ORIGINAL

Análisis de la responsabilidad profesional médica en la atención urgente hospitalaria en Cataluña en el periodo 2000-2019

Marta Castellà-Rovira[1,2], Carles Martin-Fumadó[3,4], Mireia Puig-Campmany[1,2], Amadeo Pujol-Robinat[3,4], Josep Benet-Travé[3,4], Josep Arimany-Manso[3,4]

Introducción. Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) constituyen un pilar asistencial con alta complejidad y a menudo con sobrecarga, lo que incrementa el riesgo de reclamaciones por presunto defecto de praxis. El objetivo fue analizar las reclamaciones en la atención urgente hospitalaria en Cataluña (2000-2019) e identificar factores asociados a responsabilidad profesional médica (RPM).

Método. Estudio observacional retrospectivo de base documental/aseguradora de reclamaciones registradas por el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Se incluyeron actos de atención urgente hospitalaria, analizándose variables demográficas, clínicas y legales. Se definió RPM como acuerdo indemnizatorio o sentencia condenatoria. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial mediante un modelo de regresión logística multivariable.

Resultados. De 6.289 reclamaciones, 654 (10,4%) correspondieron a atención urgente y de ellas 554 (84,7%) a atención urgente hospitalaria. La tasa de reclamaciones descendió significativamente durante el periodo ($p < 0,05$). En el análisis multivariable, la asistencia privada (OR = 2,10, $p < 0,05$) se asoció de forma independiente con la RPM. Predominó la vía penal (60%), especialmente en centros públicos. Se confirmó RPM en el 18,0%, más frecuente en la vía civil (37,6%). La mediana indemnizatoria fue de 43.937 euros. El principal motivo fue el error o retraso diagnóstico (56,5%), destacando la patología traumatológica, dolor torácico y dolor abdominal.

Conclusiones. Los SUH son un foco de litigiosidad. La mejora en formación clínica, protocolos diagnósticos y competencias médico-legales podría reducir dicha litigiosidad.

Palabras clave: Servicio de Urgencias Hospitalario. Responsabilidad profesional médica. Reclamaciones.

Analysis of medical liability in Emergency Care in Catalonia (Spain) from 2000 through 2019

Introduction. Hospital emergency departments (EDs) are the cornerstone of health care delivery and characterized by high complexity and frequent overcrowding, which increase the risk of claims related to alleged malpractice. The objective was to analyze claims arising from hospital emergency care in Catalonia (Spain) (2000–2019) and identify factors associated with medical professional liability (MPL).

Methods. Retrospective observational study based on documentary/insurance records of claims registered by the Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (Catalonia, Spain). Hospital emergency care episodes were included, and demographic, clinical, and legal variables were analyzed. MPL was defined as a compensation agreement or an adverse court ruling. Descriptive and inferential statistics ($P < .05$) were applied, along with a multivariable logistic regression model.

Results. Of 6,289 claims, 654 (10.4%) corresponded to emergency care, 554 of which (84.7%) involved hospital emergency care. The claim rate dropped significantly during the study period ($P < .05$). In the multivariable analysis, private health care (OR, 2.10; $P < .05$) was independently associated with MPL. Criminal proceedings predominated (60%), particularly in public centers. MPL was confirmed in 18.0% of cases and was more frequent in civil proceedings (37.6%). The median compensation was €43,937. The main reason for claims was diagnostic error or delay (56.5%), particularly in trauma-related conditions, chest pain, and abdominal pain.

Conclusions. EDs are a major focus of litigation. Improvements in clinical training, diagnostic protocols, and medicolegal competencies could reduce litigation.

Keywords: Hospital emergency department. Medical professional liability. Claims.

DOI: 10.55633/s3me/102.2026

Filiación de los autores:
[1]Servicio de Urgencias, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.
[2]Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.
[3]Servicio de Responsabilidad Profesional, Colegio de Médicos de Barcelona, Barcelona, España.
[4]Departamento de Medicina, Cátedra de Medicina Legal, Responsabilidad Profesional y Seguridad Clínica, Universidad de Barcelona, Barcelona, 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:
Carles Martin-Fumadó.
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.
Passeig de la Bonanova, 47.
08017 Barcelona, España.

Correo electrónico:
carles.martin@comb.cat

Información del artículo:
Recibido: 31-3-2026
Aceptado: 27-7-2026
Online: 7-9-2026

Editor responsable:
Òscar Miró

DOI:
10.55633/s3me/102.2026

Introducción

Los servicios de urgencias y la atención urgente son un componente clave en la cobertura sanitaria universal, y para muchos pacientes son los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), la principal puerta de entrada al sistema sanitario[1]. En este contexto, los SUH se han convertido en servicios altamente resolutivos a pesar de

que la tecnificación de la medicina y la aparición de nuevos tratamientos han cronificado muchas patologías. Ello ha convertido a los SUH en áreas de alta complejidad asistencial. Este hecho, asociado al incremento de la demanda genera una elevada ocupación[2], lo que condiciona una sobrecarga asistencial notable[3].

La consecuencia de dicha demanda, complejidad, tecnificación y sobrecarga asistencial es la posible aparición de incidencias y efectos adversos que comprometen la seguridad del paciente. De hecho, en España, el estudio EVADUR registró que el 12% de los pacientes atendidos en los SUH presentaron al menos un incidente o evento adverso (EA), de los cuales el 7,2% causó algún tipo de daño al paciente[4]. Algunos de estos EA y también otras situaciones que puedan causar insatisfacción en los pacientes o sus familiares pueden dar lugar a reclamaciones por presunto defecto de praxis[5].

