



Universitat Autònoma de Barcelona

**Análisis de la responsabilidad
profesional médica derivada del
ejercicio de la Psiquiatría
y de la Medicina Legal.**

Tesis doctoral presentada por:

D. Carles Martin Fumadó

Directores de Tesis:

Dr. D. Manuel Rodríguez Pazos

Dr. D. Josep Arimany Manso

Dra. D. Esperanza L. Gómez Durán

Barcelona, 2012

El autor declara de manera responsable el carácter original e inédito de la presente tesis. Este estudio se ha llevado a cabo sin ningún tipo de financiación.



Universitat Autònoma de Barcelona

TESIS DOCTORAL

Título:

Análisis de la responsabilidad profesional médica derivada del ejercicio de la Psiquiatría y de la Medicina Legal.

Realizada por:

D. Carles Martin Fumadó

Departamento:

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal.
Universitat Autònoma de Barcelona.

Programa de Doctorat (RD 778/1998) en Psiquiatria i Psicologia Clínica.

Dirigida por:

Dr. D. Manuel Rodríguez Pazos
Dr. D. Josep Arimany Manso
Dra. D. Esperanza L. Gómez Durán

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Manuel Rodríguez Pazos, por la difícil tarea de dirección y coordinación de la presente tesis. Pero sobre cualquier otra cosa quisiera agradecerle el haber despertado en mi, la primera vez que le escuché en la clase de la Facultad de Medicina de la unidad docente de Vall d'Hebron, el interés por la Medicina Legal y Forense y haberme ayudado así a encontrar mi vocación profesional. Por abrirme los ojos.

Al Dr. Josep Arimany i Manso, por destinar una buena parte de su tiempo, impulso y empeño personal en dirigir la presente tesis. También debo agradecerle el hecho de facilitarme, día tras día, una visión general, más allá del horizonte, profunda, rica y amplia de mi profesión, la Medicina Forense. Por ampliar mi campo visual.

A la Dra. Esperanza L. Gómez Durán, por la supervisión y dirección de la presente tesis, aún cuando la confianza lo dificulta. A ella le debo la orientación, la luz, la alegría, la serenidad, la sensatez y la mesura. Y le debo lo mismo en el campo profesional, lo que ha permitido, siempre sumando, haberme hecho de guía para centrar mi vida y por darme el pulso. Por enfocarme la vista.

A la Dra. Lluïsa Puig Bausili, por haberme destilado, poco a poco, hasta hacer de mí un auténtico médico forense.

Al Dr. Eneko Barbería Marcalain por su confianza cada día y en el momento adecuado y por esparcir cerca de mi la semilla del conocimiento.

A todos los profesionales del Servei de Responsabilitat Professional del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, en especial a Mariona Subirana, por haberme hecho tan fácil mi trabajo.

A mis compañeros del Institut de Medicina Legal de Catalunya, los de ahora y los de siempre, por sus ánimos y compañía en el camino.

Finalmente, a mis amigos y mi familia, en especial a mis padres, por su apoyo incondicional. Para terminar, y más importante, a mi hijo, por conseguir, cada segundo, hacer latir mi vida a su lado.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO:

1.1. Conceptos	página 11
1.1.1. Concepto de responsabilidad profesional médica	página 12
a) Tipos de responsabilidad profesional médica	página 14
b) Elementos constitutivos de la responsabilidad profesional médica	página 16
c) Niveles de responsabilidad sanitaria	página 19
1.1.2. Concepto de mala praxis médica	página 20
1.2. Responsabilidad profesional médica en España	página 23
1.3. Responsabilidad profesional médica en Psiquiatría	página 29
1.4. Responsabilidad profesional médica en Medicina Legal	página 33

2. MARCO EMPÍRICO:

2.1. Planteamiento del estudio	página 36
2.2. Objetivos e Hipótesis	página 37
2.3. Método	página 39
2.3.1. Muestra de procedencia y acceso a la misma	página 39
2.3.2. Definición de la muestra de estudio	página 41
2.3.3. Recogida de datos de los casos de la muestra de estudio	página 44
2.3.4. Definición de las variables y elementos para su valoración	página 48
2.3.5. Aspectos médico-legales y éticos	página 64
2.3.6. Análisis estadístico	página 65

2.4. Resultados	página 66
2.4.1. Resultados del estudio descriptivo de la muestra	página 67
2.4.2. Análisis bivariante	página 159
2.5. Sinopsis de resultados (submuestras)	página 162
2.6. Discusión	página 168
2.7. Limitaciones	página 191
2.8. Conclusiones	página 193
3. BIBLIOGRAFÍA	página 195
4. LISTADO DE FIGURAS	página 206
5. LISTADO DE TABLAS	página 214
6. ANEXOS	página 215

Anexo 1. Solicitud al Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC) para llevar a cabo el estudio.

Anexo 2. Autorización del IMLC para llevar a cabo el estudio.

Anexo 3. Autorización del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya para la recogida de datos para el estudio.

Anexo 4. Hoja de recogida de datos utilizada en los casos del estudio.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Conceptos

Un análisis pormenorizado de la responsabilidad profesional médica derivada del ejercicio de la Psiquiatría y de la Medicina Legal requiere una aproximación previa al marco teórico de la materia para lograr el aprovechamiento adecuado de los datos presentados en dicho análisis.

Los conceptos que se exponen brevemente en el presente apartado constituyen dicho fundamento teórico, que resultan totalmente imprescindibles para el correcto abordaje y entendimiento del análisis que se presenta, así como de los motivos y alcance de la presente investigación.

1.1.1. Concepto de responsabilidad profesional médica

Etimológicamente, el término **responsabilidad** proviene del latín *respondere* y su aparición como vocablo en la lengua española no tiene lugar hasta el siglo XIX ¹.

El diccionario de la RAE en su vigésima segunda edición ² define el término responsabilidad como:

1. f. Cualidad de responsable.
2. f. Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal.
3. f. Cargo u obligación moral que resulta para alguien del posible yerro en cosa o asunto determinado.
4. f. Der. Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente.

Para el ámbito de la Medicina Legal y por extensión, para todos los profesionales de la medicina, interesa específicamente el concepto de responsabilidad profesional médica. La responsabilidad profesional médica es tan antigua como la humanidad ³ y su origen legislativo se encuentra en el Código de Hammurabi (en el siglo XVIII AC) ⁴.

Clásicamente, el profesor Gisbert Calabuig definió la responsabilidad como *la obligación de responder de nuestros actos, que, cuando ha sido origen de un daño en personas o cosas, significa reparar, satisfacer o compensar aquel daño*. A su vez define la **responsabilidad médica** como *la obligación de reparar o compensar los daños producidos por el médico en el curso de su actividad profesional*. Y añade que la **responsabilidad profesional médica** debe entenderse como *la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios, incluso involuntarios dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión* ⁵.

El Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC), a través de los *Quaderns de Bona Praxi* ⁶⁻⁷, define la **responsabilidad profesional médica** como la obligación del médico de reparar las consecuencias de sus actos profesionales y las omisiones que hayan causado un daño o

perjuicio, ya sea por no haber puesto los medios necesarios o el cuidado adecuado en la asistencia a un paciente, ya sea por negligencia en su conducta o por incumplimiento de la *lex artis*, entendiendo como tal al conjunto de reglas técnicas a las cuales debe ajustarse el ejercicio de una actividad. El mismo documento define el término negligencia profesional como un término jurídico que se aplica cuando se ha llevado a cabo un acto médico de calidad deficiente, ya sea por falta de atención o de pericia, por acción u omisión⁶⁻⁷.

a) Tipos de responsabilidad profesional médica

Los actos derivados del ejercicio profesional del médico pueden dar lugar a distintos tipos de responsabilidad en función del ámbito de actuación en el que tienen lugar.

Así, podemos distinguir una responsabilidad penal, civil, contenciosa-administrativa y, finalmente, una ético-deontológica y colegial.

En lo que se refiere al ámbito **penal**, todo médico puede verse imputado, mediante denuncia o querrela, en un ilícito penal en varias circunstancias ⁸:

1. Como todo ciudadano, con independencia de su condición profesional.
2. En su ejercicio profesional por infracción dolosa de preceptos legales. Entre otros, podemos destacar: la inducción, cooperación o consumación de la inducción al suicidio; la eutanasia activa; el aborto sin consentimiento o con consentimiento fuera de los casos permitidos por la ley; lesiones al feto; alterar el genotipo por manipulación genética con fines distintos de la eliminación o disminución de taras o enfermedades graves; la producción de armas biológicas mediante ingeniería genética; la reproducción asistida en una mujer sin su consentimiento; exposición dolosa a radiaciones ionizantes y el delito o falta de intrusismo.
3. En ciertas circunstancias que suponen aumento de la pena por razón de la profesión: omisión del deber de socorro (se castiga al profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia o abandonare los servicios sanitarios y, como consecuencia, se derivare un grave riesgo para la salud de las personas); divulgación del secreto profesional; actos relacionados con el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas (receptación dolosa de bienes, cultivo, elaboración); la certificación falsa (aumenta la pena si el facultativo es funcionario público).
4. Conductas penadas por imprudencia profesional.

Al médico se le exige responsabilidad penal (cuando su conducta profesional haya podido ser constitutiva de delito o falta incluidos en el Código Penal), generalmente, debido a la existencia

de negligencia o imprudencia. Esta responsabilidad penal es personal e intransferible. La condena puede llegar a implicar una pena privativa de libertad en función del tipo de negligencia y la gravedad del perjuicio ocasionado, y siempre conlleva la inhabilitación temporal del ejercicio profesional. Además, lleva aparejada responsabilidad civil de origen criminal, es decir, que en caso de condena, además de la pena personal existe la obligación de resarcimiento económico de la víctima. De ahí la importancia de disponer de una póliza de responsabilidad profesional ⁹.

Un segundo tipo lo constituye la responsabilidad **civil**, que nace de la obligación de reparar el daño y que se concreta en una indemnización.

Otro tipo distinto se encuentra en el ámbito **contencioso-administrativo** (tras haber efectuado la reclamación previa de responsabilidad patrimonial de la Administración por daños derivados de la asistencia sanitaria) en el que no se pone en tela de juicio la actuación concreta del médico, sino de la administración sanitaria. Con frecuencia se trata de analizar si se han puesto al alcance del paciente los medios necesarios en función de las características del centro y los conocimientos médicos del momento. En este ámbito puede ser más factible obtener una sentencia condenatoria, porque no hace falta demostrar negligencia o imprudencia del médico para ello. También en este supuesto se trata de una cuestión meramente económica.

Finalmente, y sin una relación directa estrictamente con el ámbito judicial, la responsabilidad **ético-deontológica y colegial** puede definirse como aquella que resulta del incumplimiento de los deberes establecidos por las normas reguladas por los estatutos generales de la Organización Médica Colegial y el Código de Deontología Médica ⁹. Dichas reglas han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico, teniendo el propio Tribunal Constitucional (Sentencia 219/99) declarado que los códigos deontológicos no constituyen simples tratados de deberes morales, sino que determinan obligaciones de necesario cumplimiento para los colegiados ¹⁰.

b) Elementos constitutivos de la responsabilidad profesional médica

La doctrina constante del Tribunal Supremo, asevera que la obligación contractual o extracontractual del médico y, más general, del profesional sanitario, no es la de obtener en todo caso la curación del enfermo (con la excepción de la denominada medicina satisfactiva o de resultados). Es decir, no es la suya una obligación de resultados sino una **obligación de medios**¹¹. Consecuentemente, el profesional sanitario está obligado a proporcionar al enfermo todos los cuidados que requiera su estado, estando, por tanto, a cargo del paciente la prueba de relación o nexo de causalidad y culpa¹².

Sin embargo, la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha ido evolucionando en el sentido de aplicar criterios casi objetivos de atribución de responsabilidad. Por un lado, con base a la facilidad probatoria, sobre todo en lo que atañe a los centros sanitarios. Por otro lado, con base a la doctrina anglosajona, según la cual ante un resultado dañoso desproporcionado a lo que es usual comparativamente según las reglas de experiencia y el sentido común que revele inductivamente la penuria negligente de los medios empleados, según el estado de la ciencia y las circunstancias de tiempo y lugar, o el descuido en su conveniente y temporánea utilización, se produce una presunción de culpa del facultativo –la cosa habla por sí misma (*res ipsa loquitur*) de la culpa (de influencia anglosajona) y hay clara apariencia de prueba (*Anscheinsbeweis*) de la culpa, culpa virtual (*faute virtuelle*) – (Sentencias del Tribunal Supremo de 2 de diciembre de 1996, 13 de diciembre de 1997 y 9 de diciembre de 1998)¹¹.

Para considerar la existencia de responsabilidad profesional médica deben concurrir ciertos elementos que deberán ser demostrados en las causas de esta naturaleza. Se trata de los elementos constitutivos de la responsabilidad médica. Son:

a) la obligación preexistente, b) la falta médica, c) el perjuicio ocasionado y d) la relación de causalidad⁹.

- a) *Obligación preexistente*. Es el elemento fundamental de la responsabilidad médica en los casos en que la omisión de la prestación de los servicios o atenciones médicas constituye el origen del presunto daño o perjuicio. Dicho

de otro modo, dejar de hacer lo que se tiene obligación de realizar por un compromiso previo bien de tipo contractual o bien de imperativo legal. Así, deberá ser probado que en aquel caso concreto, un profesional médico determinado tenía la obligación de actuar como tal en aquel momento concreto.

- b) *El error médico o la falta médica.* Debe entenderse como tal la imprudencia, la falta de atención o la inobservancia de las reglas del arte y la técnica de cura, definida por los juristas como “incumplimiento de la *lex artis*”, o lo que es lo mismo, la falta de adecuación del ejercicio médico en un determinado momento a lo que es la norma según el estado de los conocimientos de la ciencia médica.

En todos estos casos, existirá una conducta imprudente que, por su propia naturaleza y en función de cual sea el resultado, justificará la calificación de imprudencia punible conforme a los artículos del Código Penal vigente.

Otro punto de interés es que para la valoración de la praxis médica es absolutamente imprescindible el informe pericial médico¹³⁻¹⁴ que será clave para valorar los preámbulos o requisitos específicos de acuerdo a las reglas contenidas en dicho Código Penal.

En cualquier caso, para que en la prueba pericial médica pueda facilitar esta información es imprescindible que el perito lleve a cabo un estudio pormenorizado del caso a partir de todos los documentos disponibles, destacando entre ellos la historia clínica como elemento clave de valoración de la praxis clínica¹⁵. Esta tarea continua encomendándose de oficio a los médicos forenses de los distintos Institutos de Medicina Legal (IML), con independencia de la especialidad médica objeto de valoración.

- c) *Perjuicio ocasionado.* La falta médica debe ocasionar un daño real (muerte, lesiones físicas o psíquicas y/o patrimoniales) al paciente, a la familia o incluso a terceros.

- d) Relación de causalidad. Para que exista responsabilidad tiene que existir el nexo causal entre la falta cometida y el perjuicio ocasionado. Sólo cuando se demuestra que existe esta relación de causalidad, existirá responsabilidad profesional médica. Se trata de una relación que en muchas ocasiones ofrece extraordinarias dificultades para establecerse y valorarse, por lo que es un aspecto al que se dará un gran valor en el dictamen pericial dada su trascendencia.

Tales dificultades tienen su origen en una circunstancia habitual en los casos en que se alega la existencia de responsabilidad médica: la pluralidad de las causas. En efecto, es excepcional que, en la producción del daño sufrido por el enfermo, exista una causa única y una relación lineal, cuya consecuencia inevitable sea ese daño. Por el contrario, lo habitual es que concurren un conjunto de concausas, cada una con un papel más o menos trascendental en el desencadenamiento del daño. Es decir, las concausas constituyen en conjunto una realidad necesaria para la producción del evento dañoso, pero de forma aislada cada una de ellas no es suficiente para condicionar tal efecto sin la intervención de las otras.

c) Niveles de responsabilidad sanitaria

Según Corbella ¹⁶, existen tres niveles de responsabilidad sanitaria:

En un **primer nivel**, la responsabilidad es del propio médico.

Un **segundo nivel** de responsabilidad sanitaria afecta a la responsabilidad de las instituciones sanitarias (hospitales, clínicas, centros de atención primaria y áreas de salud) en cuanto al principio de organización clínica, jerarquía y coordinación, que son imprescindibles en cualquier equipo sanitario. Las coordinaciones asistenciales entre los equipos médicos y de enfermería puede comportar problemas de responsabilidad profesional.

Un **tercer nivel** se refiere a la responsabilidad de las administraciones, que son las encargadas de la planificación correcta de la asistencia médico-sanitaria y están, además, obligadas a proveerla sin riesgo. No puede olvidarse el precepto constitucional del artículo 43 de la Constitución Española como el reconocimiento al derecho a la protección de la salud.

1.1.2. Concepto de mala praxis médica

Etimológicamente, mala praxis significa mala práctica (*malpractice*). Se aplica en aquellas circunstancias en las que el ejercicio de la medicina no se ajusta a lo que en el lenguaje jurídico se conoce como *lex artis* y que la doctrina anglosajona denomina *standard of care* (término acuñado por Brown en 1973¹⁷). Se trata de un concepto legal y no médico¹⁸, usado como sinónimo de técnica correcta³ o, de manera más precisa, como la atención médica que proporcionaría un médico razonable en las mismas o similares circunstancias¹⁹⁻²⁰. La *lex artis ad hoc* constituye el criterio para valorar la corrección de un acto médico concreto, ejecutado por el médico.

La diligencia exigible al médico será esa *lex artis ad hoc* profesional. Los términos exclusivos y excluyentes *ad hoc* suponen actuar conforme al estado de la ciencia en el momento del ejercicio de la conducta y conforman el conjunto de todos los deberes médicos que le son exigibles²¹, concretándose, entre otros, en deberes relacionados con la información, con la competencia profesional, con los deberes de asistencia y certificación²². Actualmente, los juristas definen una intervención médica como correcta si está médicamente indicada, si se ha realizado de acuerdo con la *lex artis* y si se ha informado correcta y específicamente al paciente según la legislación vigente.

Martínez Calcerrada²³, tras la revisión de reiterada jurisprudencia española al respecto define *lex artis ad hoc* como “aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina –ciencia o arte médica– que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del actor, y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos –estado o intervención del enfermo– de sus familiares, o de la misma organización sanitaria, para calificar dicho acto conforme o no con la técnica normal requerida, derivando de ello el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación ilícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado”.

En el campo de la psiquiatría, siguiendo a Dorado García²⁴, puede entenderse por mala praxis psiquiátrica aquella actuación de los profesionales de la salud mental que generan en el

paciente un malestar o sufrimiento, que le lleva a plantear una queja o reclamación a una institución sanitaria, social o judicial respectivamente.

Como ha sido expuesto con anterioridad, ante una reclamación por responsabilidad profesional no debe evaluarse únicamente el resultado. El contrato médico-paciente lo es de medios, no de resultados, a excepción de los casos de la llamada “medicina satisfactiva” (por ejemplo, la cirugía estética). Al profesional se le va a exigir que haya puesto al alcance del paciente los medios adecuados en función de las circunstancias del caso y los conocimientos de la ciencia médica en un momento determinado. Los elementos a considerar en cada parte del proceso asistencial conviene que sean conocidos. Siguiendo a Rodríguez-Pazos ⁹ dichos elementos (denominados criterios de normopraxis) son:

- Estudio clínico: atención (estudio clínico) y diligencia (diagnóstico precoz).
- Diagnóstico: pericia (habilidad).
- Elección de alternativas terapéuticas: pericia y cautela asistencial (ponderación riesgo/beneficio).
- Información: atención.
- Procedimiento terapéutico: pericia y prudencia.
- Seguimiento evolutivo: diligencia y prudencia.
- Cumplimiento de normas medicolegales: atención.

El Código Penal español vigente ²⁵ clasifica las imprudencias profesionales, básicamente, en función del tipo de imprudencia, grave o leve, y de la entidad del resultado lesivo, correspondiendo al ámbito jurídico (a jueces y fiscales) calificar si la conducta ha sido imprudente y, en su caso, si ésta ha sido grave o leve ⁹.

La imprudencia es grave cuando la actuación médica ha sido manifiestamente mejorable. Es decir, cuando no se han tenido en consideración aspectos fundamentales durante la praxis asistencial. La imprudencia es leve cuando la actuación, sin ser manifiestamente inadecuada, pudo y debió ser mejor. En caso de condena, si la imprudencia es grave la pena será superior, aunque no es el único factor determinante, también va a depender del resultado lesivo ⁹.

Según Corbella ²⁶, los tipos de mala praxis pueden clasificarse en distintos grupos.

Un primer grupo lo constituye la denominada “falta o insuficiencia de asistencia”. En este grupo el motivo de denuncia sería una inasistencia total o parcial de un paciente. Sería el caso de un

paciente ingresado en un hospital en otra sala a la adecuada por falta de camas o por cualquier otro motivo, y que ha empeorado por inasistencia posterior a su ingreso desde el servicio de urgencias.

Se define un segundo tipo denominado “mala praxis aparente” que se corresponde con aquellos casos con mala evolución o resultado a pesar de que la praxis médica sea correcta.

Un tercer grupo es el llamado “mala praxis real”. En este caso el resultado es insuficiente porque la actuación profesional también lo ha sido. Generalmente es consecuencia de un error grave de diagnóstico, tratamiento o seguimiento, que ha provocado un mal resultado.

Finalmente, existe un cuarto grupo al que se ha denominado “doctrina del riesgo conocido”. Se trata de casos en que se han producido complicaciones esperables, en pacientes graves en que una intervención quirúrgica difícil o prueba diagnóstico-terapéutica de riesgo, aunque bien realizada, ha conllevado un mal resultado terapéutico.

En general, de estos cuatro grupos, los que implican responsabilidad son el tercero y, en ocasiones, el primero, siempre que se demuestre un resultado desfavorable directamente relacionado con una deficiente asistencia médica.

1.2. Responsabilidad profesional médica en España

Si bien el problema de las reclamaciones por responsabilidad profesional médica es un hecho conocido y que preocupa a los profesionales de la medicina desde hace muchas décadas ²⁷, también es cierto que en los últimos veinte años existe una tendencia alcista significativa en el número de reclamaciones a nivel español ¹⁴ e internacional y un aumento de bibliografía al respecto, una recurrente aparición en prensa de casos de presuntas mala praxis médicas y sus repercusiones judiciales ²⁸, motivado en su conjunto por la transformación considerable que ha sufrido el ejercicio de la medicina. La relación entre profesionales sanitarios y pacientes se encuentra en un proceso de ostensible cambio desde mediados del siglo xx ²⁹, lo que justifica un aumento de litigiosidad.

Este aumento de la litigiosidad en materia de responsabilidad profesional médica es debido a diferentes causas, entre las que destaca el aumento claro y progresivo de la actividad médica desde hace años y la introducción de procedimientos más eficaces en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes pero con un aumento del riesgo, debido a una mayor complejidad y tecnificación de la medicina. Además, se ha extendido el trabajo en equipo de los médicos, en un contexto en que el paciente participa activamente de la toma de decisiones. Esta mayor capacidad de decisión del paciente se sustenta en la correspondiente promulgación legislativa (Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica ³⁰) y el ejercicio de la medicina se ha tenido que adaptar a la nueva situación. Por otra parte, es indudable que un mayor nivel tecnológico conlleva más expectativas, no siempre reales, de resultados satisfactorios y un aumento de la información, a menudo triunfalista y engañosa y en caso de no obtenerse dichos resultados satisfactorios aparece una mayor decepción. Más hoy en día, cuando los pacientes tienen un fácil acceso a los contenidos médico-científicos, especialmente a través de Internet, donde proliferan todo tipo de contenidos, no siempre contrastados médicamente. Ello puede provocar en algunos pacientes – y/o sus familiares – confusiones y malas interpretaciones que ante un mal resultado –en ocasiones, unida a un ansia mercantilista – incidan en la decisión de interponer una reclamación para obtener una indemnización económica ¹⁶.

Asimismo el paciente y su familia conocen mejor sus derechos y los reclaman, hay una exigencia lógica de información y en ocasiones no hay una buena relación médico-enfermo,

que es fundamental para el desarrollo de una buena práctica médica ⁹. En resumen, el paso de una medicina predominantemente descriptiva y contemplativa a una medicina activa y de toma de decisiones ha contribuido al cambio. Tiempo atrás con frecuencia el acto médico podía limitarse a observar y esperar, sin embargo hoy día es preciso intervenir lo antes posible, incluso se exige la anticipación a la aparición de los síntomas ³¹.

Así, hasta bien entrado el siglo XIX, e incluso en muchos países hasta bien entrado el siglo XX, el problema de las reclamaciones por responsabilidad profesional médica apenas ha tenido trascendencia, admitiéndose de forma general el hecho de la irresponsabilidad jurídica de los médicos. Sin embargo, en los últimos tiempos ha adquirido una enorme importancia práctica ⁵.

A nivel internacional, sin lugar a dudas, Estados Unidos encabeza el número de denuncias por supuestas imprudencias médicas, la mayoría de las cuales se tramitan por la vía civil ³² y todo profesional médico en ejercicio (también en la especialidad de Psiquiatría ³³) debe hacerles frente habitualmente. La información de este tipo de situaciones contenida en grandes bases de datos, como la de la National Practitioner Data Bank ³⁴ (www.npdb-hipdb.hrsa.gov), tiene un potente valor de cara a la prevención futura de nuevas reclamaciones.

En este sentido, diversos autores subrayan la necesidad de la existencia de bases de datos y estudios locales para que la información se adapte a las características específicas de los diferentes sistemas de salud ^{32,35}. A pesar de ello, los datos de los que se dispone en España proceden de fuentes muy diversas y sólo muestran resultados parciales ³² pero dados los condicionantes del propio sistema legislativo, la estructura del sistema sanitario y la menor conflictividad de la relación médico-paciente de la situación en España, resulta improbable que se lleguen a alcanzar cotas tan espectaculares como las de Estados Unidos ²⁸.

Pese a la mencionada ausencia de datos estadísticos completos (los estudios al respecto son escasos y normalmente proceden de fuentes sesgadas como compañías de seguros o asociaciones de pacientes ³⁶), en España es notorio el aumento de las reclamaciones presentadas en los juzgados contra profesionales médicos, especialmente en las dos últimas décadas ⁹. Así, el INSALUD tramitó 720 expedientes con resultado de indemnización económica según datos referidos exclusivamente al año 1999 ³⁷.

Prueba de ello, según Llamas, en España, en 1988, es el hecho de que de cada 100 pólizas por mala praxis, 30 pertenecían a médicos, lo que suponía el segundo colectivo más numeroso

después de arquitectos y aparejadores ²². Actualmente, lo que en un principio era sólo la creación de una modalidad más dentro del seguro de responsabilidad civil, se ha convertido en un mercado complejo y con una importancia creciente.

En relación con la magnitud numérica de este tipo de situaciones, los datos actuales de Catalunya – extrapolables a otras comunidades autónomas – indican que existe una estabilización de las reclamaciones contra los médicos ¹¹. En cambio, están aumentando las demandas contra la administración sanitaria, quizás por la propia disposición de la Ley 29/98, reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa ³⁸.

De los datos obtenidos en el Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (SRP COMB), desde 1986 hasta el año 2008 ³⁹, se objetiva un descenso progresivo en el número de reclamaciones aunque esta situación difiere de la realidad anglosajona. Otro dato importante es el descenso de las denuncias penales, la estabilización de la demanda civil y el aumento progresivo en el periodo de 1986-2008 de la reclamación extrajudicial.

Como prueba de esta evolución puede señalarse que el SRP COMB contabilizó 89 casos de reclamación y 109 médicos implicados en el año 1986 y 306 expedientes de reclamación y 409 médicos implicados en el año 2007, con un total de 1.649 reclamaciones en el período de 2002-2007 ⁴⁰. Sin embargo, a pesar de las cifras presentadas no hay que defender una postura alarmista, dado que según los datos del COMB, para el período de 1990 a 2006 el porcentaje de finalización de denuncias “con responsabilidad” ha sido del 12 %, y “sin responsabilidad”, del 88 %, de un número total de 4.696 reclamaciones ⁴⁰.

Otro dato que apunta hacia la estabilización del número de reclamaciones se ha observado en el Instituto de Medicina Legal de Catalunya (IMLC), según reflejan los datos de las memorias de actividades de los últimos años de dicha institución. En el año 2006, limitando el registro al Servicio de Clínica Médico Forense de la ciudad de Barcelona, se contabilizaron un total de 81 solicitudes para la valoración de presuntas malas praxis médicas ⁴¹. En el año 2008 ⁴², la ciudad de Barcelona registró un total de 81 solicitudes (246 en la provincia de Barcelona y 340 en el total de Catalunya). En el año 2009 ⁴³, la ciudad de Barcelona registró un total de 89 solicitudes (258 en la provincia de Barcelona y 339 en el total de Catalunya). En el año 2010 ⁴⁴, las ciudades de Barcelona i L'Hospitalet de Llobregat registraron un total de 99 solicitudes (253 en la provincia de Barcelona y 345 en el total de Catalunya). En la última memoria publicada,

correspondiente al año 2011 ⁴⁵, las ciudades de Barcelona y L'Hospitalet registraron un total de 79 solicitudes (218 en la provincia de Barcelona y 312 en el total de Catalunya).

Paralelamente, según Martínez-Pereda ⁴⁶, uno de cada cien facultativos es objeto de reclamación ante los Tribunales en España, aunque debe precisarse que las denuncias contra los médicos no se producen con carácter indiscriminado ³¹, sino que suelen tener una mayor incidencia sobre aquellas especialidades médicas cuyo ejercicio implica, a priori, un mayor riesgo ²⁷ como son los cirujanos (18,86 %), anestesistas (13,30 %) y ginecólogos (12,26 %) ⁴⁷.

Todos los datos parecen indicar que especialidades como la Psiquiatría tienen una baja incidencia. En Estados Unidos, tal y como refleja el trabajo publicado en 1984 por Slawson y Guggenheim en el que tras estudiar la base de datos de la NAIC (National Association of Insurance Commissioners', www.naic.org) entre 1974-1978, sobre un total de 71.788 denuncias presentadas contra médicos, se registraron tan solo 217 denuncias contra especialistas en psiquiatría, lo que suponía un 0,3 % del total de las demandas ⁴⁸.

En un artículo publicado en 2011, referido también a Estados Unidos, Jena ⁴⁹ estudió la incidencia de reclamaciones teniendo en cuenta la información contenida en un base de datos de 40.916 médicos colegiados entre 1991 y 2005 (de la base de datos de la National Practitioner Data Bank). Cada año durante el periodo estudiado recibían una reclamación un 7,4 % del total de los profesionales colegiados. En un 2,6 % de los casos, el médico reclamado era un especialista en Psiquiatría, clasificándose la misma como una especialidad de bajo riesgo de reclamación. Se estimó que a los 65 años de edad, el 75 % de los profesionales de estas especialidades de bajo riesgo habían hecho frente a una reclamación, mientras que en las de alto riesgo lo hacían un 99 % de los profesionales a esa edad.

Perea Pérez ⁵⁰, a partir de los datos extraídos del "Archivo de sentencias judiciales sanitarias de la Escuela de Medicina Legal de Madrid" de la Universidad Complutense de Madrid (sobre un total de 1.899 sentencias del periodo de 1992 a 2007) apunta que la Psiquiatría es la especialidad reclamada en catorceava posición, con la siguiente distribución de reclamaciones por especialidades (Figura 1). Por otro lado, la Medicina Legal no aparece en el listado como especialidad individualizada.

Especialidad	Nº sentencias	%
1. Traumatología y cirugía ortopédica	298	15,69
2. Ginecología y obstetricia	295	15,53
3. Cirugía y medicina estéticas	220	11,58
4. Odontostomatología	144	7,58
5. Cirugía General y digestiva	131	6,89
6. Oftalmología	117	6,16
7. Urología	86	4,52
8. Anestesiología y reanimación	83	4,37
9. Medicina interna y especialidades médicas	82	4,31
10. Otorrinolaringología	65	3,42
11. Neurocirugía	61	3,21
12. Medicina de Familia y Comunitaria	59	3,10
13. Pediatría	52	2,73
14. Psiquiatría	50	2,63
15. Cirugía vascular	46	2,42
16. Cirugía maxilofacial	36	1,89
17. Dermatología	21	1,10
18. Otras especialidades	53	2,79

(Figura 1): Distribución de reclamaciones atendiendo a las distintas especialidades médicas.

Fuente: Perea Pérez B, 2009.¹⁵⁶

Según los datos del CCMC, un porcentaje medio del 1.33 % de los médicos asegurados se enfrentaron a una reclamación, si bien sólo un 0,26 % tuvo que afrontar una indemnización al reclamante³⁵. En lo que respecta al ámbito de la reclamación, de las 7.223 reclamaciones gestionadas en el periodo de 1986-2010, las especialidades más reclamadas fueron la Cirugía Ortopédica y Traumatología, conjuntamente con la Ginecología y Obstetricia (siendo esta última especialidad en la que se han tenido que asumir indemnizaciones más cuantiosas) y en tercer lugar la Cirugía Plástica³.

En Estados Unidos, el estudio de Jena⁴⁹ muestra como las especialidades más reclamadas son la neurocirugía, la cirugía torácica y cardiovascular y la cirugía general. Según Andrés Santiago-Sáez et al.³⁶, la Medicina de Urgencia supone el 23,8 %, la Ginecología y Obstetricia el 18,2 % y la Cirugía Ortopédica y Traumatología el 11,2 %. Para Andrés Santiago-Sáez et al.³⁶ ni la especialidad de Psiquiatría ni la de Medicina Legal se encuentran entre las diez especialidades médicas más reclamadas.

Tras todo lo expuesto en este apartado, es un hecho palpable que el interés de los profesionales médicos⁵¹, de las organizaciones corporativo-profesionales y de los Organismos Públicos de la Sanidad se ha incrementado acorde con este aumento del número de reclamaciones²⁸.

A pesar de su creciente frecuencia, un 98,8 % de los profesionales involucrados en alguna

reclamación reconoce que la misma afecta de manera importante o muy importante en su vida, las repercusiones familiares aparecen en el 85,1 % de los casos, provoca cambios en su manera de trabajar en un 84 % e incluso en un 57,4 % de los casos se afecta su vocación médica ⁵².

Además, su importancia es tal que ya hace mucho tiempo que dicha información es usada en la evaluación de criterios para establecer la calidad de la asistencia médica ⁵³.

Incluso afecta a la promulgación de legislación, que obliga a la contratación de una póliza de responsabilidad civil como requisito previo a la autorización para ejercer la profesión ⁵⁴. Así, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003, de 21 de noviembre), en su artículo 46, establece que “Los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios, vienen obligados a suscribir el oportuno seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios” y añade que “en el supuesto de profesiones colegiadas, los colegios profesionales podrán adoptar las medidas necesarias para facilitar a sus colegiados el cumplimiento de esta obligación”.

Ante tal situación la mayoría de los profesionales médicos ha optado por contratar pólizas de responsabilidad civil. En este sentido, en Catalunya existe un modelo de responsabilidad civil médica profesional de características singulares, único en Europa, por el cual la administración (Servei Català de la Salut –SCS–, Institut Català de la Salut –ICS–), los hospitales concertados y el CCMC, integrado por los cuatro colegios de médicos de Catalunya, poseen un póliza de seguro de responsabilidad civil conjunta, por un periodo de vigencia de tres años renovables. A través de un concurso público ofertado por la administración, se establecen una serie de mecanismos bien definidos en el contrato de aseguramiento, donde se articula que la tramitación, estrategia y defensa de los casos, la realizará el propio tomador. Esta posición en la póliza de los médicos la ostenta el SRP COMB y, por su parte, un órgano similar para el SCS. Este sistema está regulado por diversas comisiones: a) tripartita (organismo de estrategia económica), b) la comisión técnica (que prepara las estrategias de defensa de las reclamaciones y propone los casos de pacto) y c) la comisión de seguimiento (donde se autorizan acuerdos de la comisión técnica). En todas las comisiones están presentes todos los interlocutores del sistema: abogados de la administración, ICS, SCS, hospitales concertados, médicos asesores de la compañía así como médicos y abogados del CCMC.

1.3. Responsabilidad profesional médica en Psiquiatría

La psiquiatría es la ciencia que se dedica al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. Su objetivo es prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar los trastornos de la mente.

La medicina no es una ciencia exacta y dentro de ella, la Psiquiatría es, si cabe, una de las especialidades más “inexactas” y más humana a la vez. La investigación y tratamiento de las conductas y de las facultades anímicas la hace moverse en un campo donde las mediciones son difíciles, lo que puede generar riesgos, incluidos los de posibles reclamaciones por mala praxis.

Una de las características de la responsabilidad profesional médica en el ejercicio de la especialidad de Psiquiatría es la dificultad que surge en la práctica a la hora de hacer evidente una prueba para demostrar la falta o la existencia de relación de causalidad en un supuesto caso de mala praxis. Esto, no es debido “a la conspiración del silencio” entre profesionales, sino a otros factores inherentes a la propia naturaleza del acto médico, que adquieren en Psiquiatría mayor relevancia que en otras áreas de la medicina.

Ello es, sin duda, un factor muy a tener en cuenta a la hora de valorar la responsabilidad profesional en la especialidad de Psiquiatría. Muy difícil, y a veces imposible es conocer la intimidad de cada persona, sus motivaciones y fuerzas anímicas, así como los intrincados mecanismos que la llevan a expresar una conducta. E igualmente lo será determinar si en los mismos hubo algo determinado por la actuación del terapeuta y que interviniera como un elemento de la responsabilidad del mismo.

Además, la existencia de diversas escuelas y paradigmas en el ejercicio de la Psiquiatría, constituye una dificultad añadida a la hora de enjuiciar acerca de la praxis y la *lex artis ad hoc* en Psiquiatría ⁵⁵.

Asimismo, también reúne una enorme dificultad la apreciación del grado de responsabilidad en los fallos asistenciales más globales, sobre todo, los referidos a la vigilancia y seguridad del enfermo ingresado. Como es lógico, no es posible durante 24 horas controlar plenamente a un enfermo, salvo con medidas muy excepcionales de aislamiento y sujeción y que contradicen el espíritu y actitud de autonomía que inspira hoy la praxis psiquiátrica.

Muchas faltas además no tienen una trascendencia física o ésta es poco duradera siendo lo más frecuente que las lesiones no suelen ser ni muy graves ni permanentes, por lo que el perjuicio ocasionado no puede ser fácilmente evaluado. Por otro lado, las reclamaciones por daños emocionales suelen tener poco éxito, debido entre otros factores a esa difícil valoración.

Así, al ser la Psiquiatría una ciencia empírica y utilizar el subjetivismo en casi todos sus juicios y actuaciones, el psiquiatra puede tener, en algunos casos, una difícil defensa frente a reclamaciones donde es preciso demostrar con datos objetivos el método seguido en sus actos profesionales. El psiquiatra tiene que tomar sus decisiones diagnósticas o terapéuticas en relación a un enfermo, en función del juicio que se haya hecho tras la recogida de datos, que a su vez, no siempre son objetivos. Este actuar con subjetividad, constituye un factor de mayor vulnerabilidad del psiquiatra, si bien tampoco hay que olvidar que constituye, al mismo tiempo, un factor que también puede resultar de utilidad para su defensa.

En lo que se refiere a las actuaciones, quizás sea la problemática de la actuación del psiquiatra frente al suicidio la que plasma el quehacer psiquiátrico de forma más evidente. Así, ante la prevención del suicidio, el psiquiatra debe hacer una valoración que se traduce, en definitiva, en un juicio subjetivo aunque haya contado con elementos objetivos y derivado de ese juicio toma sus decisiones. Por lo aquí expuesto, constituye uno de los aspectos que más reclamaciones genera, pero ocurre lo mismo ante la prevención de cualquier otra conducta anómala, violenta o antisocial, las cuales resultan impredecibles de una manera absoluta y, normalmente, la responsabilidad se puede plantear solamente cuando existen conductas previsibles y evitables y no se toman las medidas adecuadas al respecto.

Para la valoración de la praxis médica, como ya ha sido expuesto, es absolutamente imprescindible el informe pericial médico ¹³ que será clave para valorar los preámbulos o requisitos específicos de acuerdo a las reglas contenidas en dicho Código Penal. En Estados Unidos, en relación a la evaluación de las praxis psiquiátricas ⁵⁶⁻⁵⁷, cada vez más corresponde esta tarea a especialistas en Psiquiatría, mientras que en España esta tarea continua encomendándose de oficio a los médicos forenses de los distintos IML, con independencia de la especialidad médica objeto de valoración.

En Estados Unidos se afirma que no se dispone de ninguna guía o recomendación acerca de cómo eludir la acción penal cuando se plantean reclamaciones de este tipo y la defensa está basada en un juicio subjetivo a la hora de tomar las decisiones. La respuesta de los diversos tribunales es la de admitir la imposibilidad de predicción de muchos actos humanos ⁵⁸.

Paralelamente, como consecuencia del auge de este tipo de reclamaciones, en el ejercicio de la Psiquiatría, al igual que en el resto de especialidades médicas, el miedo a recibir una reclamación por presunta mala praxis médica ha conllevado que los profesionales de la medicina presten una asistencia que no beneficia de manera directa al paciente, si no que estaría dirigida a evitar las reclamaciones por mala praxis ^{36,59-61}. Comúnmente se ha denominado a este ejercicio medicina defensiva, siendo este un término acuñado por Tancredi en 1978 ⁶². Deontológicamente, algunos autores como Paredes ⁶³, afirman que las prácticas defensivas del médico no son éticas médicamente, aun considerando que se está autoprotegiendo. Incluso se ha descrito el efecto boomerang de la medicina defensiva: si las demandas y reclamaciones de los pacientes son la principal causa del proceder defensivo del médico, podría afirmarse que, si las primeras no se plantearan, la medicina defensiva no existiría ⁶⁴.

