 10.1002/jhrm.21450.
- Schaffer AC, Jena AB, Seabury SA. Rates and Characteristics of Paid Malpractice Claims Among US Physicians by Specialty, 1992-2014. *JAMA Intern Med.* 2017;177:710-8.