Los estudios existentes en España al respecto son escasos. Se dispone fundamentalmente de un análisis sobre sentencias en la jurisdicción contencioso-administrativa entre 2008 y 2020[6]; de un análisis, por otro lado, de los dictámenes de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid sobre reclamaciones de responsabilidad patrimonial en atención sanitaria extrahospitalaria entre 2013 y 2022[7]; y, finalmente, de un análisis de las reclamaciones contra especialistas en medicina familiar y comunitaria en la atención urgente en atención primaria en Cataluña entre 1986 y 2015[8].

Esta falta de evidencia científica sobre responsabilidad profesional médica (RPM) en la actividad de los SUH y la atención urgente en España se explica, en parte, por la inexistencia hasta la publicación del RD 610/2024, de 2 de julio, por el que se establece el título de Médica/o Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias (MUYE) y se actualizan diversos aspectos en la formación del título de Médica/o Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria[9], de una especialidad propia, por lo que los estudios de referencia en España que desglosaban el riesgo de reclamación de diversas especialidades no la incluían[10].

Sin embargo, es innegable el interés de los especialistas en MUYE en fenómenos relacionados con las reclamaciones por presunto defecto de praxis como la seguridad del paciente, la medicina defensiva, la segunda víctima, el impacto psicológico de las reclamaciones[11] o el síndrome clínico-judicial[5,12]. Y, por ello, son competencias que debería contener el Programa Oficial de la Especialidad (POE), de la especialidad de MUYE[13]. Así, el presente trabajo tiene como objetivo el análisis de las reclamaciones por presunto defecto de praxis interpuestas a los facultativos de los SUH de Cataluña e identificar los factores asociados a RPM.

Método

Diseño y contexto del estudio

Se trata de un estudio observacional retrospectivo de base documental/aseguradora de las reclamaciones registradas por presunto defecto de praxis a los facultativos asegurados por la póliza de responsabilidad profesional del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) durante el periodo comprendido entre el 1 de enero del año 2000 y el 31 de diciembre del año 2019, por actos médicos llevados a cabo en un SUH.

El CCMC es una corporación de derecho público que agrupa los cuatro colegios de médicos de Cataluña para la representación y defensa de la profesión. A través de su póliza de responsabilidad profesional colectiva y de adhesión voluntaria, el CCMC ofrece cobertura a 27.500 médicos (datos de 2025), lo que representa aproximadamente el 70% del colectivo en Cataluña. Esta destacada cobertura constituye una aproximación cualitativamente sólida a la población de referencia, lo que favorece la validez externa del modelo. El carácter institucional y transversal de la adhesión permite minimizar de forma considerable el sesgo de selección, si bien, ante la falta de datos comparativos sobre el colectivo no asegurado, se asume la limitación inherente a no alcanzar la totalidad del censo.

Siguiendo el paradigma del sistema de seguro único *(single insurance system)*[14], que es una metodología ampliamente aceptada en la literatura científica internacional, el Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) gestiona una base de datos homogénea que, desde 1986, codifica exhaustivamente variables clínicas, legales y económicas. Dada la opacidad de los registros de siniestralidad en el sector asegurador, esta base de datos se consolida como una fuente fiable y longitudinal para el análisis riguroso de la responsabilidad médica en nuestro entorno.

Procedimientos del estudio

Para la selección de la muestra se utilizó inicialmente el criterio de actos médicos llevados a cabo en el servicio de urgencias o bien realizados de forma urgente. Posteriormente se identificaron los actos hospitalarios y se excluyeron los 97 casos que tuvieron lugar en los centros de atención primaria y los 3 acontecidos en los servicios de emergencias extrahospitalarios. Asimismo, se estimó no incluir las reclamaciones de la atención al parto, ya que generalmente en nuestro medio es realizada por personal específico (ginecólogos y enfermería especializada) en dispositivos propios, distintos a los SUH. Sin embargo, sí que se incluyeron urgencias ginecológicas no obstétricas, así como patología obstétrica no relacionada con el parto.

Se registraron variables relativas a la vía de interposición de la reclamación (civil, penal o extrajudicial), de gestión (pública o privada del centro hospitalario), clínicas (si hubo fallecimiento o la especialidad del acto médico reclamado en función de la patología que trataba la reclamación, considerándose por ejemplo "cardiología" aquellas consultas relacionadas con dolor torácico o "traumatología" si se trataba de contusiones o fracturas óseas) y demográficas (edad y género de los facultativos reclamados).

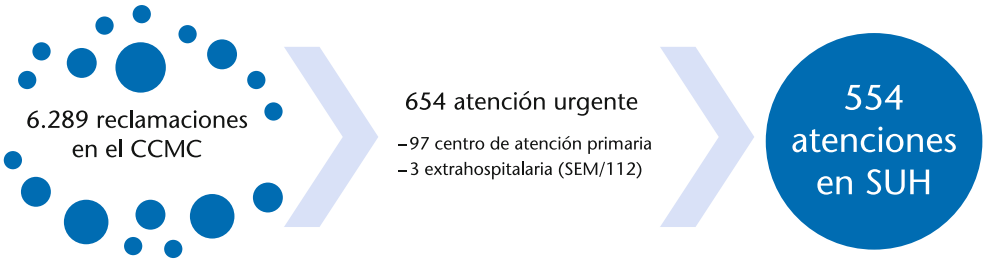


Figura 1. Diagrama de flujo de la obtención de la muestra de estudio.
SUH: servicios de urgencias hospitalarios; CCMC: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya; SEM: Sistema de Emergencias Médicas.