Ante esta situación, algunos autores han aconsejado que el médico responda demandando, a su vez, al paciente por los daños materiales y morales ocasionados por una reclamación infundada, y ya existe alguna sentencia que ha condenado al paciente a pagar todas las costas (sentencia del Juzgado de Instrucción número 1 de Talavera de la Reina -Juicio de Faltas 25/2003, de fecha 11/02/2004-, sentencia del T.S.J. de Madrid en la Sala de lo Contencioso, o sentencia del Juzgado de lo Penal número 1 de Jaén -recurso número 271/05-) ⁶⁵. En Estados Unidos esta actitud médica consiguió que se redujeran las reclamaciones ⁵¹. Otros autores recomiendan, en aras de reducir reclamaciones, un trato más personalizado, cordial y humano con los pacientes ⁶⁶, ya que aseguran que una mala comunicación con el paciente incrementa enormemente el riesgo de litigio ³⁶. En todo caso, parece probado que las reclamaciones condicionan el ejercicio de la profesión, ya que el 98 % de los profesionales cambia la forma de ejercer para evitar las demandas ⁶⁷.

Passmore et al ⁵⁹, en una encuesta realizada a especialistas en Psiquiatría, sobre el uso de técnicas de medicina defensiva únicamente en el mes anterior a la encuesta, encontró que el 75 % de los psiquiatras habían hecho uso de éstas. En concreto, el 66 % había hecho anotaciones en la historia clínica únicamente con una finalidad defensiva, el 29 % había realizado actos médicos únicamente con éste fin y el 21 % había ingresado pacientes sin presentar criterios de ingreso, motivado por la práctica de una medicina defensiva.

En España, en 1990, Carrasco Gómez señaló que en una encuesta realizada por él mismo, el 18,1 % de los psiquiatras habían tenido algún tipo de reclamación judicial ⁵⁵. En Estados Unidos,

según la American Medical Association (AMA), un 5 % de los médicos (de todas las especialidades) hicieron frente a una reclamación en el año previo a la consulta ⁶⁸. En un trabajo publicado en el año 2009, Madea et al ⁶⁹ señalan que de las 101.358 autopsias médico-legales revisadas en 17 institutos de medicina legal de Alemania entre los años 1990 y 2000, 4.450 de ellas fueron realizadas como consecuencia de la evaluación de una presunta mala praxis médica y tan sólo en 68 casos (1,5 %) la especialidad implicada fue la Psiquiatría. Además, únicamente en 6 de estos 68 casos (8,82 %) se confirmó la existencia de una mala praxis médica.

Se desconoce la existencia de estudios precedentes en España que realicen un análisis de la responsabilidad profesional derivada del ejercicio de la medicina en general con un número elevado de casos y que definan las características o perfiles de este tipo de situación, y mucho menos, específicamente en las especialidades de Psiquiatría y Medicina Legal, lo que ensalza, sin duda, la necesidad de dicho análisis. Existe un trabajo recientemente publicado por Andrés Santiago-Sáez et al. ³⁶ que enfoca por primera vez el problema de la responsabilidad profesional específicamente en la especialidad de Psiquiatría en España. Sin embargo, los datos extraídos del “Archivo de sentencias judiciales sanitarias de la Escuela de Medicina Legal de Madrid” de la Universidad Complutense de Madrid (sobre un total de 1.899 sentencias del periodo de 1992 a 2007) corresponden a una muestra de 49 sentencias sobre actos médicos de la especialidad de Psiquiatría, 25 casos de los cuales únicamente registrados contra especialistas en Psiquiatría, y la información obtenida resulta parcial, atendiendo a la propia limitación de la base de datos. Sin embargo, a día de hoy, constituye el trabajo más extenso acerca del análisis de las sentencias judiciales en España contra actos médicos de la especialidad de Psiquiatría. Siendo, el estudio comprendido en esta tesis, el trabajo sobre reclamaciones de responsabilidad profesional médica que engloba una muestra de mayor tamaño.

Finalmente, es necesario recordar que, como toda actividad médica, la prevención es un mecanismo de actuación para evitar un riesgo. Diversos autores han propuesto recomendaciones o pautas para evitar o disminuir la posibilidad de reclamación.

Así, los beneficios que sobre la prevención de estas reclamaciones supondría el hecho de disponer de los datos, perfiles y características de la mala praxis en el caso concreto de la especialidad de Psiquiatría son indiscutibles y de ahí la necesidad de la presente investigación.

1.4. Responsabilidad profesional médica en Medicina Legal

La Medicina Legal, Judicial o Forense es el conjunto de conocimientos médicos y biológicos necesarios para la resolución de los problemas que plantea el Derecho, tanto en la aplicación práctica de las leyes como en su perfeccionamiento y evolución ⁷⁰.

Con el nombre de peritación médico-legal, o prueba pericial médica, se conocen todas aquellas actuaciones periciales médicas mediante las cuales se asesora a la administración de justicia sobre algún punto de naturaleza biológica o médica. Constituye la manifestación más genuina de la Medicina Legal en la que desarrolla su función el perito médico-legal.

Los peritos médicos que intervienen en las pruebas periciales médicas pueden haber sido designados directamente por el juez, por éste a propuesta de las partes o ser solicitados directamente por éstas a su iniciativa y a sus expensas. Entre estas posibilidades, la tercera es la que se denomina peritación privada ⁷¹. Sin embargo, es mucho más habitual la peritación oficial (o pública, en contraposición de la peritación privada) que se desarrolla durante el periodo de prueba de los procedimientos legales y que habitualmente está encomendada a los miembros del Cuerpo de Médicos Forenses, creado en 1862 por iniciativa del Dr. Pere Mata, considerado el padre de la Medicina Legal española ⁷².

La realización de la prueba pericial médica no cumple una función asistencial pero es, por definición, un acto médico. Por ello, y aunque su incidencia sea muy reducida, puede presentarse, como en todas las especialidades médicas, una reclamación por responsabilidad profesional médica, por lo que sigue siendo indispensable en el ejercicio de la Medicina Legal disponer, a través de la Administración, de una póliza de responsabilidad profesional ⁷³.

Los motivos de reclamación en estos casos derivan, generalmente, de la información médica contenida en la peritación, del consentimiento otorgado para su realización, de las peculiaridades del secreto médico en estos casos y de supuestos atentados contra el honor, así como por revelación de secretos o por falsos testimonios en la propia pericia.

En cualquier caso, como en el resto de especialidades médicas, las reclamaciones pueden responder a motivaciones casi infinitas.

Sin embargo, como ya se ha dicho, la propia naturaleza de la Medicina Legal como una especialidad no asistencial constituye una diferencia trascendental en lo que se refiere a los motivos de las reclamaciones por responsabilidad profesional médica entre ésta y el resto de especialidades médicas.

Por otro lado, en el ejercicio de todas las especialidades médicas existen imbricadas situaciones propias del ámbito de la Medicina Legal, que pueden ser motivo de una reclamación por responsabilidad profesional médica. Este hecho recuerda que la especialidad de Medicina Legal es imprescindible en el ejercicio de cualquier especialidad médica. Por otro lado, la mayoría de estudios existentes acerca de la responsabilidad profesional médica de las distintas especialidades se efectúan teniendo como nexo de partida de la especialidad que posee el médico denunciado o el campo de actuación médica del mismo, lo que hace difícil la valoración de algunas de ellas como pertenecientes a la especialidad de Medicina Legal. Este hecho, entre otros, es el motivo del déficit de estudios de reclamaciones que versan sobre materia objeto de la especialidad de Medicina Legal a pesar de que en realidad las mismas son muy comunes (se encuentran computadas en otras especialidades médicas).

Finalmente, al igual que para la especialidad de Psiquiatría, es necesario recordar que, en toda actividad médica (también en el caso de las especialidades no asistenciales), la prevención es un mecanismo de actuación para evitar un riesgo.

En consecuencia, los beneficios que sobre la prevención de estas reclamaciones supondría el hecho de disponer de los datos, perfiles y características de la mala praxis en el caso concreto de la especialidad de Medicina Legal son indiscutibles y de ahí la necesidad de la presente investigación.

2. MARCO EMPÍRICO

2.1. Planteamiento del estudio

Tras la revisión crítica de la literatura científica al respecto, se desconoce la existencia de datos concluyentes acerca del perfil característico de las reclamaciones como consecuencia de responsabilidad profesional médica en el campo de la especialidad de Psiquiatría y de la Medicina Legal.

La escasez de bases de datos que contengan este tipo de información, así como la inaccesibilidad de las mismas, dificultan enormemente la existencia de estudios al respecto. En otras ocasiones, el tamaño de la muestra estudiada (casos de supuesta responsabilidad profesional médica en el campo de la Psiquiatría o de la Medicina Legal) es limitado y también lo es la fiabilidad y riqueza de los datos contenidos en estas bases de datos por lo que los resultados obtenidos poseen menor evidencia científica. En los casos en los que existen trabajos interesantes al respecto, el contexto del mismo, generalmente internacional y muy diferente al nuestro, imposibilita en gran medida la extrapolación de los resultados.

Sin embargo, es un hecho demostrado que a través de la comprensión del fenómeno y del conocimiento de las características específicas o perfil de las reclamaciones por responsabilidad profesional médica puede hacerse un trabajo eficaz en materia de seguridad del paciente y la consiguiente prevención de las reclamaciones⁷⁴⁻⁷⁵. Resulta fundamental que los facultativos conozcan los relevantes aspectos médico-legales que rigen en la asistencia sanitaria y los estudios que analizan reclamaciones o sentencias sobre responsabilidad profesional⁷⁶.

En este sentido, disponer de una base de datos potente al respecto, la obtención del perfil específico y propio de las reclamaciones como consecuencia de responsabilidad profesional médica en el campo de la especialidad de Psiquiatría y de la Medicina Legal es de interés indudable para todos los profesionales que ejercen estas especialidades médicas, para los profesionales dedicados al ámbito de la responsabilidad profesional médica y para los propios pacientes y la sociedad en conjunto.

2.2. Objetivos e Hipótesis

Objetivos:

Conocer la incidencia de reclamaciones relacionadas con la práctica de las especialidades de **Psiquiatría y Medicina Legal** en nuestro ámbito.

Obtener el perfil específico y propio de las reclamaciones como consecuencia de responsabilidad profesional médica en el campo de la especialidad de **Psiquiatría** tras el análisis de las variables que intervienen en las mismas desde un punto de vista general, del profesional involucrado y del perjudicado. Así como identificar las variables asociadas con la existencia de responsabilidad profesional en las reclamaciones analizadas.

Obtener el perfil específico y propio de las reclamaciones como consecuencia de responsabilidad profesional médica en el campo de la especialidad de **Medicina Legal** tras el análisis de las variables que intervienen en las mismas desde un punto de vista general, del profesional involucrado y del perjudicado. Así como identificar las variables asociadas con la existencia de responsabilidad profesional en las reclamaciones analizadas.

El presente estudio facilitará la comprensión del fenómeno de las reclamaciones por responsabilidad profesional en **Psiquiatría y Medicina Legal** y contribuirá la prevención de las mismas y de los eventos adversos que las ocasionan.

En relación con los objetivos planteados, se enumeran las siguientes hipótesis:

Hipótesis:

Las reclamaciones como consecuencia de responsabilidad profesional médica, tanto en el ámbito de la especialidad de Psiquiatría como de Medicina Legal suponen un bajo porcentaje en relación con el total de reclamaciones como consecuencia de responsabilidad profesional médica.

El porcentaje de reclamaciones sobre responsabilidad profesional médica, tanto en el ámbito de la especialidad de la Psiquiatría como de la Medicina Legal, en que finalmente se considera probada la existencia de responsabilidad por parte del facultativo (entendida como la determinación, judicial o extrajudicial, de haber existido una situación real de responsabilidad profesional médica) resulta igualmente bajo.

Una vez interpuesta una reclamación, existen áreas de especial riesgo en el ejercicio de la Psiquiatría y la Medicina Legal que se asocian significativamente con la determinación final de que ha existido responsabilidad profesional por parte del facultativo implicado.

2.3. Método

2.3.1 Muestra de procedencia y acceso a la misma

El **Consejo de Colegios de Médicos de Catalunya** (CCMC) es la corporación que agrupa a los cuatro colegios oficiales de médicos catalanes (Barcelona, Girona, Lleida y Tarragona), encargándose de la coordinación de su actuación al mismo tiempo que representa a la profesión ante las instituciones sanitarias.

El CCMC (www.ccmc.cat) dispone de una **base de datos** única que contiene la información integrada de todos los expedientes abiertos con motivo de una reclamación de responsabilidad profesional que recaiga sobre alguno de los profesionales médicos colegiados en alguno de los cuatro colegios oficiales de médicos a los que representa y asegurados en la póliza de responsabilidad civil. Esta base de datos contiene la información acumulada de más de 25 años de experiencia de los siniestros tramitados. Por ello, se ha convertido en un potente elemento de información para valorar los casos de reclamaciones por responsabilidad profesional, además de ser una importante fuente de datos sanitarios y de realizar funciones de prevención de riesgos sanitarios.

Cabe tener en cuenta que los expedientes abiertos en dicha base de datos no se corresponden exclusivamente con los relativos a reclamaciones interpuestas ante la autoridad judicial competente como consecuencia de supuestas negligencias médicas si no que, en ocasiones, los expedientes contienen la información derivada de expedientes extrajudiciales (en ausencia de la interposición de una denuncia ante la autoridad judicial competente) o, incluso en los primeros años contemplados por consultas de algún colegiado/a ante alguna situación de la que supuestamente pudiera derivarse una responsabilidad profesional. En consecuencia, la información contenida en los expedientes es muy heterogénea, en función del tipo de expediente, los documentos que ha generado el mismo o su evolución y resolución. Por la misma razón, contiene datos que abarcan más allá del ámbito judicial y en consecuencia, el análisis que pueda derivarse del estudio de los mismos supera en riqueza de información al que pueda realizarse a partir de, únicamente, fuentes judiciales.

Los expedientes que integran la base de datos del CCMC contienen la información de todos los casos gestionados en los cuatro colegios de médicos catalanes desde 1986 hasta el momento actual (conteniendo hasta el día 31/12/2011 un total de 7.535 expedientes), en relación a todas las especialidades médicas, lo que la convierte en una base de datos potentísima y de extraordinario valor científico. En la actualidad no existe otra base de datos de características equivalentes en España.

La citada base de datos es propiedad y de uso exclusivo del CCMC y está gestionada por el SRP COMB mediante el programa informático SASA.

La obtención de información contenida en los expedientes que componen dicha base de datos y su utilización con fines de investigación sólo es posible mediante el acceso y consulta a través de dicho programa, por lo que para acceder a los mismos se procedió a solicitar dicha autorización al CCMC.

La autorización del CCMC, de fecha 21 de septiembre de 2009 (anexo 3) estuvo condicionada a tres extremos:

- 1) La autorización del Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC).
- 2) La supervisión en la recogida de los datos por parte del Dr. Josep Benet Travé (médico epidemiólogo).
- 3) El cumplimiento de la normativa vigente sobre protección de datos.

Para el cumplimiento del primero de los condicionantes se solicitó al IMLC el día 29 de septiembre de 2009 (anexo 1) la autorización para llevar a cabo la recogida de datos en el Servicio de Responsabilidad Profesional del COMB, fuera del horario laboral, y el mismo día fue autorizado el mismo (anexo 2).

La recogida de los datos se realizó a partir del mes de octubre de 2009 hasta el mes de diciembre de 2010, en las dependencias del Servicio de Responsabilidad Profesional del COMB, fuera del horario laboral del doctorando, bajo la supervisión del Dr. Josep Benet Travé y cumpliendo en todo momento la normativa vigente sobre protección de datos, lo que permitió tener acceso a la muestra objeto de estudio.

2.3.2. Definición de la muestra de estudio

La **muestra** objeto de estudio está constituida por todos los expedientes abiertos en el CCMC, desde 1986 hasta 2009, resultantes de las reclamaciones presentadas ante los tribunales como consecuencia de supuestas negligencias médicas en el campo de la Psiquiatría y de la Medicina Legal así como los correspondientes a expedientes abiertos en el CCMC con carácter extrajudicial (en ausencia de la interposición de una denuncia ante la autoridad judicial competente) en el ámbito de la Psiquiatría y de la Medicina Legal.

Así, los Criterios de Inclusión de la muestra fueron:

1. Respecto al objeto de la muestra:

- La apertura en el CCMC de un expediente como consecuencia de la interposición contra un médico colegiado en alguno de los cuatro colegios oficiales de médicos de Cataluña de una reclamación ante los tribunales como consecuencia de una supuesta negligencia médica, o bien
- La apertura en el CCMC a un médico colegiado en alguno de los cuatro colegios oficiales de médicos de Cataluña de un expediente con carácter extrajudicial (en ausencia de la interposición de una denuncia ante la autoridad judicial competente).

2. Respecto al criterio temporal:

- La apertura del expediente en el CCMC durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1986 hasta el 31 de diciembre de 2009 (con independencia de la fecha del acto médico que motivó la apertura de dicho procedimiento).

3. Respecto a la especialidad médica objeto del expediente:

- El acto médico que motivó la apertura del procedimiento correspondía a las especialidades de Psiquiatría o de Medicina Legal.

Tras la obtención de los permisos requeridos al efecto, a través del programa informático SASA se procedió a la **localización de casos de la muestra** atendiendo a los criterios definidos para la misma, para lo que fueron utilizados algunos de los ítems codificados en la base de datos del CCMC.

Respecto al primero de los criterios de inclusión de la muestra no hubo que realizar ninguna depuración ya que el criterio definido para la muestra era coincidente con el de la base de datos.

Respecto al segundo de los criterios, el criterio temporal, tampoco hubo que realizar al inicio ninguna depuración de casos ya que el inicio del periodo que define la muestra era coincidente con el de la creación de la base de datos (1986) y la recogida de los datos se inició en el mes de octubre de 2009 (periodo incluido en la muestra objeto de investigación). En el momento de la finalización de la recogida de datos (mes de diciembre de 2010) ya se habían incluido todos los expedientes relativos al año 2009 en la base de datos.

Respecto al último de los criterios, relativo a la especialidad objeto del expediente, se usó el ítem de “especialidad médica del acto médico objeto de la apertura del expediente” de la propia base de datos. Nótese que, a priori y tras lo expuesto, la especialidad del profesional médico objeto del procedimiento (si la tuviere) no debía obligatoriamente coincidir con la de la especialidad del acto médico objeto de la apertura del expediente.

Mediante el uso de estos tres criterios se obtuvo una muestra en bruto de un total de 121 expedientes, que fueron solicitados al archivo del CCMC.

Tras la recepción física de los expedientes se realizó un análisis inicial de todos los expedientes focalizado en los criterios de inclusión de la muestra, siendo eliminados por depuración un total de 9 casos.

Así, en relación con el primer criterio de inclusión se eliminó un expediente atendiendo a que no había ningún médico implicado, se eliminaron otros dos casos debido a que el expediente no estaba motivado por ninguna supuesta mala praxis médica y se descartaron otros tres expedientes ya que no existía el archivo físico, por lo que no podían ser revisados, siendo la información muy limitada.

23. Vi. Deb3eA3. Pi vei veva vaAs i 8edj ab3 i 3 i jevPA3 Pvj qm yá ab3Pi j. Lm s á 3H j. 2 j. Pi 3s á 3s A. éqi. m i ea. s i. ePA. os aeAT. n. PA. i. m i vPv. i. m. Ae. s. á. 3. PA. 3A. j. i. m. j. P. T. v. va. i. ca. A. m. v. q. i. j. v. v. 3. j. Pa. PA. j. j. á. q. m. g. i. s. a. s. t. 0. 0.

?

i. 2. 3i. v. v. ca. 1.



1.4. Distribución temporal (años, meses, días de la semana, días del mes) del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

1.4.1. Distribución temporal atendiendo al año de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

1.4.2. Distribución temporal atendiendo al mes de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

1.4.3. Distribución temporal atendiendo al día del mes de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

1.4.4. Distribución temporal atendiendo al día de la semana de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

1.5. Distribución geográfica del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

1.6. Tipo de expediente (judicial o extrajudicial).

1.7. Resultado del procedimiento tras la evaluación.

1.8. Responsabilidad.

1.9. Tiempo transcurrido desde el acto médico que ha motivado el procedimiento hasta la resolución del procedimiento en los casos judiciales.

1.10. Secuelas que supuestamente se han producido como consecuencia del acto médico que ha motivado el procedimiento y severidad de las mismas.

1.11. Ámbito asistencial en el que se produjo el acto médico que ha motivado el procedimiento.

1.12. Área asistencial del acto médico que ha motivado el procedimiento.

1.13. Tipología del acto médico que ha motivado el procedimiento atendiendo a la urgencia y a la unidad de trabajo.

1.13.1. Urgencia del acto médico que ha motivado el procedimiento.

1.13.2. Unidad de trabajo en el acto médico que ha motivado el procedimiento.

1.14. Tiempo transcurrido desde el acto médico que ha motivado el procedimiento hasta la apertura del expediente en el colegio de médicos.

2. Variables en relación al perjudicado/a en los procedimientos objeto de estudio.

2.1. Número de perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio.

2.2. Sexo de los/as perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio.

2.3. Edad de los/as perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

2.4. Perjudicado como actor activo en el procedimiento.

2.5. Existencia de antecedentes patológicos de los/as perjudicados/as, en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

2.6. Existencia de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en los/as perjudicados/as, en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

2.7. Tipo de patología psiquiátrica padecida por los/as perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

3. Variables en relación a los distintos profesionales médicos implicados en los procedimientos objeto de estudio.

3.1. Número de profesionales médicos implicados en cada uno de los procedimientos objeto de estudio.

3.2. Colegio de médicos al que pertenece el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

3.3. Sexo de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

3.4. Edad de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

3.5. Procedencia de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

3.6. Edad de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio en el momento de la obtención de la licenciatura.

3.7. Tiempo transcurrido desde el momento de la obtención de la licenciatura de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio y el acto médico objeto del procedimiento.

3.8. Lugar de obtención del título de licenciatura de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

3.9. Edad de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio en el momento de la colegiación en el colegio de médicos correspondiente.

3.10. Tiempo transcurrido desde el momento de la colegiación en el colegio de médicos correspondiente de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio y el acto médico objeto del procedimiento.

3.11. Posesión del título de especialidad por parte de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

2.3.4. Definición de las variables y elementos para su valoración

A continuación se describen individualmente cada una de las variables que fueron recogidas para cada uno de los casos que componen la muestra así como los elementos básicos para su valoración y las posibilidades de registro tenidas en cuenta a tal efecto. Dichas posibilidades de registro se tuvieron en cuenta posteriormente de cara a la codificación que fue usada en una base de datos de creación específica para posibilitar el posterior tratamiento estadístico de los datos.

1. Variables en relación al acto médico objeto de los procedimientos objeto de estudio.

1.1. Causa (tipo de acto médico) que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Para todos los casos de la muestra se registró el motivo del inicio del procedimiento atendiendo a la disconformidad en alguna/s de las siguientes parcelas de la actuación médica:

Causa (tipo de acto médico) que ha motivado el procedimiento objeto de estudio	
1	Disconformidad en el diagnóstico (excluyendo en este apartado los casos de disconformidad en el diagnóstico del riesgo autolítico, que por su importancia e interés en la muestra constituyen un apartado diferenciado).
2	Disconformidad con el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico (retraso diagnóstico).
3	Disconformidad en el diagnóstico del riesgo autolítico.
4	Disconformidad en el diagnóstico y en el tratamiento.
5	Disconformidad en el tratamiento (incluyendo también en este apartado aquellos casos en los que se cuestiona la idoneidad medicolegal de una interrupción del embarazo).
6	Disconformidad en un aspecto relacionado con la documentación e información médica.
7	Disconformidad en la tramitación médico-administrativa (situación de detención ilegal derivada de casos de no comunicación a la autoridad competente de un internamiento psiquiátrico no voluntario).

8	Disconformidad ante situaciones administrativas (disconformidad con el médico asignado, disconformidad con los honorarios médicos...).
9	Disconformidad ante la negación de atención médica.
10	Disconformidad ante un déficit u omisión en la vigilancia/atención médica de enfermos ingresados.
11	Disconformidad que atenta contra el honor.
12	Casos en los que no ha sido registrado el motivo de inicio del procedimiento: Motivo desconocido.

1.2. Tipo de perjuicio (atendiendo al supuesto legal presuntamente vulnerado).

Para todos los casos de la muestra se registró el supuesto legal presuntamente vulnerado.

Para los supuestos penales como tipo de perjuicio de los casos de la muestra se han registrado los siguientes (en relación al CP de 1995 *):

Delito supuestamente vulnerado	Artículo CP del 95
Delito de homicidio por imprudencia profesional grave	142.3
Delito de falsedad en documento público	391
Delito de falso testimonio	459
Delito de intrusismo	403
Delito de lesiones por imprudencia profesional grave	152.3
Delito de detención ilegal	163
Delito de coacciones	172
Delito de omisión del deber de socorro cometido por profesional	196
Delito de revelación de secretos cometido por profesional	199

En algunos casos de la muestra han sido supuestamente vulnerados varios supuestos penales. Fueron registrados todos los supuestos pero a la hora de la codificación se registró únicamente el más relacionado con la causa que motivó el procedimiento.

(*) En los casos de supuestos penales presuntamente vulnerados, atendiendo a la fecha de comisión de los hechos objeto de reclamación de la muestra, se ha tenido en consideración lo expuesto en el prólogo a la primera edición del Código Penal (CP) aprobado por LO 10/1995

de 23 de noviembre ²⁵ y la nota a la quinta edición del mismo ⁷⁷, donde aclara que el CP de 1973 debe seguir aplicándose para los hechos cometidos con anterioridad al 24 de mayo de 1996, tal como se reconoce en la sentencia del TC 215/1998, de 11 de noviembre, cuando entró en vigor el CP de 1995. Para los hechos ocurridos a partir de esa fecha es de aplicación el CP de 1995.

Como se ha señalado, para los actos médicos que han motivado alguno de los casos de la muestra ocurridos con anterioridad al 24 de mayo de 1996 es de aplicación el CP de 1973, con la correspondencia establecida en la siguiente tabla (tabla 1) respecto a los artículos del mismo texto legal de 1995.

Delito	Art. del CP del 1995	Art. del CP del 1973
Falsedad en documento público	391	565
Homicidio por imprudencia profesional	142.3	565
Lesiones por imprudencia profesional	152.3	565
Detención ilegal	163	480-482
Omisión del deber de socorro profesional	196	489ter
Injurias	218	472
Delitos contra la salud pública	359	341

Tabla 1. Correspondencia de artículos entre el Código Penal de 1973 y el de 1995.

Por otro lado, en el caso de los procedimientos de la muestra en los que el tipo de perjuicio atendiendo al supuesto legal presuntamente vulnerado era el de **aborto** (llevado a cabo por un profesional) es de aplicación el **artículo 417 bis del CP de 1973** independientemente de la fecha de realización del acto médico que da origen al procedimiento ya que dicho artículo no fue modificado con la promulgación de la LO 10/1995 de 23 de noviembre ²⁵, del Código Penal.

En casos puntuales de la muestra ha sido reclamada la vulneración de preceptos legales no contenidos en el ámbito penal del derecho. Así, en algún caso de la muestra se ha reclamado algún supuesto contenido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica ³⁰, en los artículos 2 y 13 de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica ⁷⁸.

Otro apartado puntual corresponde a la supuesta vulneración de preceptos contenidos en la LO 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen ⁷⁹, así como algún caso de la muestra en el que sea reclamado algún supuesto deontológico contenido en el Código Deontológico de la Organización Médica Colegial de España ⁸⁰ (contenido también en el propio Código Deontológico del CCMC).

Finalmente, en algunos casos de la muestra, se ha registrado la existencia de una disconformidad en la praxis médica sin que la misma constituya claramente la vulneración de ningún supuesto legal.

1.3. Especialidad médica objeto de procedimiento.

La especialidad médica objeto del procedimiento es uno de los criterios de inclusión de la muestra (expuesto en el apartado 2.4.2.) por lo que, por definición, la muestra sólo incluye casos de las especialidades de **Medicina Legal** y/o **Psiquiatría**. Así, sólo existen, para el presente estudio, estas dos posibilidades de registro para esta variable.

Es reseñable que para el registro de esta variable se ha tenido en cuenta el ítem de especialidad del acto médico registrado en la base de datos del CCMC como punto de partida, si bien ha sido analizado de nuevo con el análisis pormenorizado de cada caso (de esta manera se depuraron 3 casos de la muestra en bruto).

Debe recordarse de nuevo en este momento que, a priori y tras lo expuesto, la especialidad del profesional médico objeto del procedimiento (si la tuviere) no debe obligatoriamente coincidir con la de la especialidad del acto médico objeto que ha motivado la apertura del expediente.

Finalmente, cabe recordar (ya ha sido expuesto en el apartado 2.4.3.) que esta variable ha sido utilizada para crear las submuestras para el posterior análisis diferenciado entre las especialidades de **Psiquiatría** y de **Medicina Legal**.

1.4. Distribución temporal (años, meses, días de la semana, días del mes) del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

En los casos en los que el expediente disponía de la información al respecto, se registró la **fecha en la tuvo lugar el acto médico** que ha motivado el procedimiento objeto de estudio (independientemente de que se trate de una acción u omisión), lo que permitió obtener una serie de datos en relación a la distribución temporal del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

1.4.1. Distribución temporal atendiendo al año de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

A partir del registro de la fecha en la que tuvo lugar el acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio, se ha tenido en cuenta el **año** de la misma.

1.4.2. Distribución temporal atendiendo al mes de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

A partir del registro de la fecha en la que tuvo lugar el acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio, se ha tenido en cuenta el **mes** de la misma.

1.4.3. Distribución temporal atendiendo al día del mes de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

A partir del registro de la fecha en la que tuvo lugar el acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio, se ha tenido en cuenta el **día del mes** de la misma.

1.4.4. Distribución temporal atendiendo al día de la semana de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

A partir del registro de la fecha en la que tuvo lugar el acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio, se ha tenido deducido el **día de la semana** de la misma.

1.5. Distribución geográfica del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

En los casos en los que el expediente disponía de la información al respecto, se registró el **lugar** (municipio) en el que tuvo lugar el acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

1.6. Tipo de expediente (judicial o extrajudicial).

Se registró si el expediente era **judicial o extrajudicial**.

Se entiende por expediente judicial aquel que deriva de la interposición ante el juzgado competente de una denuncia motivada por el acto médico objeto del procedimiento.

Se entiende por expediente extrajudicial aquel que deriva de todas las acciones previas (contacto del perjudicado o sus representantes con el profesional médico, contacto del perjudicado o sus representantes con el área de praxis del colegio de médicos o contacto del profesional médico con el área de praxis del colegio de médicos) a la interposición ante el juzgado competente de una denuncia motivada por el acto médico objeto del procedimiento. La existencia de un expediente extrajudicial no implica necesariamente su conversión posterior a expediente judicial.

1.7. Resultado del procedimiento tras la evaluación.

En los casos de expedientes judiciales, en los cuales, como ha sido definido, existió la interposición ante el juzgado competente de una denuncia motivada por el acto médico objeto del procedimiento, se registró el **resultado final del procedimiento**, en base a las siguientes posibilidades:

Resultado del procedimiento tras la evaluación

Sobreseimiento

Archivo de las actuaciones

Condena

Acuerdo extrajudicial

Resultado desconocido por falta de registro

En los casos judiciales se registró de manera diferenciada los casos en los que el resultado del procedimiento fue una **condena** de alguno de los profesionales médicos implicados y en los que hubo un **acuerdo extrajudicial**, registrándose el tipo (económico o no económico) y sus características. En los casos extrajudiciales se valoró la existencia de un **acuerdo extrajudicial**, registrándose el tipo de acuerdo al que se llegó (económico o no económico) y sus características.

1.8. Responsabilidad.

Se codificó positivamente la variable responsabilidad cuando, tras el análisis del procedimiento se identificó que se había determinado, judicial o extrajudicialmente, que había concurrido responsabilidad profesional médica.

1.9. Tiempo transcurrido desde el acto médico que ha motivado el procedimiento hasta la resolución del procedimiento en los casos judiciales.

En los casos en los que el expediente consultado (únicamente en los clasificados como judiciales) disponía de la información relativa a la fecha de resolución del procedimiento judicial y además se disponía de la información relativa a la fecha en la que tuvo lugar el acto médico objeto del procedimiento, se calculó el **tiempo transcurrido**, en años, desde el momento del acto médico objeto del procedimiento y la **resolución** de dicho procedimiento.

1.10. Secuelas que supuestamente se han producido como consecuencia del acto médico que ha motivado el procedimiento y severidad de las mismas.

Se registró si el acto médico que ha motivado el expediente objeto de estudio supuso algún tipo de secuela en el/la perjudicado/a. Se entiende por secuela como el menoscabo permanente, estable, definitivo e irreversible como consecuencia o resultado de algo, en este caso, de la actuación médica. Así, se clasificaron los **posibles tipos de secuelas** en:

Secuelas supuestamente producidas

Muerte
Secuelas morales
Secuelas psicológicas
Secuelas físicas
Ausencia de secuelas
Sin datos

En los casos en los que se ha registrado que el acto médico que ha motivado el expediente objeto de estudio ha supuesto algún tipo de secuela física o/y psicológica en el/la perjudicado/a, se clasificó las mismas en cuanto a su **severidad** (diferenciando entre leves y graves).

1.11. Ámbito asistencial en el que se produjo el acto médico que ha motivado el procedimiento.

Se registró el **ámbito asistencial** en el que tuvo lugar el acto médico que motivó el procedimiento de acuerdo con las siguientes posibilidades:

Ámbito asistencial en el que se ha producido el acto médico que ha motivado el procedimiento

Atención primaria
Atención hospitalaria
Atención domiciliaria
Centro laboral
Consulta particular
Comunidad terapéutica
Centro penitenciario
Centro de discapacitados
Centro de día
Desconocido

1.12. Área asistencial del acto médico que ha motivado el procedimiento.

Se registró el **área asistencial** en el que tuvo lugar el acto médico que motivó el procedimiento de acuerdo con las siguientes posibilidades:

Área asistencial del acto médico que ha motivado el procedimiento

Planta hospitalaria
Urgencias
Consultas externas
Asistencia primaria
Asistencia telefónica
Desconocido

1.13. Tipología del acto médico que ha motivado el procedimiento atendiendo a la urgencia y a la unidad de trabajo.

1.13.1. Urgencia del acto médico que ha motivado el procedimiento.

Se registró la **urgencia** en la tipología del acto médico que motivó el procedimiento de acuerdo con las siguientes posibilidades:

Urgencia del acto médico que ha motivado el procedimiento

Urgente (necesidad de atención médica inmediata)
Programado (no existe necesidad de atención médica inmediata)
Desconocido

1.13.2. Unidad de trabajo en el acto médico que ha motivado el procedimiento.

Se registró la **unidad del trabajo** en la tipología del acto médico que motivó el procedimiento de acuerdo con las siguientes posibilidades:

Unidad de trabajo en el acto médico que ha motivado el procedimiento

Individual
En equipo
Desconocido

1.14. Tiempo transcurrido desde el acto médico que ha motivado el procedimiento hasta la apertura del expediente en el colegio de médicos.

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la fecha de apertura del mismo en el colegio de médicos y además se disponía de la información relativa a la fecha en la que tuvo lugar el acto médico objeto del procedimiento, se calculó el **tiempo transcurrido**, en años, desde el momento del acto médico objeto del procedimiento y la **apertura del expediente** de dicho procedimiento.

2. Variables en relación al perjudicado/a en los procedimientos objeto de estudio.

2.1. Número de perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio.

Se registró el **número de perjudicados/as** implicados en cada uno de los procedimientos objeto de estudio. Por definición, para que exista un procedimiento, el número mínimo de perjudicados/as es de 1. Sin embargo, existen procedimientos con más de un supuesto perjudicado/a.

2.2. Sexo de los/as perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio.

Se registró el **sexo de los/as perjudicados/as implicados** en cada uno de los procedimientos objeto de estudio.

2.3. Edad de los/as perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Se registró la **edad**, en años, **de los perjudicados/as** implicados en cada uno de los procedimientos objeto de estudio en el momento de llevarse a cabo el acto médico que motivó el procedimiento objeto de estudio. En algunos casos se pudo obtener dicha información mediante la consulta directa de la edad en el expediente y en otros se infirió a partir del conocimiento de la fecha de nacimiento del perjudicado/a y la fecha del acto médico objeto de estudio.

2.4. Perjudicado como actor activo en el procedimiento.

Se registró si el perjudicado/a en el procedimiento objeto de estudio y la persona que inicia el procedimiento es la misma o no (definida esta situación como actor activo).

2.5. Existencia de antecedentes patológicos de los/as perjudicados/as, en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información, se registró si el perjudicado tenía antecedentes patológicos relevantes.

2.6. Existencia de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en los/as perjudicados/as, en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información, se registró si el perjudicado padecía antecedentes patológicos relevantes de tipo psiquiátrico.

2.7. Tipo de patología psiquiátrica padecida por los/as perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información y se había registrado que el perjudicado padecía antecedentes patológicos relevantes de tipo psiquiátrico, se registró el tipo de patología psiquiátrica padecida atendiendo a las siguientes posibilidades:

<i>Tipo de patología psiquiátrica padecida</i>
Demencia
Toxicomanía
Psicosis y retraso mental
Trastorno ansioso
Retraso mental

Psicosis y trastorno de la conducta alimentaria
Retraso mental y autismo
Trastorno de la personalidad
Psicosis y trastorno obsesivo compulsivo
Psicosis y toxicomanía
Patología orgánica
Psicosis
Trastorno bipolar
Desconocido

3. Variables en relación a los distintos profesionales médicos implicados en los procedimientos objeto de estudio.

3.1. Número de profesionales médicos implicados en cada uno de los procedimientos objeto de estudio.

Se registró el **número de profesionales médicos implicados** en cada procedimiento. Atendiendo a los criterios de inclusión en la muestra, para que exista un caso debe existir como mínimo un profesional médico implicado por lo que el número mínimo de profesionales implicados de cada caso es de 1. Sin embargo, existen procedimientos en los que se encuentran implicados diversos profesionales médicos.

3.2. Colegio de médicos al que pertenece el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

La base de datos del CCMC incluye reclamaciones interpuestas ante profesionales médicos de los cuatro colegios de médicos catalanes, por lo que se registró el **colegio de cada uno de los profesionales médicos implicados**.

3.3. Sexo de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

Se registró el **sexo de los profesionales médicos implicados**.

3.4. Edad de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la fecha en la que se llevó a cabo el acto médico denunciado, y además se disponía de la fecha de nacimiento del profesional médico denunciado, se calculó la **edad**, en años, de ese **profesional** en el momento de llevarse a cabo el acto médico objeto del procedimiento. En los procedimientos en los que se encuentran implicados diversos profesionales médicos se calculó esta variable (si era posible) para cada uno de ellos.

3.5. Procedencia de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

Se registró la **procedencia de los profesionales médicos implicados** en los procedimientos objeto de estudio atendiendo al lugar de nacimiento de los mismos según tres posibles orígenes:

Nacidos en Catalunya.

Nacidos en el resto de España.

Nacidos fuera de España.

3.6. Edad de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio en el momento de la obtención de la licenciatura.

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la fecha de la obtención del título de la licenciatura y además se disponía de la fecha de nacimiento del profesional médico denunciado se calculó la **edad**, en años, de ese profesional en el momento de obtener la **licenciatura en Medicina**.

3.7. Tiempo transcurrido desde el momento de la obtención de la licenciatura de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio y el acto médico objeto del procedimiento.

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la fecha de obtención de la licenciatura en Medicina y además se disponía de la información relativa a la fecha en la que se produjo el acto médico objeto del procedimiento, se calculó el **tiempo**

transcurrido, en años, **desde el momento de la obtención de dicha licenciatura y el acto médico objeto del procedimiento.**

3.8. Lugar de obtención del título de licenciatura de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la universidad que expidió el título de licenciatura, se registró el **lugar de obtención del título de licenciatura de el/los profesional/es médicos implicados** en el procedimiento objeto de estudio atendiendo a la siguiente clasificación:

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

Universitat de Barcelona (UB).

Resto de universidades españolas.

Universidades ubicadas en el extranjero.

Sin datos.

3.9. Edad de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio en el momento de la colegiación en el colegio de médicos correspondiente.

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la fecha de colegiatura y además se disponía de la fecha de nacimiento del profesional médico denunciado se calculó la **edad**, en años, de ese **profesional en el momento de colegiarse**. En los procedimientos en los que se encuentran implicados diversos profesionales médicos se calculó esta variable (si era posible) para cada uno de ellos.

3.10. Tiempo transcurrido desde el momento de la colegiación en el colegio de médicos correspondiente de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio y el acto médico objeto del procedimiento.

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la fecha de colegiatura y además se disponía de la información relativa a la fecha en la que se produjo el acto médico objeto del procedimiento, se calculó el **tiempo transcurrido**, en años, **desde el momento de la colegiatura y el acto médico objeto del procedimiento.**

3.11. Posesión del título de especialidad por parte de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la **posesión de algún título de especialista por parte de los profesionales médicos implicados** en los procedimientos objeto de estudio, se registró esta circunstancia en base a las siguientes opciones:

Especialidad de Psiquiatría.

Especialidad de Psiquiatría + otra especialidad.

Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Otras especialidades médicas.

No consta especialidad en la base de datos del CCMC.

Sin datos.

3.12. Edad en el momento de la obtención del título de especialista en Psiquiatría de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

En los casos en los que el expediente consultado disponía de información que confirmaba la posesión del título de especialista en Psiquiatría (ya sea esta única especialidad o acompañada de alguna otra) y además se disponía de la fecha de nacimiento del profesional médico objeto de procedimiento se calculó la **edad**, en años, de ese profesional en el momento de obtener el **título de especialista en Psiquiatría**.

3.13. Tiempo transcurrido desde el momento de la obtención del título de especialista en Psiquiatría de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio y el acto médico objeto del procedimiento.

En los casos a los que se refiere el apartado anterior, y si además se disponía de la información relativa a la fecha en la que se produjo el acto médico objeto del procedimiento, se calculó el **tiempo transcurrido**, en años, **desde el momento de la obtención de dicha especialidad en Psiquiatría hasta el acto médico objeto del procedimiento**.

3.14. Lugar de obtención del título de especialista en Psiquiatría de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

En los casos a los que se refiere los dos apartados anteriores y en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la **universidad que expidió el título de especialista en Psiquiatría**, se ha registrado esta circunstancia, en base a las siguientes opciones:

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

Universitat de Barcelona (UB).

Resto de universidades españolas.

Universidades ubicadas en el extranjero.

Sin datos.

3.15. Incidencias múltiples de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

Se registró la **reincidencia** (definida como la inclusión en más de un procedimiento) de los profesionales médicos implicados en los procedimientos objeto de estudio.