Se definió RPM como la existencia de una sentencia condenatoria o un acuerdo extrajudicial indemnizatorio; si bien este último criterio puede incluir estrategias de gestión del riesgo sin mala praxis probada, pero constituye el indicador más objetivo y estandarizado en estudios médico-legales. A este respecto, debe añadirse que todo acuerdo extrajudicial indemnizatorio viene precedido por el acuerdo de una comisión técnica integrada por abogados especialistas en derecho sanitario, médicos especialistas en medicina legal y forense y otros médicos especialistas expertos en RPM.

Se estimó limitar el análisis hasta el 31 de diciembre de 2019 debido al elevado número de reclamaciones pendientes de resolución a partir de esa fecha y por el impacto en los datos que la pandemia de COVID acontecida durante el año 2020 pudiera comportar.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron como estadísticas descriptivas; las variables categóricas se presentan mediante valores absolutos, porcentajes e intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y las variables cuantitativas mediante la mediana y el rango intercuartil. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba del ji al cuadrado. Asimismo, para evaluar la evolución temporal se ajustaron dos modelos de regresión de Poisson. En el primero se utilizó como término de exposición el logaritmo natural de la población anual y en el segundo el logaritmo natural del número anual de atenciones en los SUH. Para la construcción del modelo de regresión logística multivariable se siguió un criterio mixto (estadístico y clínico). Se incluyeron aquellas variables que en el análisis bivariante previo mostraron una asociación estadísticamente significativa o una tendencia clara con un valor de $p < 0,20$. Asimismo, se introdujeron el resto de variables, como variables de control epidemiológico por su relevancia teórica en la literatura sobre litigiosidad y responsabilidad profesional sanitaria. Con ello, se obtuvieron *odds ratios* (OR) ajustados. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos. Los datos se analizaron con el programa IBM SPSS Statistics versión 25.

Con el objetivo de corregir el sesgo de los valores absolutos, permitir la comparabilidad temporal y comparaciones entre diferentes contextos, se calcularon dos tipos de tasas complementarias mediante la normalización de los datos (factor 10^5, es decir Tasa = [nº reclamaciones / denominador] x 10^5). Se calculó la tasa de reclamación por población, por cada 100.000 habitantes, utilizando como denominador las cifras oficiales de población de Cataluña para cada año del estudio, obtenidas del Instituto Nacional de Estadística (INE) y la tasa de reclamación por actividad asistencial, calculada por cada 100.000 asistencias, utilizando como denominador el volumen de actividad asistencial anual reportada por el Ministerio de Sanidad. Para reforzar la homogeneidad y consistencia del análisis, en todos los casos el denominador utilizado (población o actividad asistencial) fue el correspondiente estrictamente al mismo año natural en que se registraron las reclamaciones (numerador).

Aspectos ético-legales

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación del COMB (2022 001 CTE), cumpliéndose de manera estricta el Reglamento de la UE de Protección de Datos de 27 de abril de 2016 (2016/679) y la legislación española (LOPD 3/2018, de 5 de diciembre de 2018), con especial atención en lo referente a la anonimización de los datos del estudio.

Resultados

El periodo de estudio registró un total de 6.289 reclamaciones, de las cuales el 10,4% (654) correspondieron a la atención urgente y, de ellas, 554 (84,7%) tuvieron lugar en los SUH de 89 centros hospitalarios diferentes (Figura 1). La Tabla 1 muestra los principales resultados del análisis descriptivo. La media anual de reclamaciones en la atención urgente hospitalaria fue de 27,7 casos.

Los SUH de Cataluña realizaron 89.347.327 asistencias durante el periodo de estudio (Ministerio de Sanidad) de las cuales 72.750.203 fueron en hospitales públicos y 16.597.124 en privados, por lo que puede estimarse una tasa de 0,62 reclamaciones por cada 100.000 consultas (0,6 en centros públicos y 0,72 en privados). El análisis, evaluado mediante regresión lineal, de la tasa de reclamaciones por cada 100.000 habitantes presentó una tendencia con descenso significativo ($p < 0,05$) durante el periodo de estudio, al igual que la tendencia de la tasa por actividad ($p < 0,05$)

Tabla 1. Principales resultados del análisis descriptivo

	N= 554 n (%)
Ámbito asistencial	
Privado	120 (22)
Público	434 (78)
Vía de reclamación	
Civil	96 (17)
Extrajudicial	125 (23)
Penal	333 (60)
Periodo temporal	
2000-2004	150 (27)
2005-2009	161 (29)
2010-2014	136 (25)
2015-2019	107 (19)
Estado de la reclamación	
Cerrada	529 (95)
Abierta	25 (5)
Fallecimientos	
Sí	219 (40)
No	335 (60)
Motivo alegado en la reclamación	
Diagnóstico	260 (47)
Diagnóstico + Secuelas	53 (10)
Secuelas	130 (23)
Otros	111 (20)
Especialidad del acto médico	
Médica	228 (41)
Médico-quirúrgica	68 (12)
Quirúrgica	255 (46)
Servicios diagnósticos	3 (1)
Tipo procedimiento	
Con intervención quirúrgica	77 (14)
Procedimiento diagnóstico/terapéutico	28 (5)
Sin intervención quirúrgica	449 (81)
Responsabilidad (casos cerrados)[1]	
Sí	95 (18)
No	434 (82)
Edad y sexo (facultativos)[2]	
Mujeres (307)	(36,6)
< 36 años	150 (48,9)
36-50 años	126 (41,0)
51-65 años	25 (8,1)
> 65 años	6 (2,0)
Hombres (531)	(63,4)
< 36 años	140 (26,4)
36-50 años	223 (42,0)
51-65 años	145 (27,3)
> 65 años	23 (4,3)

[1]25 casos permanecían sin resolución en el momento del análisis.
[2]El número de facultativos (838 en total) es mayor que el de los casos ya que existen reclamaciones en las que se reclama a más de un facultativo.

(Tabla 2). Para evaluar la robustez de las tendencias temporales, se estudió la evolución de las tasas desde dos perspectivas (poblacional y asistencial) mediante la utilización de la regresión de Poisson. Por un lado, al calcular el análisis según variación de la población general, se observó una reducción de las reclamaciones del 3,3% anual (IRR: 0,967; IC 95%: 0,953-0,981; p < 0,05). La tendencia de reclamaciones según la actividad realizada en el periodo estudiado mostró igualmente una disminución sostenida y muy similar, con un descenso del 3,1% cada año (IRR: 0,969; IC 95%: 0,955-0,983; p < 0,05).

Tabla 2. Tasas anuales de reclamaciones en los servicios de urgencias hospitalarios por 100.000 habitantes y por 100.000 urgencias atendidas entre los años 2000 y 2019

Año de reclamación	Reclamaciones en SUH	Población	Tasa por 100.000 habitantes	Urgencias atendidas	Tasa por 100.000 urgencias
2000	29	6.174.547	0,47	3.946.766	0,73
2001	31	6.253.305	0,50	4.046.566	0,77
2002	31	6.398.166	0,48	4.319.510	0,72
2003	34	6.558.740	0,52	4.276.816	0,79
2004	25	6.693.297	0,37	4.305.488	0,58
2005	39	6.846.692	0,57	4.329.950	0,90
2006	32	6.994.937	0,46	4.513.535	0,71
2007	28	7.146.734	0,39	4.553.985	0,61
2008	28	7.298.313	0,38	4.446.453	0,63
2009	34	7.416.605	0,46	4.521.451	0,75
2010	24	7.462.044	0,32	4.362.568	0,55
2011	32	7.501.853	0,43	4.349.756	0,74
2012	25	7.515.398	0,33	4.305.471	0,58
2013	27	7.481.158	0,36	4.368.765	0,62
2014	28	7.438.060	0,38	4.472.247	0,63
2015	26	7.430.638	0,35	4.640.007	0,56
2016	25	7.455.671	0,34	4.822.730	0,52
2017	16	7.504.764	0,21	4.853.998	0,33
2018	19	7.553.681	0,25	4.898.046	0,39
2019	21	7.629.889	0,28	5.013.219	0,42
Total	**554**	**142.754.492**	**0,39**	**89.347.327**	**0,62**

SUH: servicio de urgencias hospitalarios.

En la Tabla 3 se muestran los resultados del análisis multivariable para evaluar los factores asociados de forma independiente con la RPM. En el ajuste del modelo se incluyeron como variables independientes el motivo de la reclamación (presencia de error o retraso diagnóstico, y presencia de secuelas), el fallecimiento del paciente, el ámbito asistencial (público o privado), el tipo de acto asistencial (médico, quirúrgico o procedimiento médico-quirúrgico; siendo esta última la categoría de referencia establecida) y la agrupación de la especialidad (quirúrgica, médico-quirúrgica o médica, la última fue la categoría de referencia). El modelo demostró únicamente una asociación independiente entre la asistencia en el ámbito privado y la RPM, con una OR de 2,10 (IC 95%: 1,27-3,49, p < 0,05). El resto de las variables introducidas en el ajuste no alcanzaron significación estadística.

La vía de reclamación utilizada con mayor frecuencia fue la penal (333 casos, 60,1%), seguida de la extrajudicial (125 casos, 22,6%) y la civil (96 casos, 17,3%). Se hallaron diferencias significativas (p < 0,05) en la vía judicial utilizada en función de la gestión pública o privada del centro. En los centros públicos predominó la vía penal (297 casos, 68,4%), frente a la civil (76 casos, 17,5%) o la extrajudicial (61 casos, 14,1%), mientras que en los centros privados predominó la vía civil (49 casos, 40,8%) frente a la penal (36 casos, 30%) o extrajudicial (35 casos, 29,2%).

En 313 expedientes (57,0%) se alegó la existencia de un error o retraso diagnóstico como motivo de reclamación y en 219 casos (40,0%) la reclamación se relacionaba con la muerte del paciente.