2.3.5. Aspectos éticos y médico-legales

El presente estudio se ha realizado con el más riguroso respeto a los aspectos éticos y médico-legales en investigación y con las autorizaciones requeridas, del CCMC (anexo 3) y del IMLC (anexo 2).

La investigación se ha realizado con el respeto debido a la privacidad, intimidad y confidencialidad de la totalidad de los datos obtenidos sobre los expedientes consultados, y conforme a la legislación vigente sobre protección de datos. Los resultados expuestos no permiten, ni en su totalidad ni en parte, la identificación de ningún paciente ni facultativo implicado en los casos de la muestra estudiada.

La totalidad del presente estudio se ha realizado sobre registros de datos y no ha implicado entrevistas a personas.

No ha existido tampoco en la presente investigación ningún tipo de financiación del estudio ni conflicto de intereses.

2.3.6 Análisis estadístico

El análisis estadístico implicó dos fases. En la primera de ellas se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables registradas y posteriormente, en una segunda fase, se estudiaron las posibles asociaciones con la variable principal (Responsabilidad) mediante un análisis bivariable. En ambos análisis se siguió un diseño descriptivo de corte transversal.

Para llevar a cabo el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS. (IBM® SPSS® Statistics Version 18). Se estudiaron, mediante medidas de frecuencia, la distribución de los casos en las diferentes variables.

En el análisis bivariable se utilizó la tabulación cruzada por la que se obtienen tablas de contingencia para representar los valores de las frecuencias cruzadas de dos variables. Así, en relación con las hipótesis a contrastar, se llevó a cabo el cruce de las siguientes variables mediante *crosstabs* del SPSS:

- 1) Especialidad y causa, tipo de perjuicio, judicial o extrajudicial, secuelas, urgencia, responsabilidad, antecedentes patológicos psiquiátricos y tipo de patología psiquiátrica.
- 2) Responsabilidad y especialidad, tipo de acto, causa, tipo de perjuicio, judicial o extrajudicial, resultado, tiempo hasta la resolución, secuelas, severidad de las secuelas, ámbito asistencial, área asistencial, urgencia, indemnización, sexo del perjudicado, edad del perjudicado, antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico y tipo de patología psiquiátrica.

Para el contraste de hipótesis de asociación entre variables se utilizó el test de la Chi cuadrado de Pearson y el nivel de significación estadística se situó en el 0,05.

2.4 Resultados

Y9ú997i j qD8 Aj 3 i D j Pqs aA3 i j evmPaA3 i 3D 2 qi j Pv2

?

Puf ociPibr 7723cj e22oc77v r P1P r P o773c77icvir v23pé22c77vj 2i222c.77

?

Daj 2si 2D vi jmA3j7 a3 2 mAd jaA3D22 osæ2 si va9 2 si Di ni veæA2si 2D 2jæq2 vD gD 2 i sæ3 2 tD2i Lat i 2q3 2 i LmA3æb32si PD 2 2 si 2DAj 2vi j qD8 Aj 2 ATP 3æ Aj 2 3DAj 2ep Aj 3 i 3D 2 qi j Pv8 3 ai vi 3eæ s A3D i LmA3æb33 i 2AJ 2 aj 2 Aj 2 i tu3 2 s aj Pa3PAj 2i D 2 i 3PAj 277j 28si 22 qi vs A2eA32DA2 2 3 ai j P8 A2i 32i D2h 2 P8 A2Y9ú9 277i 2 si jt 2AJ 2 A32DAj 2M j qD8 Aj 2eA3æa á 3s A2eA32DAj 2t vqmAj 2si 2y7 2D 2 j 2vi eAt æ 2 2m7 2 PAs Aj 2AJ 2ep Aj 3 i 3D 2 qi j Pv1 2

?

- 1 •Variables en relación al acto médico objeto de los procedimientos objeto de estudio: General.
- 2 •Variables en relación al perjudicado/a en los procedimientos objeto de estudio.
- 3 •Variables en relación a los distintos profesionales médicos implicados en los procedimientos objeto de estudio.

?

?

22 q2yi . 8D i Lmi j ob33 i 2AJ 2vi j qD8 Aj 3 i D j Pqs aA3 32yá P 2 2 j qD8 Daj 223 aj eqj ob32 mAj P vaAv8ji 2 3q2 i v3 2m7 2 e8 2 q32 si 2D 2y7 2D 2 j 2vi t aj Pv8 2 2 3DAj 2ep Aj 3 i 2D 2 qi j Pv2 2 i 3sá 3s A87 j qyi . 87D 2 2vi j 2qT2 qi j Pv2 2 i cææ 2 2 32 D2h 2 P8 A2Y9ú9 277

?

2A2 A2 j 2Dt æA87 i 2 2 vi éqi va A3D mvi ya2 ji m7 2 ob33 i 2 2 T 2 2 qT2 qi j Pv2 2 2 2 PvanD 2 i LmA3æb33 i 2AJ 2vi j qD8 Aj 2

?

2j 28i 32mva2 i v2Dt 2 82m7 2 e8 2 y7 2D 2 2 si 2D 2 qi j Pv8 2ji 2 LmA3i 32DAj 2M j qD8 Aj 2 ATP 3æ Aj 2m7 277D PAPD æ 3 3 i 2D 2 qi j Pv23 i 2 j Pqs aA3vi j qD8 Aj 2vi 2 2 y/Aj 2P As Aj 2AJ 2 ep Aj 2773PA2j 2ai 2D PA22 osæA22 APayA2si 2m mAei s æ 2 á 3PA2cqi 2si 2 2 2 TæPA2si 2D 2 2jæq2 vD eA2 Aj 2DA2qi 3 i 3 i 3D 2 i sæ3 2 2 t D 2

En segundo lugar, se exponen los resultados relativos a la submuestra compuesta únicamente por aquellos procedimientos que, perteneciendo a la muestra, tuvieron como motivo del origen del procedimiento un acto médico del ámbito de la Psiquiatría.

Finalmente, se exponen los resultados relativos a la submuestra compuesta únicamente por aquellos procedimientos que, perteneciendo a la muestra, tuvieron como motivo del origen del procedimiento un acto médico del ámbito de la Medicina Legal.

1. RESULTADOS RELATIVOS A LA RECLAMACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

- 1.1. Causa (tipo de acto médico) que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.**
- 1.2. Tipo de perjuicio (atendiendo al supuesto legal presuntamente vulnerado).**
- 1.3. Especialidad médica objeto de procedimiento.**
- 1.4. Distribución temporal (años, meses, días de la semana, días del mes) del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.**
 - 1.4.1. Distribución temporal atendiendo al año de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.**
 - 1.4.2. Distribución temporal atendiendo al mes de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.**
 - 1.4.3. Distribución temporal atendiendo al día del mes de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.**
 - 1.4.4. Distribución temporal atendiendo al día de la semana de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.**
- 1.5. Distribución geográfica del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.**
- 1.6. Tipo de expediente (judicial o extrajudicial).**
- 1.7. Resultado del procedimiento tras la evaluación.**
- 1.8. Responsabilidad.**
- 1.9. Tiempo transcurrido desde el acto médico que ha motivado del procedimiento hasta la resolución del procedimiento en los casos judiciales.**
- 1.10. Secuelas que supuestamente se han producido como consecuencia del acto médico que ha motivado el procedimiento y severidad de las mismas.**
- 1.11. Ámbito asistencial en el que se ha producido el acto médico que ha motivado el procedimiento.**
- 1.12. Área asistencial del acto médico que ha motivado el procedimiento.**
- 1.13. Tipología del acto médico que ha motivado el procedimiento atendiendo a la urgencia y a la unidad de trabajo.**
 - 1.13.1. Urgencia del acto médico que ha motivado el procedimiento.**
 - 1.13.2. Unidad de trabajo en el acto médico que ha motivado el procedimiento.**

1.1. Causa (tipo de acto médico) que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Distribución de las causas, para la totalidad de los casos de la muestra:

Disconformidad en el diagnóstico	7	6,25 %
Retraso diagnóstico	5	4,46 %
Disconformidad en el diagnóstico del riesgo autolítico	22	19,64 %
Disconformidad en el diagnóstico y en el tratamiento	23	20,53 %
Disconformidad en el tratamiento	15	13,39 %
Disconformidad con documentación e información médica	17	15,18 %
Disconformidad en la tramitación médico-administrativa	6	5,36 %
Disconformidad ante situaciones administrativas	2	1,79 %
Disconformidad ante la negación de atención médica	6	5,36 %
Disconformidad ante un déficit u omisión en la vigilancia/atención	2	1,79 %
Disconformidad que atenta contra el honor	1	0,89 %
Motivo desconocido	6	5,36 %
Total	112	100 %

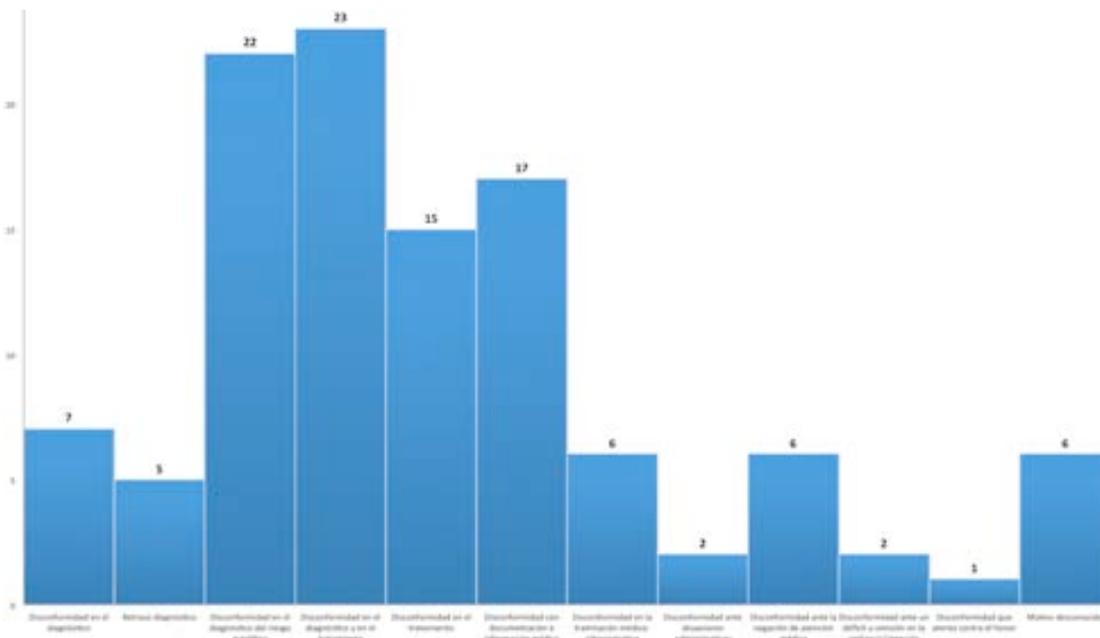


Figura 2. Distribución de causas que han motivado el procedimiento objeto de estudio, para la totalidad de la muestra.

Distribución de las causas, atendiendo a la submuestra de casos de Psiquiatría:

Disconformidad en el diagnóstico	7	7,45 %
Retraso diagnóstico	5	5,31 %
Disconformidad en el diagnóstico del riesgo autolítico	22	23,40 %
Disconformidad en el diagnóstico y en el tratamiento	23	24,47 %
Disconformidad en el tratamiento	15	15,96 %
Disconformidad con documentación e información médica	3	3,19 %
Disconformidad en la tramitación médico-administrativa	4	4,26 %
Disconformidad ante situaciones administrativas	2	2,18 %
Disconformidad ante la negación de atención médica	6	6,38 %
Disconformidad ante un déficit u omisión en la vigilancia/atención	2	2,18 %
Disconformidad que atenta contra el honor	1	1,06 %
Motivo desconocido	5	5,31 %
Total	94	100 %

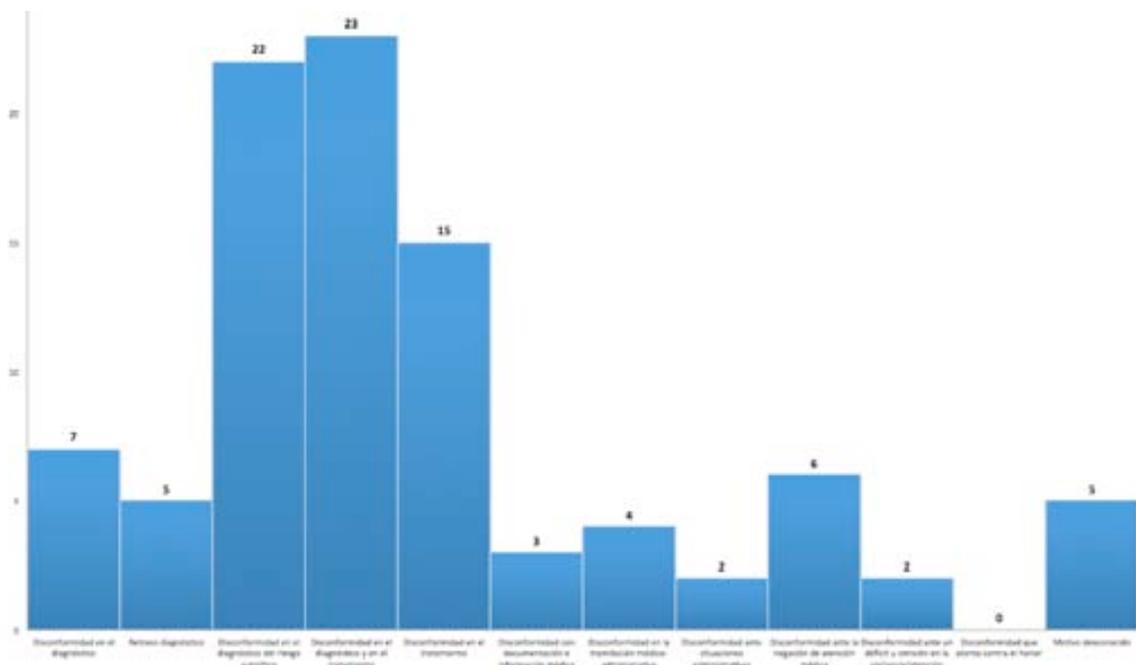


Figura 3. Distribución de causas que han motivado el procedimiento objeto de estudio, para la submuestra de Psiquiatría.

Distribución de las causas, atendiendo a la submuestra de casos de Medicina Legal:

Disconformidad en el diagnóstico	0	0 %
Retraso diagnóstico	0	0 %
Disconformidad en el diagnóstico del riesgo autolítico	0	0 %
Disconformidad en el diagnóstico y en el tratamiento	0	0 %
Disconformidad en el tratamiento	0	0 %
Disconformidad con documentación e información médica	14	77,78 %
Disconformidad en la tramitación médico-administrativa	2	11,11 %
Disconformidad ante situaciones administrativas	0	0 %
Disconformidad ante la negación de atención médica	0	0 %
Disconformidad ante un déficit u omisión en la vigilancia/atención	0	0 %
Disconformidad que atenta contra el honor	1	5,56 %
Motivo desconocido	1	5,56 %
Total	18	100 %

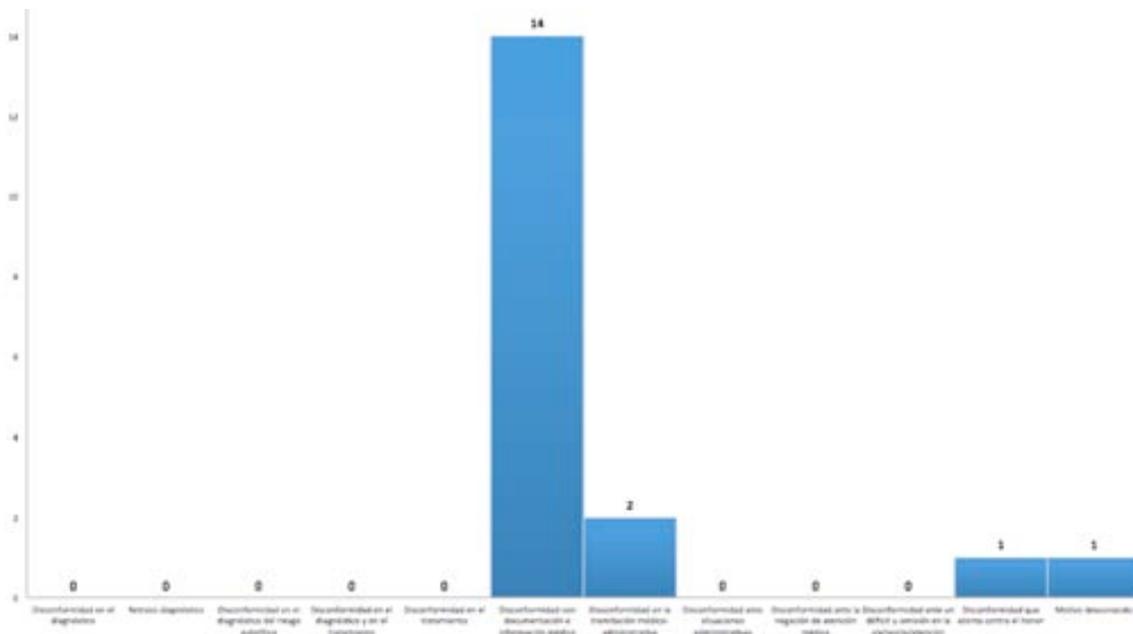


Figura 4. Distribución de causas que han motivado el procedimiento objeto de estudio, para la submuestra de Medicina Legal.

1.2. Tipo de perjuicio (atendiendo al supuesto legal presuntamente vulnerado).

Distribución de los tipos de perjuicios, para la totalidad de los casos de la muestra:

Disconformidad en la praxis médica sin que la misma constituya claramente la vulneración de ningún supuesto legal.	15	13,39 %
Delito de homicidio por imprudencia profesional grave	44	39,28 %
Delito de lesiones por imprudencia profesional grave	13	11,61 %
Delito de falsedad en documento público	8	7,14 %
Delito de detención ilegal	6	5,36 %
Delito de omisión del deber de socorro cometido por profesional	4	3,57 %
Delito de aborto	7	6,25 %
Delito de injurias	1	0,89 %
Delito contra la salud pública	1	0,89 %
Supuesto del Código Deontológico de la OMC de España	1	0,89 %
Delito de intrusismo	1	0,89 %
Supuesto de la Ley 41/2002, de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica	1	0,89 %
Supuesto de la Ley 21/2000, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica	1	0,89 %
Supuesto de la LO 1/1982, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen	1	0,89 %
Delito de revelación de secretos cometido por profesional	1	0,89 %
Sin datos	7	6,25 %
Total	112	100 %

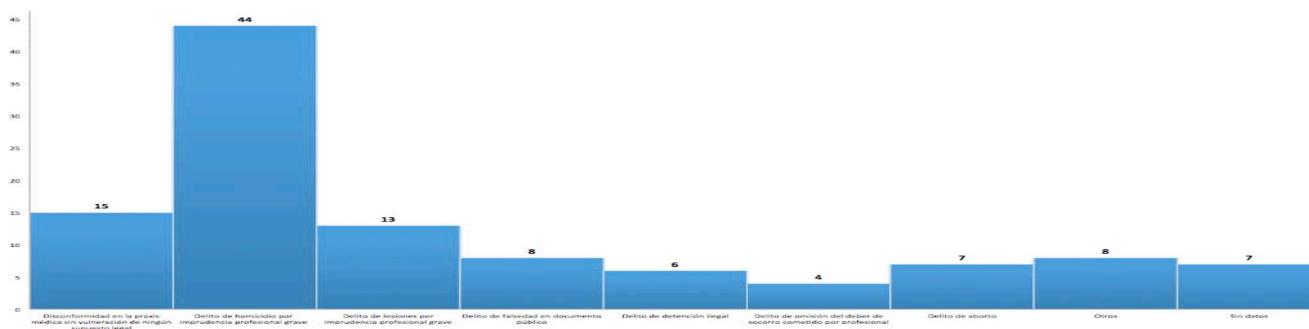


Figura 5. Distribución por tipo de perjuicio del procedimiento objeto de estudio, para la totalidad de la muestra.

Distribución de los tipos de perjuicios, atendiendo a la submuestra de casos de Psiquiatría:

Disconformidad en la praxis médica sin que la misma constituya claramente la vulneración de ningún supuesto legal.	12	12,77 %
Delito de homicidio por imprudencia profesional grave	44	46,80 %
Delito de lesiones por imprudencia profesional grave	13	13,83 %
Delito de falsedad en documento público	1	1,06 %
Delito de detención ilegal	4	4,26 %
Delito de omisión del deber de socorro cometido por profesional	4	4,26 %
Delito de aborto	7	7,45 %
Supuesto del Código Deontológico de la OMC de España	1	1,06 %
Delito de intrusismo	1	1,06 %
Supuesto de la LO 1/1982, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen	1	1,06 %
Sin datos	6	6,38 %
Total	94	100 %

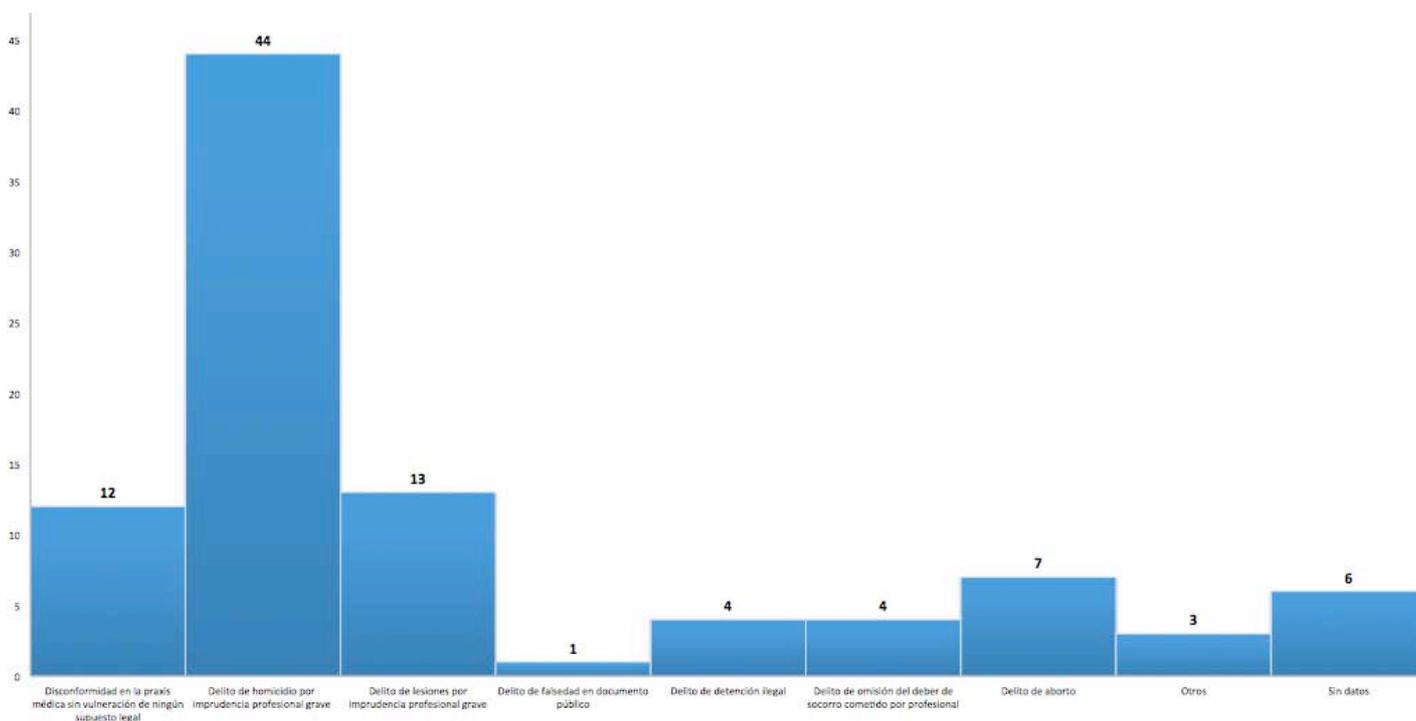


Figura 6. Distribución por tipo de perjuicio del procedimiento objeto de estudio, para la submuestra de Psiquiatría.

Distribución de los tipos de perjuicios, atendiendo a la submuestra de casos de Medicina Legal:

Disconformidad en la praxis médica sin que la misma constituya claramente la vulneración de ningún supuesto legal.	3	16,67 %
Delito de falsedad en documento público	7	38,89%
Delito de detención ilegal	2	11,11 %
Delito de injurias	1	5,56 %
Delito contra la salud pública	1	5,56 %
Supuesto de la Ley 41/2002, de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica	1	5,56 %
Supuesto de la Ley 21/2000, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica	1	5,56 %
Delito de revelación de secretos cometido por profesional	1	5,56 %
Sin datos	1	5,56 %
Total	18	100 %

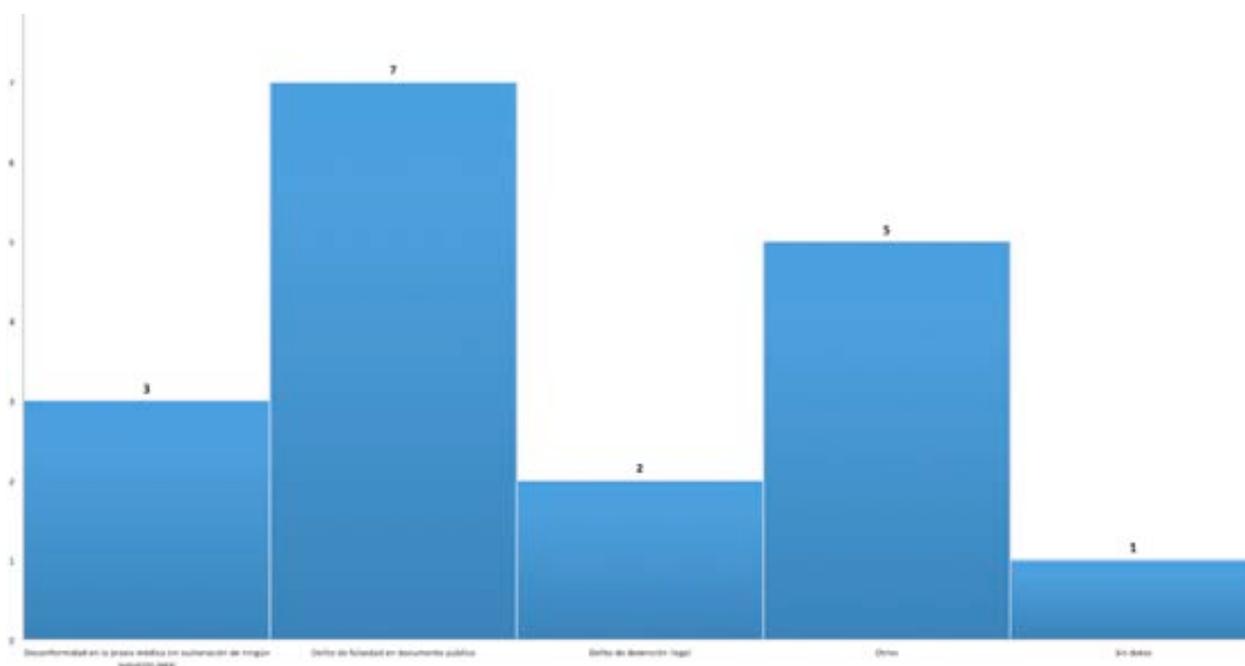


Figura 7. Distribución por tipo de perjuicio del procedimiento objeto de estudio, para la submuestra de Medicina Legal.

Medicina Legal y Psiquiatría

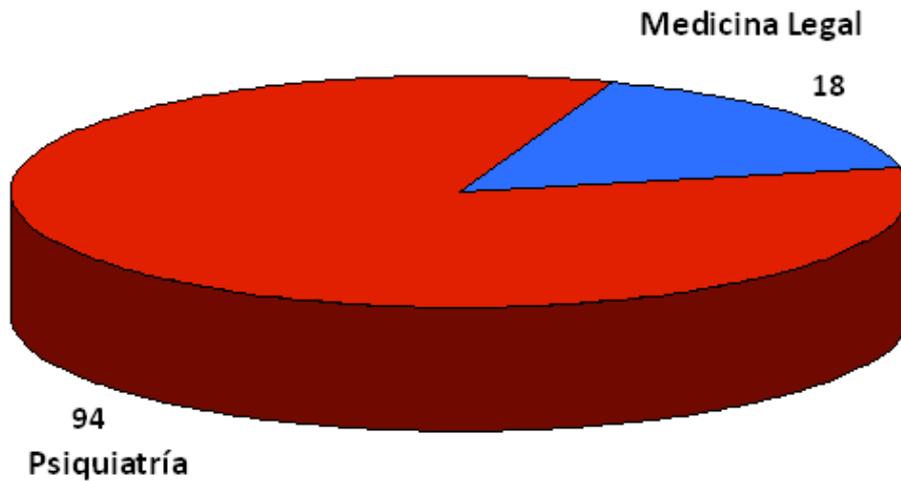
?

?

?

?	Vw	V"8"
?	kú	w, 8;
?	,, 2	BBN

?



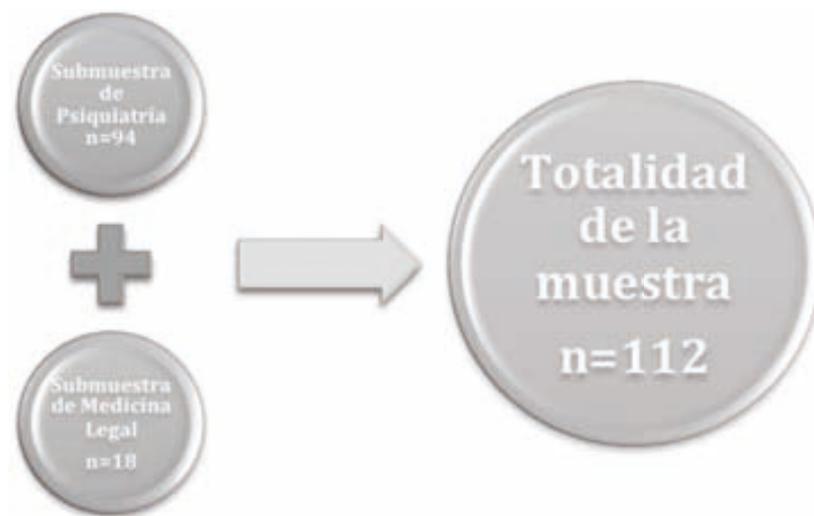
?

?

?

?

?



1.4. Distribución temporal (años, meses, días de la semana, días del mes) del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

1.4.1. Distribución temporal atendiendo al año de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría y Medicina Legal** en el periodo comprendido entre 1986 y 2009, atendiendo a los distintos años.

En el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, se registró un total de 112 reclamaciones bajo los epígrafes de especialidad de Psiquiatría y Medicina Legal con la siguiente distribución según los distintos años:

1986	2 (1,8 %)	1992	6 (5,36 %)	1998	4 (3,57 %)	2004	4 (3,57 %)
1987	5 (4,46 %)	1993	6 (5,36 %)	1999	8 (7,14 %)	2005	3 (2,68 %)
1988	6 (5,36 %)	1994	6 (5,36 %)	2000	9 (8,03 %)	2006	2 (1,8 %)
1989	1 (0,9 %)	1995	4 (3,57 %)	2001	4 (3,57 %)	2007	4 (3,57 %)
1990	5 (4,46 %)	1996	5 (4,46 %)	2002	1 (0,9 %)	2008	4 (3,57 %)
1991	9 (8,03 %)	1997	5 (4,46 %)	2003	5 (4,46 %)	2009	4 (3,57 %)

TOTAL	112 (100 %)
--------------	--------------------

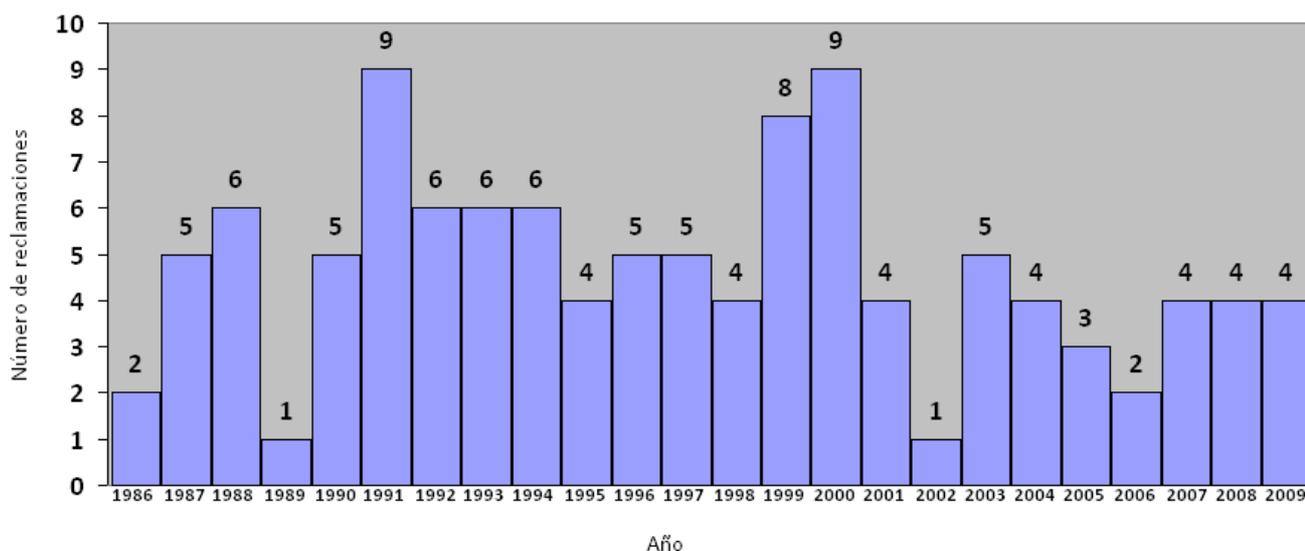


Figura 9. Distribución temporal (según años) de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Psiquiatría y Medicina Legal.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría** entre 1986 y 2009.

1986	0 (0 %)	1992	5 (5,32 %)	1998	3 (3,19 %)	2004	3 (3,19 %)
1987	3 (3,19 %)	1993	5 (5,32 %)	1999	8 (8,51 %)	2005	3 (3,19 %)
1988	5 (5,32 %)	1994	6 (6,38 %)	2000	9 (9,57 %)	2006	2 (2,18 %)
1989	1 (1,06 %)	1995	3 (3,19 %)	2001	4 (4,26 %)	2007	2 (2,18 %)
1990	3 (3,19 %)	1996	5 (5,32 %)	2002	1 (1,06 %)	2008	3 (3,19 %)
1991	8 (8,51 %)	1997	5 (5,32 %)	2003	3 (3,19 %)	2009	4 (4,26 %)
TOTAL	94 (100 %)						

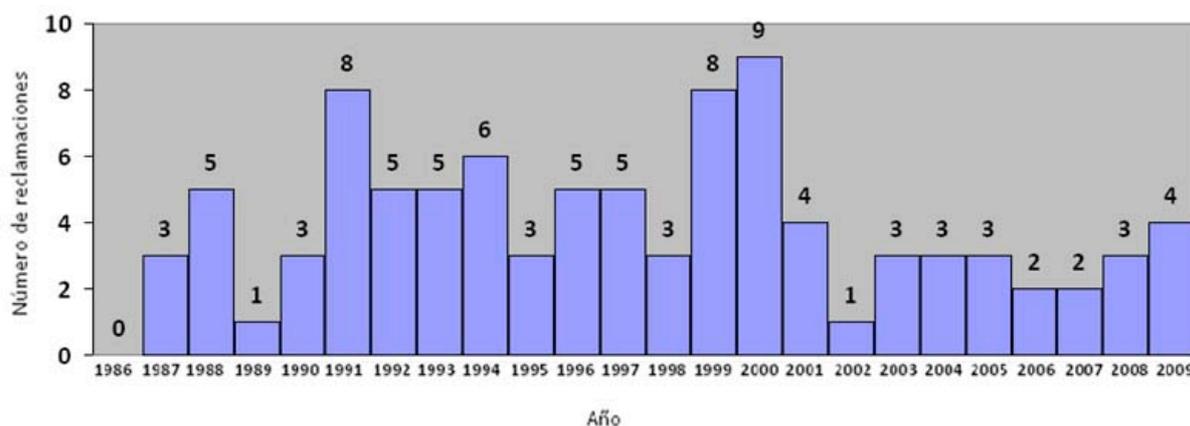


Figura 10. Distribución temporal (según años) de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 relativas a Psiquiatría.

Distribución de casos de reclamaciones en **Medicina Legal** entre 1986 y 2009.

1986	2 (11,11 %)	1992	1 (5,56 %)	1998	1 (5,56 %)	2004	1 (5,56 %)
1987	2 (11,11 %)	1993	1 (5,56 %)	1999	0 (0 %)	2005	0 (0 %)
1988	1 (5,56 %)	1994	0 (0 %)	2000	0 (0 %)	2006	0 (0 %)
1989	0 (0 %)	1995	1 (5,56 %)	2001	0 (0 %)	2007	2 (11,11 %)
1990	2 (11,11 %)	1996	0 (0 %)	2002	0 (0 %)	2008	1 (5,56 %)
1991	1 (5,56 %)	1997	0 (0 %)	2003	2 (11,11 %)	2009	0 (0 %)
TOTAL	18 (100 %)						

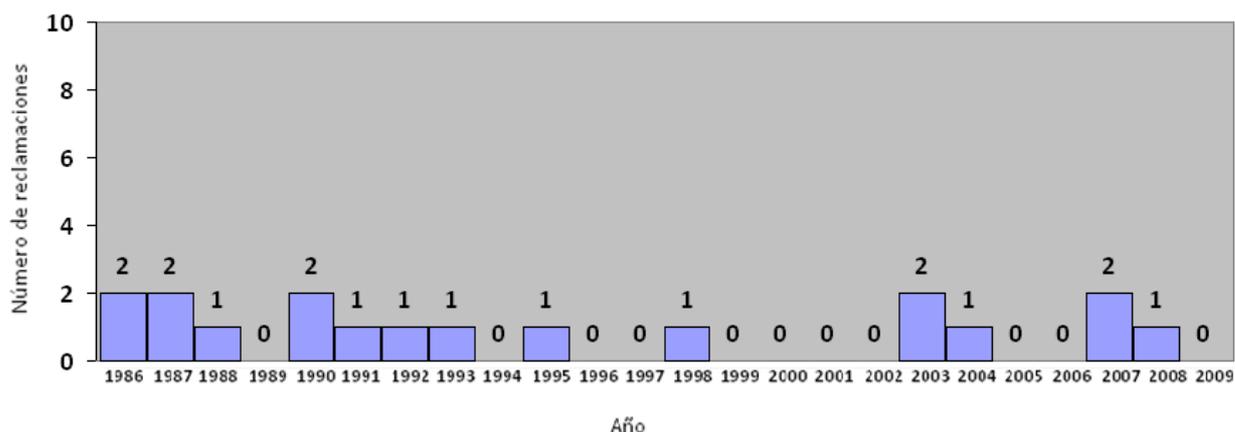


Figura 11. Distribución temporal (según años) de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Medicina Legal.

1.4.2. Distribución temporal atendiendo al mes de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría y Medicina Legal**, atendiendo al mes en el que se produce el acto médico reclamado.

Enero	9 (8,04 %)
Febrero	7 (6,25 %)
Marzo	12 (10,71 %)
Abril	6 (5,36 %)
Mayo	10 (8,93 %)
Junio	10 (8,93 %)

Julio	11 (9,82 %)
Agosto	3 (2,68 %)
Septiembre	9 (8,04 %)
Octubre	8 (7,14 %)
Noviembre	13 (11,60 %)
Diciembre	6 (5,36 %)

Desconocidos	8 (7,14 %)
---------------------	-------------------

TOTAL	112 (100 %)
--------------	--------------------

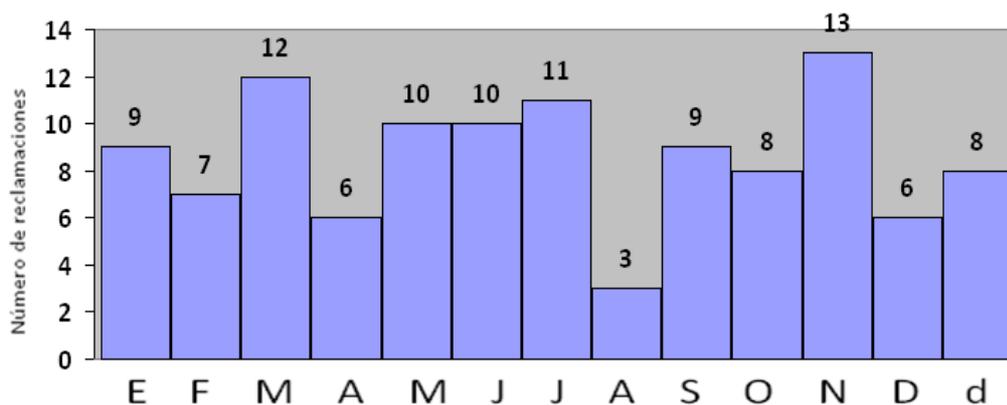


Figura 12. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Psiquiatría y Medicina Legal, atendiendo al mes en el que se produce el acto médico reclamado.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría**, atendiendo al mes en el que se produce el acto médico reclamado.