Se concluyó que existía RPM en 95 reclamaciones, si bien 25 casos permanecían sin resolución en el momen-

Tabla 3. Tabla resumida del análisis multivariable mediante el modelo de regresión logística

Variables	B	EE	p	OR (IC 95%)
Error/retraso diagnóstico (0: no reclamación por error o retraso diagnóstico, 1: sí reclamación por error o retraso diagnóstico)	0,498	0,269	0,064	1,646 [0,972,2,787]
Motivo secuelas (0: no reclamación por secuelas,1: reclamación por secuelas)	0,11	0,295	0,970	1,011 [0,567,1,804]
Fallecimiento (0: no fallecimiento del paciente,1: fallecimiento del paciente)	0,261	0,292	0,371	1,298 [0,733,2,299]
Ámbito asistencia (0: asistencia pública,1: asistencia privada)	0,744	0,258	**0,004**	**2,105 [1,270,3,490]**
Variable categórica: Acto asistencial (procedimiento médico quirúrgico -referencia) (0: procedimiento médico quirúrgico,1: acto médico, 2: acto quirúrgico)			0,273	
Acto asistencial (médico)	1,010	0,756	0,182	2,746 [0,624,12,093]
Acto asistencial (quirúrgico)	1,302	0,816	0,111	3,675 [0,742,18,203]
Variable categórica: Agrupación especialidad (Médica -referencia-) (0: especialidad médica,1: especialidad quirúrgica, 2: especialidad médico-quirúrgica)			0,268	
Agrupación especialidad (quirúrgica)	–0,158	0,287	0,582	0,854 [0,486,1,499]
Agrupación especialidad (médico-quirúrgica)	0,404	0,366	0,269	1,498 [0,732,3,068]
Constante	–3,123	0,812	**0,000**	**0,044**

B: coeficiente de regresión no estandarizado; EE: error estándar; p: nivel de significación estadística; OR: *odds ratio;* IC 95%: intervalo de confianza al 95% [inferior, superior].
Los valores en negrita denotan significación estadística ($p < 0,05$).

to del análisis, lo que implica un porcentaje de RPM de 18,0% teniendo en cuenta los 529 casos de los que se dispone la información relativa a su resolución. Se obtuvo mayor porcentaje de RPM en la vía civil (35 casos, 37,6%) que en la extrajudicial (25 casos, 21,9%) o la penal (35 casos, 10,9%), con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). La Tabla 4 expone los principales resultados en los casos en los que existió RPM.

En los casos con RPM, el motivo de consulta más frecuente (27 casos, 28,4%) se relacionó con traumatismos donde no se detectaron lesiones óseas o tendinosas, seguido del dolor abdominal (16 casos, 16,8%). En tercer lugar, se encontraban motivos de consulta como el dolor torácico, la clínica neurológica y la torsión testicular (11 casos respectivamente, 11,6% cada uno de ellos).

En los casos indemnizados, la mediana fue de 43.937 euros (con un rango entre 1.092 y 937.335, una media de 92.036 euros y un rango intercuartil de 96.651 euros).

En cuanto al acto médico reclamado, 160 casos (28,9%) se relacionaban con patología traumatológica, seguido de medicina general (91 casos, 16,4%), cirugía general y del aparato digestivo (55 casos, 9,9%), cardiología (45 casos, 8,1%) y neurología (29 casos, 5,2%) (Tabla 5). Solo hubo intervención quirúrgica en 77 casos (13,9%).

Discusión

Este trabajo constituye, según nuestro conocimiento, el primer análisis específico de las reclamaciones por presunta RPM contra profesionales de los SUH de Cataluña. La inexistencia de una especialidad propia de MUYE hasta la publicación del RD 610/2024[9] en España justifica la falta de datos respecto a su consideración de riesgo de reclamación en comparación con el resto de especialidades[10]. Mientras que en Estados Unidos la medicina de urgencias ocupa posiciones de riesgo intermedio entre las especialidades con mayor riesgo de litigiosidad[15], nuestros resultados, en relación a otros estudios realizados en España, sugieren que la actividad asistencial de los SUH se situaría entre las especialidades con mayor incidencia relativa de reclamación, con un 10,4% del total de reclamaciones registradas, únicamente superada por la cirugía ortopédica y traumatología (COT, 15,7%) y la ginecología y obstetricia (GYO, 12,5%)[10,16], especialidades que, por su parte, prestan gran parte de atención urgente o no prevista y que en determinados entornos también es realizada por el especialista MUYE.

A pesar de ello, la interpretación de estos resultados debe hacerse conjuntamente con la evolución temporal observada. Aunque el número absoluto de reclamaciones permaneció relativamente estable durante el periodo analizado, las tasas ajustadas por actividad asistencial y población mostraron una tendencia descendente significativa. Este dato resulta relevante porque coincide con un incremento progresivo de la actividad asistencial de los SUH durante el periodo de estudio. En consecuencia, los resultados sugieren que el riesgo relativo de reclamación asociado a la actividad asistencial ha disminuido. Si bien este estudio no evalúa directamente variables de gestión, se podría teorizar que esta tendencia favorable pudiera verse influida por factores del entorno asistencial, tales como la paulatina profesionalización de la MUYE o el desarrollo generalizado de estrategias de seguridad clínica; no obstante, se requieren investigaciones específicas para confirmar dichas hipótesis.

La vía penal fue la vía de reclamación más utilizada en consonancia con estudios previos realizados en España[8]. Asimismo, se observaron diferencias significativas en función de la gestión pública o privada del centro, predominando la vía penal en los centros públicos y la civil en los privados. Otros trabajos analizan el ámbito patrimonial[6,7] y, por tanto, la vía contencioso-administrativa. Estas diferencias son coherentes con los distintos marcos jurídicos y mecanismos de reclamación existentes en los diferentes entornos asistenciales.

Finalmente, el porcentaje de casos en los que se confirma RPM (18,0%) fue inferior a los descritos tanto

Tabla 4. Principales resultados del análisis descriptivo, en los casos en los que existió responsabilidad profesional médica

	Total	Sin RPM n (%)	Con RPM n (%)	Valor de p
Ámbito asistencial				**< 0,05**
Privado	113	82 (72,6)	31 (27,4)	
Público	416	352 (84,6)	64 (15,4)	
Vía de reclamación				**< 0,05**
Civil	93	58 (62,4)	35 (37,6)	
Extrajudicial	114	89 (78,1)	25 (21,9)	
Penal	322	287 (89,1)	35 (10,9)	
Periodo temporal				**< 0,05**
2000-2004	150	136 (90,7)	14 (9,3)	
2005-2009	161	139 (86,3)	22 (13,7)	
2010-2014	131	101 (77,1)	30 (22,9)	
2015-2019	87	58 (66,7)	29 (33,3)	
Fallecimiento				0,426
Sí	319	263 (82,4)	56 (17,6)	
No	210	171 (81,4)	39 (18,6)	
Motivo alegado en la reclamación				0,176
Diagnóstico	247	195 (78,9)	52 (21,1)	
Diagnóstico + Secuelas	51	41 (80,4)	10 (19,6)	
Secuelas	128	107 (83,6)	21 (16,4)	
Otros	103	91 (88,3)	12 (11,7)	
Especialidad del acto médico				0,465
Médica	213	175 (82,2)	38 (17,8)	
Médico-quirúrgica	67	51 (76,1)	16 (23,9)	
Quirúrgica	246	206 (83,7)	40 (16,3)	
Servicios diagnósticos	3	2 (66,7)	1 (33,3)	
Tipo procedimiento				0,369
Con intervención quirúrgica	74	60 (81,1)	14 (18,9)	
Procedimiento diagnóstico/ terapéutico	26	24 (92,3)	2 (7,7)	
Sin intervención quirúrgica	429	350 (81,6)	79 (18,4)	

RPM: responsabilidad profesional médica.
Los valores en negrita denotan significación estadística (p < 0,05).

en estudios de responsabilidad patrimonial (32,2-57,3% de RPM)[6,7,17], como a los análisis de RPM del CCMC, que la sitúa en torno al 30%[17,18].

Este dato indica que la mayor parte de reclamaciones formuladas contra profesionales en el ámbito de los SUH no confirma la existencia de una actuación indemnizable ni condenable, circunstancia que refleja la complejidad diagnóstica e incertidumbre inherente a la práctica clínica en urgencias. Aun así, en los casos indemnizados, la cuantía (mediana 43.937 euros), fue superior a la mediana del conjunto de reclamaciones del CCMC en las que existió indemnización (36.904 euros)[19].

Por otro lado, la elevada frecuencia de reclamaciones observada puede explicarse por las características propias de la asistencia urgente. Los profesionales de los SUH deben tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas en plazos reducidos, con información frecuentemente incompleta y en un contexto de elevada presión asistencial. Estas circunstancias favorecen que el error o retraso diagnóstico se convierta en el principal motivo de reclamación, como ya han descrito otras series nacionales e internacionales[20-23].

La patología relacionada con un traumatismo constituyó el grupo clínico más frecuentemente implicado en las reclamaciones analizadas. Aunque tradicionalmente este fenómeno se ha relacionado con dificultades diagnósticas en lesiones óseas o tendinosas y con errores en la interpretación de pruebas de imagen[20], los datos disponibles no permiten establecer conclusiones causales. Del mismo modo, la evaluación en los SUH del dolor torácico y el dolor abdominal destacaron entre los procesos más frecuentemente asociados a RPM[21-23]. Ambos representan motivos de consulta muy prevalentes[24-26] y engloban enfermedades potencialmente graves, como el infarto agudo de miocardio, el tromboembolismo pulmonar, la disección aórtica o la apendicitis aguda[27], en las que un retraso diagnóstico puede condicionar consecuencias clínicas graves y, por tanto, una mayor litigiosidad y cuantía a indemnizar[23].

Tabla 5. Especialidad del acto médico reclamado en los 554 casos de la muestra que tuvieron lugar en un servicio de urgencias hospitalario (se han excluido las especialidades con menos de 5 reclamaciones durante el periodo de estudio)

	n	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cirugía ortopédica y traumatología	160	28,9	28,9
Cirugía general y del aparato digestivo	55	9,9	38,8
Medicina interna	49	8,8	47,7
Cardiología	45	8,1	55,8
Medicina familiar y comunitaria	42	7,6	63,4
Neurología	29	5,2	68,6
Ginecología y obstetricia	29	5,2	73,8
Pediatría y áreas específicas	26	4,7	78,5
Urología	21	3,8	82,3
Neurocirugía	16	2,9	85,2
Angiología y cirugía vascular	11	2,0	87,2
Oftalmología	10	1,8	89,0
Psiquiatría	9	1,6	90,6
Aparato digestivo	8	1,4	92,1
Otorrinolaringología	7	1,3	93,3
Neumología	6	1,1	94,4
Cirugía cardiovascular	5	0,9	95,3

Resulta de especial interés el resultado del análisis multivariable llevado a cabo. Tras el ajuste motivado por las diferentes variables incluidas en el modelo, la asistencia desarrollada en el ámbito privado se asoció, en esta muestra, con una mayor probabilidad de RPM. Aunque el diseño del estudio no permite determinar los mecanismos que explican esta asociación, es posible que intervengan factores relacionados con las expectativas de los pacientes, las estrategias de resolución de conflictos o el mayor peso de la jurisdicción civil en este entorno. De hecho, la vía civil fue la que presentó el mayor porcentaje de casos con indemnización, lo que podría contribuir a explicar parcialmente este hallazgo.