Enero	8 (8,51 %)
Febrero	7 (7,45 %)
Marzo	11 (11,70 %)
Abril	6 (6,38 %)
Mayo	7 (7,45 %)
Junio	8 (8,51 %)

Julio	11 (11,70 %)
Agosto	3 (3,19 %)
Septiembre	6 (6,38 %)
Octubre	6 (6,38 %)
Noviembre	11 (11,70 %)
Diciembre	6 (6,38 %)

Desconocidos	4 (4,26 %)
---------------------	-------------------

TOTAL	94 (100 %)
--------------	-------------------

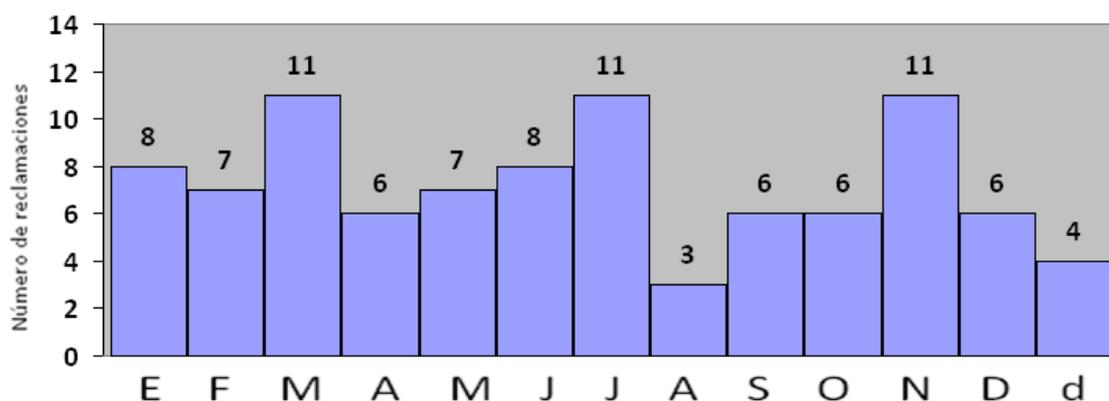


Figura 13. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Psiquiatría, atendiendo al mes en el que se produce el acto médico reclamado.

Distribución de casos de reclamaciones en **Medicina Legal**, atendiendo al mes en el que se produce el acto médico reclamado.

Enero	1 (5,55 %)	Julio	0 (0 %)
Febrero	0 (0 %)	Agosto	0 (0 %)
Marzo	1 (5,55 %)	Septiembre	3 (16.67 %)
Abril	0 (0 %)	Octubre	2 (11,11 %)
Mayo	3 (16.67 %)	Noviembre	2 (11,11 %)
Junio	2 (11,11 %)	Diciembre	0 (0 %)
		Desconocidos	4 (22,22 %)
		TOTAL	18 (100 %)

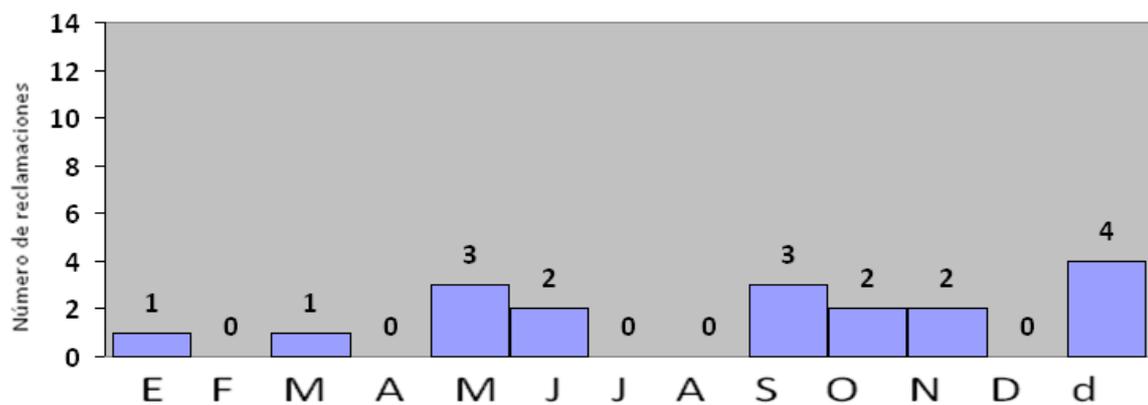


Figura 14. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Medicina Legal, atendiendo al mes en el que se produce el acto médico reclamado.

1.4.3. Distribución temporal atendiendo al día del mes de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría y Medicina Legal**, atendiendo al día del mes en el que se produce el acto médico reclamado.

1	6 (5,36 %)
2	7 (6,25 %)
3	8 (7,14 %)
4	2 (1,79 %)
5	4 (3,57 %)
6	3 (2,68 %)
7	4 (3,57 %)
8	5 (4,46 %)
9	1 (0,89 %)
10	4 (3,57 %)
11	3 (2,68 %)
12	5 (4,46 %)
13	3 (2,68 %)
14	1 (0,89 %)
15	4 (3,57 %)

16	2 (1,79 %)
17	4 (3,57 %)
18	4 (3,57 %)
19	1 (0,89 %)
20	4 (3,57 %)
21	3 (2,68 %)
22	2 (1,79 %)
23	3 (2,68 %)
24	1 (0,89 %)
25	4 (3,57 %)
26	6 (5,36 %)
27	2 (1,79 %)
28	1 (0,89 %)
29	1 (0,89 %)
30	4 (3,57 %)
31	1 (0,89 %)

Desconocidos	9 (8,04 %)
---------------------	-------------------

TOTAL	112 (100 %)
--------------	--------------------

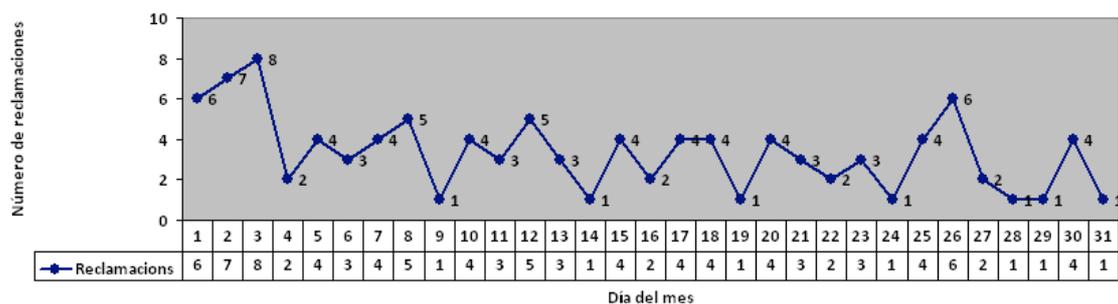


Figura 15. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Psiquiatría y Medicina Legal, atendiendo al día del mes en el que se produce el acto médico reclamado.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría**, atendiendo al día del mes en el que se produce el acto médico reclamado.

1	5 (5,31 %)
2	6 (6,38 %)
3	8 (8,51 %)
4	2 (2,18 %)
5	3 (3,19 %)
6	3 (3,19 %)
7	3 (3,19 %)
8	3 (3,19 %)
9	1 (1,06 %)
10	4 (4,26 %)
11	2 (2,18 %)
12	5 (5,31 %)
13	2 (2,18 %)
14	1 (1,06 %)
15	2 (2,18 %)

16	2 (2,18 %)
17	4 (4,26 %)
18	4 (4,26 %)
19	1 (1,06 %)
20	3 (3,19 %)
21	2 (2,18 %)
22	2 (2,18 %)
23	2 (2,18 %)
24	1 (1,06 %)
25	4 (4,26 %)
26	5 (5,31 %)
27	2 (2,18 %)
28	1 (1,06 %)
29	1 (1,06 %)
30	4 (4,26 %)
31	1 (1,06 %)

Desconocidos	5 (5,31 %)
---------------------	-------------------

TOTAL	94 (100 %)
--------------	-------------------

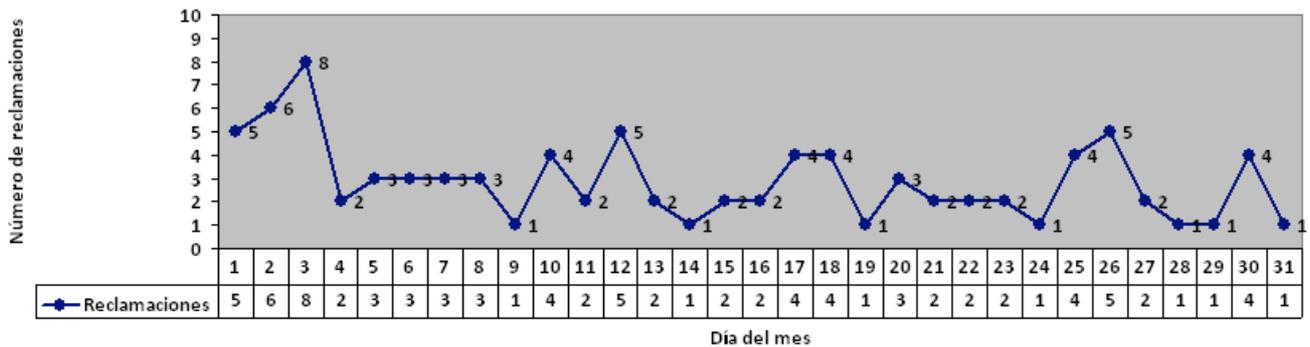


Figura 16. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Psiquiatría, atendiendo al día del mes en el que se produce el acto médico reclamado.

Distribución de casos de reclamaciones en **Medicina Legal**, atendiendo al día del mes en el que se produce el acto médico reclamado.

1	1 (5,56 %)
2	1 (5,56 %)
3	0 (0 %)
4	0 (0 %)
5	1 (5,56 %)
6	0 (0 %)
7	1 (5,56 %)
8	2 (11,11 %)
9	0 (0 %)
10	0 (0 %)
11	1 (5,56 %)
12	0 (0 %)
13	1 (5,56 %)
14	0 (0 %)
15	2 (11,11 %)

16	0 (0 %)
17	0 (0 %)
18	0 (0 %)
19	0 (0 %)
20	1 (5,56 %)
21	1 (5,56 %)
22	0 (0 %)
23	1 (5,56 %)
24	0 (0 %)
25	2 (11,11 %)
26	0 (0 %)
27	0 (0 %)
28	0 (0 %)
29	0 (0 %)
30	1 (5,56 %)
31	0 (0 %)

Desconocidos	4 (22,22 %)
---------------------	--------------------

TOTAL	18 (100 %)
--------------	-------------------

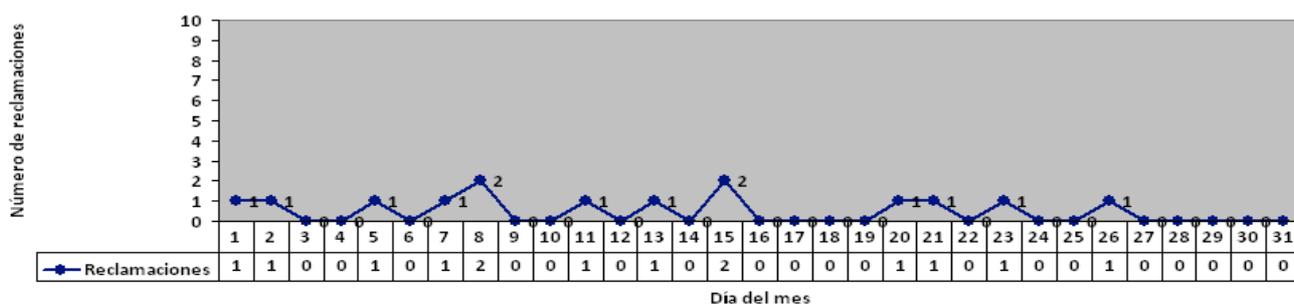


Figura 17. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Medicina Legal, atendiendo al día del mes en el que se produce el acto médico reclamado.

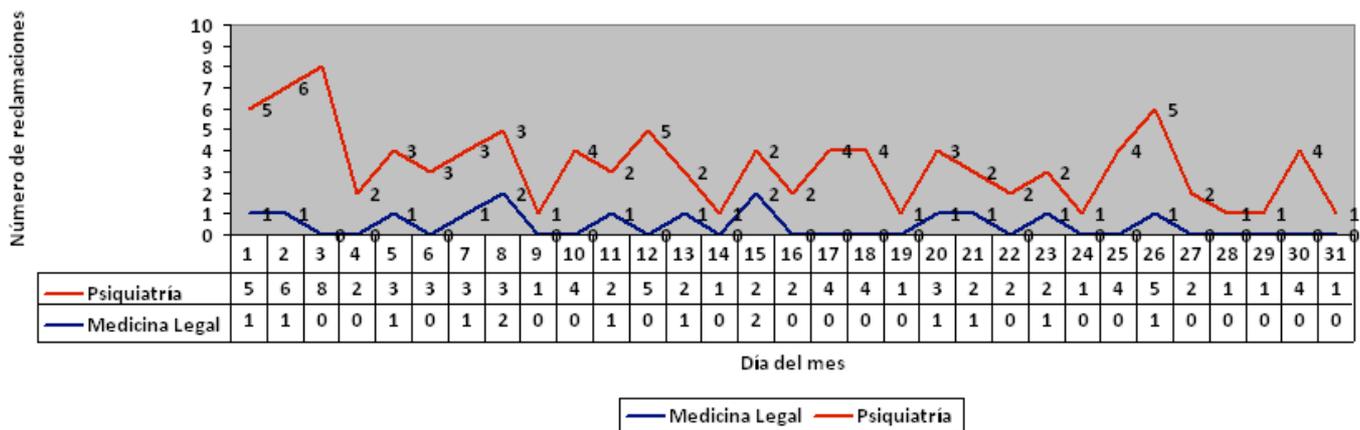


Figura 18. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, comparando las relativas a Medicina Legal y las de Psiquiatria, atendiendo al día del mes en el que se produce el acto médico reclamado.

1.4.4. Distribución temporal atendiendo al día de la semana de producción del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría y Medicina Legal**, atendiendo al día de la semana en el que se produjo el acto médico reclamado.

Lunes	13 (11,61 %)
Martes	22 (19,64 %)
Miércoles	17 (15,18 %)
Jueves	23 (20,54 %)
Viernes	10 (8,93 %)
Sábado	10 (8,93 %)
Domingo	8 (7,14 %)
Desconocido	9 (8,04 %)
Total	112 (100 %)

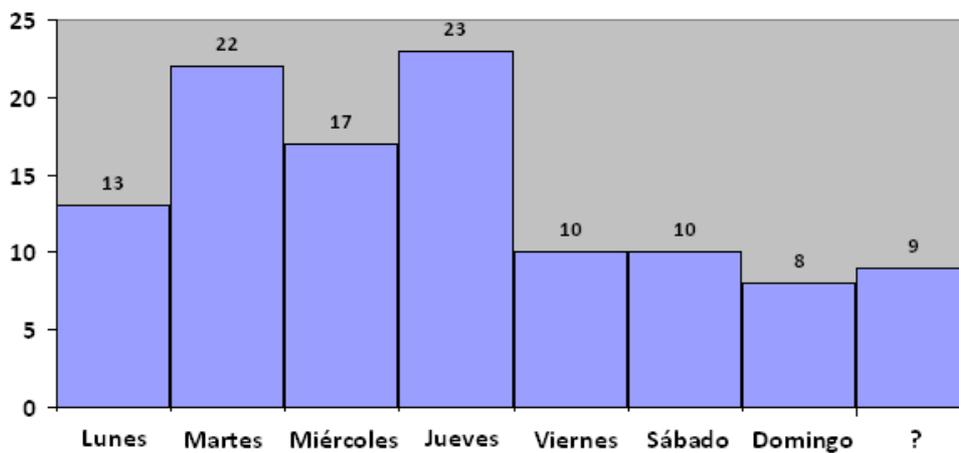


Figura 19. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Psiquiatría y Medicina Legal, atendiendo al día de la semana en el que se produjo el acto médico reclamado.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría**, atendiendo al día de la semana en el que se produjo el acto médico reclamado.

Lunes	11 (11,70 %)
Martes	20 (21,28 %)
Miércoles	16 (17,02 %)
Jueves	17 (18,09 %)
Viernes	9 (9,57 %)
Sábado	9 (9,57 %)
Domingo	7 (7,45 %)
Desconocido	5 (5,31 %)
Total	94 (100 %)

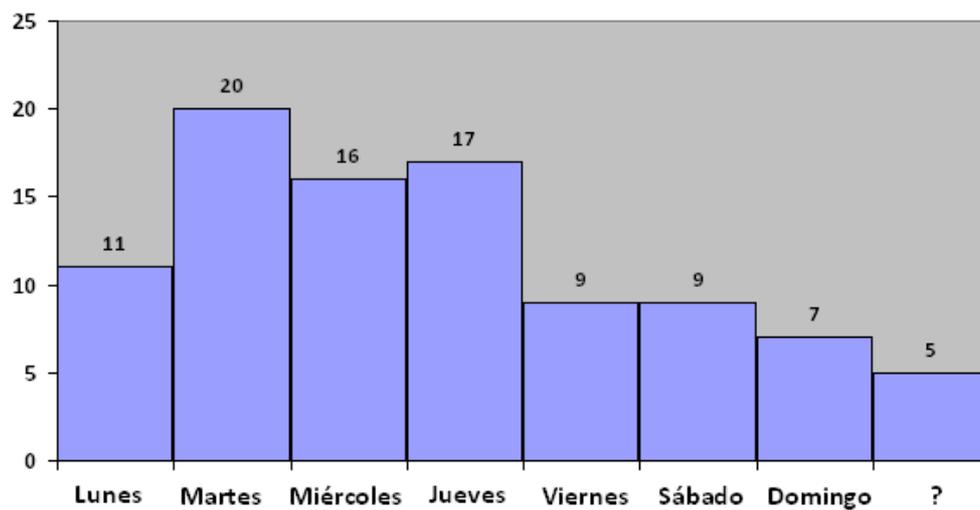


Figura 20. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Psiquiatría, atendiendo al día de la semana en el que se produjo el acto médico reclamado.

Distribución de casos de reclamaciones en **Medicina Legal**, atendiendo al día de la semana en el que se produjo el acto médico reclamado.

Lunes	2 (11,11 %)
Martes	2 (11,11 %)
Miércoles	1 (5,56 %)
Jueves	6 (33,33 %)
Viernes	1 (5,56 %)
Sábado	1 (5,56 %)
Domingo	1 (5,56 %)
Desconocido	4 (22,22 %)
Total	18 (100 %)

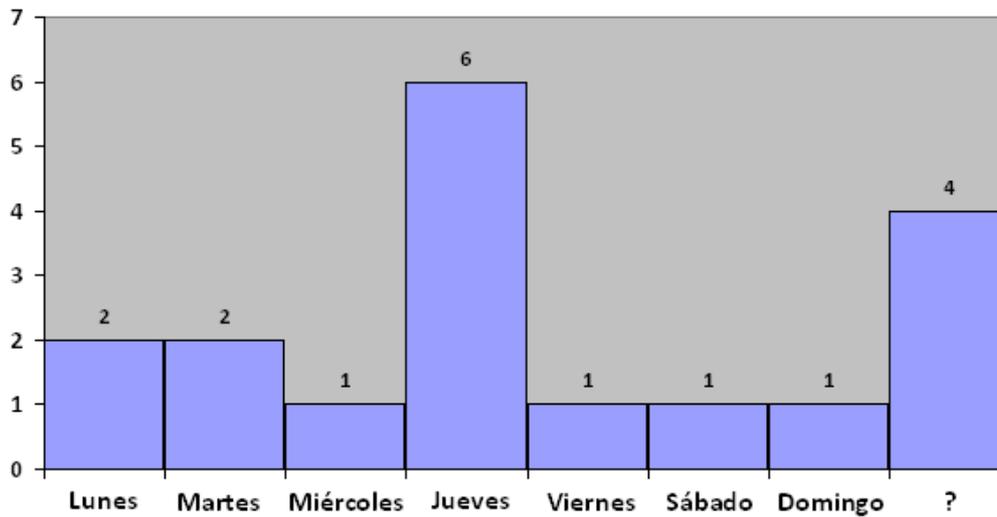


Figura 21. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Medicina Legal, atendiendo al día de la semana en el que se produjo el acto médico reclamado.

1.5. Distribución geográfica del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Distribución de casos de reclamaciones para el total de la muestra objeto de estudio, atendiendo a la localidad en la que se produjo el acto médico reclamado, clasificado por provincias.

PROVINCIA DE BARCELONA	
Barcelona	61 (59,80 %)
Granollers	2 (1,96 %)
Santa Coloma de Gramenet	3 (2,94 %)
Terrassa	7 (6,86 %)
Mataró	4 (3,92 %)
L'Hospitalet	3 (2,94 %)
Sant Boi	4 (3,92 %)
Vilanova	1 (0,98 %)
Sabadell	2 (1,96 %)
Malgrat de Mar	1 (0,98 %)
Sant Cugat del Vallès	3 (2,94 %)
Manresa	1 (0,98 %)
Calella	1 (0,98 %)
Mollet	2 (1,96 %)
Martorell	2 (1,96 %)
Arenys de Munt	1 (0,98 %)
Vic	3 (2,94 %)
Igualada	1 (0,98 %)
TOTAL	102 (100 %)

PROVINCIA DE GIRONA	
Girona	1 (100 %)
TOTAL	1 (100 %)

PROVINCIA DE TARRAGONA	
Reus	2 (66,67 %)
Tarragona	1 (33,33 %)
TOTAL	3 (100 %)

PROVINCIA DE LLEIDA	
Lleida	3 (100 %)
TOTAL	3 (100 %)

Desconocido	3
TOTAL	112

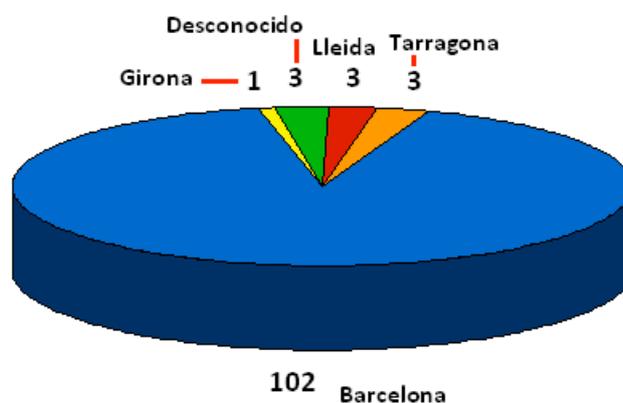


Figura 22. Distribución geográfica de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, atendiendo a la provincia en la que se produjo el acto médico reclamado.

De los 102 casos en los que el acto médico motivo del procedimiento se produjeron en la provincia de Barcelona, 61 correspondían a la ciudad de Barcelona y 41 al resto de la provincia. Para estos 41 casos, la distribución fue la siguiente:

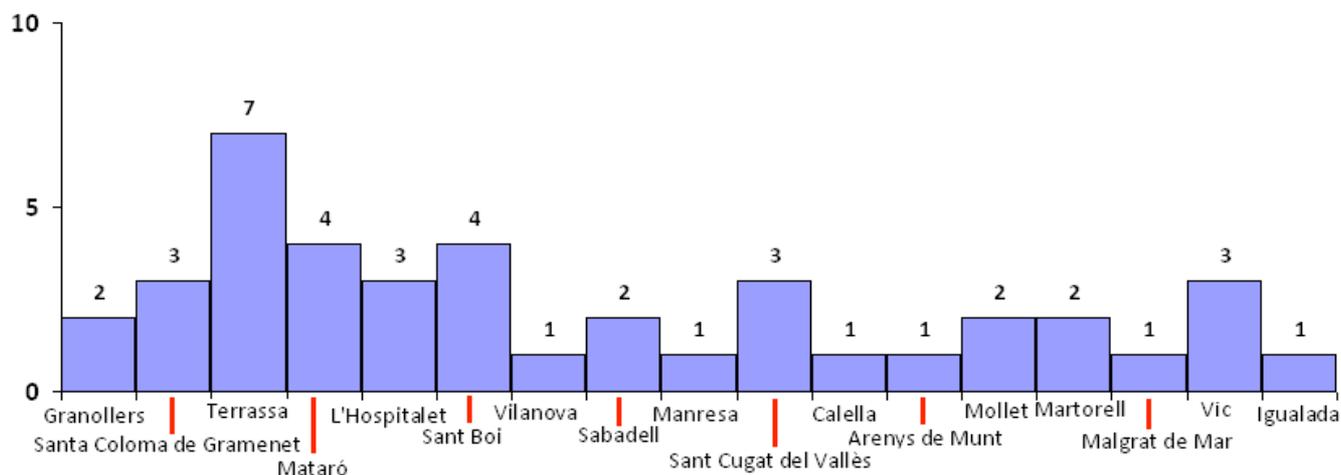


Figura 23. Distribución geográfica de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, atendiendo a las producidas en la provincia de Barcelona (con excepción de la ciudad de Barcelona).

La distribución de los casos de para la submuestra de Psiquiatría, atendiendo a la localidad en la que se produjo el acto médico reclamado, clasificado por provincias fue la siguiente:

PROVINCIA DE BARCELONA	
Barcelona	51 (59,30 %)
Granollers	0 (0 %)
Santa Coloma de Gramenet	2 (2,33 %)
Terrassa	7 (8,14 %)
Mataró	3 (3,49 %)
L'Hospitalet	3 (3,49 %)
Sant Boi	4 (4,65 %)
Vilanova	1 (1,16 %)
Sabadell	1 (1,16 %)
Malgrat de Mar	1 (1,16 %)
Sant Cugat del Vallès	3 (3,49 %)
Manresa	1 (1,16 %)
Calella	1 (1,16 %)
Mollet	2 (2,33 %)
Martorell	2 (2,33 %)
Arenys de Munt	1 (1,16 %)
Vic	2 (2,33 %)
Igualada	1 (1,16 %)
TOTAL	86 (100 %)

PROVINCIA DE GIRONA	
Girona	1 (100 %)
TOTAL	1 (100 %)

PROVINCIA DE TARRAGONA	
Reus	2 (66,67 %)
Tarragona	1 (33,33 %)
TOTAL	3 (100 %)

PROVINCIA DE LLEIDA	
Lleida	2 (100 %)
TOTAL	2 (100 %)

Desconocido	2
TOTAL	94

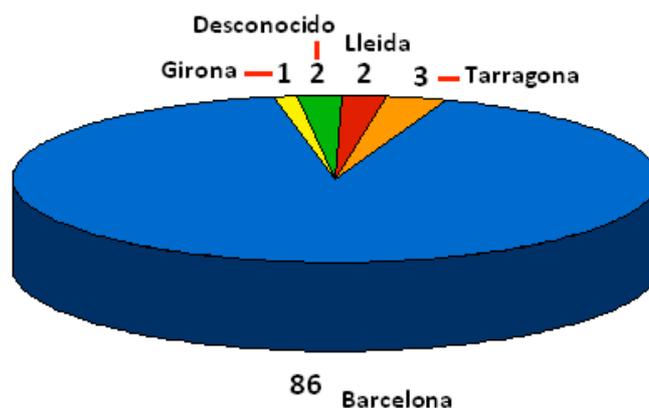


Figura 24. Distribución geográfica de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, atendiendo a la provincia en la que se produjo el acto médico reclamado para la submuestra de Psiquiatría.

De los 86 casos en los que el acto médico motivo del procedimiento se produjeron en la provincia de Barcelona, 51 correspondían a la ciudad de Barcelona y 35 al resto de la provincia. Para estos 35 casos, la distribución fue la siguiente:

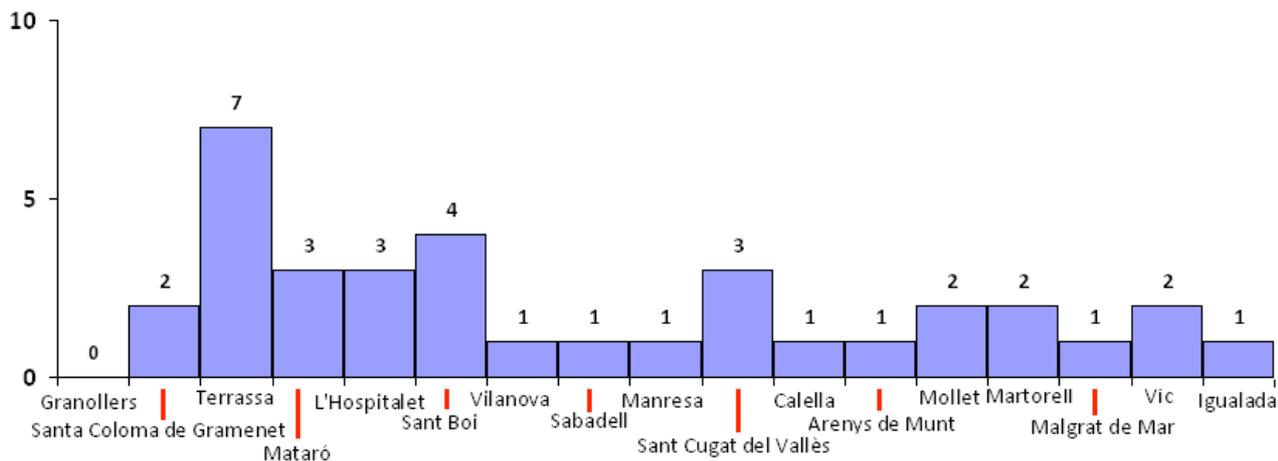


Figura 25. Distribución geográfica de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 para la submuestra de Psiquiatría, atendiendo a las producidas en la provincia de Barcelona (con excepción de la ciudad de Barcelona).

La distribución de los casos de para la submuestra de Medicina Legal, atendiendo a la localidad en la que se produjo el acto médico reclamado, clasificado por provincias fue la siguiente:

PROVINCIA DE BARCELONA	
Barcelona	10 (62,50 %)
Granollers	2 (12,50 %)
Santa Coloma de Gramenet	1 (6,25 %)
Terrassa	0 (0 %)
Mataró	1 (6,25 %)
L'Hospitalet	0 (0 %)
Sant Boi	0 (0 %)
Vilanova	0 (0 %)
Sabadell	1 (6,25 %)
Malgrat de Mar	0 (0 %)
Sant Cugat del Vallès	0 (0 %)
Manresa	0 (0 %)
Calella	0 (0 %)
Mollet	0 (0 %)
Martorell	0 (0 %)
Arenys de Munt	0 (0 %)
Vic	1 (6,25 %)
Igualada	0 (0 %)
TOTAL	16 (100 %)

PROVINCIA DE GIRONA	
Girona	0
TOTAL	0

PROVINCIA DE TARRAGONA	
Reus	0
Tarragona	0
TOTAL	0

PROVINCIA DE LLEIDA	
Lleida	1 (100 %)
TOTAL	1 (100 %)

Desconocido	1
TOTAL	18

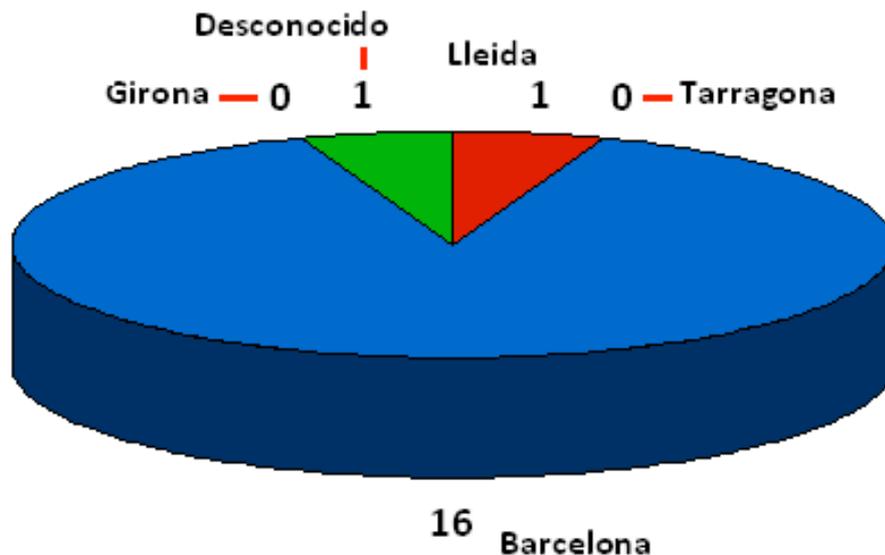


Figura 26. Distribución geográfica de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, atendiendo a la provincia en la que se produjo el acto médico reclamado, para la submuestra de Medicina Legal.

De los 16 casos en los que el acto médico motivo del procedimiento se produjeron en la provincia de Barcelona, 10 correspondían a la ciudad de Barcelona y 6 al resto de la provincia.

Para estos 6 casos, la distribución fue la siguiente:

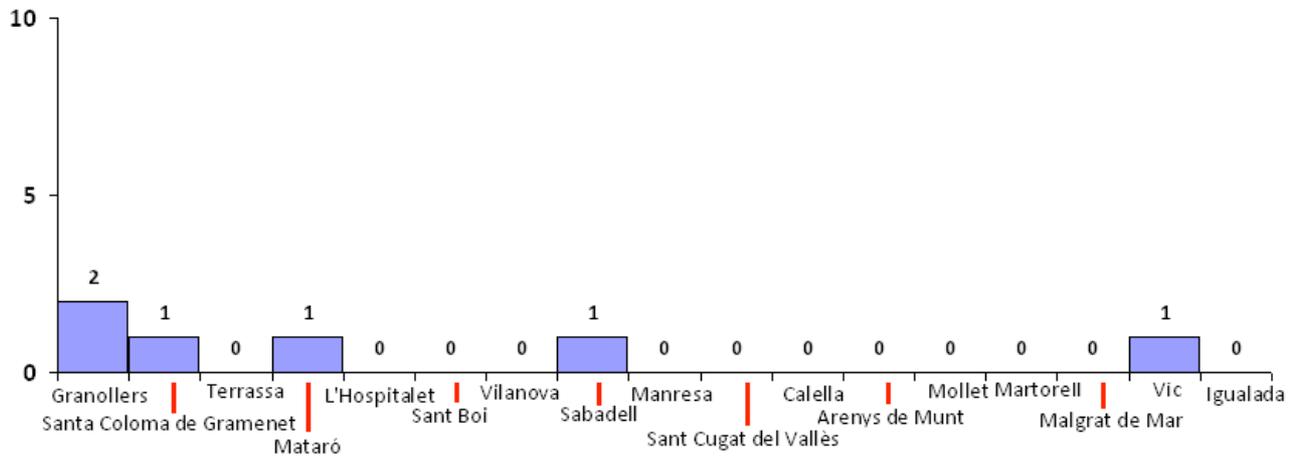


Figura 27. Distribución geográfica de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 para la submuestra de Medicina Legal, atendiendo a las producidas en la provincia de Barcelona (con excepción de la ciudad de Barcelona).

1.6. Tipo de expediente (judicial o extrajudicial).

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría y Medicina Legal**, atendiendo al carácter judicial o extrajudicial del procedimiento.

Judiciales	88 (78,57 %)
Extrajudiciales	23 (20,54 %)
Desconocido	1 (0,89 %)
Total	112 (100 %)

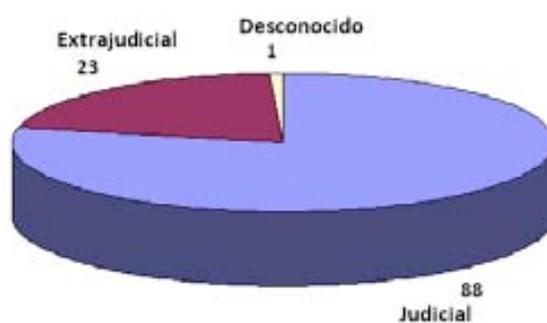


Figura 28. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría y Medicina legal, atendiendo al carácter judicial o extrajudicial del procedimiento.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría**, atendiendo al carácter judicial o extrajudicial del procedimiento.

Judiciales	74 (78,72 %)
Extrajudiciales	19 (20,21 %)
Desconocido	1 (1,06 %)
Total	94 (100 %)

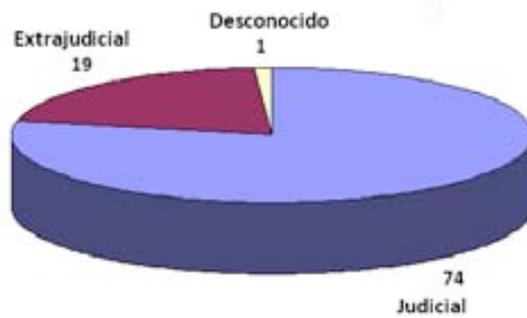


Figura 29. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría, atendiendo al carácter judicial o extrajudicial del procedimiento.

Distribución de casos de reclamaciones en **Medicina Legal**, atendiendo al carácter judicial o extrajudicial del procedimiento.

Judiciales	14 (77,78 %)
Extrajudiciales	4 (22,22 %)
Desconocido	0 (0 %)
Total	18 (100 %)

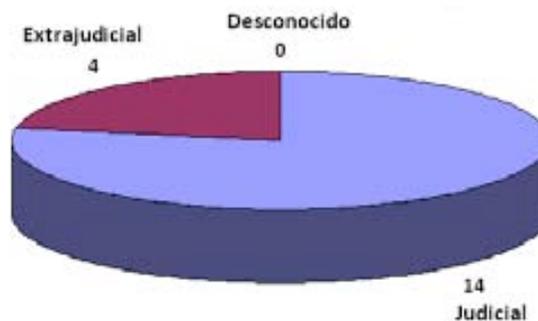


Figura 30. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Medicina Legal, atendiendo al carácter judicial o extrajudicial del procedimiento.

1.7. Resultado del procedimiento tras la evaluación.

Distribución de los casos de la muestra, atendiendo al resultado del procedimiento.

Archivo	55 (63,22 %)
Sobreseimiento	22 (25,29 %)
Acuerdo extrajudicial	3 (3,45 %)
Condena	4 (4,60 %)
Sin datos	3 (3,45 %)
Total	87 (100 %) *

(* 25 extrajudiciales)

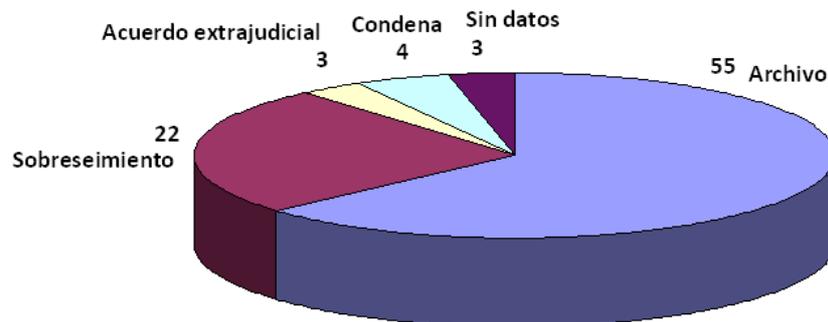


Figura 31. Distribución de la muestra atendiendo al resultado del procedimiento objeto de estudio.

Distribución de los casos de la submuestra de Psiquiatría, atendiendo al resultado del procedimiento.

Archivo	49 (67,12 %)
Sobreseimiento	19 (26,03 %)
Acuerdo extrajudicial	1 (1,37 %)
Condena	2 (2,74 %)
Sin datos	2 (2,74 %)
Total	73 (100 %) *

(* 21 extrajudiciales)

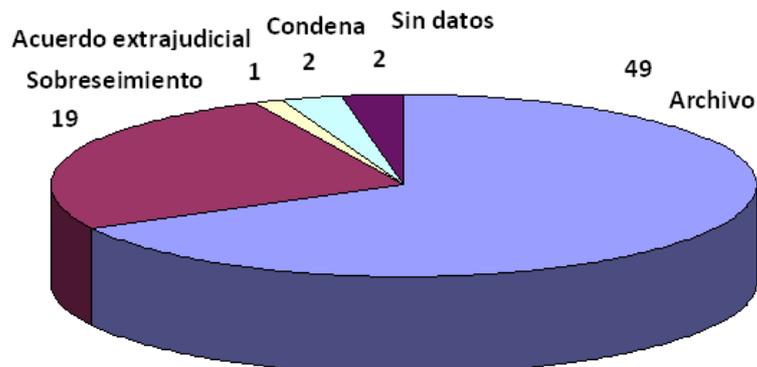


Figura 32. Distribución de la submuestra de Psiquiatría, atendiendo al resultado del procedimiento objeto de estudio.

Distribución de los casos de la submuestra de Medicina Legal, atendiendo al resultado del procedimiento.

Archivo	6 (42,86 %)
Sobreseimiento	3 (21,43 %)
Acuerdo extrajudicial	2 (14,29 %)
Condena	2 (14,29 %)
Sin datos	1 (7,14 %)
Total	14 (100 %) *

(* 4 extrajudiciales)

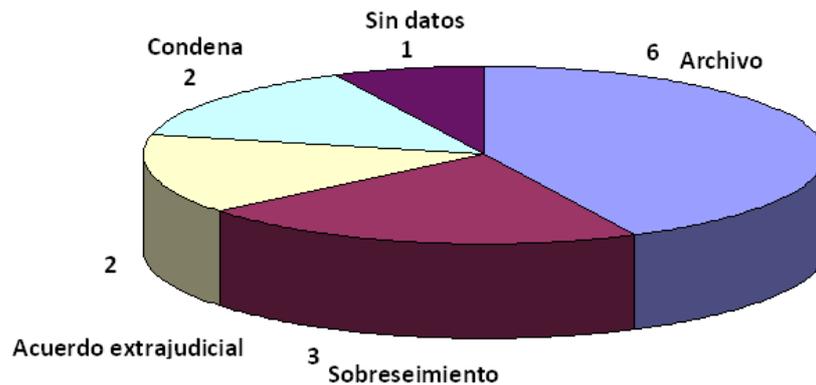


Figura 33. Distribución de la submuestra de Medicina Legal, atendiendo al resultado del procedimiento objeto de estudio.

En lo que se refiere a la diferenciación entre **condenas judiciales** y **acuerdos extrajudiciales**, en la muestra estudiada se registraron un total de 4 condenas judiciales (2 en la submuestra de Psiquiatría y 2 en la submuestra de Medicina Legal). A su vez, se registraron un total de 3 acuerdos extrajudiciales (1 en la submuestra de Psiquiatría y 2 en la submuestra de Medicina Legal).

Se ha registrado las siguientes características (tabla 2):

Caso	J/EJ	AE/C	Año	Especialidad	Indemnización económica	Otras indemnizaciones
1	J	AE	1987	M. Legal	1 peseta	Costas
Motivado por la entrega de un informe médico, de un cónyuge al otro cónyuge sin autorización del primero en el contexto de un proceso de nulidad matrimonial.						
2	J	C	1988	Psiquiatría	25.000 pesetas en indemnización + 8.8 M de pesetas	Costas
Motivado por el efecto secundario de tratamiento farmacológico (intoxicación por litio) que conllevó un estado de coma y posteriores trastornos del movimiento no irreversibles.						
3	J	C	1989	Psiquiatría	10 M pesetas	-
Motivado por un error diagnóstico (diagnóstico de trastorno del estado del ánimo en lugar de patología orgánica neoplásica) que conllevó la muerte de la paciente por retraso diagnóstico.						
4	J	AE	1990	M. Legal	3 M pesetas	-
Motivado por detención ilegal (ingreso psiquiátrico involuntario no autorizado).						
5	J	AE	1991	Psiquiatría	8.5 M pesetas	-
Motivado por error de vigilancia en paciente ingresado con resultado de muerte.						
6	J	C	1998	M. Legal	-	Entrega de la historia clínica completa
Motivado por la negativa en la entrega de la historia clínica al paciente.						
7	J	C	2003	M. Legal	-	Entrega de copia de la historia clínica + obligación de informar anualmente + costas
Motivado por la negativa en la entrega de la historia clínica al padre de la paciente.						

Tabla 2. Principales características de los casos de responsabilidad registradas en el total de la muestra objeto de estudio. (J: Judicial, EJ: Extrajudicial, C: Condena, AE: Acuerdo extrajudicial, M: millones).

Cuando hubo condena/acuerdo extrajudicial de carácter económico, se calculó el valor actual estimado. Para ello es necesario aplicar la fórmula matemática:

$$Va = Vi \cdot (1 + I) \quad \text{donde;}$$

Va es el Valor actual del dinero (en pesetas). Vi es el Valor inicial del dinero (en pesetas).

I es la Tasa de inflación (la tasa es la inflación /100).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la inflación acumulada para los diferentes años de interés en la muestra por haberse registrado condenas económicas con respecto a la actualidad (noviembre de 2011) se corresponde con la reflejada en la tabla 3:

1987	145,1 %
1988	134,6 %
1989	120,5 %
1990	106,7 %
1991	93,6 %

Tabla 3. Inflación acumulada según el INE con respecto a noviembre de 2011.

Así se obtiene el valor actual (noviembre de 2011) estimado para las condenas/acuerdos extrajudiciales económicos registradas en el total de la muestra objeto de estudio (tabla 4):

1987	1 peseta	2,451 pesetas / 0,001 euros
1988	25.000 pesetas	58.650 pesetas / 352,49 euros
	8,8 M de pesetas	20.644.800 pesetas / 124.077,75 euros
1989	10 M de pesetas	22.050.000 pesetas / 132.523,17 M euros
1990	3 M de pesetas	6.201.000 pesetas / 37.268,76 euros
1991	8,5 M de pesetas	16.456.000 pesetas / 88.289,89 euros

Tabla 4. Valor actual (noviembre de 2011) estimado para las condenas/acuerdos extrajudiciales de carácter económico registradas en el total de la muestra objeto de estudio. (M: millones).

1.8. Responsabilidad.

Tras el análisis del total de 112 casos que componen la muestra del estudio se determinó que había existido una situación real de responsabilidad profesional médica en un total de 7 casos judiciales y no se registró ninguna situación de responsabilidad profesional médica en los casos extrajudiciales.

Consecuentemente, en los casos judiciales se registraron un total de 7 casos con responsabilidad de alguno de los profesionales médicos implicados en el procedimiento, siendo 3 de ellos de la submuestra de Psiquiatría y 4 de ellos de la de Medicina Legal.

1.9. Tiempo transcurrido desde el acto médico que ha motivado el procedimiento hasta la resolución del procedimiento en los casos judiciales.

88 del total de 112 procedimientos que componen la **muestra** objeto de estudio fueron judiciales (en 1 caso no había datos sobre origen judicial o extrajudicial). Para estos 88 procedimientos judiciales se dispone de la fecha de la resolución del procedimiento en 58 casos. Para estos 58 casos, no se dispone de la fecha del acto médico motivo del procedimiento en 3 de ellos. Así pues, fue registrada la fecha así como la fecha del acto médico motivo del procedimiento en 55 casos, lo que permitió inferir el tiempo transcurrido desde el acto médico objeto del procedimiento hasta el momento de la resolución del mismo. El **tiempo medio** transcurrido, en años, en estos 55 casos fue de **2,68 años** con una **desviación estándar** de **2,27 años**.

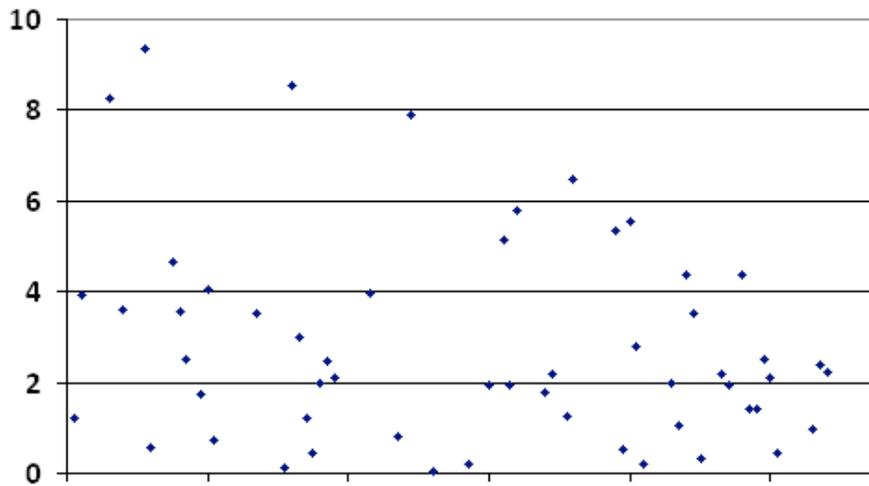


Figura 34. Distribución del tiempo medio transcurrido desde el acto médico motivo del procedimiento hasta la fecha de la resolución del procedimiento objeto de estudio (en años). (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).

74 del total de 94 procedimientos que componen la **submuestra** de Psiquiatría fueron judiciales (en 1 caso no había datos sobre origen judicial o extrajudicial). En estos 74 procedimientos judiciales se conoce el resultado final en 54 casos (en 21 casos no se dispone de datos acerca del resultado). Para estos 74 casos se dispone de la fecha de la resolución del procedimiento en 47 casos.

Para estos 47 casos, no se dispone de la fecha del acto médico motivo del procedimiento en 2 de ellos. Así pues, fue registrada la fecha así como la fecha del acto médico motivo del procedimiento en 45 casos, lo que permitió inferir el tiempo transcurrido desde el acto médico objeto del procedimiento hasta el momento de la resolución del mismo. El **tiempo medio** transcurrido, en años, en estos 46 casos fue de **2,68 años** con una **desviación estándar** de **2,27 años**.

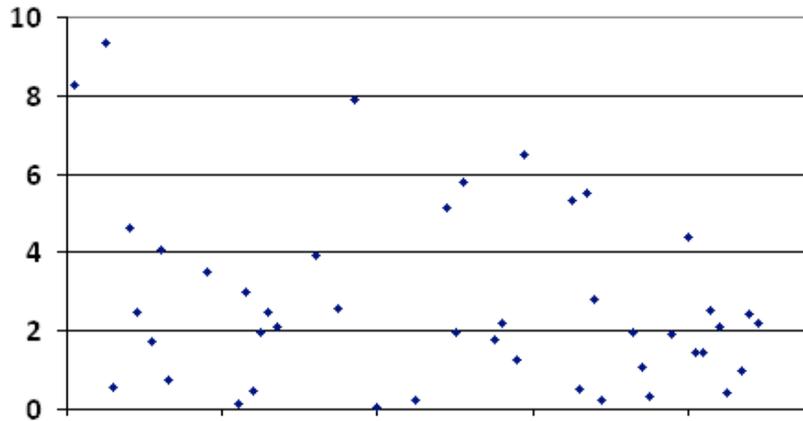


Figura 35. Distribución del tiempo medio transcurrido desde el acto médico motivo del procedimiento hasta la fecha de la resolución del procedimiento (en años) para la submuestra de Psiquiatría. (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).

14 del total de 18 procedimientos que componen la **submuestra** de Medicina Legal fueron judiciales.

Para estos 14 casos no se dispone de la fecha del acto médico motivo del procedimiento en 1 de ellos. Así pues, fue registrada la fecha de la resolución del procedimiento así como la fecha del acto médico motivo del procedimiento en 10 casos, lo que permitió inferir el tiempo transcurrido desde el acto médico objeto del procedimiento hasta el momento de la resolución del mismo. El **tiempo medio** transcurrido, en años, en estos 10 casos fue de **3,41 años** con una **desviación estándar** de **2,12 años**.

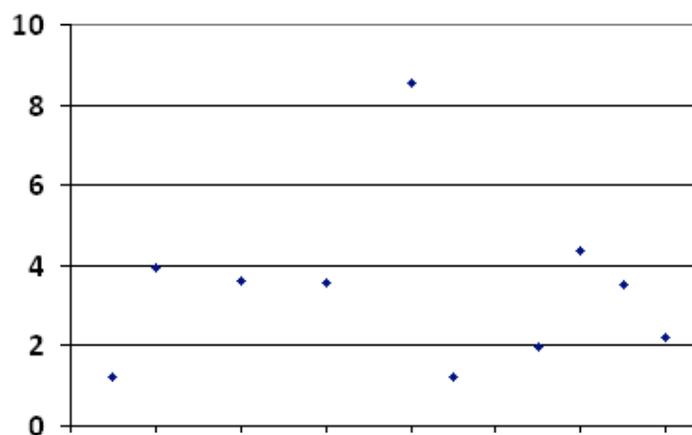


Figura 36. Distribución del tiempo medio transcurrido desde el acto médico motivo del procedimiento hasta la fecha de la resolución del procedimiento (en años) para la submuestra de Medicina Legal. (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).

1.10. Secuelas que supuestamente se han producido como consecuencia del acto médico que ha motivado el procedimiento y severidad de las mismas.

Distribución de casos de la muestra, atendiendo a las secuelas que supuestamente se han producido como consecuencia del acto médico que ha motivado el procedimiento.

Ninguna	31 (27,68 %)
Morales	12 (10,71 %)
Psicológicas	1 (7,14 %)
Físicas	12 (4,46 %)
Muerte	47 (41,96 %)
Sin datos	9 (8,04 %)
Total	112 (100 %)

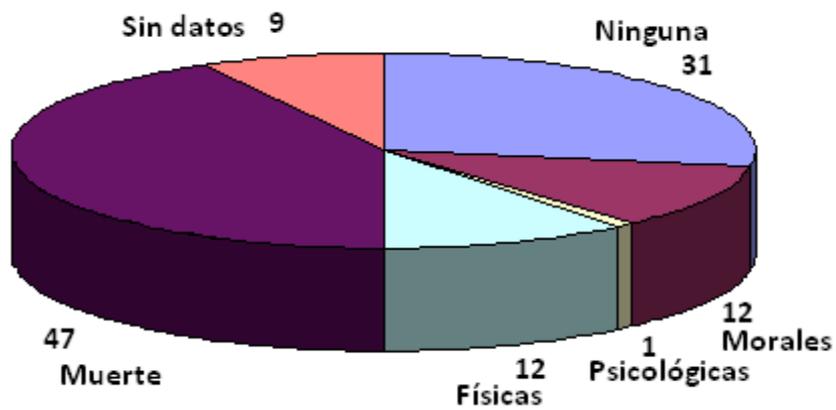


Figura 37. Distribución de la muestra, atendiendo a las secuelas que supuestamente se han producido como consecuencia del acto médico que ha motivado el procedimiento.

Distribución de la submuestra correspondiente a la especialidad de Psiquiatría, atendiendo a las secuelas que supuestamente se han producido como consecuencia del acto médico que ha motivado el procedimiento.

Ninguna	19 (20,21 %)
Morales	7 (7,45 %)
Psicológicas	1 (1,06 %)
Físicas	12 (12,77 %)
Muerte	47 (50 %)
Sin datos	8 (8,51 %)
Total	94 (100 %)

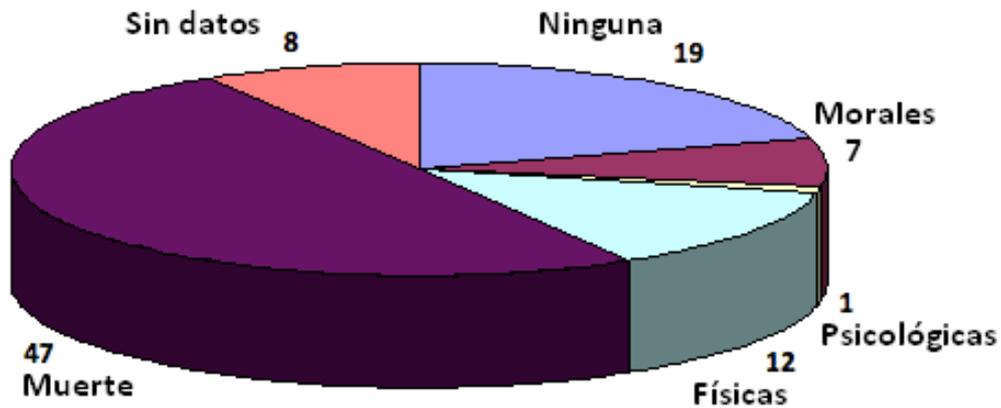


Figura 38. Distribución de la submuestra correspondiente a la Psiquiatría, atendiendo a las secuelas que supuestamente se han producido como consecuencia del acto médico que ha motivado el procedimiento.

Distribución de la submuestra correspondiente a la especialidad de Medicina Legal, atendiendo a las secuelas que supuestamente se han producido como consecuencia del acto médico que ha motivado el procedimiento.

Sin datos	1 (5,56 %)
Ninguna	12 (66,67 %)
Morales	5 (27,78 %)
Total	18 (100 %)

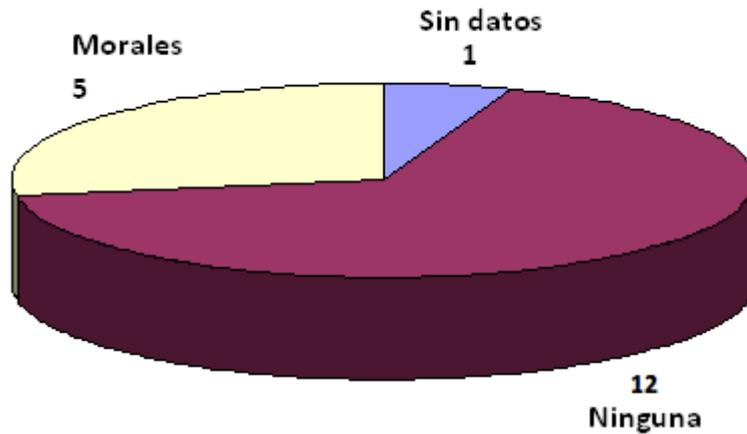


Figura 39. Distribución de la submuestra correspondiente a la Medicina Legal, atendiendo a las secuelas que supuestamente se han producido como consecuencia del acto médico que ha motivado el procedimiento.

Secuelas graves y leves.

En el caso de supuestas secuelas leves y graves producidas (excluidos los casos en los que las supuestas secuelas fueron desconocidas -9-, no existió ningún tipo de secuela -31-, la muerte -47- o de tipo moral -12-), la distribución y causa fue la siguiente:

Secuelas **graves**: 7, todas ellas de tipo físico (2 casos debido a retraso en el diagnóstico y 5 casos por precipitación o arrollamiento por vehículo de trayecto obligado).

Secuelas **leves**: 6, de las cuales 1 de tipo psicológica y 5 de tipo físico (estas últimas debidas en 3 casos a efectos secundarios de la medicación, 1 lesiones físicas directas y 1 por exacerbación de la sintomatología de base).

1.11 Ámbito asistencial en el que se produjo el acto médico que ha motivado el procedimiento.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría y Medicina Legal**, atendiendo al ámbito asistencial implicado en el acto médico reclamado.

Atención primaria	15 (13,39 %)
Atención hospitalaria	68 (60,71 %)
Atención domiciliaria	0 (0 %)
Centro laboral	1 (0,89 %)
Consulta particular	22 (19,64 %)
Comunidad terapéutica	1 (0,89 %)
Centro penitenciario	2 (1,79 %)
Centro de discapacitados	1 (0,89 %)
Centro de día	1 (0,89 %)
Desconocido	1 (0,89 %)
Total	112 (100 %)

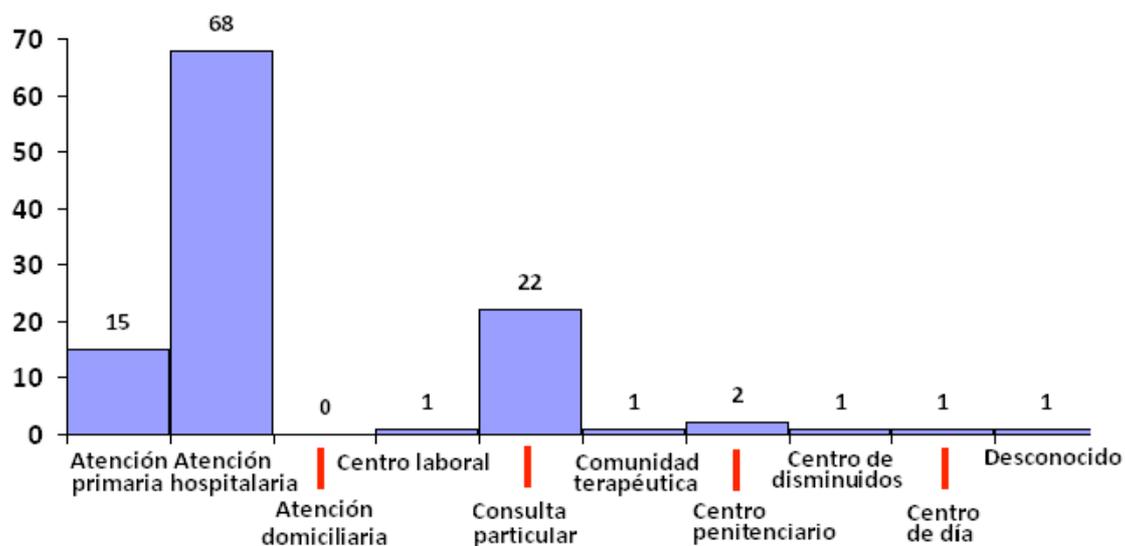


Figura 40. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría y Medicina legal, atendiendo al ámbito asistencial implicado en el acto médico reclamado.

Distribución de casos de la submuestra de **Psiquiatría**, atendiendo al ámbito asistencial implicada en el acto médico reclamado.

Atención primaria	14 (14,89 %)
Atención hospitalaria	59 (62,77 %)
Atención domiciliaria	0 (0 %)
Centro laboral	0 (0 %)
Consulta particular	15 (15,96 %)
Comunidad terapéutica	1 (1,06 %)
Centro penitenciario	2 (2,18 %)
Centro de discapacitados	1 (1,06 %)
Centro de día	1 (1,06 %)
Desconocido	1 (1,06 %)
Total	94 (100 %)

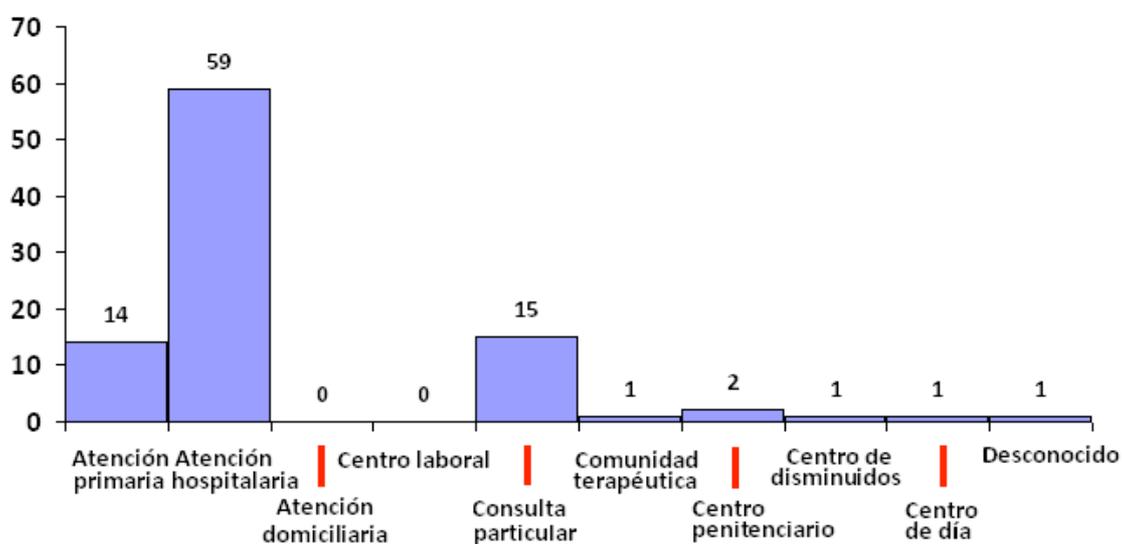


Figura 41. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 para la submuestra de Psiquiatría, atendiendo al ámbito asistencial implicada en el acto médico reclamado.

Distribución de casos de la submuestra de **Medicina Legal**, atendiendo al ámbito asistencial implicada en el acto médico reclamado.

Atención primaria	1 (5,56 %)
Atención hospitalaria	9 (50,0 %)
Atención domiciliaria	0 (0 %)
Centro laboral	1 (5,56 %)
Consulta particular	7 (38,89 %)
Comunidad terapéutica	0 (0 %)
Centro penitenciario	0 (0 %)
Centro de discapacitados	0 (0 %)
Centro de día	0 (0 %)
Desconocido	0 (0 %)
Total	18 (100 %)

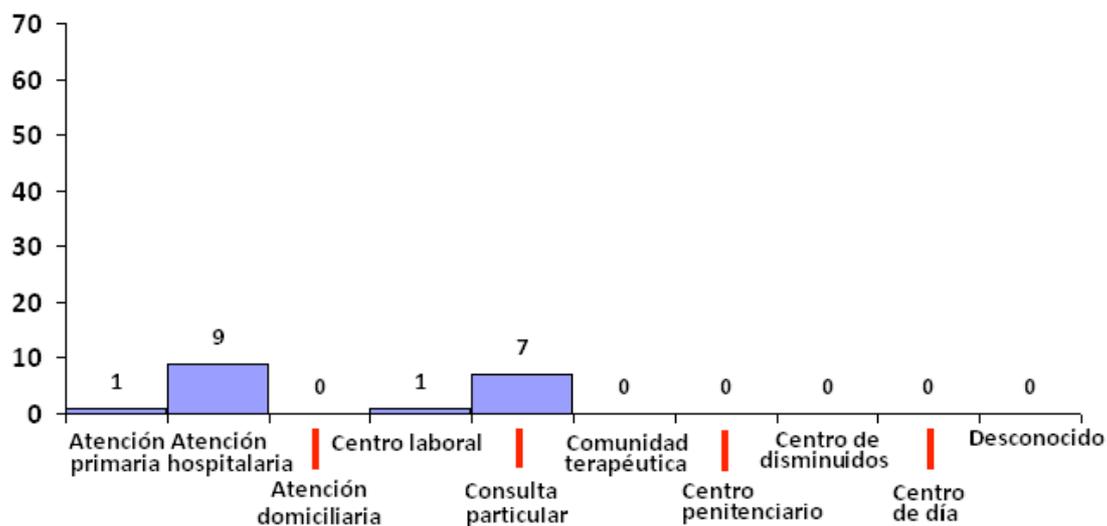


Figura 42. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 para la submuestra de Medicina Legal, atendiendo al ámbito asistencial implicada en el acto médico reclamado.

1.12 Área asistencial del acto médico que ha motivado el procedimiento.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría y Medicina legal**, atendiendo al área asistencial implicada en el acto médico reclamado.

Planta hospitalaria	31 (27,68 %)
Urgencias	26 (23,21 %)
Consultas externas	38 (33,93 %)
Asistencia Primaria	9 (8,04 %)
Teléfono	1 (0,89 %)
Desconocido	7 (6,25 %)
Total	112 (100 %)

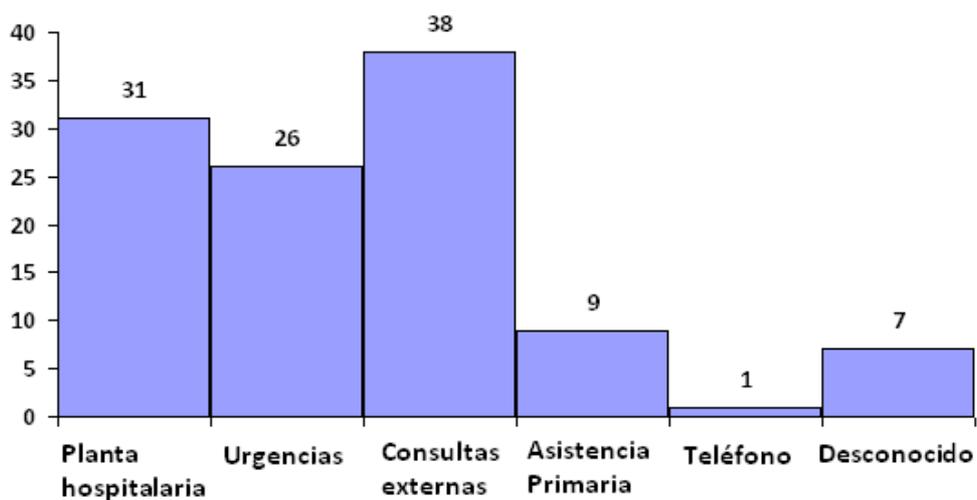


Figura 43. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría y Medicina legal, atendiendo al área asistencial implicada en el acto médico reclamado.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría**, atendiendo al área asistencial implicada en el acto médico reclamado.

Planta hospitalaria	29 (30,85 %)
Urgencias	23 (24,47 %)
Consultas externas	28 (29,79 %)
Asistencia Primaria	8 (8,51 %)
Teléfono	1 (1,06 %)
Desconocido	5 (5,31 %)
Total	94 (100 %)

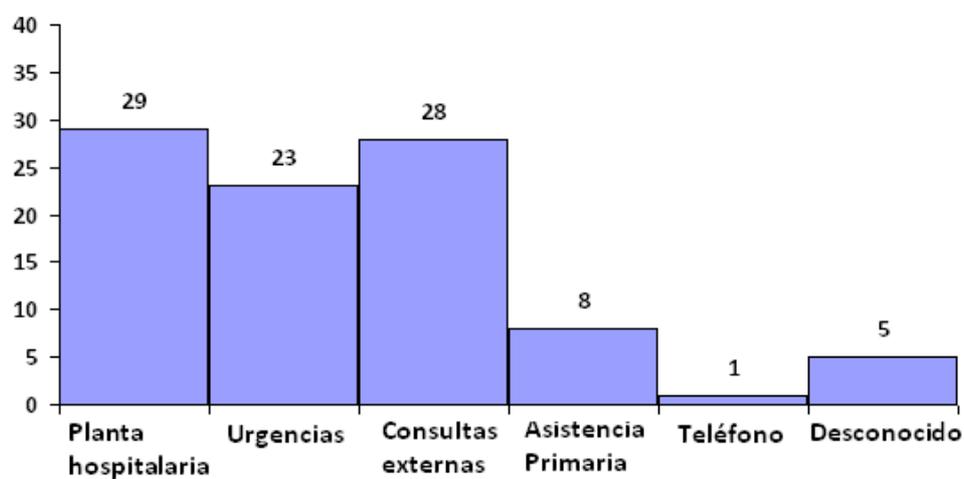


Figura 44. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría, atendiendo al área asistencial implicada en el acto médico reclamado.

Distribución de casos de reclamaciones en **Medicina Legal**, atendiendo al área asistencial implicada en el acto médico reclamado.

Planta hospitalaria	2 (11,11 %)
Urgencias	3 (16,67 %)
Consultas externas	10 (55,56 %)
Asistencia Primaria	1 (5,56 %)
Teléfono	0 (0 %)
Desconocido	2 (11,11 %)
Total	18 (100 %)

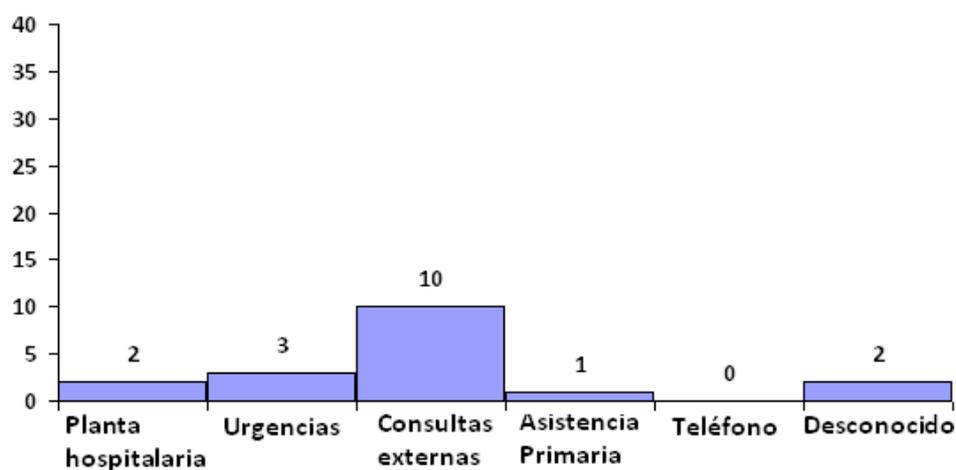


Figura 45. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Medicina legal, atendiendo al área asistencial implicada en el acto médico reclamado.

1.13. Tipología del acto médico que ha motivado el procedimiento atendiendo a la urgencia y a la unidad de trabajo.

1.13.1. Urgencia del acto médico que ha motivado el procedimiento.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría y Medicina legal**, atendiendo al carácter urgente o programado del acto médico reclamado.

Urgente	46 (41,07 %)
Programado	51 (45,54 %)
Desconocido	15 (13,39 %)
Total	112 (100 %)

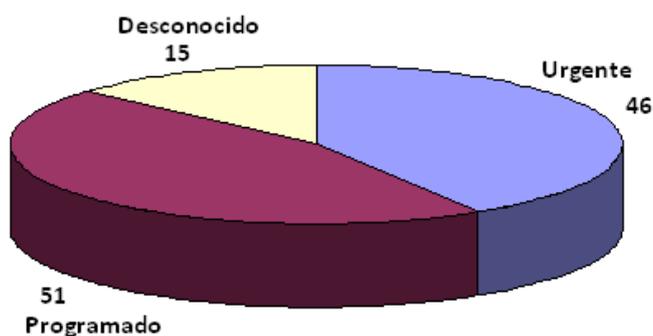


Figura 46. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría y Medicina Legal, atendiendo al carácter urgente o programado del acto médico reclamado.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría**, atendiendo al carácter urgente o programado del acto médico reclamado.

Urgente	42 (44,68 %)
Programado	38 (40,43 %)
Desconocido	14 (14,89 %)
Total	94 (100 %)

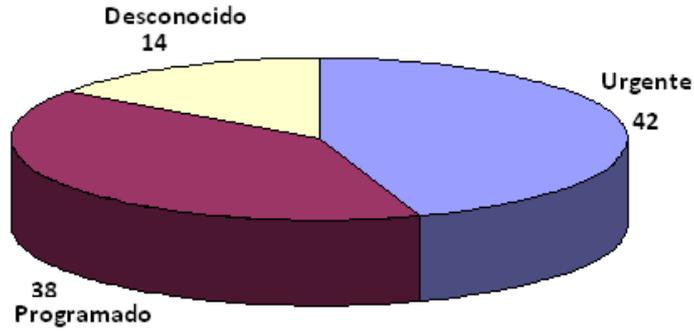


Figura 47. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría, atendiendo al carácter urgente o programado del acto médico reclamado.

Distribución de casos de reclamaciones en **Medicina Legal**, atendiendo al carácter urgente o programado del acto médico reclamado.

Urgente	4 (22,22 %)
Programado	13 (72,22 %)
Desconocido	1 (5,56 %)
Total	18 (100 %)

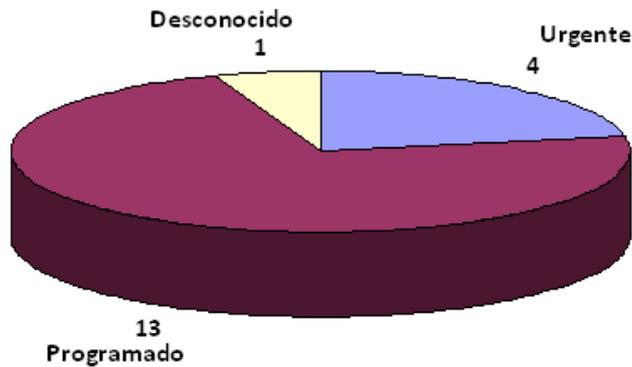


Figura 48. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Medicina Legal, atendiendo al carácter urgente o programado del acto médico reclamado.

1.13.2. Unidad de trabajo en el acto médico que ha motivado el procedimiento.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría y Medicina Legal**, atendiendo al carácter individual o colectivo (en equipo) del acto médico reclamado.

Individual	47 (41,96 %)
En equipo	48 (42,86 %)
Desconocido	17 (15,18 %)
Total	112 (100 %)

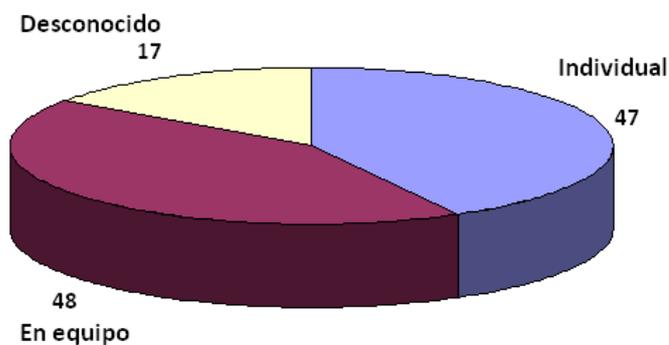


Figura 49. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría y Medicina Legal, atendiendo al carácter individual o colectivo (en equipo) del acto médico reclamado.

Distribución de casos de reclamaciones en **Psiquiatría**, atendiendo al carácter individual o colectivo (en equipo) del acto médico reclamado.

Individual	37 (39,36 %)
En equipo	43 (45,74 %)
Desconocido	14 (14,89 %)
Total	94 (100 %)

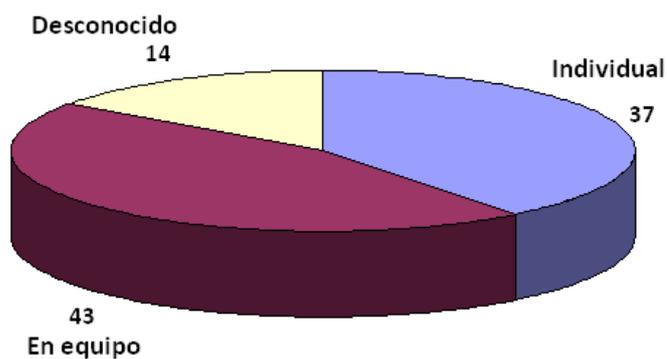


Figura 50. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría, atendiendo al carácter individual o colectivo (en equipo) del acto médico reclamado.

Distribución de casos de reclamaciones en **Medicina Legal**, atendiendo al carácter individual o colectivo (en equipo) del acto médico reclamado.

Individual	10 (55,56 %)
En equipo	5 (27,78 %)
Desconocido	3 (16,67 %)
Total	18 (100 %)

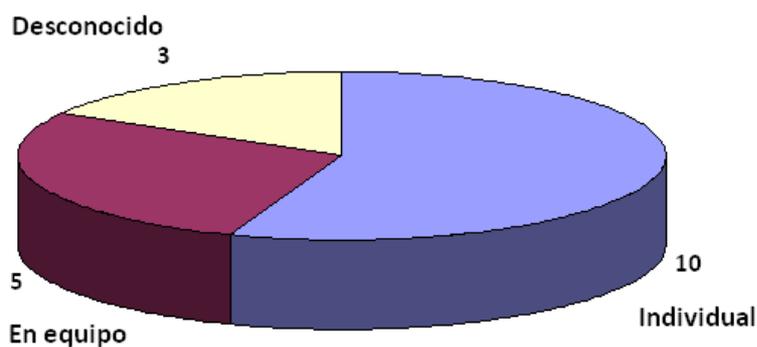


Figura 51. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Medicina Legal, atendiendo al carácter individual o colectivo (en equipo) del acto médico reclamado.

1.14. Tiempo transcurrido desde el acto médico que ha motivado el procedimiento hasta la apertura del expediente en el colegio de médicos.

Del total de 112 procedimientos que componen la **muestra** objeto de estudio, se dispone de la fecha de apertura del expediente en el colegio de médicos en 84 casos. Para estos 84 casos, no se dispone de la fecha del acto médico motivo del procedimiento en 8 de ellos. Así pues, fue registrada la fecha de apertura del expediente así como la fecha del acto médico motivo del procedimiento en 76 casos, lo que permitió inferir el tiempo transcurrido desde el acto médico objeto del procedimiento hasta el momento de la apertura del expediente en el colegio de médicos. El **tiempo medio** transcurrido, en años, en estos 76 casos fue de **1.33 años** con una **desviación estándar** de **1.39 años**.

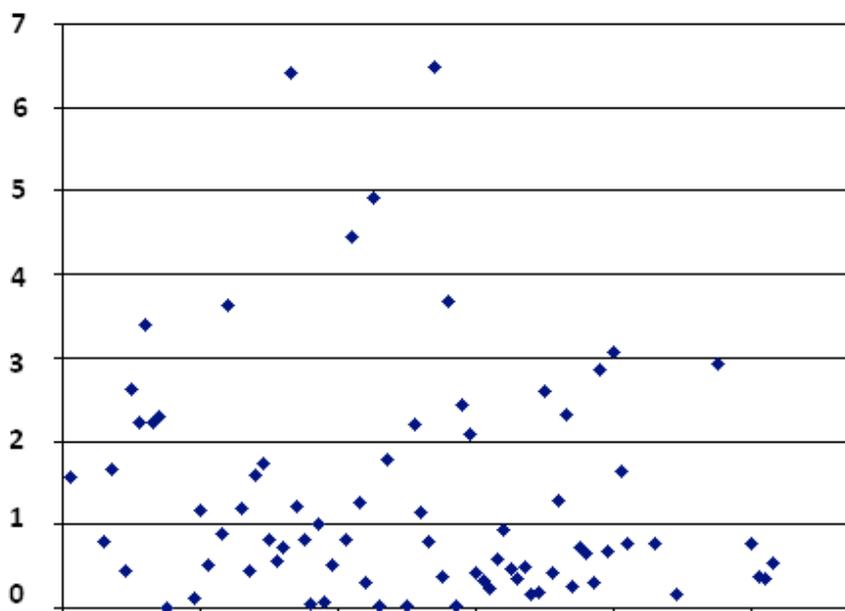


Figura 52. Distribución del tiempo medio transcurrido desde el acto médico motivo del procedimiento hasta la fecha de la apertura del expediente en el colegio de médicos (en años) para la totalidad de la muestra. (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).

Para los 94 casos que componen la submuestra de la especialidad de Psiquiatría se dispone de los datos relativos a la fecha de apertura del expediente en el colegio de médicos y de la fecha del acto médico motivo del procedimiento en 68 de ellos (no se dispone en 26 casos), lo que permitió inferir el tiempo transcurrido desde el acto médico objeto del procedimiento hasta el momento de la apertura del expediente en el colegio de médicos, siendo, en años, de **1.28 años** con una **desviación estándar** de **1.40 años**.

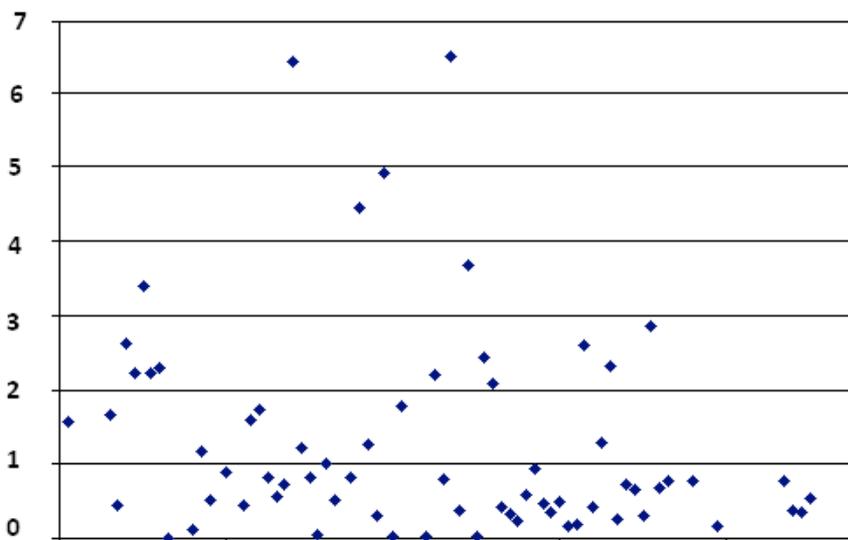


Figura 53. Distribución del tiempo medio transcurrido desde el acto médico motivo del procedimiento hasta la fecha de la apertura del expediente en el colegio de médicos (en años) para la submuestra de Psiquiatría. (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).

Para los 18 casos que componen la submuestra de la especialidad de Medicina Legal se dispone de los datos relativos a la fecha de apertura del expediente en el colegio de médicos y de la fecha del acto médico motivo del procedimiento en 8 de ellos (no se dispone en 10 casos), lo que permitió inferir el tiempo transcurrido desde el acto médico objeto del procedimiento hasta el momento de la apertura del expediente en el colegio de médicos siendo, en años, de **1.80 años** con una **desviación estándar** de **1.26 años**.