En conjunto, estos resultados sugieren que la aparición de RPM no depende exclusivamente de la naturaleza clínica del proceso atendido, sino también de factores relacionados con el contexto asistencial, las características de la actividad profesional desarrollada y especialmente la existencia de un daño tras el acto médico.

Los hallazgos del presente estudio tienen implicaciones relevantes para la práctica clínica, la gestión sanitaria y la formación del especialista en MUYE. En primer lugar, identifican áreas clínicas concretas susceptibles de intervenciones preventivas, especialmente aquellas rela-

cionadas con el diagnóstico de patología traumática, abdominal, cardiovascular y neurológica. La protocolización de procesos asistenciales, la utilización sistemática de herramientas de apoyo a la decisión clínica y la mejora de la formación diagnóstica podrían contribuir a reducir la aparición de eventos adversos y, consecuentemente, de reclamaciones. En segundo lugar, los resultados respaldan la incorporación de competencias específicas en seguridad del paciente, gestión del riesgo sanitario, comunicación clínica y aspectos médico-legales dentro del POE de MUYE[28]. La reciente creación de la especialidad ofrece una oportunidad única para integrar estas competencias desde la formación especializada y favorecer una cultura de seguridad adaptada a las particularidades de la atención urgente. Finalmente, la identificación de factores asociados de forma independiente a la RPM puede facilitar el diseño de estrategias preventivas dirigidas a ámbitos asistenciales y perfiles profesionales de mayor riesgo, y contribuye tanto a mejorar la seguridad de los pacientes como a minimizar el impacto profesional y psicológico que las reclamaciones generan sobre los facultativos.

Este estudio presenta limitaciones metodológicas que deben considerarse para la correcta interpretación de los resultados. Al emplear una base de datos de origen asegurador y no un registro poblacional completo, se excluye al 30% de los médicos en ejercicio en Cataluña, lo que introduce un posible sesgo de selección, a lo que se suma un riesgo de sesgo de información por la codificación retrospectiva y una posible clasificación errónea de la especialidad o área clínica. Asimismo, existe una falta de variables clínicas detalladas como la gravedad o complejidad de los pacientes y de variables organizativas esenciales (carga asistencial, dotación, tiempos de espera, saturación, turno y experiencia profesional), lo que podría generar factores de confusión residuales. Por otra parte, la RPM se ha definido operativamente como un resultado jurídico/indemnizatorio y no como mala praxis clínica demostrada, habiéndose excluido los casos pendientes sin evaluar el impacto de estos siniestros no resueltos. Además, la ausencia de reconocimiento oficial de la especialidad de MUYE en España durante el periodo analizado dificulta la comparación con otras especialidades, y el diseño del estudio impide inferir causalidad. No obstante, la elevada representatividad de la muestra, que cubre aproximadamente al 70% de los médicos de Cataluña, junto con el amplio periodo de seguimiento, constituyen fortalezas relevantes que refuerzan la validez de las asociaciones identificadas.

En conclusión, los SUH son áreas de alta sensibilidad jurídica que concentran una parte relevante de la litigiosidad sanitaria en Cataluña. Aunque la tasa de reclamaciones por actividad asistencial es baja y presenta una evolución favorable, el impacto económico de las condenas y acuerdos es elevado, superando la mediana de otras especialidades. Por otro lado, la mayoría de las reclamaciones están relacionadas con errores o retrasos diagnósticos en patologías prevalentes en los SUH (traumáticas, cardiotorácicas y abdominales).

A partir de estos hallazgos, y como propuestas razonables para futuras estrategias de mejora, consideramos que cabría plantear diversas intervenciones orientadas a mitigar este riesgo. A nivel formativo, podría valorarse el desarrollo de programas específicos en la interpretación de pruebas de imagen para no radiólogos y del electrocardiograma, así como formación en comunicación para la gestión de expectativas del paciente y familiares. Asimismo, a nivel organizativo, sería factible explorar la implementación de sistemas de doble lectura o revisión de pruebas diagnósticas en casos de alta complejidad, o la eventual estandarización de procesos ante motivos de consulta de alto riesgo (como el dolor torácico o abdominal). En este sentido, se aprecia como muy acertada la inclusión en el POE de MUYE[28] de la integración de competencias clínicas y médico-legales que permitan reforzar la seguridad del paciente. Finalmente, el nuevo marco jurídico y académico de la especialidad permitirá[29], en futuras investigaciones, realizar análisis más precisos y específicos sobre la RPM en la MUYE.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en relación con el presente artículo.

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

Responsabilidades éticas: Todos los autores confirman 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. Se realizó el estudio tras la aprobación del Comité de Ética de Investigación del COMB (2022 001 CTE).