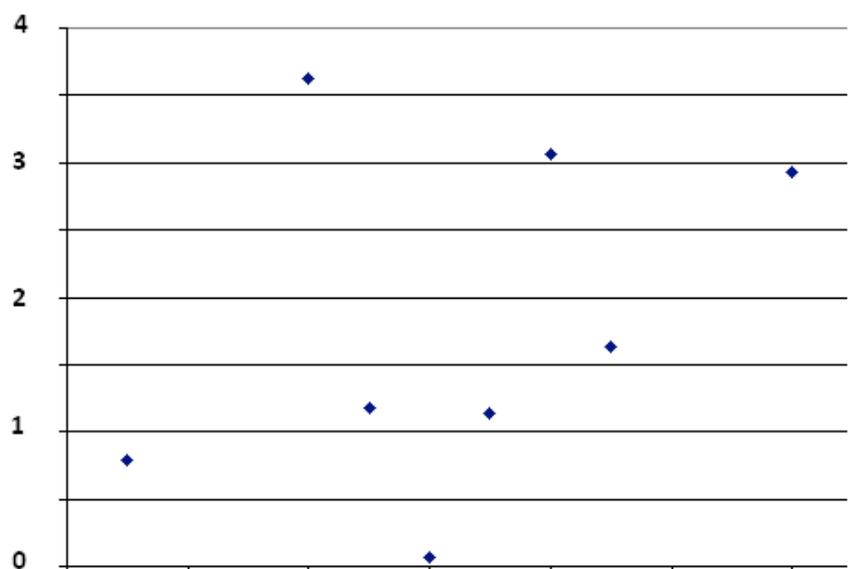


Figura 54. Distribución del tiempo medio transcurrido desde el acto médico motivo del procedimiento hasta la fecha de la apertura del expediente en el colegio de médicos (en años) para la submuestra de Medicina Legal. (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).

2. RESULTADOS RELATIVOS AL PERJUDICADO/A EN LOS PROCEDIMIENTOS OBJETO DE ESTUDIO

- 2.1. Número de perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio.**
- 2.2. Sexo de los/as perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio.**
- 2.3. Edad de los/as perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.**
- 2.4. Perjudicado como actor activo en el procedimiento.**
- 2.5. Existencia de antecedentes patológicos de los/as perjudicados/as, en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.**
- 2.6. Existencia de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en los/as perjudicados/as, en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.**
- 2.7. Tipo de patología psiquiátrica padecida por los/as perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.**

2.1. Número de perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio.

El número total de perjudicados/as registrados en los 112 expedientes que componen la **muestra** objeto de estudio fue de 113, siendo 112 de ellos personas físicas y 1 persona jurídica.

En 110 expedientes se registró 1 perjudicado mientras que en 1 expediente se registraron 2 perjudicadas (110 perjudicados/as + 2 perjudicadas = 112 perjudicados/as).

Además, en un expediente, el perjudicado fue el Institut Català de la Salut (ICS), sin que se registrara ningún otro perjudicado/a, como persona física.

Atendiendo a los perjudicados/as implicados en la **submuestra** correspondiente a la especialidad de **Psiquiatría**, en 93 expedientes se registró 1 perjudicado mientras que en 1 expediente se registraron 2 perjudicadas (93 perjudicados/as + 2 perjudicadas = 95 perjudicados/as en 94 casos).

Atendiendo a los perjudicados/as implicados en la **submuestra** correspondiente a la especialidad de **Medicina Legal**, en 17 expedientes se registró 1 perjudicado/a. En un expediente, el perjudicado fue el Institut Català de la Salut (ICS), sin que se registrara ningún otro perjudicado/a como persona física.

2.2. Sexo de los/as perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio.

A efectos de cálculo de esta variable no se tuvo en cuenta el expediente en el que el perjudicado fue únicamente el ICS.

En el total de los 112 perjudicados/as involucrados en el total de la **muestra** correspondiente a la totalidad de los procedimientos objeto de estudio, 57 (50,89 %) correspondían a mujeres y 55 (49,11 %) a hombres.

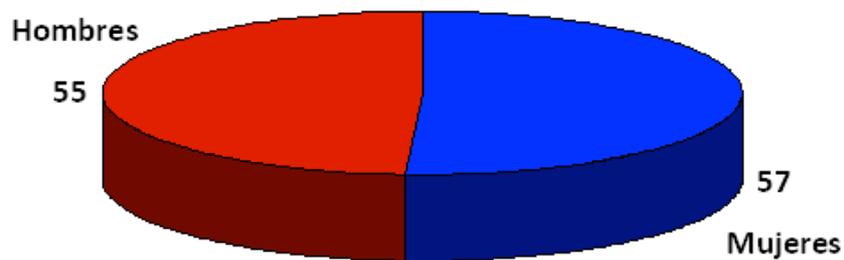


Figura 55. Distribución de los perjudicados/as de la totalidad de la muestra atendiendo al sexo de los mismos.

Atendiendo a los 95 perjudicados/as implicados en la **submuestra** correspondiente a la especialidad de **Psiquiatría**, 46 (48,42 %) correspondían a mujeres y 49 (51,58 %) a hombres.

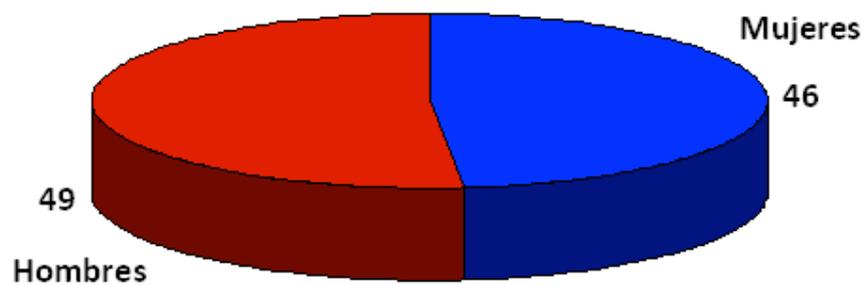


Figura 56. Distribución de los perjudicados/as en la submuestra de Psiquiatría, atendiendo al sexo de los mismos.

Atendiendo a los 17 perjudicados/as implicados en la **submuestra** correspondiente a la especialidad de **Medicina Legal**, 9 (52,94 %) correspondían a mujeres y 8 (47,06 %) a hombres.

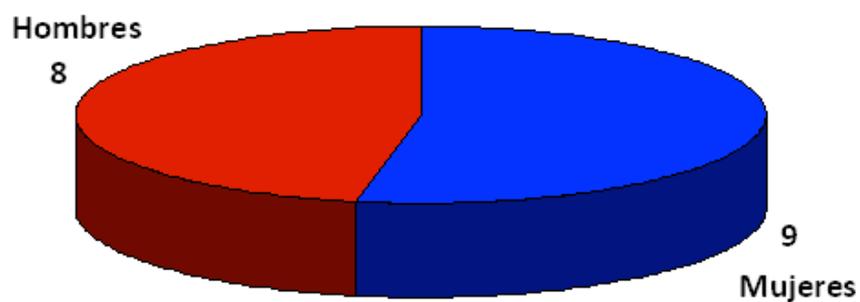


Figura 57. Distribución de los perjudicados/as en la submuestra de Medicina Legal, atendiendo al sexo de los mismos.

2.3. Edad de los/as perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Se registró la edad de los perjudicados/as involucrados/as en la **muestra** correspondiente a la totalidad de los procedimientos objeto de estudio en el momento del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio. En 23 de los 112 perjudicados/as no fue posible disponer de dicha información. El cálculo correspondiente a los 89 perjudicados/as registrados reflejó una **media de edad de 37,30 años** en el momento de producción del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio (con una **desviación estándar de 16,40 años**).

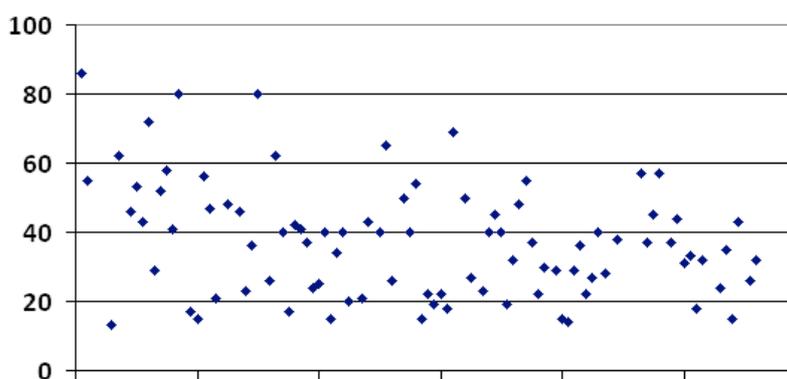


Figura 58. Distribución de la edad media de los perjudicados/as de la totalidad de la muestra objeto de estudio (en años). (Número de casos en el eje de ordenadas y tiempo en años en el eje de abscisas).

A efectos de cálculo de esta variable no se tuvo en cuenta el expediente en el que el perjudicado fue únicamente el ICS.

Atendiendo a los 95 perjudicados/as implicados en la **submuestra** correspondiente a la especialidad de **Psiquiatría**, el cálculo correspondiente a los 79 perjudicados/as registrados (en 16 casos no se dispuso de este dato) reflejó una **media de edad de 36,60 años** en el momento de producción del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio (con una **desviación estándar de 16,18 años**).

Atendiendo a los 17 perjudicados/as implicados en la **submuestra** correspondiente a la especialidad de **Medicina Legal**, el cálculo correspondiente a los 9 perjudicados/as registrados (en 7 casos no se dispuso de este dato) reflejó una **media de edad de 46,1 años** en el momento de producción del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio (con una **desviación estándar de 18,73 años**).

2.4. Perjudicado como actor activo en el procedimiento.

De los 112 perjudicados/as objeto de estudio se registró si el perjudicado/a era el mismo que iniciaba las acciones de reclamación en el procedimiento en 93 (83,04 %) casos (en 19 casos - 16,96 % - no pudo obtenerse tal información). En 30 casos (32,36 %) el mismo perjudicado era actor activo en el procedimiento. En 63 casos (67,74 %) el actor activo era otra persona distinta al perjudicado/a.

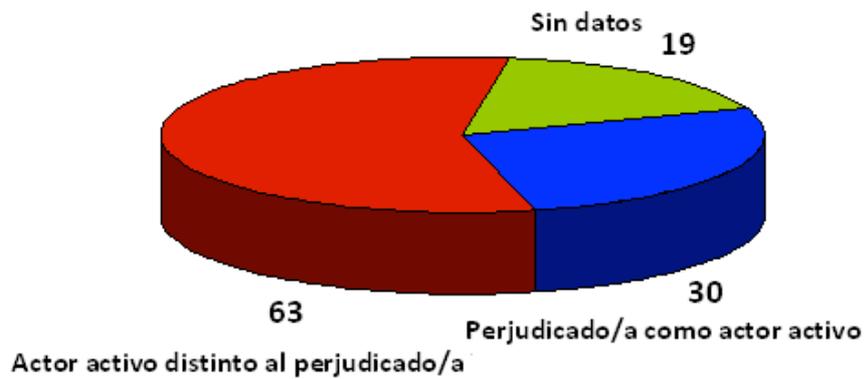


Figura 59. Distribución de los perjudicados/as de la totalidad de la muestra objeto de estudio atendiendo a si el perjudicado fue parte activa en la reclamación del procedimiento.

Atendiendo a los 95 perjudicados/as implicados en la **submuestra** correspondiente a la especialidad de **Psiquiatría** (94 casos, uno con dos perjudicadas), en 79 perjudicados/as fue registrado (en 16 casos no se dispuso de este dato) si el perjudicado/a era el mismo que iniciaba acciones de reclamación en el procedimiento. En 20 casos el mismo perjudicado era actor activo en el procedimiento. En 59 casos el actor activo era otra persona distinta al perjudicado/a (familiares).

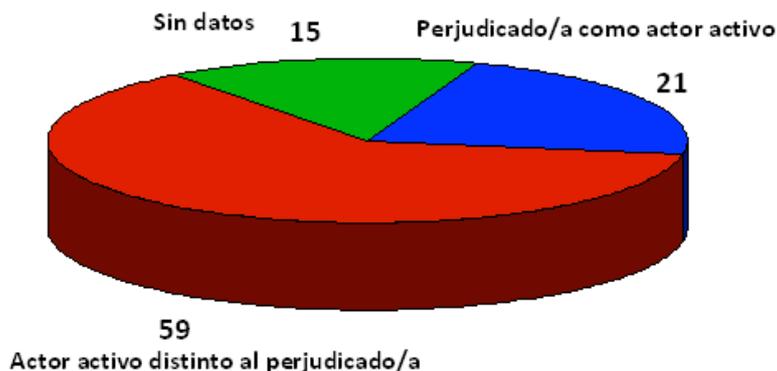


Figura 60. Distribución de los perjudicados/as de la submuestra objeto de estudio correspondiente a Psiquiatría atendiendo a si el perjudicado fue parte activa en la reclamación del procedimiento.

Atendiendo a los 17 perjudicados/as implicados en la **submuestra** correspondiente a la especialidad de **Medicina Legal**, en 13 perjudicados/as fue registrado (en 4 casos no se dispuso de este dato) si el perjudicado/a era el mismo que iniciaba acciones de reclamación en el procedimiento. En 9 casos el mismo perjudicado era actor activo en el procedimiento. En 4 casos el actor activo era otra persona distinta al perjudicado/a.



Figura 61. Distribución de los perjudicados/as de la submuestra objeto de estudio correspondiente a Medicina Legal atendiendo a si el perjudicado fue parte activa en la reclamación del procedimiento.

2.5. Existencia de antecedentes patológicos de los/as perjudicados/as, en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

De los 112 perjudicados/as objeto de estudio, en 105 casos (93,75 %) se registró si existía registro de antecedentes patológicos en el perjudicado/a en el momento del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio (en 7 casos - 6,25 % - no pudo obtenerse tal información). En 98 casos (93,33 %) existía registro de antecedentes patológicos en el perjudicado/a. En 7 casos (6,66 %) no había registro de antecedentes patológicos en el perjudicado/a.

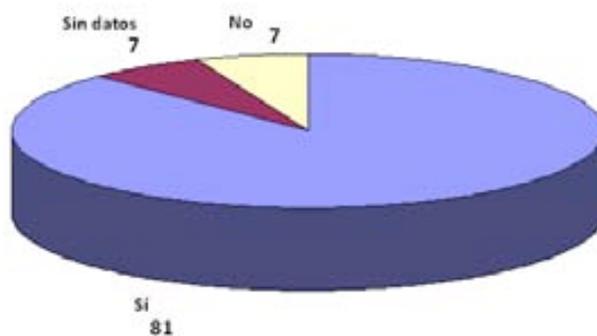


Figura 62. Distribución de los perjudicados/as de la totalidad de la muestra objeto de estudio atendiendo a la existencia de registro de antecedentes patológicos.

Atendiendo a los 95 perjudicados/as implicados en la **submuestra** correspondiente a la especialidad de **Psiquiatría**, en 92 casos se registró si existía registro de antecedentes patológicos en el perjudicado/a en el momento del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio (en 3 casos no pudo obtenerse tal información). En 86 casos existía registro de antecedentes patológicos en el perjudicado/a. En 6 casos no había registro de antecedentes patológicos en el perjudicado/a.

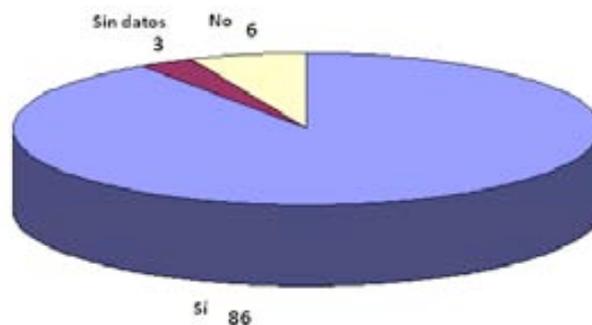


Figura 63. Distribución de los perjudicados/as de la submuestra objeto de estudio correspondiente a Psiquiatría atendiendo a la existencia de registro de antecedentes patológicos.

Atendiendo a los 17 perjudicados/as implicados en la **submuestra** correspondiente a la especialidad de **Medicina Legal**, en 13 casos se registró si existía registro de antecedentes patológicos en el perjudicado/a en el momento del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio (en 4 casos no pudo obtenerse tal información). En 12 casos existía registro de antecedentes patológicos en el perjudicado/a. En 1 casos no había registro de antecedentes patológicos en el perjudicado/a.

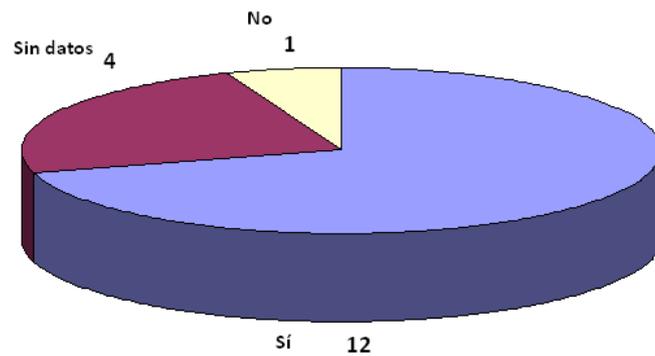


Figura 64. Distribución de los perjudicados/as de la submuestra objeto de estudio correspondiente a Medicina Legal atendiendo a la existencia de registro de antecedentes patológicos.

2.6. Existencia de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en los/as perjudicados/as, en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

De los 112 perjudicados/as objeto de estudio, en 101 casos (90,18 %) se registró si existía registro de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en el perjudicado/a en el momento del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio (en 11 casos - 9,82 % - no pudo obtenerse tal información). Entre los casos registrados, en 94 casos (93,07 %) se reconoció la existencia de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en el perjudicado/a. En 7 casos (6,93 %) se reconoció la ausencia de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en el perjudicado/a.

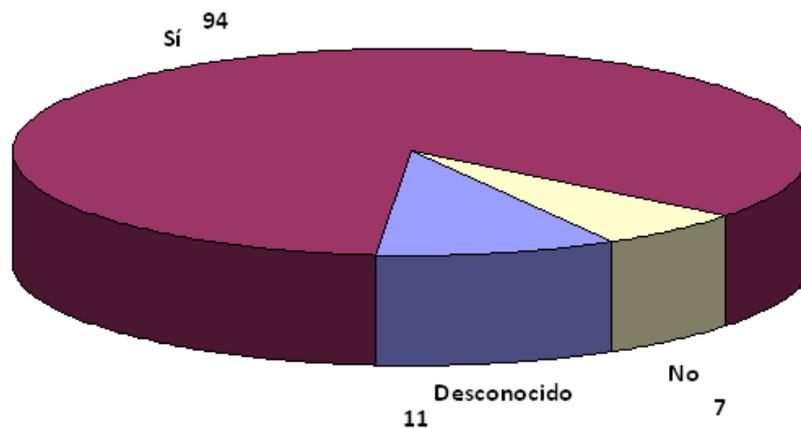


Figura 65. Distribución de los perjudicados/as de la totalidad de la muestra objeto de estudio atendiendo a la existencia de registro de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico.

Atendiendo a los 95 perjudicados/as implicados en la **submuestra** correspondiente a la especialidad de **Psiquiatría**, en 89 casos se registró si existía registro de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en el perjudicado/a en el momento del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio (en 6 casos no pudo obtenerse tal información). Entre los casos registrados, en 83 casos se reconoció la existencia de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en el perjudicado/a. En 6 casos se reconoció la ausencia de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en el perjudicado/a.

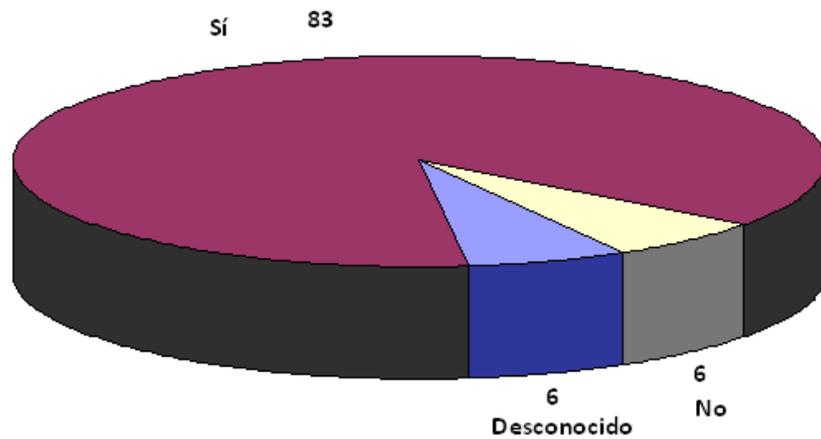


Figura 66. Distribución de los perjudicados/as de la submuestra objeto de estudio correspondiente a Psiquiatría atendiendo a la existencia de registro de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico.

Atendiendo a los 17 perjudicados/as implicados en la **submuestra** correspondiente a la especialidad de **Medicina Legal**, en 12 casos se registró si existía registro de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en el perjudicado/a en el momento del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio (en 5 casos no pudo obtenerse tal información). Entre los casos registrados, en 11 casos se reconoció la existencia de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en el perjudicado/a. En 1 casos se reconoció la ausencia de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en el perjudicado/a.

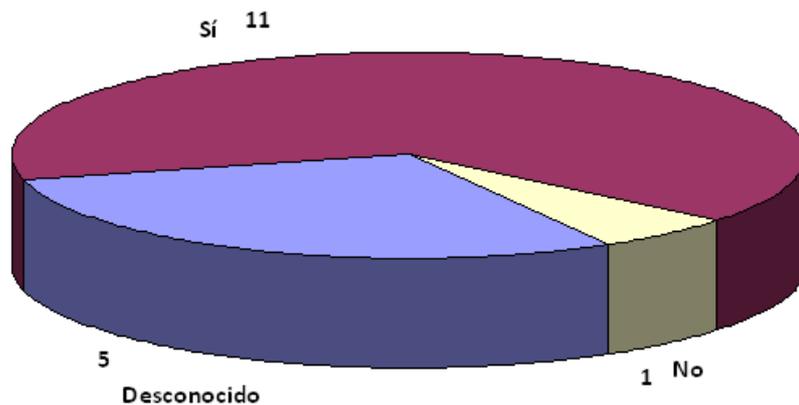


Figura 67. Distribución de los perjudicados/as de la submuestra objeto de estudio correspondiente a Medicina Legal atendiendo a la existencia de registro de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico.

2.7. Tipo de patología psiquiátrica padecida por los/as perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Para la totalidad de la muestra se registró que el perjudicado padecía antecedentes patológicos relevantes de tipo psiquiátrico en 94 casos, correspondiéndose con los siguientes tipos de patología psiquiátrica:

Demencia	3 (3,19 %)
Toxicomanía	6 (6,38 %)
Psicosis y retraso mental	3 (3,19 %)
Trastorno Ansioso	2 (2,18 %)
Retraso mental	2 (2,18 %)
Psicosis y TCA	1 (1,06 %)
Retraso mental y autismo	1 (1,06 %)
Trastorno de la personalidad	11 (11,70 %)
Psicosis y TOC	1 (1,06 %)
Psicosis y toxicomanía	5 (5,31 %)
Patología orgánica	1 (1,06 %)
Psicosis	15 (15,96 %)
Trastorno bipolar	9 (9,57 %)
Desconocido	21 (22,34 %)
Total	94 (100 %)

(TCA: trastorno de la conducta alimentaria, TOC: trastorno obsesivo compulsivo)

Tabla 5. Distribución del tipo de patología psiquiátrica padecida por los/as perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio, para la totalidad de la muestra.

3. RESULTADOS RELATIVOS A LOS DISTINTOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN LOS PROCEDIMIENTOS OBJETO DE ESTUDIO

3.1. Número de profesionales médicos implicados en cada uno de los procedimientos objeto de estudio.

3.2. Colegio de médicos al que pertenece el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

3.3. Sexo de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

3.4. Edad de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

3.5. Procedencia de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

3.6. Edad de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio en el momento de la obtención de la licenciatura.

3.7. Tiempo transcurrido desde el momento de la obtención de la licenciatura de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio y el acto médico objeto del procedimiento.

3.8. Lugar de obtención del título de licenciatura de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

3.9. Edad de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio en el momento de la colegiación en el colegio de médicos correspondiente.

3.10. Tiempo transcurrido desde el momento de la colegiación en el colegio de médicos correspondiente de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio y el acto médico objeto del procedimiento.

3.11. Posesión del título de especialidad por parte de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

3.12. Edad en el momento de la obtención del título de especialista en Psiquiatría de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

3.13. Tiempo transcurrido desde el momento de la obtención del título de especialista en Psiquiatría de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio y el acto médico objeto del procedimiento.

3.14. Lugar de obtención del título de especialista en Psiquiatría de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

3.15. Incidencias múltiples de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

3.1. Número de profesionales médicos implicados en cada uno de los procedimientos objeto de estudio.

En los 112 casos de la muestra se registraron un total de 159 profesionales médicos implicados, con la siguiente distribución:

Casos con 1 profesional médico implicado	78	78 profesionales
Casos con 2 profesionales médicos implicados	27	54 profesionales
Casos con 3 profesionales médicos implicados	3	9 profesionales
Casos con 4 profesionales médicos implicados	2	4 profesionales
Casos con 5 profesionales médicos implicados	2	10 profesionales
Total de casos	112	
Total de profesionales médicos implicados		159

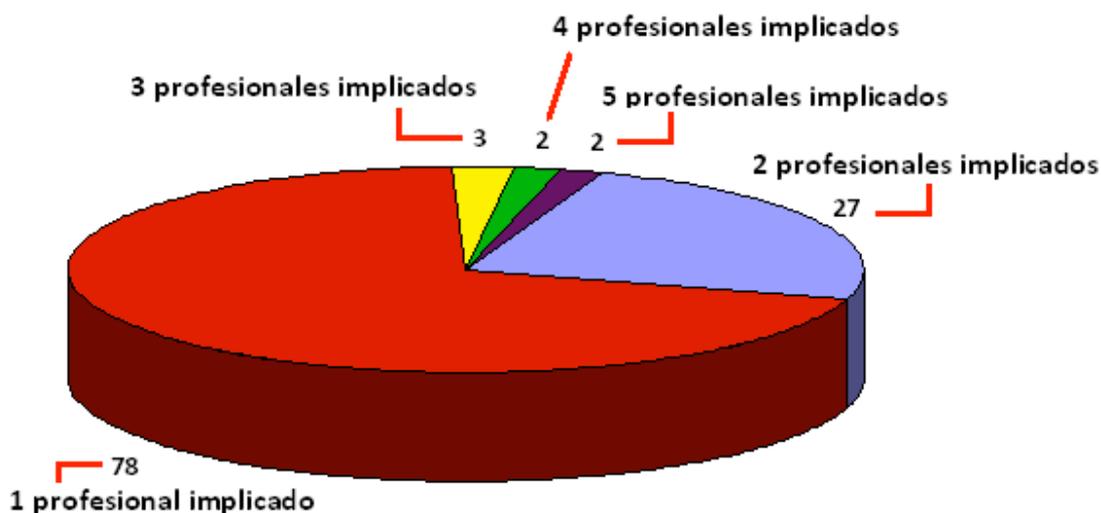


Figura 68. Distribución del número de profesionales médicos implicados en cada uno de los casos de la totalidad de la muestra.

En los 94 casos de la submuestra pertenecientes a los casos en los que el acto médico que motivó el procedimiento era de la especialidad de Psiquiatría se registraron un total de 139 profesionales médicos implicados, con la siguiente distribución:

Casos con 1 profesional médico implicado	62	62 profesionales
Casos con 2 profesionales médicos implicados	25	50 profesionales
Casos con 3 profesionales médicos implicados	3	9 profesionales
Casos con 4 profesionales médicos implicados	2	8 profesionales
Casos con 5 profesionales médicos implicados	2	10 profesionales
Total de casos	94	
Total de profesionales médicos implicados		139



Figura 69. Distribución del número de profesionales médicos implicados en los casos en los que el acto médico que motivó el procedimiento era de la especialidad de Psiquiatría.

En los 18 casos de la submuestra pertenecientes a los casos en los que el acto médico que motivó el procedimiento era de la especialidad de Medicina Legal se registraron un total de 20 profesionales médicos implicados, con la siguiente distribución:

Casos con 1 profesional médico implicado	16	16 profesionales
Casos con 2 profesionales médicos implicados	2	4 profesionales
Casos con 3 profesionales médicos implicados	0	0
Casos con 4 profesionales médicos implicados	0	0
Casos con 5 profesionales médicos implicados	0	0
Total de casos	18	
Total de profesionales médicos implicados		20

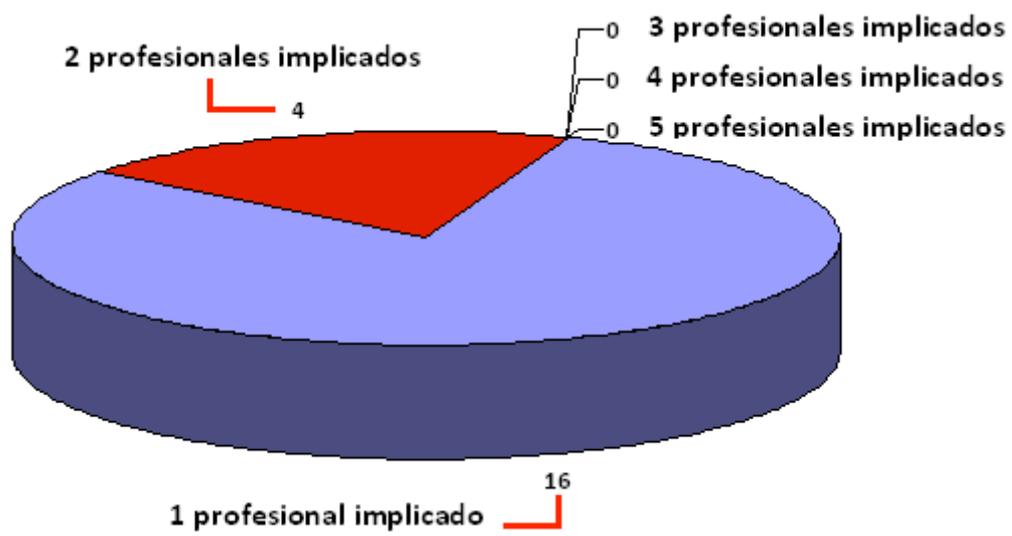


Figura 70. Distribución del número de profesionales médicos implicados en los casos en los que el acto médico que motivó el procedimiento era de la especialidad de Medicina Legal.

3.2. Colegio de médicos al que pertenece el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

La distribución por colegio de médicos al que pertenecen el total de 159 profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio fue la siguiente:

C.O.M. Barcelona	146
C.O.M. Lleida	4
C.O.M. Tarragona	4
C.O.M. Girona	1
Desconocido	4
Total	159

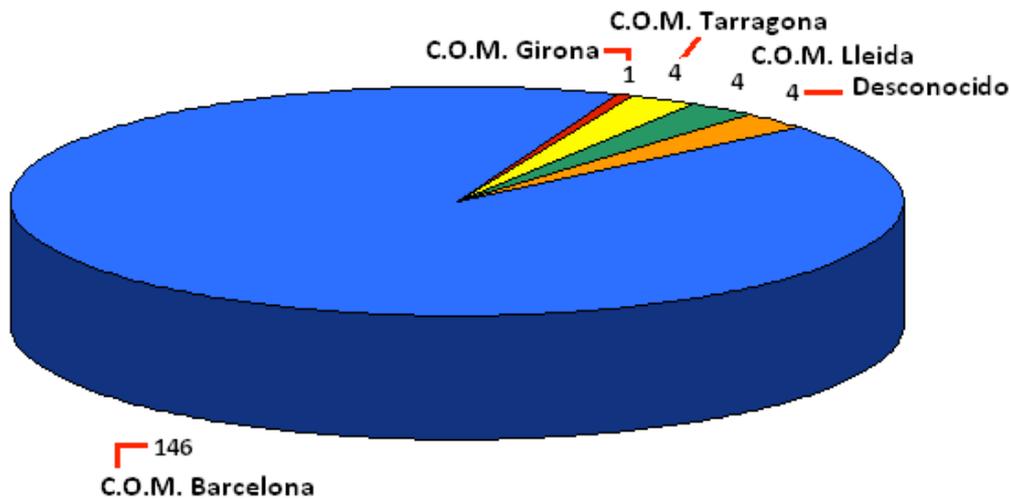


Figura 71. Distribución de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra, atendiendo a los colegios profesionales a los que pertenecen.

La distribución por colegio de médicos al que pertenecen los/las profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, teniendo en cuenta los casos en los que la especialidad del acto médico fue la Psiquiatría fue la siguiente:

C.O.M. Barcelona	127
C.O.M. Lleida	3
C.O.M. Tarragona	4
C.O.M. Girona	1
Desconocido	4
Total	139

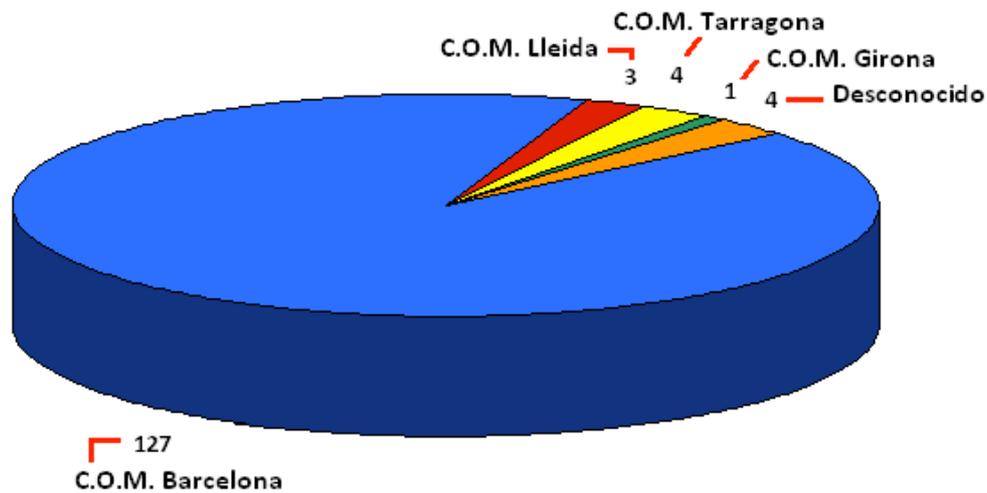


Figura 72. Distribución de los profesionales médicos implicados de la muestra, teniendo en cuenta los casos en los que la especialidad del acto médico fue la Psiquiatría, atendiendo a los colegios profesionales a los que pertenecen.

La distribución por colegio de médicos al que pertenecen los/las profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, teniendo en cuenta los casos en los que la especialidad del acto médico fue la Medicina Legal fue la siguiente:

C.O.M. Barcelona	19
C.O.M. Lleida	1
C.O.M. Tarragona	0
C.O.M. Girona	0
Desconocido	0
Total	20

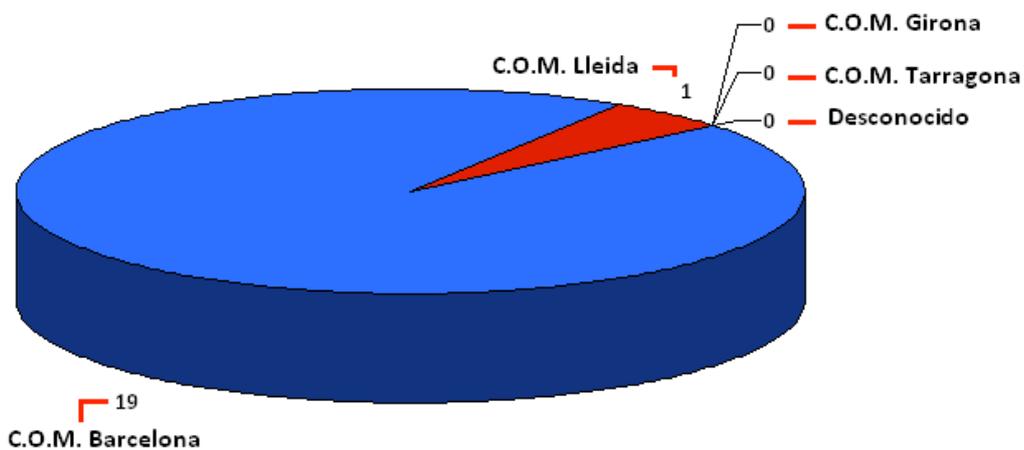


Figura 73. Distribución de los profesionales médicos implicados de la muestra, teniendo en cuenta los casos en los que la especialidad del acto médico fue la Medicina Legal, atendiendo a los colegios profesionales a los que pertenecen.

3.3. Sexo de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

La distribución por sexo de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio fue la siguiente:

Hombres	113 (71,51 %)
Mujeres	45 (28,48 %)
Sin datos	1
Total	159

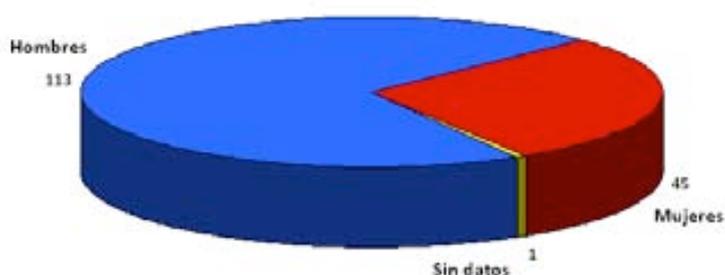


Figura 74. Distribución por sexo de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a los casos en los que la especialidad del acto médico fue la Psiquiatría.

La distribución por sexo de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a los casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la Psiquiatría fue la siguiente:

Hombres	96
Mujeres	42
Sin datos	1
Total	139

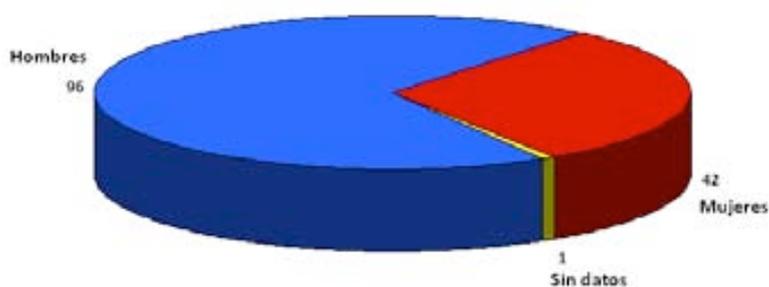


Figura 75. Distribución por sexo de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a los casos en los que la especialidad del acto médico fue la Psiquiatría.

La distribución por sexo de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a los casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la Medicina Legal fue la siguiente:

Hombres	17
Mujeres	3
Sin datos	0
Total	20

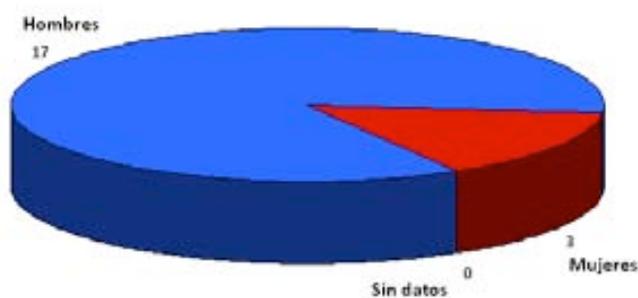


Figura 76. Distribución por sexo de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a los casos en los que la especialidad del acto médico fue la Medicina Legal.

3.4. Edad de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

En 142 del total de 159 profesionales médicos que componen la **muestra** fue registrada la edad en el momento del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio (en 17 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato). La **edad media** en estos 142 casos fue de **41,4 años** con una **desviación estándar** de **9,1 años**.

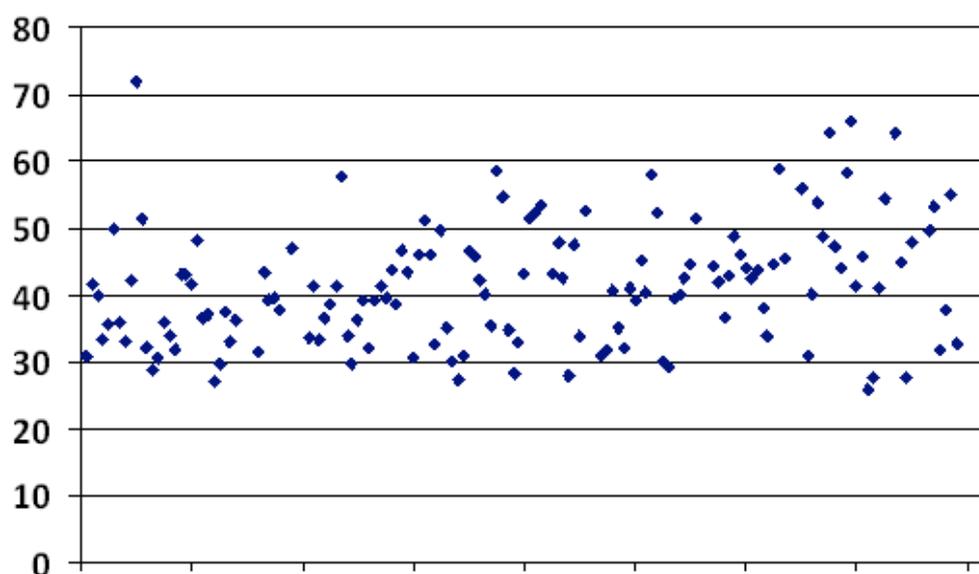


Figura 77. Distribución por edad de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio. (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas)

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Psiquiatría**, fue registrada la **edad media** en el momento del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio en 126 del total de 139 profesionales médicos que componen dicha submuestra fue de **41,0 años** con una **desviación estándar** de **8,7 años** (en 13 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato).

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Medicina Legal**, fue registrada la **edad media** en el momento del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio en 16 del total de 20 profesionales médicos que componen dicha submuestra fue de **45,0 años** con una **desviación estándar** de **11,2 años** (en 4 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato).

3.5. Procedencia de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

La distribución según procedencia de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a su lugar de nacimiento, fue la siguiente:

Procedentes de Catalunya	91 (57,59 %)
Procedentes del resto de España	42 (26,58 %)
Procedentes del extranjero	14 (8,86 %)
Sin datos	12 (6,96 %)
Total	159

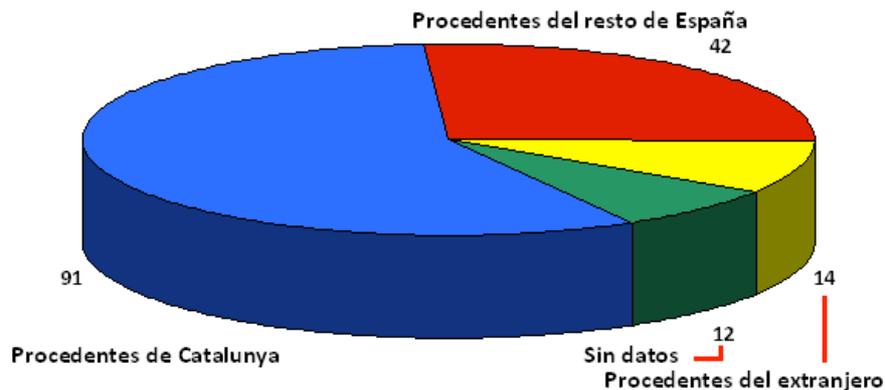


Figura 78. Distribución por procedencia de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la totalidad de la muestra.

La distribución según procedencia de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a su lugar de nacimiento, en la submuestra de casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la **Psiquiatría**, fue la siguiente:

Procedentes de Catalunya	80
Procedentes del resto de España	37
Procedentes del extranjero	11
Sin datos	11
Total	139

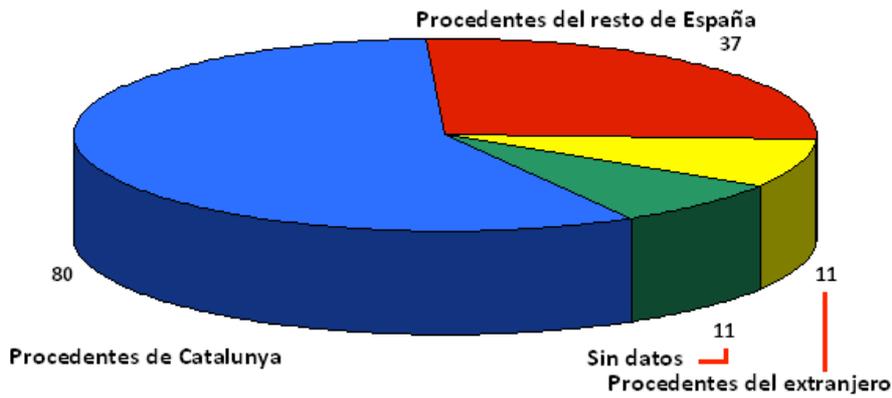


Figura 79. Distribución por procedencia de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la totalidad de la submuestra de casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la Psiquiatría.

La distribución según procedencia de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a su lugar de nacimiento, en la submuestra de casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la **Medicina Legal**, fue la siguiente:

Procedentes de Catalunya	11
Procedentes del resto de España	5
Procedentes del extranjero	3
Sin datos	1
Total	20

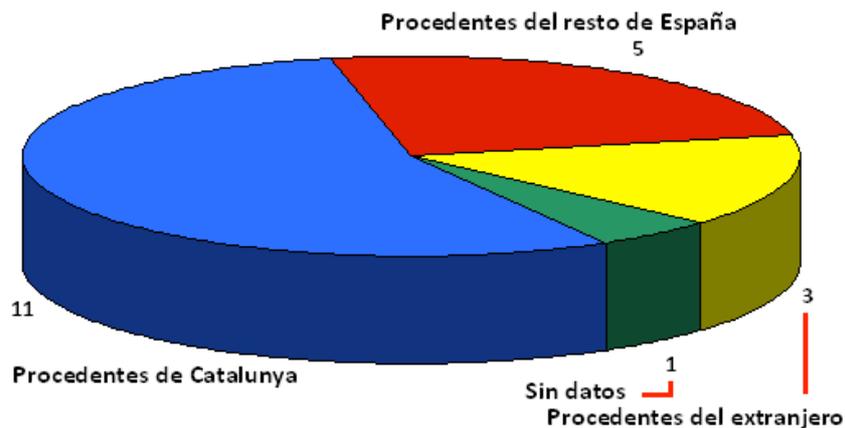


Figura 80. Distribución por procedencia de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la totalidad de la submuestra de casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la Medicina Legal.

3.6. Edad de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio en el momento de la obtención de la licenciatura.

En 141 del total de 159 profesionales médicos que componen la **muestra** fue registrada la edad en el momento de la obtención de la licenciatura (en 18 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato). La **edad media** en estos 141 casos fue de **25,9 años** con una **desviación estándar** de **3,3 años**.

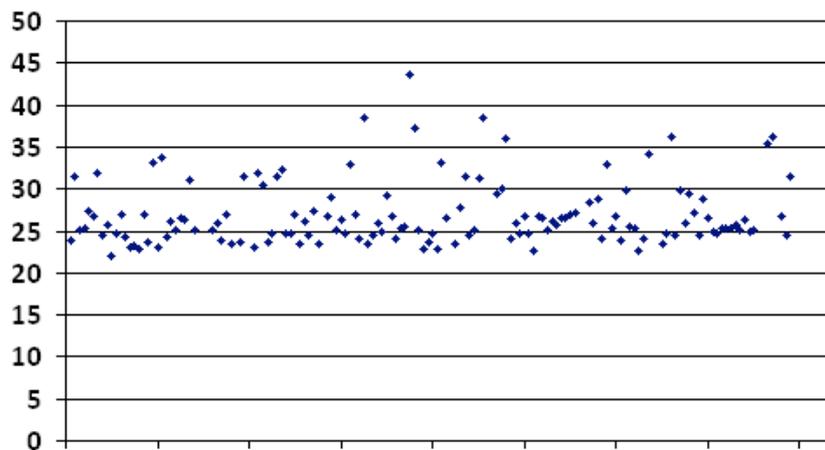


Figura 81. Distribución por edad de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio en el momento de la obtención de la licenciatura. (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Psiquiatría**, fue registrada la **edad media** en el momento de la obtención de la licenciatura de los médicos de dicha submuestra en 125 del total de 139 profesionales médicos que la componen siendo la edad media de obtención de la licenciatura de **25,9 años** con una **desviación estándar** de **3,4 años** (en 14 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato).

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Medicina Legal**, fue registrada la **edad media** en el momento de la obtención de la licenciatura de los médicos de dicha submuestra en 16 del total de 20 profesionales médicos que la componen siendo la edad media de obtención de la licenciatura de **26,1 años** con una **desviación estándar** de **2,9 años** (en 4 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato).

3.7. Tiempo transcurrido desde el momento de la obtención de la licenciatura de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio y el acto médico objeto del procedimiento.

En 141 del total de 159 profesionales médicos que componen la **muestra** fue registrada la fecha de obtención de licenciatura así como la fecha del acto médico motivo del procedimiento, lo que permitió inferir el tiempo transcurrido desde el momento de la obtención de la licenciatura de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio hasta el acto médico objeto del procedimiento (en 18 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato). El **tiempo medio** transcurrido, en años, en estos 141 casos fue de **15,5 años** con una **desviación estándar** de **8,72 años**.

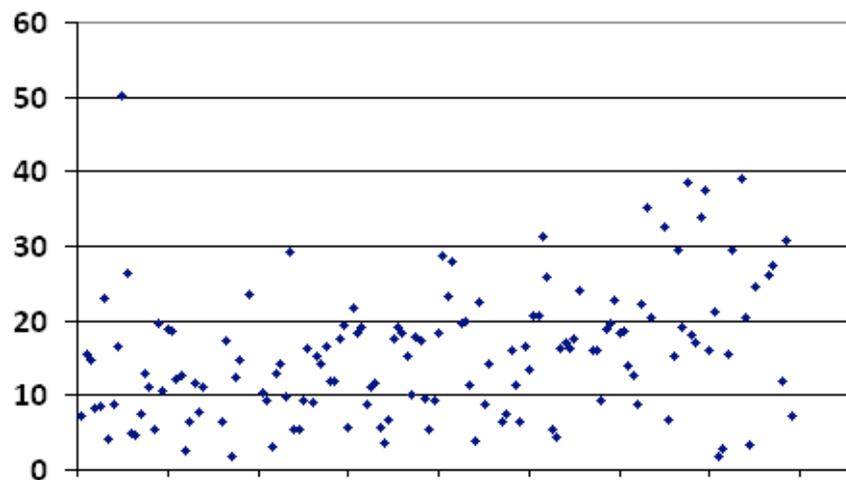


Figura 82. Distribución del tiempo medio transcurrido desde la obtención de la licenciatura de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio hasta el acto médico motivo del procedimiento (en años). (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Psiquiatría**, fue inferido el tiempo transcurrido desde el momento de la obtención de la licenciatura de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio hasta el acto médico objeto del procedimiento en 125 del total de 139 profesionales médicos que la componen (en 14 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato) siendo el **tiempo medio** transcurrido, en años, en estos 139 casos de **15,1 años** con una **desviación estándar** de **8,13 años**.

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Medicina Legal**, fue inferido el tiempo transcurrido desde el momento de la obtención de la licenciatura de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio hasta el acto médico objeto del procedimiento en 16 del total de 20 profesionales médicos que la componen (en 4 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato) siendo el **tiempo medio** transcurrido, en años, en estos 16 casos de **19 años** con una **desviación estándar** de **12,22 años**.

3.8. Lugar de obtención del título de licenciatura de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

La distribución según lugar de obtención del título de licenciatura de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la siguiente clasificación, fue la siguiente:

Sin datos	14
UAB	45
UB	73
Otras universidades españolas	23
Universidades extranjeras	4
Total	159

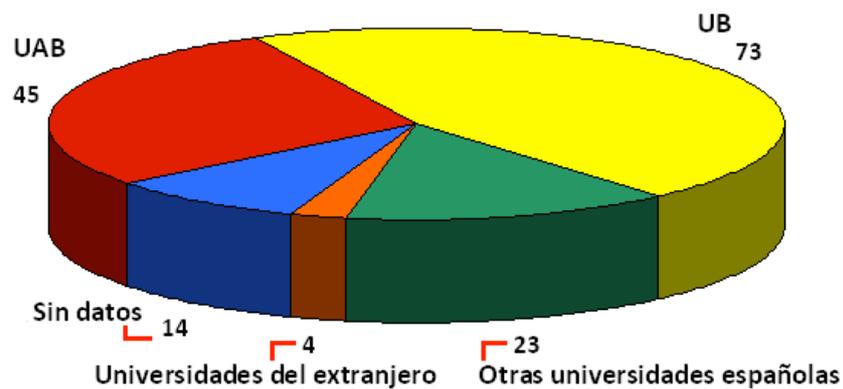


Figura 83. Distribución según lugar de obtención del título de licenciatura de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la totalidad de la muestra.

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Psiquiatría**, la distribución según lugar de obtención del título de licenciatura de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la siguiente clasificación, fue la siguiente:

Sin datos	13
UAB	42
UB	62
Otras universidades españolas	18
Universidades extranjeras	4
Total	139

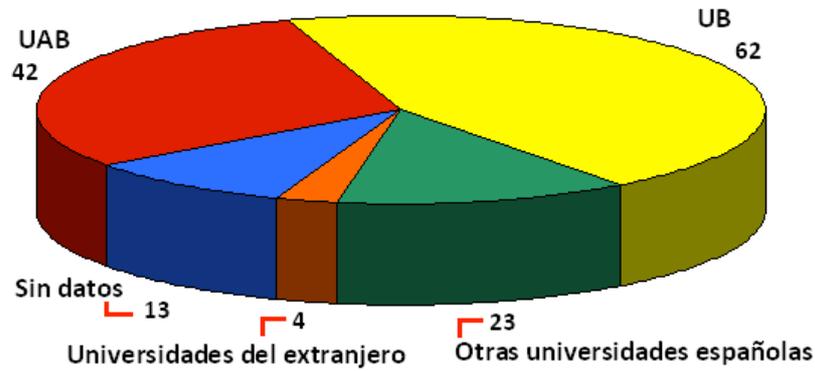


Figura 84. Distribución según lugar de obtención del título de licenciatura de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la totalidad de la submuestra de casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la Psiquiatría.

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Medicina Legal**, la distribución según lugar de obtención del título de licenciatura de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la siguiente clasificación, fue la siguiente:

Sin datos	1
UAB	3
UB	11
Otras universidades españolas	5
Universidades extranjeras	0
Total	20

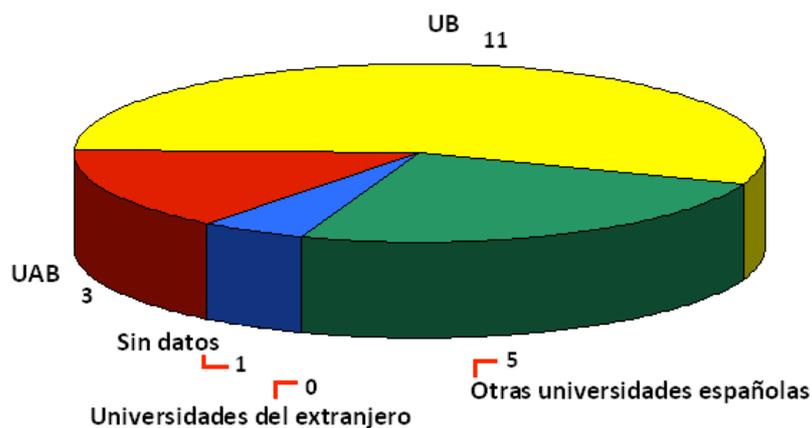


Figura 85. Distribución según lugar de obtención del título de licenciatura de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la totalidad de la submuestra de casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la Medicina Legal.

3.9. Edad de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio en el momento de la colegiación en el colegio de médicos correspondiente.

En 142 del total de 159 profesionales médicos que componen la **muestra** fue registrada la edad en el momento de la colegiatura (en 17 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato). La **edad media** en estos 142 casos fue de **26,9 años** con una **desviación estándar** de **3,8 años**.

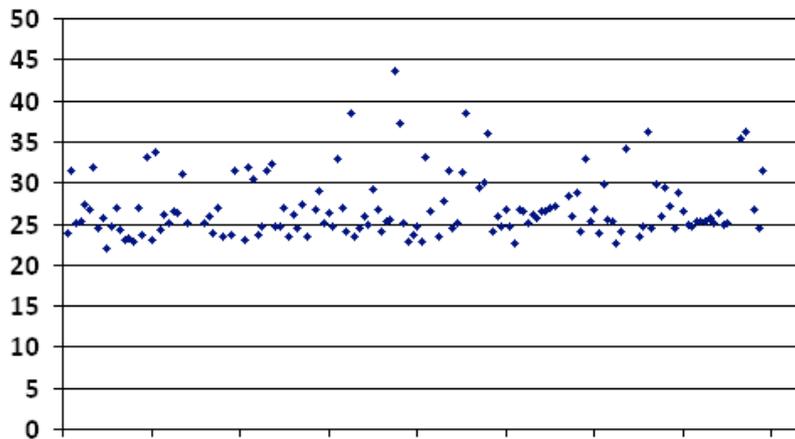


Figura 86. Distribución por edad de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio en el momento de la colegiatura. (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Psiquiatría**, fue registrada la **edad media** en el momento de la colegiatura de los médicos de dicha submuestra en 125 del total de 139 profesionales médicos que la componen siendo la edad media de colegiatura de **27 años** con una **desviación estándar** de **3,9 años** (en 14 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato).

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Medicina Legal**, fue registrada la **edad media** en el momento de la colegiatura de los médicos de dicha submuestra en 17 del total de 20 profesionales médicos que la componen siendo la edad media de colegiatura de **26,6 años** con una **desviación estándar** de **3,5 años** (en 3 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato).

3.10. Tiempo transcurrido desde el momento de la colegiación en el colegio de médicos correspondiente de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio y el acto médico objeto del procedimiento.

En 141 del total de 159 profesionales médicos que componen la **muestra** fue registrada la fecha de su colegiatura así como la fecha del acto médico motivo del procedimiento, lo que permitió inferir el tiempo transcurrido desde el momento de la colegiación en el colegio de médicos correspondiente de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio hasta el acto médico objeto del procedimiento (en 18 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato). El **tiempo medio** transcurrido, en años, en estos 141 casos fue de **14,5 años** con una **desviación estándar** de **8,9 años**.

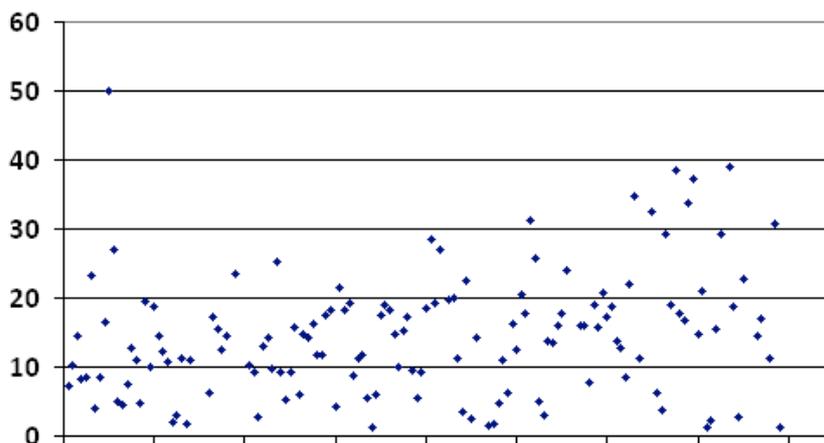


Figura 87. Distribución del tiempo medio transcurrido desde la colegiatura de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio hasta el acto médico motivo del procedimiento (en años). (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Psiquiatría**, fue inferido el tiempo transcurrido desde el momento de la colegiación en el colegio de médicos correspondiente de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio hasta el acto médico objeto del procedimiento en 125 del total de 139 profesionales médicos que la componen (en 14 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato) siendo el **tiempo medio** transcurrido, en años, en estos 139 casos de **14 años** con una **desviación estándar** de **8,3 años**.

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Medicina Legal**, fue inferido el tiempo transcurrido desde el momento de la colegiación en el colegio de médicos correspondiente de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio hasta el acto médico objeto del procedimiento en 16 del total de 20 profesionales médicos que la componen (en 4 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato) siendo el **tiempo medio** transcurrido, en años, en estos 16 casos de **18,3 años** con una **desviación estándar** de **12,2 años**.

3.11. Posesión del título de especialidad por parte de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

En 148 del total de 159 profesionales médicos que componen la **muestra** fue posible registrar mediante la consulta de la base de datos si constaba alguna especialidad médica por parte de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio. La distribución resultante de la consulta fue la siguiente:

Especialidad de Psiquiatría	78
Especialidad de Psiquiatría + otra especialidad	10
Otras especialidades médicas	17
Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria	4
No consta especialidad	39
Sin datos	11
Total	159



Figura 88. Distribución de los profesionales médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio atendiendo al registro en la base de datos del CCMC de alguna especialidad médica, atendiendo a la totalidad de la muestra.

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Psiquiatría**, en 128 del total de 139 profesionales médicos fue posible registrar mediante la consulta de la base de datos si constaba alguna especialidad médica por parte de dichos profesionales. La distribución resultante de la consulta fue la siguiente:

Especialidad de Psiquiatría	65
Especialidad de Psiquiatría + otra especialidad	8
Otras especialidades médicas	17
Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria	3
No consta especialidad	35
Sin datos	11
Total	139

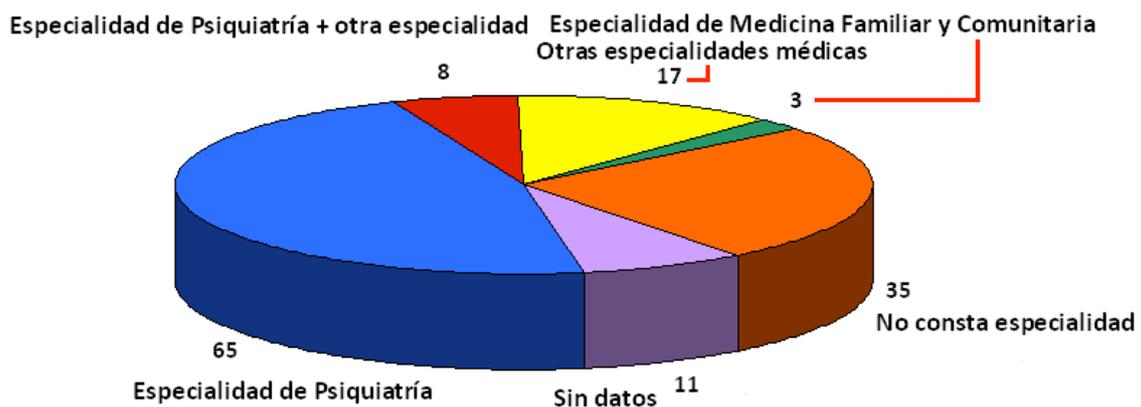


Figura 89. Distribución de los profesionales médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio atendiendo al registro en la base de datos del CCMC de alguna especialidad médica, atendiendo a la submuestra correspondiente a Psiquiatría.

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Medicina Legal**, en 20 del total de 20 profesionales médicos fue posible registrar mediante la consulta de la base de datos si constaba alguna especialidad médica por parte de dichos profesionales. La distribución resultante de la consulta fue la siguiente:

Especialidad de Psiquiatría	13
Especialidad de Psiquiatría + otra especialidad	2
Otras especialidades médicas	0
Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria	1
No consta especialidad	4
Sin datos	0
Total	20

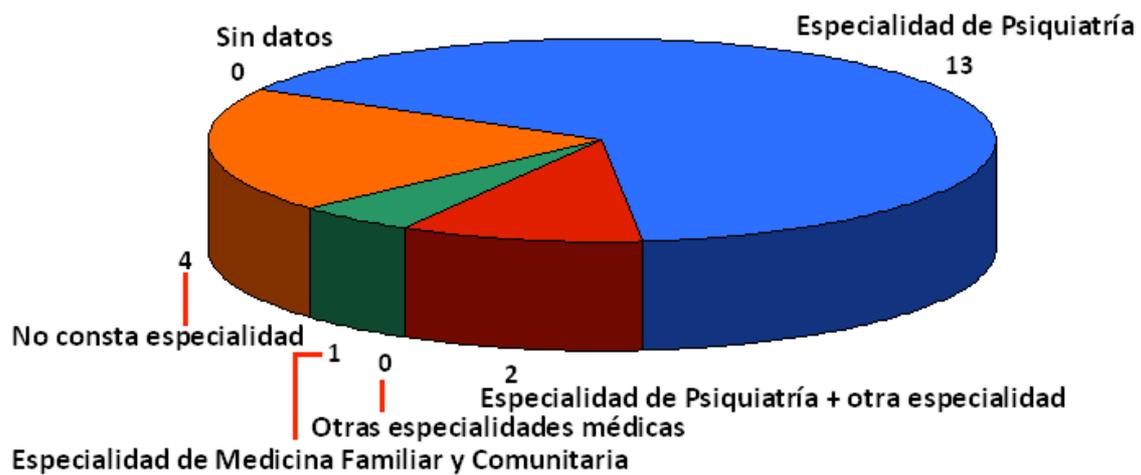


Figura 90. Distribución de los profesionales médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio atendiendo al registro en la base de datos del CCMC de alguna especialidad médica, atendiendo a la submuestra correspondiente a Medicina Legal.

3.12. Edad en el momento de la obtención del título de especialista en Psiquiatría de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

Del total de 159 profesionales médicos que componen la muestra, en 88 profesionales médicos fue registrada la posesión del título de especialista en Psiquiatría (78 con especialidad de Psiquiatría y 10 con especialidad de Psiquiatría + otra especialidad).

Para estos 88 profesionales médicos fue calculada la edad en el momento de la obtención del título de especialista en Psiquiatría (en 4 de estos casos no se disponía de la información relativa a la fecha de obtención de la titulación por lo que no pudo calcularse la edad del profesional en ese momento).

Así, la **edad media** en estos 84 profesionales fue de **34,2 años** con una **desviación estándar** de **6,88 años**.

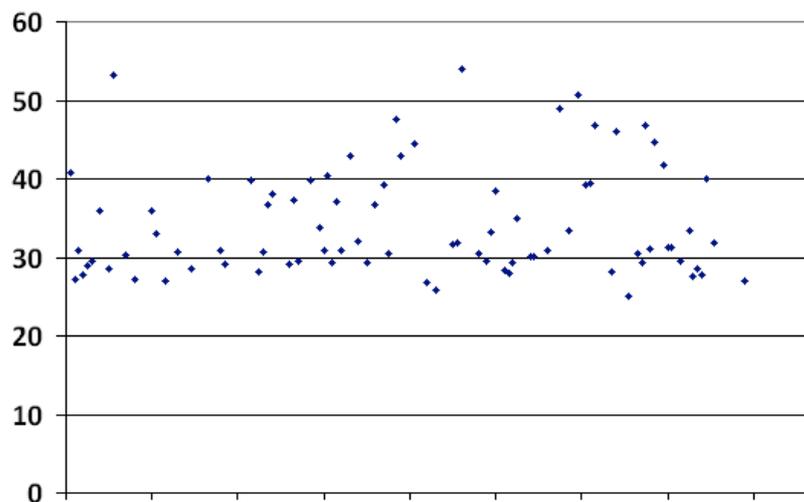


Figura 91. Distribución por edad de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio en el momento de la obtención del título de especialista en Psiquiatría. (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Psiquiatría**, del total de 139 profesionales médicos que componen la submuestra, en 73 profesionales médicos fue registrada la posesión del título de especialista en Psiquiatría (65 con especialidad de Psiquiatría y 8 con especialidad de Psiquiatría + otra especialidad). Para estos 73 profesionales médicos fue calculada la edad en el momento de la obtención del título de especialista en Psiquiatría (en 3 de estos casos no se

disponía de la información relativa a la fecha de obtención de la titulación por lo que no pudo calcularse la edad del profesional en ese momento). Así, la **edad media** en estos 70 profesionales fue de **34,1 años** con una **desviación estándar** de **7,17 años**.

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Medicina Legal**, del total de 20 profesionales médicos que componen la submuestra, en 15 profesionales médicos fue registrada la posesión del título de especialista en Psiquiatría (13 con especialidad de Psiquiatría y 2 con especialidad de Psiquiatría + otra especialidad). Para estos 15 profesionales médicos fue calculada la edad en el momento de la obtención del título de especialista en Psiquiatría (en 1 de estos casos no se disponía de la información relativa a la fecha de obtención de la titulación por lo que no pudo calcularse la edad del profesional en ese momento). Así, la **edad media** en estos 14 profesionales fue de **33,2 años** con una **desviación estándar** de **7,29 años**.

3.13. Tiempo transcurrido desde el momento de la obtención del título de especialista en Psiquiatría de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio y el acto médico objeto del procedimiento.

Del total de 159 profesionales médicos que componen la muestra, en 88 profesionales médicos fue registrada la posesión del título de especialista en Psiquiatría (78 con especialidad de Psiquiatría y 10 con especialidad de Psiquiatría + otra especialidad).

Para estos 88 profesionales médicos fue registrada la fecha de obtención del título de especialista en Psiquiatría así como la fecha del acto médico motivo del procedimiento, lo que permitió inferir el tiempo transcurrido desde el momento de la obtención del título de especialista de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio hasta el acto médico objeto del procedimiento (en 22 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato). El **tiempo medio** transcurrido, en años, en estos 66 casos fue de **12,0 años** con una **desviación estándar** de **9,28 años**.

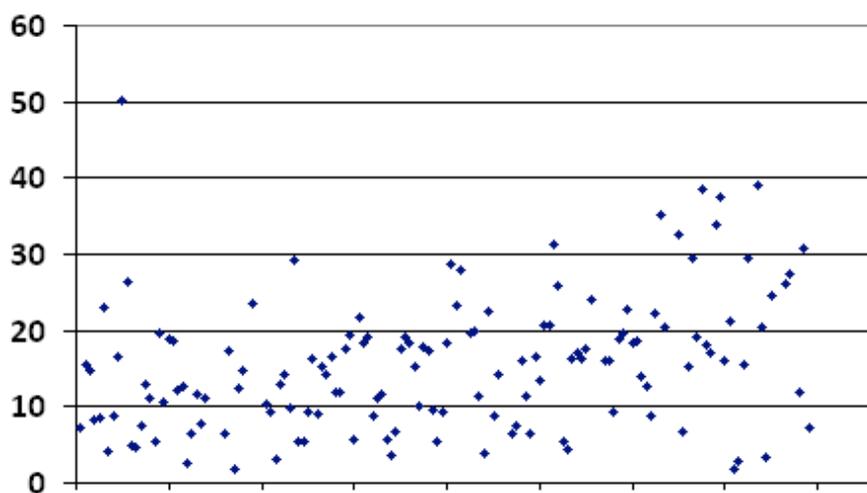


Figura 92. Distribución del tiempo medio transcurrido desde la obtención del título de la especialidad en Psiquiatría de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio hasta el acto médico motivo del procedimiento (en años). (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Psiquiatría**, fue inferido el tiempo transcurrido desde el momento de la obtención del título de especialidad en Psiquiatría de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio hasta el acto médico objeto del

procedimiento en 73 del total de 139 profesionales médicos que la componen (en 35 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato) siendo el **tiempo medio** transcurrido, en años, en estos 73 casos de **12,0 años** con una **desviación estándar** de **9,31 años**.

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Medicina Legal**, fue inferido el tiempo transcurrido desde el momento de la obtención del título de especialidad en Psiquiatría de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio hasta el acto médico objeto del procedimiento en 15 del total de 20 profesionales médicos que la componen (en 4 casos no se disponía de la información necesaria para obtener dicho dato) siendo el **tiempo medio** transcurrido, en años, en estos 15 casos de **14,0 años** con una **desviación estándar** de **9,10 años**.

3.14. Lugar de obtención del título de especialista en Psiquiatría de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

Para los 88 profesionales médicos de la muestra en los que el profesional médico estaba en disposición del título de especialista en Psiquiatría se obtuvo la distribución según el lugar en el que se cursó dicha especialidad, atendiendo a la siguiente clasificación:

Sin especialidad en Psiquiatría	71
Con especialidad en Psiquiatría	88
Total	159

UAB	14
UB	32
Otras universidades españolas	3
Universidades extranjeras	2
Sin datos	37
Total	88

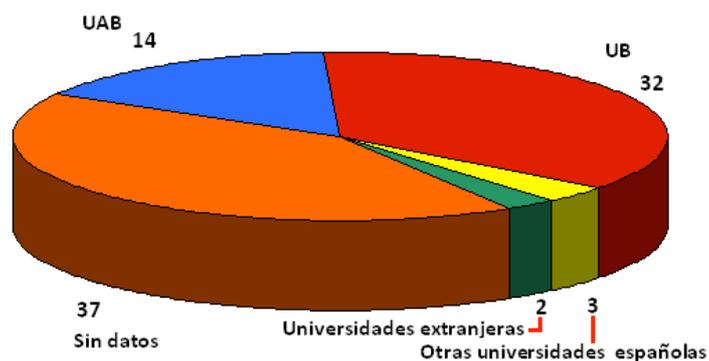


Figura 93. Distribución según lugar de obtención del título de especialista en Psiquiatría de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la totalidad de la muestra.

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Psiquiatría**, la distribución según el lugar en el que se cursó dicha especialidad en Psiquiatría fue la siguiente:

Sin especialidad en Psiquiatría	66
Con especialidad en Psiquiatría	73
Total	139

UAB	10
UB	25
Otras universidades españolas	1

Universidades extranjeras	1
Sin datos	36
Total	73



Figura 94. Distribución según lugar de obtención del título de especialista en Psiquiatría de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la submuestra de casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la Psiquiatría.

Respecto a los casos de la **submuestra** en el que el acto médico motivo del procedimiento pertenecía a la especialidad de **Medicina Legal**, la distribución según el lugar en el que se cursó dicha especialidad en Psiquiatría fue la siguiente:

Sin especialidad en Psiquiatría	5
Con especialidad en Psiquiatría	15
Total	20

UAB	4
UB	7
Otras universidades españolas	2
Universidades extranjeras	1
Sin datos	1
Total	15

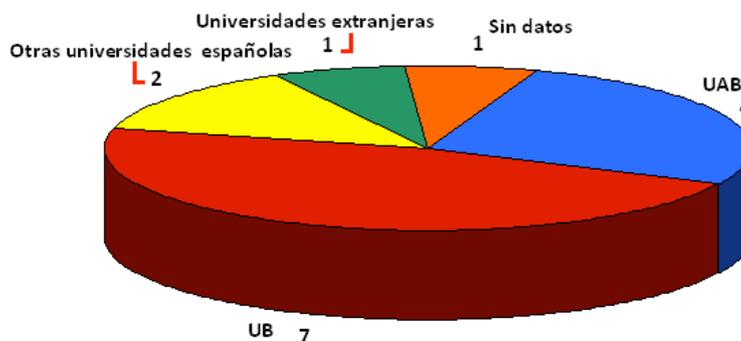


Figura 95. Distribución según lugar de obtención del título de especialista en Psiquiatría de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la submuestra de casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la Medicina Legal.

3.15. Incidencias múltiples de el/los profesional/es médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio.

El hecho de que alguno de los profesionales médicos objetos del estudio haya sido incluido en más de un procedimiento ha sido anotado como reincidencia.

Del total de 159 profesionales médicos que componen la muestra, 6 profesionales médicos implicados en el procedimiento de estudio han sido registrados como reincidentes (corresponden a 12 procedimientos de la muestra). En los 141 restantes no se ha registrado reincidencia (en 6 casos no ha podido disponerse de tal información al no estar correctamente identificados los profesionales médicos al ser la información insuficiente).

Respecto a los 6 profesionales médicos reincidentes, en 5 casos la reincidencia se correspondió con 2 procedimientos en el que la especialidad que había motivado el procedimiento era la Psiquiatría mientras que en 1 profesional la reincidencia correspondía a un procedimiento en el que la especialidad que había motivado el procedimiento era la Psiquiatría y otro en el que lo era la Medicina Legal.

2.4.2. Resultados del análisis bivariable

En el análisis bivariable de la muestra se pretendía explorar la relación de la variable responsabilidad con las diferentes variables que podrían tener interés para las reclamaciones por responsabilidad profesional en Psiquiatría y Medicina Legal.

Inicialmente se analizó la relación entre la especialidad del acto médico implicado en la reclamación y la consideración de que había existido responsabilidad profesional por parte del facultativo. La variable responsabilidad demostró una asociación estadísticamente significativa con la especialidad de Medicina Legal ($p=0,002$; estadístico exacto de Fisher= $0,012$), suponiendo los casos de responsabilidad un mayor porcentaje en ésta especialidad que en la de Psiquiatría (22,2% frente a 3,2%).

Tabla de contingencia Especialidad * Responsabilidad

			Responsabilidad		Total
			No responsabilidad	Sí	
Especialidad	Medicina Legal	Recuento	14	4	18
		% dentro de Especialidad	77,8%	22,2%	100,0%
	Psiquiatría	Recuento	91	3	94
		% dentro de Especialidad	96,8%	3,2%	100,0%
Total		Recuento	105	7	112
		% dentro de Especialidad	93,8%	6,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,338 ^a	1	,002		
Corrección por continuidad ^b	6,372	1	,012		
Razón de verosimilitudes	6,729	1	,009		
Estadístico exacto de Fisher				,012	,012
N de casos válidos	112				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,13.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 6. Análisis bivariable. Asociación entre Especialidad y Responsabilidad.

El reducido tamaño del subgrupo correspondiente a la especialidad de Medicina Legal condicionó que el análisis bivariable se centrara de manera fundamental en la especialidad de Psiquiatría. A pesar de ello, dado el escaso número de expedientes en que se consideró que existió responsabilidad, el análisis de asociación con ésta variable no resultó viable en la mayoría de los casos.

Así, la relación entre la interposición de la denuncia por el propio perjudicado o la familia y la causa de denuncia consistente en disconformidad en el diagnóstico, el tratamiento o el diagnóstico y tratamiento no resultó significativa ($p=0.518$). El porcentaje de reclamación interpuesta por el propio perjudicado resultó menor en la categoría disconformidad con el diagnóstico, con el tratamiento o con el diagnóstico y tratamiento.

Tabla de contingencia Perjudicado * DxTtoOtros

Recuento		DxTtoOtros		Total
		Otros	Dx y tto	
Perjudicado	Perjudicado	9	8	17
	Otros	26	33	59
Total		35	41	76

Tabla 7. Análisis bivariable. Asociación entre Interposición de la denuncia por el propio perjudicado y Causa consistente en disconformidad en diagnóstico, el tratamiento o diagnóstico y tratamiento.

El estudio de la relación entre el tiempo de resolución del expediente y la estimación o no de responsabilidad profesional arrojó los siguientes resultados:

Estadísticos de grupo

	Responsabilidad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TempsXResol	No responsabilidad	50	2,64	2,165	,306
	Sí	5	4,49	2,828	1,265

Tabla 8. Análisis bivariable. Relación entre el tiempo de resolución del expediente y el tipo de expediente.

Con una significación bilateral de 0.082 en la prueba T de muestras independientes.

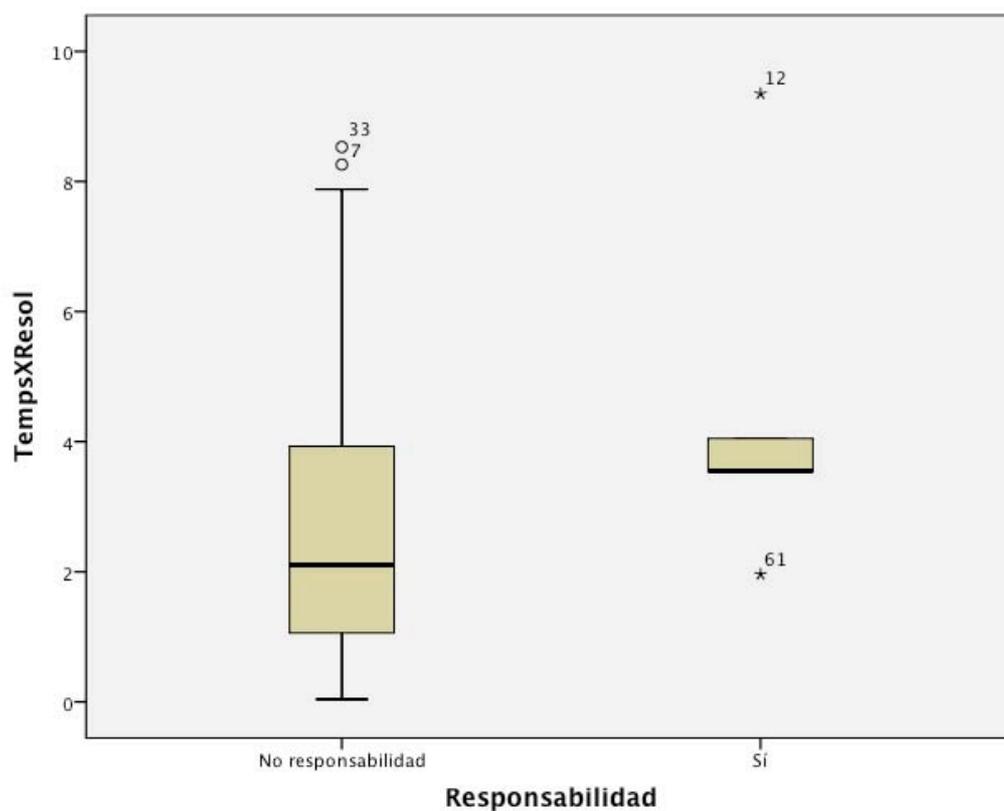


Figura 96. Análisis bivariante. Relación entre el tiempo de resolución del expediente y Responsabilidad.

3.5. Sinopsis de resultados (submuestras)

1. Variables en relación al acto médico objeto de los procedimientos objeto de estudio.

Para cada submuestra de la investigación, se exponen los resultados más relevantes, o con carácter general, aquellos que corresponden a porcentajes que suponen un 12,5 % o más del resultado en valoración.

	PSIQUIATRÍA	MEDICINA LEGAL
1.1 Causa que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.		
Disconformidad en el diagnóstico y tratamiento	23 (24,47 %)	
Disconformidad en el diagnóstico de riesgo autolítico	22 (23,40 %)	
Disconformidad en el tratamiento	15 (15,96 %)	
Disconformidad con documentación e información médica		14 (77,78 %)
1.2. Tipo de perjuicio.		
Delito de homicidio por imprudencia profesional	44 (46,80 %)	
Delito de lesiones por imprudencia profesional	13 (13,83 %)	
Disconformidad que no vulnera preceptos legales	12 (12,77 %)	3 (16,67 %)
Delito de falsedad en documento público		7 (38,89 %)
1.3. Especialidad médica objeto de procedimiento.	94 (83,93 %)	18 (16,07 %)
1.4. Distribución temporal:		
1.4.1. Distribución temporal atendiendo al año.	-	-
1.4.2. Distribución temporal atendiendo al mes.		
Mayo	-	3 (16,67 %)
Septiembre	-	3 (16,67 %)
1.4.3. Distribución temporal atendiendo al día del mes.	-	-
1.4.4. Distribución temporal atendiendo al día de la semana.		
Martes	20 (21,28 %)	-
Jueves	17 (18,09 %)	6 (33,33 %)
Miércoles	16 (17,02 %)	-
Desconocido	-	4 (22,22 %)

1.5. Distribución geográfica.	51 (54,25 %)	10 (55,55 %)
Barcelona ciudad		
1.6. Tipo de expediente (judicial o extrajudicial).	74 (78,72 %)	14 (77,78 %)
Judicial	19 (20,21 %)	4 (22,22 %)
Preventivo o extrajudicial		
1.7. Resultado del procedimiento tras la evaluación.		
Archivo	49 (67,12 %)	6 (42,86 %)
Sobreseimiento	19 (26,03 %)	3 (21,43 %)
Condena	2 (2,74 %)	2 (14,29 %)
Acuerdo extrajudicial	1 (1,73 %)	2 (14,29%)
Sin datos	2 (2,74 %)	1 (7,14 %)
1.8. Responsabilidad		
Sí	3 (3,20 %)	4 (22,22 %)
	2,68 años (2,27 std)	3,41 años (2,12 std)
1.9. Tiempo transcurrido desde el acto médico hasta resolución (en los casos judiciales)		
1.10. Secuelas.		
Muerte	47 (50 %)	-
Ninguna	19 (20,21 %)	12 (66,67 %)
Morales	-	5 (27,78 %)
1.11. Ámbito asistencial.		
Atención hospitalaria	59 (62,77 %)	9 (50 %)
Consulta particular	15 (15,96 %)	7 (38,89 %)
Atención primaria	14 (14,89 %)	-
1.12. Área asistencial.		
Planta hospitalaria	29 (30,85 %)	-
Consultas externas	28 (29,79 %)	10 (55,56 %)
Urgencias	23 (24,47 %)	3 (16,67 %)

1.13. Tipología atendiendo a urgencia y unidad de trabajo:		
1.13.1. Urgencia.		
Urgente	42 (44,68 %)	34 (22,22 %)
Programado	38 (40,43 %)	13 (72,22 %)
Desconocido	14 (14,89 %)	-
1.13.2. Unidad de trabajo.		
En equipo	43 (45,74 %)	5 (27,78 %)
Individual	37 (39,36 %)	10 (55,56 %)
Desconocido	14 (14,89 %)	3 (16,67 %)
1.14. Tiempo transcurrido desde el acto médico hasta la apertura del expediente en el colegio de médicos	1,28 años (1,40 std)	1,80 años (1,26 std)

Tabla 9. Sinopsis de resultados. Variables en relación al acto médico objeto de los procedimientos objeto de estudio (se expone el valor numérico en primer lugar y entre paréntesis el porcentaje).