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

Bibliografía

1 Reynolds TA, Sawe H, Rubiano AM, Shin SD, Wallis L, Mock CN, et al. Strengthening Health Systems to Provide Emergency Care. En: Jamison DT, Gelband H, Horton S, et al., editores. Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty. 3ª edición. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017.
2 Hirshon JM, Risko N, Calvello EJ, Stewart de Ramirez S, Narayan M, Theodosis C, et al. Health systems and services: the role of acute care. Bull World Health Organ. 2013;91:386-8.
3 Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. Ann Emerg Med. 2008;52:126-36.
4 Tomás Vecina S. Adverse drug events: current situation 15 years after the EVADUR study. Emergencias. 2025;37:165-6.
5 Gómez-Durán EL, Martin-Fumadó C. Emergency medicine: a specialty at risk for malpractice claims? Emergencias. 2022;34:5-6.
6 Hernández-Herrero M, Cayón-De Las Cuevas J. Empirical analysis of medical malpractice litigation involving urgent-care settings in the Spanish national health service. Emergencias. 2022;34:15-20.
7 León Vázquez F, Nieto Sánchez A, Santiago-Sáez AS. Análisis médico-legal de las reclamaciones por responsabilidad patrimonial en atención primaria y urgencia extrahospitalaria de la Comunidad de Madrid. Rev Esp Med Legal. 2025;51:500453.
8 Benet-Martí JM, Martin-Fumadó C, Benet-Travé J, Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J, Bertran-Ribera MM. Responsabilidad profesional médica en la asistencia urgente de especialistas en medicina familiar y comunitaria Rev Esp Med Legal. 2022;48:3-9.
9 Real Decreto 610/2024, de 2 de julio, por el que se establece el título de Médica/o Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) y se actualizan diversos aspectos en la formación del título de Médica/o Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, núm. 160 (3 de julio de 2024). Páginas 82.78-89.
10 Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Aubia-Marimon J. Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. Gac Sanit. 2013;27:92-3.

11 Vizcaíno-Rakosnik M, Martin-Fumadó C, Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL. The Impact of Malpractice Claims on Physicians' Well-Being and Practice. J Patient Saf. 2022;18:46-51.
12 Arimany-Manso J, Vizcaíno M, Gómez-Durán EL. Clinical judicial syndrome: The impact of judicial proceedings on physician. Med Clin (Barc). 2018;151:156-60.
13 Julián-Jiménez A, del Arco Galán C, Ibán Ochoa R, Llorens P, Calvo Rodríguez R, Castro Delgado R, et al. Puntos clave del Programa Oficial de la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias en España. Emergencias. 2025;37:442-62.
14 Organización Mundial de la Salud. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010. (Consultado 23 Julio 2026). Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371
15 Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. N Engl J Med. 2011;365:629-36.
16 Gómez-Durán EL, Mulà-Rosías JA, Lailla-Vicens JM, Benet-Travé J, Arimany-Manso J. Analysis of obstetrics and gynecology professional liability claims in Catalonia, Spain (1986-2010). J Forensic Leg Med. 2013;20:442-6.
17 Benet Travé J. Análisis de las reclamaciones por responsabilidad profesional médica en Cataluña durante el período 2000-2018 [Tesis doctoral]. (Consultado 15 Marzo 2026). Universitat Autònoma de Barcelona; 2021. https://hdl.handle.net/10803/671960
18 Martin-Fumadó C, Benet-Travé J, Güerri-Fernández R, López-Ojeda A, Bermejo-Segú O, Arimany-Manso J. Professional Liability in Plastic Surgery: A Change of Scenario in Medical Professional Liability in Spain. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2023;11:e5054.
19 Morales-Ferrero JI, Martin-Fumadó C, Arimany-Manso J. Analysis of medical professional liability claims in Catalonia, Spain (2002–2017). Glob Health Econ Sustain.2022;2:8481.
20 Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. los errores médicos (II). Aten Primaria. 2012;44:494-502.
21 Myers LC, Einbinder J, Camargo CA Jr, Aaronson EL. Characteristics of medical malpractice claims involving emergency medicine physicians. J Healthc Risk Manag. 2021;41:9-15.
22 Wong KE, Parikh PD, Miller KC, Zonfrillo MR. Emergency Department and Urgent Care Medical Malpractice Claims 2001-15. West J Emerg Med. 2021;22:333-8.
23 Bianchin C, Prevaldi C, Corradin M, Saia M. Medical malpractice claim risk in emergency departments. Emerg Care J. 2018;14:6366.
24 Pacheco A, Burusco S, Senosiáin MV. Prevalencia de procesos y patologías atendidos por los servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España. An Sist Sanit Navar. 2010;33(Supl1):37-46.
25 Márquez Cabeza JJ, Domínguez Quintero B, Méndez Sánchez J, Gómez Álvarez B, Toronjo Romero S, del Rio Morales F, et al. Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general. Emergencias.2007;19:70-6.
26 Miró O. El usuario y su uso de las urgencias. An Sist Sanit Navar. 2010;32:311-6.
27 Mostafa R, El-Atawi K. Misdiagnosis of acute appendicitis cases in the Emergency Room. Cureus. 2024;16:e57141.
28 Orden PJC/311/2026, de 31 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las unidades docentes de Medicina de Urgencias y Emergencias. Boletín Oficial del Estado, núm. 83 (4 de abril de 2026). Páginas 49723-88.
29 Vázquez Lima MJ. La especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias ya es una realidad en España. Emergencias. 2024;36:321-3.