2. Variables en relación al perjudicado/a en los procedimientos objeto de estudio.

Para cada submuestra de la investigación, se exponen los resultados más relevantes, o con carácter general, aquellos que corresponden a porcentajes que suponen un 12,5 % o más del resultado en valoración.

	PSIQUIATRÍA	MEDICINA LEGAL
2.1. Número de perjudicados/as.	95	17
2.2. Sexo de los/as perjudicados/as.	sobre 95	sobre 17
Hombres	49 (51,58 %)	8 (47,06 %)
Mujeres	46 (48,42 %)	9 (52,94 %)
2.3. Edad de los/as perjudicados/as.	sobre 79	sobre 9
	36,6 años (16,18 std)	46,1 años (18,73 std)

2.4. Perjudicado como actor activo.	sobre 79	sobre 13
Distinto	59 (73,75 %)	4 (30,77 %)
Activo	21 (26,25 %)	9 (69,23 %)
2.5. Existencia de antecedentes patológicos.	sobre 92	sobre 13
Sí	86 (93,48 %)	12 (99,50 %)
2.6. Existencia de AP de tipo psiquiátrico.	sobre 89	sobre 12
Sí	83 (93,26 %)	11 (91,66 %)

Tabla 10. Sinopsis de resultados. Variables en relación en relación al perjudicado/a en los procedimientos objeto de estudio (se expone el valor numérico en primer lugar y entre paréntesis el porcentaje).

3. Variables en relación a los distintos profesionales médicos implicados en los procedimientos objeto de estudio.

Para cada submuestra de la investigación, se exponen los resultados más relevantes, o con carácter general, aquellos que corresponden a porcentajes que suponen un 12,5 % o más del resultado en valoración.

	PSIQUIATRÍA	MEDICINA LEGAL
3.1. Número de profesionales médicos implicados.	139	20
3.2. Colegio de médicos al que pertenece.	sobre 139	sobre 20
COMB	127 (91,37 %)	19 (95 %)
3.3. Sexo de el/los profesional/es médicos implicados.	sobre 138	sobre 20
Hombre	96 (69,56 %)	17 (85 %)
Mujer	42 (30,44 %)	3 (15 %)
3.4. Edad de el/los profesional/es médicos implicados.	41 años (8,7 std)	45 años (11,2 std)

3.5. Procedencia de el/los profesional/es médicos implicados.	sobre 139	sobre 20
Catalunya	80 (57,55 %)	11 (55 %)
Resto España	37 (26,62 %)	5 (25 %)
Extranjero	-	3 (15 %)
3.6. Edad en la obtención de la licenciatura.	sobre 125	sobre 16
	25,9 años (3,4 std)	26,1 años (2,9 std)
3.7. Tiempo transcurrido desde licenciatura y el acto médico.	sobre 125	sobre 16
	15,1 años (8,13 std)	19 años (12,22 std)
3.8. Lugar de obtención del título de licenciatura.	sobre 139	sobre 20
UB	62 (44,60 %)	11 (55 %)
UAB	42 (30,21 %)	3 (15 %)
Otras universidades españolas	18 (12,94 %)	5 (25 %)
3.9. Edad en el momento de la colegiación	sobre 125	sobre 17
	27 años (3,9 std)	26,6 años (3,5 std)
3.10. Tiempo transcurrido entre colegiación y el acto médico.	sobre 125	sobre 16
	14 años (8,3 std)	18,3 años (12,2 std)
3.11. Posesión del título de especialidad en Psiquiatría.	sobre 139	sobre 20
Psiquiatría	73 (52,52 %)	15 (75 %)
No consta especialidad médica	35 (25,18 %)	4 (20 %)
Otras especialidades médicas	17 (12,23 %)	-
3.12. Edad en la obtención del título de especialista.	sobre 73	sobre 15
	34,1 años (7,17 std)	33,2 años (7,29 std)
3.13. Tiempo transcurrido desde especialidad y el acto médico.	sobre 73	sobre 15
	12 años (9,31 std)	14 años (9,10 std)
3.14. Lugar de obtención del título de especialista.	sobre 73	sobre 15
Sin datos	36 (49,31 %)	-
UB	25 (34,24 %)	7 (46,67 %)
UAB	10 (13,69 %)	4 (26,67 %)

3.15. Incidencias múltiples de el/los profesional/es médicos.	5	1
---	---	---

Tabla 11. Sinopsis de resultados. Variables en relación a los distintos profesionales médicos implicados en los procedimientos objeto de estudio (se expone el valor numérico en primer lugar y entre paréntesis el porcentaje).

4. Asociación entre la variable Responsabilidad y la Especialidad del acto médico objeto de la reclamación.

La variable responsabilidad se asoció significativamente a la especialidad de Medicina Legal ($p=0,002$; estadístico exacto de Fisher= $0,012$), suponiendo un mayor porcentaje de casos de responsabilidad en Medicina Legal que en Psiquiatría (22.2% frente a 3.2%).

2.6. Discusión

En primer lugar, para la comprensión del análisis de la responsabilidad profesional médica derivada del ejercicio de la Psiquiatría y de la Medicina Legal, es obligado considerar la incidencia (número de casos nuevos de reclamación para las especialidades analizadas en el periodo estudiado, en la muestra estudiada) y la incidencia acumulada (proporción de la muestra estudiada en la que existe una caso reclamación de las especialidades analizadas, en el periodo estudiado) de este tipo de situaciones, lo que permitirá una mejor contextualización de la totalidad del análisis.

Así, de inicio, cabe decir que dicha incidencia e incidencia acumulada de las reclamaciones por responsabilidad profesional médica en Psiquiatría y Medicina Legal ha sido poco estudiada, siendo muy escasas las investigaciones publicadas al respecto. Además, en cuanto a una posible comparación del presente análisis con otros estudios, se constata que la misma es una tarea difícil, fundamentalmente debido a la diferente categorización utilizada en cada uno de los trabajos y la contextualización propia de cada estudio.

Según el estudio clásico de Slawson y Guggenheim⁴⁸ en Estados Unidos, en el ámbito de la Psiquiatría, las reclamaciones suponían un 0,3 % del total de reclamaciones contra profesionales médicos. Por otro lado, en un trabajo más reciente, publicado en el año 2011 en el *New England Journal of Medicine*⁴⁹, tras el análisis de las reclamaciones presentadas contra los profesionales médicos en gran parte del territorio de los Estados Unidos entre los años 1991 y 2005 se obtuvo que las reclamaciones presentadas en el ámbito de la especialidad de Psiquiatría constituían el 2,6 % del total de las reclamaciones médicas de un total de 25 especialidades médicas analizadas. En la misma investigación se clasificaron las especialidades médicas analizadas en distintas categorías en función del riesgo de reclamación por año y del riesgo de condena por año. En ambos casos la especialidad de Psiquiatría se consideró una especialidad de bajo riesgo. Respecto a la Medicina Legal, ni siquiera fue una de las especialidades analizadas en dicho estudio, siendo esta circunstancia indicativa de su baja incidencia.

A nivel español, la escasez de investigaciones, especialmente respecto a la especialidad de Medicina Legal, y la diversidad en el criterio de inclusión de los casos en este aspecto es aún

más notoria aunque la mayoría de autores que han tratado el asunto apuntan que ambas especialidades (la Psiquiatría y la Medicina Legal) tienen un riesgo muy bajo de reclamación. En la mayoría de los casos se trata de investigaciones con limitado tamaño de la muestra, como en el estudio de Álvarez González et al.⁸¹ relativo al IML de Málaga, en el que se registraron un total de 3 denuncias contra especialistas en Psiquiatría (un 3,57 %, sobre un total de 87 especialidades médicas implicadas en 74 casos de denuncias por presuntas mala praxis médicas analizadas en dicho IML durante 19 meses, de septiembre de 2003 a marzo de 2005) y no fue detectado ningún caso en el que fuera denunciado un especialista en Medicina Legal y Forense. En el mismo sentido, para Fuertes Rocañín⁸², aunque sin aportar datos concretos de su muestra, las reclamaciones contra especialistas en Psiquiatría constituyen un porcentaje aproximado del 2,3 con % con respecto del total de denuncias por presuntas mala praxis médicas. Siguiendo en el ámbito español, para Andrés Santiago-Sáez et al.³⁶ la especialidad de Psiquiatría tampoco se encuentra entre las diez especialidades médicas más reclamadas, sin aportar porcentajes al respecto sobre su muestra obtenida a partir de 1.899 sentencias judiciales de segunda o última instancia referidas a actuaciones sanitarias emitidas por las jurisdicciones Civil, Penal y Contencioso-administrativa durante el periodo comprendido entre 1995 y junio de 2007. Perea Pérez⁵⁰, a partir de los datos extraídos del “Archivo de sentencias judiciales sanitarias de la Escuela de Medicina Legal de Madrid” de la Universidad Complutense de Madrid (sobre un total de 1.899 sentencias del periodo de 1992 a 2007) apunta que la Psiquiatría es la especialidad reclamada en catorceava posición. En dicho estudio, la Medicina Legal tampoco aparece en el listado como especialidad individualizada en el análisis.

En la presente investigación, dentro del estudio de las variables generales, la muestra obtenida tras la revisión de los expedientes que integran la base de datos del CCMC reveló, en el periodo comprendido entre 1986 y 2009, la existencia de 94 casos de expedientes por presunta responsabilidad profesional en el ámbito de la Psiquiatría (**incidencia en Psiquiatría**) y 18 casos en el ámbito de la Medicina Legal (**incidencia en Medicina Legal**), lo que, teniendo en cuenta que en el periodo estudiado de tiempo entre 1986 y 2009 la base de datos del CCMC registró un total de 6.952 expedientes⁸³, se corresponde con una **incidencia acumulada** de 0.013 (1,35 %) para la Psiquiatría (94/6.952) en 23 años y de 0,0025 (0.25 %) para la Medicina Legal (18/6.952) en 23 años, sugiriéndose que ambas son **especialidades con un riesgo muy bajo de reclamación**, siendo dichos resultados compatibles con todos los hallados en el resto de la literatura científica, nacional e internacional y con la opinión generalizada de los propios profesionales médicos.

Sin embargo, debe recordarse que dicha clasificación en una u otra categoría puede modificarse con el paso del tiempo. De hecho, el propio COMB clasificaba en 1992 a la especialidad de Psiquiatría como una especialidad con un riesgo medio de denuncia ^{14,84}. Así mismo, según datos del propio COMB del período comprendido entre 1986 y 2005, la especialidad de Psiquiatría representaba la doceava posición, entre las especialidades más reclamadas ($n > 60$) ³⁵.

En cuanto a la tendencia de los últimos años, en relación a la incidencia de ambas especialidades en relación al total de reclamaciones médicas, según los datos registrados en el COMB, del análisis de la frecuencia de las reclamaciones de los últimos 4 años ⁸³ se desprende que en el año 2006, el total de siniestros abiertos en el COMB fueron 295, mientras que para ese mismo año, la muestra de la presente investigación registró únicamente 2 casos de Psiquiatría (0,68 % del total de las reclamaciones) y ningún caso de Medicina Legal. Igual tendencia se mantiene en los siguientes años. Así, en 2007 se registraron 2 casos de Psiquiatría y 2 de Medicina Legal, que suponen un 0,58 % cada uno de ellos respecto al total de 345 reclamaciones de ese año. Para el 2008, los 3 casos de Psiquiatría representaban el 0,88 % del total de las 338 reclamaciones y el caso registrado de Medicina Legal representó un 0,29 %. Finalmente, en el año 2009 se registraron un total de 320 reclamaciones, lo que convierte a las 4 reclamaciones del ámbito de la Psiquiatría en un 1,25 % del total (no se registró en el año 2009 ningún caso de Medicina Legal).

En definitiva, puede afirmarse que la literatura científica y nuestros resultados coinciden en que la incidencia acumulada (la medida que en definitiva proporciona una estimación de la probabilidad o el riesgo) de los procedimientos por presunto defecto de praxis en ambas especialidades respecto al total de reclamaciones médicas es muy baja, aunque en muchas ocasiones tal afirmación se basa en datos numéricos de muestras de escaso tamaño. Son múltiples los trabajos que apuntan a que una posible razón de esta baja incidencia es el hecho de que los procedimientos psiquiátricos raramente ocasionan secuelas más allá del daño emocional, por lo que en muchas ocasiones, no se denuncian ^{48,85-86}. Más adelante, aún en el apartado de discusión, se analizarán las secuelas producidas y registradas en los casos de Psiquiatría, aunque el motivo de infranotificación sugerido parece ser válido y aplicable también para nuestro entorno. Por otro lado, la propia patología psiquiátrica que afecta a quienes interponen la reclamación o denuncia, puede igualmente condicionar la probabilidad de que ésta se lleve a cabo. Así, patologías asociadas a sintomatología paranoide o distorsiones cognitivas de tipo extrapunitivo hacia el terapeuta podrían favorecer la interposición de

reclamaciones ⁴⁸. Mientras que las propias características de grupo como pacientes psiquiátricos podrían disminuir la probabilidad de interposición de denuncia o reclamación. Así se ha señalado que las personas afectas de problemas de salud mental presentan dificultades de acceso a la justicia y en sus contactos con la justicia sienten que no son comprendidos, que no confían en ellos, sufren problemas de comunicación o miedo ⁸⁷.

En relación a las variables concernientes al acto médico objeto de los procedimientos objeto de estudio, o variables generales, en lo que respecta a las causas (tipo de acto médico) o motivos de la reclamación, los resultados obtenidos por Slawson y Guggenheim ⁴⁸ indicaban que, en Estados Unidos, es frecuente que la reclamación sea consecuencia de un posible error diagnóstico o de un mal resultado terapéutico. Según estos autores, el error en el diagnóstico y el suicidio fueron las principales y más relevantes causas de reclamación en Psiquiatría. Centrándose más en los procedimientos, la investigación de Slawson apuntaba que 10 procedimientos usados en Psiquiatría abarcaban el 50 % de todas las reclamaciones: uso de tranquilizantes (17 casos), psicoterapia (16), evaluación de la enfermedad mental (16), terapia electro-convulsiva (13), examen psiquiátrico general (13), examen médico general (9), uso de algún medicamento no especificado (8), uso de fármacos antidepresivos (6), negligencia (6), uso de otros fármacos psicoactivos (4). Proponía igualmente otra clasificación que englobaba a la anterior: uso de medicación psicoactiva (35 denuncias), examen del paciente (29), psicoterapia (16) y terapia electro-convulsiva (13).

Para Slovenko ⁸⁶, los motivos mayormente reclamados en la especialidad de Psiquiatría, fueron los relativos a errores en la valoración del riesgo autolítico, errores en el consentimiento, altas hospitalarias negligentes (en ocasiones incluso en contra de la opinión médica ⁸⁸), violación de la confidencialidad y la mala administración de medicación o de terapia electro-convulsiva.

En concordancia con lo señalado en los estudios ya reseñados, Simon ⁸⁹ establece que el motivo de reclamación para un 17 % de los psiquiatras fue el suicidio consumado o los intentos de suicidio.

En el ámbito español, los resultados obtenidos respecto a los motivos de reclamación por Andrés Santiago-Sáez et al. ³⁶, en las reclamaciones correspondientes a la especialidad de Psiquiatría, apuntan que los motivos más frecuentes de demanda fueron el error de seguimiento (42,9 %) y la negligencia profesional (20,4 %), no existiendo casos de error

terapéutico. Debe aclararse en este punto que el citado estudio no acota con precisión los límites de las diferentes categorías empleada en su clasificación de motivos de reclamación.

Respecto a la muestra estudiada en la presente investigación, las dos submuestras del estudio presentan una importante divergencia entre sí, que ha sido atribuida a la naturaleza de los actos propios que se realizan y definen a cada una de ellas. Así, en la especialidad de Psiquiatría, las principales causas que han motivado el procedimiento objeto de estudio (aunque los motivos encontrados son bastante heterogéneos) han sido la disconformidad en el diagnóstico y en el tratamiento (24,47 %), la disconformidad en el diagnóstico de riesgo autolítico (23,40 %), la disconformidad en el tratamiento (15,96 %) y la disconformidad en el diagnóstico (7,45%). De este modo, la disconformidad en el diagnóstico o en el diagnóstico y tratamiento suponen en nuestro estudio casi la mitad (47,88 %) del total de motivos de reclamación en Psiquiatría. Esta predominancia de la disconformidad en el diagnóstico y tratamiento podría relacionarse con las dificultades de insight que habitualmente presentan los pacientes psiquiátricos⁹⁰. Sin embargo, resulta llamativo que en la mayoría de casos correspondientes a estas categorías de motivo de denuncia, el denunciante no era el propio paciente (80,59 %), e incluso existía un porcentaje mayor de denunciantes no pacientes que en el global de las restantes categorías (74,28 %). Sin embargo, el perjudicado fue el denunciante en el 100 % de casos correspondientes a las categorías relacionadas con aspectos administrativos o médico-administrativos o de documentación médica.

En cuanto a la comparación con otras investigaciones debe decirse, en primer lugar, que la misma es complicada, debido fundamentalmente, a la distinta categorización de las variables o por la utilización de una base de datos de distinta naturaleza (como en el caso Santiago-Sáez³⁶ en el que fue utilizada una base de datos de origen jurídico y no médico) respecto a la de la presente investigación. Además, debe llevarse a cabo una contextualización respecto al tiempo y adecuación a nuestro entorno. Aún así, a priori, parece que los resultados obtenidos en el presente estudio se adecuan a los señalados por Slawson y Guggenheim⁴⁸ y los expuestos por Meyer⁹¹, para quien los motivos mayormente reclamados fueron los tratamientos incorrectos (31 %), seguido del suicidio consumado o intento de autolisis (15 %), mientras que el error diagnóstico suponía el 9 % de los casos. También, al igual que en la presente investigación, Slovenko⁸⁶ destaca el grupo de reclamaciones en los que existe una disconformidad en el diagnóstico del riesgo autolítico. Es un hecho irrefutable que la valoración del riesgo autolítico (un acto médico no exclusivo pero característico de la especialidad de Psiquiatría) es difícil y su realización debe efectuarse de manera relativamente frecuente. Ambas características, unido

al hecho de que el resultado negativo (independientemente de que se haya realizado una correcta valoración o no) es muy grave (con frecuencia la muerte) es la razón por la que este motivo de reclamación cobra tanto interés. Para estas circunstancias, y atendiendo a que la obligación del profesional médico es una obligación de medios y no de resultados, se recomienda realizar dicha valoración siguiendo en todo momento las guías internacionales existentes al respecto (con o sin la realización de escalas y basándose en una correcta entrevista clínica) y reflejándolo de manera explícita en la historia clínica. En condiciones normales, el seguimiento de dichas guías hace que no se acabe estableciendo la existencia de responsabilidad del profesional (independientemente de lo acontecido tras la valoración). Así lo entienden los tribunales, que ateniéndose al criterio de la *lex artis* (obligación de medios), desestiman este tipo de reclamaciones si se ha realizado una correcta evaluación del riesgo⁹². Sea como fuere, el análisis de los datos de nuestra muestra corrobora la importancia de este grupo de reclamaciones en el ámbito de la Psiquiatría, lo que recuerda que debe ser intensamente abordado por los profesionales de dicha especialidad en sus intentos de reducir la incidencia de las reclamaciones de responsabilidad profesional atendiendo a la posibilidad, en gran medida, de su prevención. Por otro lado, Simon⁸⁹ señala que, además de la propia reclamación, hay que tener en cuenta que el suicidio de un paciente es uno de los eventos más traumáticos en la vida profesional de un psiquiatra⁹³ por lo que, entre otras cosas, la evaluación del riesgo de suicidio debe ser una de las competencias básicas en la formación de los psiquiatras⁹⁴, existiendo guías y recomendaciones al respecto⁹⁵. Por último cabe resaltar que el *contract for safety* (contrato de seguridad), un procedimiento usado en Estados Unidos en casos de riesgo de suicidio, nunca debe sustituir a una exhaustiva evaluación del riesgo de suicidio⁹⁶.

Finalmente, otro punto de divergencia de nuestro trabajo con el de Slawson y Guggenheim es que dichos autores apuntan que los casos relacionados con suicidios se deben normalmente a un fallo en la supervisión⁴⁸. A este respecto, a nivel internacional y para todo tipo de causas (no únicamente en aquellos casos relacionados con suicidios), para Simon⁸⁹ un 3 % de las denuncias por presuntas malas praxis han sido atribuidas a una supervisión inadecuada, mientras que para Meyer⁹¹ suponían un 6 % del total de los casos. Los resultados obtenidos en la presente investigación no permiten afirmar ni contradecir taxativamente la afirmación de Slawson y Guggenheim con respecto a los casos relacionados con suicidios, si bien, el hecho de haber obtenido en la totalidad de la muestra estudiada en nuestra investigación, dos casos de supervisión inadecuada parece indicar justo lo contrario a lo expuesto por dichos autores. Sin embargo, debemos resaltar que en uno de estos dos casos de supervisión inadecuada se

estimó la existencia de responsabilidad profesional, por lo que, a pesar de su relativa poca frecuencia su importancia es innegable.

Para la Medicina Legal, al tratarse de una especialidad de naturaleza no asistencial, la mayoría de causas que han motivado el procedimiento objeto de estudio (un 77,78 %) responden a una disconformidad con la documentación e información médica (en Psiquiatría sólo representan el 3,19 %) por lo que debe recordarse la relevancia de que las actuaciones médicas se adecuen a lo establecido en la Ley 41/02³⁰.

Respecto a la documentación médica, y a pesar de que nuestra investigación no ha recabado dicha información ya que no deriva de la recopilación del historial médico completo, cabe recordar la importancia del documento de consentimiento informado. En relación a todo tipo de posible defecto de praxis (para todas las especialidades médicas), para Álvarez González et al, sólo en el 15 % de los casos existía el documento de consentimiento informado, mientras que en el 54 % de los casos no existía y en el 31 % de los casos se ignora su cumplimentación⁸¹. Para algunos juristas, el documento de consentimiento informado constituye la regla de oro que sirve para medir el grado de responsabilidad que se puede imputar al médico⁹⁷. En ese sentido, para Meyer⁹¹ (en el caso de la Psiquiatría), las reclamaciones debidas a un defecto en el consentimiento informado suponen un 2 % de los casos. Santiago-Sáez destaca que en un 10 % de las sentencias se hace referencia a defectos en la información o en el consentimiento informado³⁶. En nuestra muestra, a pesar de que en muchos casos no suponía un factor determinante para la reclamación, el incumplimiento del consentimiento es una causa frecuente de problemas en el procedimiento (sobre todo en los casos relacionados con la psicoterapia)⁴⁸. Por todo ello, y de acuerdo a las recomendaciones generales⁸ se recuerda la importancia de cumplir estrictamente con el cumplimiento de los preceptos legales relativos a la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la documentación completa en la historia clínica^{6,98}.

Para concluir el análisis de las causas que han motivado los procedimientos objeto de estudio, aunque se trate de datos numéricamente poco importantes, resulta muy interesante resaltar que, a nivel internacional, la causa en el 3 % de los casos fue motivada por una violación de confidencialidad y en un 1 % debida a difamación/calumnias. Estos datos son compatibles con los resultados obtenidos en nuestra investigación (delito de injurias hallado en un 5,56 % de los casos y delito de revelación de secretos cometido por profesional en otro 5,56 % de los casos).

Finalmente, para las dos especialidades estudiadas son válidas las características generales para las reclamaciones por responsabilidad profesional médica respecto a los motivos de reclamación. Es decir, en mayor o en menor medida son objeto de reclamación el retraso asistencial, el defecto de pauta terapéutica, la indicación de procedimiento o praxis técnica, de procedimiento medicolegal o de organización asistencial ⁹.

En otro orden de cosas, la presente investigación ha analizado la variable que se ha denominado tipo de perjuicio (atendiendo al supuesto legal presuntamente vulnerado). Se estima que dicho análisis puede ser de enorme interés. En la especialidad de Psiquiatría, el delito de homicidio por imprudencia profesional grave constituye el 46,80 % del total de las reclamaciones, mientras que el delito por lesiones por imprudencia profesional grave se corresponde con un 13,83 % de los casos, apuntando en ambos casos que aquellas reclamaciones que se presentan tienen, a priori, un supuesto perjuicio importante. En el caso de ambas especialidades estudiadas es destacable la existencia de alguna disconformidad en la praxis médica sin que la misma constituya claramente la vulneración de ningún supuesto legal (12,77 % en el caso de la Psiquiatría y 16,67 % en el caso de la Medicina Legal). No se ha encontrado otros estudios que reflejen dicha información por lo que la comparación ha sido imposible, pero puede relacionarse el alto porcentaje de tipo de perjuicio consistente en delito de homicidio con la grave consecuencia que se le atribuye al defecto de praxis: la muerte del perjudicado.

En el análisis propio de la especialidad de Medicina Legal, sin embargo, los tipos de perjuicio mayoritarios son el delito por falsedad en documento público, que constituye el tipo de perjuicio más reclamado (38,89 % de los casos) y en segundo lugar, cobrando también especial relevancia, el delito de detención ilegal (11,11 % de los casos).

Esta última situación descrita, la del supuesto de detención ilegal también emerge en el campo de la Psiquiatría en el contexto de internamientos psiquiátricos involuntarios. De hecho, a pesar de que en la submuestra de Psiquiatría representa una menor puntuación porcentual que en el ámbito de la Medicina Legal, esta situación se presenta en un mayor número de casos. En este sentido, se estima que la correcta protocolización de las intervenciones médicas con atención a aspectos médico-legales básicos lograría evitar algunas de estas reclamaciones ⁹⁹. De hecho, ya existe alguna reciente sentencia del Tribunal Constitucional en la que otorga el amparo solicitado por un paciente internado involuntariamente en un centro psiquiátrico, declarando la sentencia que se había vulnerado el derecho fundamental a la libertad personal (art. 17.1 CE) y por lo tanto, correspondía restablecerlo en la integridad de su derecho y, a tal

fin, declarar la nulidad de los Autos del Juzgado de Primera Instancia que se había hecho cargo inicialmente del procedimiento de internamiento y de la sección de la Audiencia Provincial que había resuelto el recurso de apelación correspondiente ¹⁰⁰.

Otro aspecto a destacar de los resultados obtenidos respecto al tipo de perjuicio (atendiendo al supuesto legal presuntamente vulnerado) son los 7 casos (7,45 % del total) registrados en la submuestra de Psiquiatría de delito de aborto. Este supuesto, sujeto a constante modificación, depende de un contexto legislativo y cultural que le hace difícilmente comparable con otros estudios. A modo de detalle, cabe destacar que el último caso registrado de este supuesto corresponde a un acto llevado a cabo en el año 1997. El resto corresponden en 3 casos al 1993, y uno al 1992, 1991 y 1990 respectivamente, lo que le convierte en un tipo de perjuicio que responde a características históricas diferentes de las actuales.

Tampoco se ha encontrado información recogida en otros estudios que sea compatible con la registrada en la variable que ha sido denominada tipo de expediente en la presente investigación, en relación a su naturaleza judicial o extrajudicial. Así pues, respecto a los casos objeto del presente estudio, la muestra registró 74 casos en Psiquiatría (78,72 %) y 14 en Medicina Legal (77,78 %) que siguieron la vía judicial frente a 19 (20,21 %) en Psiquiatría y 4 en Medicina Legal (22,22 %) en los que la vía fue la preventiva o extrajudicial.

A este respecto debe apuntarse que la tendencia actual de los sistemas sanitarios es la búsqueda de procedimientos extrajudiciales que, desde la despersonalización y la “desculpabilización”, permitan un abordaje contextual que, además de indemnizar, plantee acciones de mejora del sistema aumentando la seguridad y confianza de pacientes y profesionales ¹⁰¹. Así lo confirman los informes del COMB en los últimos años ⁴⁰, en los que se prioriza y facilita la tramitación extrajudicial de los expedientes.

De acuerdo con lo expuesto, según el informe del COMB del año 2010 ⁸³, los expedientes extrajudiciales suponen un mayor porcentaje que los judiciales a partir del año 2008 invirtiendo la tendencia de años anteriores. En 2006 los expedientes extrajudiciales suponían 133 de los 295 expedientes de ese año (45,08 %), en el 2007 fueron 157 de 345 (45,5 %), mientras que en el año 2008 ya suponían un 59,17 % (200/338), en 2009 un 63,12 % (202/320) y finalmente en el año 2010 supuso un 58,25 % (166/285).

Esta tendencia aún no se refleja en el presente estudio, probablemente debido a que el periodo objeto de análisis abarca un periodo temporal mucho más amplio. Sin embargo, queda

constatado que, en los últimos años, la actitud consiste en un intento de desjudicialización de los procedimientos. Sucede que es el demandante quien elige la vía a seguir y ello condiciona la frecuencia de aparición de cada una de las dos vías. Por ello, con toda seguridad, si no existiera esta actitud, la diferencia reflejada sería aún mayor.

En otro orden de cosas, un análisis interesante es el relativo al resultado del procedimiento y la existencia o no de una situación real de responsabilidad profesional médica.

Tras el análisis del total de 112 casos que componen la muestra del estudio se recogió que había existido una situación real de responsabilidad profesional médica en un total de 7 casos judiciales (siendo 3 de ellos de la submuestra de Psiquiatría y 4 de ellos de la de Medicina Legal) y no se registró ninguna situación de responsabilidad profesional médica en los casos extrajudiciales. En lo que se refiere a la final resolución del expediente, con la diferenciación entre condenas judiciales y acuerdos extrajudiciales, en la muestra estudiada se registraron un total de 4 condenas judiciales (2 en la submuestra de Psiquiatría y 2 en la submuestra de Medicina Legal) y 3 acuerdos extrajudiciales (1 en la submuestra de Psiquiatría y 2 en la submuestra de Medicina Legal).

Debe recordarse, en primer lugar, que en el ámbito penal está en juego la libertad individual. Por ello, la autoridad judicial debe tener la certeza de que el hecho, en este caso el acto médico, es negligente o imprudente y, por tanto, constitutivo de delito o falta, para dictar sentencia condenatoria. Ante la más mínima duda corresponde la absolución. Esto explica el escaso porcentaje de condenas de profesionales médicos en el ámbito penal ⁹. En el ámbito civil existe una mayor laxitud en el análisis de los elementos constitutivos de responsabilidad profesional y, en especial, la falta médica derivada de negligencia o imprudencia. En consecuencia, es más fácil que el resultado sea condenatorio, puesto que se trata de una cuestión exclusivamente económica de un profesional que ha de disponer de póliza de responsabilidad profesional ⁹.

Otro aspecto de interés relacionado con la responsabilidad es el de la cuantía de las indemnizaciones, independientemente de que se tratara de condenas judiciales o acuerdos extrajudiciales.

En el ámbito internacional, según Slawson y Guggenheim, en Estados Unidos ⁴⁸ más de un tercio de las reclamaciones se solucionaron sin indemnización económica. En este sentido, la media de indemnización fue de 31.000 dólares (entre 1974-78). Y sólo en una minoría de casos

(el trabajo no especifica este %) el procedimiento requirió la celebración del juicio para su resolución. Sin embargo, registraron un espectacular aumento en las denuncias que llegaban a juicio durante el periodo de estudio. Así, en 1975, solamente un 7 % de los casos lo hacían mientras que en 1978 se incrementó esta situación hasta el 18 %. Se resalta que, en el caso de asistir a juicio, los médicos ganaban el caso en el 60 % de los casos y si el juicio era con jurado, éstos ganaban el caso en un 85 %. El 60 % de las reclamaciones se cerraron sin el pago de ninguna indemnización. En las que sí concluyeron con el pago de una indemnización, en el 25 % de los casos la cantidad excedía los 30.000 dólares mientras que en otro 23 % de los casos se cerraron con el pago de menos de 10.000 dólares. Estos datos, según los autores, ilustran que las reclamaciones en Psiquiatría, respecto a otras especialidades médicas, poseen unas de las mejores estadísticas, atendiendo al bajo porcentaje de consecuencias negativas y a la cuantía de las mismas.

En el mismo sentido, en un trabajo publicado en el año 2009, Madea et al ⁶⁹ valoraron 68 casos de presunta mala praxis con resultado de muerte en Psiquiatría (1,5 % de un total de 4.450 casos de mala praxis con dicho resultado) y en tan solo 6 de estos 68 casos (8,8 %) se confirmó, desde el punto de vista médico, la existencia de un defecto de praxis médica. También para Jena ⁴⁹ la Psiquiatría es una especialidad de bajo riesgo, con una de las menores tasas de indemnización. Por otro lado, en Estados Unidos las reclamaciones en el ejercicio de psicoterapia son muy importantes ^{86,102}. En éstas, en algunos casos, las indemnizaciones han sido muy sustanciales ¹⁰³.

En España, según los datos aportados por Guillén et al ¹⁰⁴ en 1998, para todas las especialidades, se denunciaron 932 casos de negligencia médica en los tribunales entre 1995 y 1997, de los que 90, es decir, el 9,6 % obtuvieron una indemnización. Pujol y Puig ¹⁴ afirman que solamente el 9 % (también para el conjunto del ejercicio de la medicina, sin centrarse en ninguna especialidad en concreto) de las denuncias presentadas terminan con una sentencia condenatoria. Una opinión muy divergente del resto de autores es la sostenida por Fuertes Rocañín ⁸² para quien prosperan un porcentaje mayoritario de casos (90 % aproximadamente). Según datos del INSALUD, el importe de las indemnizaciones liquidadas en 1999 (siniestros de 1995-1999) fue de 485.605.103 pesetas ³⁷.

Igualmente Andrés Santiago-Sáez et al. ³⁶, en las reclamaciones correspondientes a la especialidad de Psiquiatría recoge un elevado porcentaje de condena que supera el 50 % de los casos (51,1 %, 24 casos frente a 23 casos no condenados), aunque en una sola ocasión con

cuantías superiores a 600.000 euros. El rango económico más frecuente en relación con la cuantía reclamada se sitúa entre los 60.001 a los 600.000 euros (67,7 % de las condenas económicas). De los casos en los que ha existido condena, el rango de indemnizaciones entre 18.001 y 60.000 euros constituye el 45,8 %.

Más recientemente, Arimany et al.³⁵, tras la evaluación de la especialidad de Psiquiatría, en el período comprendido entre 1986-2005, reflejaban que los casos indemnizados se correspondían con el 4,16 % (siendo el 17,32 % el porcentaje de casos indemnizados en el conjunto de todas las especialidades). Los datos de la presente investigación corroboran dichos resultados y se alejan de los registrados por Andrés Santiago-Sáez et al.³⁶ en probable relación con las diferencias de la muestra de estudio. Así, para el total de 112 casos que componen la muestra de la presente investigación se registraron únicamente un total de 5 indemnizaciones de tipo económico (lo que se corresponde con un 4,46 % de los casos) sobre 7 casos en los que se determinó responsabilidad, siendo resultantes 2 de ellos por condena judicial y los 3 restantes por acuerdo extrajudicial, correspondiendo a su vez 3 de ellos a la submuestra de Psiquiatría y 2 a la submuestra de Medicina Legal.

En los 5 casos en los que existió una indemnización económica, se ajustó la misma a la inflación acumulada para los diferentes años según los criterios del Instituto Nacional de Estadística con respecto a la actualidad (noviembre de 2011) y posteriormente se agruparon los mismos atendiendo a las categorías establecidas por Andrés Santiago-Sáez³⁶ según la cuantía de indemnización. Dos de los casos se encuadraron en el grupo con una indemnización menor de 6.000 euros, lo que representó un 40 % de las condenas con pena económica (en contraposición del 4,2 % que suponía en el estudio de Santiago-Sáez) y en los otros tres casos quedaron englobados en el grupo con una indemnización comprendida entre 60.001 y 600.000 euros, lo que representa un 60 % del total de condenas con pena económica de nuestra investigación. Este dato es compatible con el de Santiago-Sáez en el que suponía un 50 % del total. En el citado estudio, la segunda categoría más frecuente era el grupo que comprende indemnizaciones entre 18.001 a 60.000 euros (45,8 %) mientras que en nuestra investigación no se ha registrado ningún caso que encaje en esa categoría. Así, en el CCMC, para la especialidad de Psiquiatría, la indemnización media (en euros) en estos casos de 17.132 (mediana de 3.061 euros y máxima de 60.101 euros)³⁵.

Otro factor de distinto orden a tener en cuenta es el intervalo de tiempo que transcurre desde el acto médico que motiva el procedimiento hasta la resolución judicial del asunto. Toda interposición de una denuncia contra un profesional médico con motivo de una reclamación

por responsabilidad profesional supone un severo efecto estresante en dicho profesional⁵² y la lentitud procedimental propia de estos casos hace que esta situación estresante se prolongue en el tiempo por lo que conocer y hacer propuestas para la reducción del tiempo hasta la resolución del procedimiento se estima como un aspecto de gran interés. Sin duda, el primero de los pasos es conocer la realidad de estos intervalos de tiempo, para posteriormente, intentar abordar su reducción.

En consecuencia, nuestra investigación se propuso registrar el tiempo transcurrido desde el acto médico que motivó el procedimiento hasta la resolución judicial del asunto en todos los casos judiciales de la muestra. En los casos para los que se disponía de datos (55 casos), el tiempo medio transcurrido, en años, fue de 2,68 con una desviación estándar de 2,27 años. Según las submuestras de la investigación, el tiempo transcurrido fue de 2,68 años (2,27 de desviación estándar) para la especialidad de Psiquiatría y de 3,41 años (2,12 de desviación estándar) para la Medicina Legal.

Se desconocen otras investigaciones que hayan registrado tal información. A nivel internacional, según Slawson y Guggenheim, en Estados Unidos⁴⁸, las reclamaciones que se cerraron sin pago de ninguna indemnización necesitaron una media de 3 años para resolverse y las que se resolvieron mediante el pago de una indemnización requirieron una media de 4 años. Extrapolando esta última situación para la muestra de la presente investigación, en los 7 casos en los que se registró una situación real de responsabilidad profesional médica, la media de tiempo transcurrido desde el acto médico que motivó el procedimiento hasta la resolución del asunto fue de 4.49 años. Si bien, los periodos resultan mayores para los procedimientos en que se estimó que existía responsabilidad profesional, este hallazgo no alcanzó significación estadística ($p=0.082$). En todo caso, entendemos que un procedimiento judicial en que existe fundamento de defecto de praxis para la condena (finalice en condena o se alcance acuerdo extrajudicial previo) exige un esfuerzo instructor y probatorio que obliga a la dilatación en el tiempo del proceso.

Por otro lado, también se registró el tiempo transcurrido entre el acto médico que motivó el procedimiento objeto de estudio y la fecha de apertura del expediente en el colegio de médicos (en muchas ocasiones coincidente con la fecha de la interposición de denuncia). En este sentido, para la especialidad de Psiquiatría fue, en años, de 1.28 con una desviación estándar de 1.40 años y de 1,80 años, con una desviación estándar de 1.26 años para la Medicina Legal. La interposición de la reclamación o denuncia no resulta por lo tanto

inmediata al evento adverso, si no que existe un proceso de reflexión en el perjudicado o su familia que podría abrir las puertas a la mediación por parte del propio profesional. En este sentido, Slawson y Guggenheim⁴⁸, relacionaban la baja frecuencia de reclamaciones en Psiquiatría con la mayor atención que los profesionales de esta especialidad prestan a la relación médico-paciente respecto a otras especialidades médicas, pudiendo solventarse de esta manera los conflictos derivados de eventuales eventos adversos sobrevenidos.

En cuanto a la existencia de secuelas supuestamente derivadas de los procedimientos objeto de estudio, según Slawson y Guggenheim, en el ámbito internacional, apuntaban que en Estados Unidos⁴⁸, la mayoría de reclamaciones en Psiquiatría no va acompañada de secuelas en la mayoría de los casos, y en aquellos en los que existen, tienen un grado leve. Sin embargo, la administración de fármacos tranquilizantes se asoció a 6 éxitos. En su trabajo, otras seis muertes más fueron registradas como consecuencia de negligencias. En cuanto a estudios a nivel español, según Andrés Santiago-Sáez et al.³⁶, en las reclamaciones correspondientes a la especialidad de Psiquiatría, el fallecimiento del paciente se produjo en el 58,3 % de los casos, estableciéndose una relación de más de 3:1 entre hombres y mujeres. En el 51,2 % de los casos existió suicidio y en 7,3 % intentos autolíticos. Los daños morales fueron registrados en un 20,8 % de los casos, siguiéndoles las quemaduras con un 12,2 %. En la especialidad de Psiquiatría, los resultados obtenidos en el presente estudio son compatibles con los expuestos a nivel español por Santiago-Sáez. Así, en 47 casos se produjo la muerte (50 % del total de casos de la especialidad de Psiquiatría). Podemos entender que en Psiquiatría la gravedad del resultado condiciona la interposición de la denuncia. A nivel internacional, para otras especialidades como Ginecología y Obstetricia, se ha registrado que la gravedad de las secuelas del presunto defecto de praxis condiciona el resultado de condena¹⁰⁵. En la presente investigación el bajo número de expedientes en que se consideró que existía responsabilidad profesional imposibilitó el estudio de esta posible asociación, sin embargo, de los 47 casos con resultado de muerte, en el 4,25 % (2 casos) se consideró que existía responsabilidad profesional, frente al 9,09 % de los restantes casos (5 casos) en los que se conocía el resultado del acto médico objeto del procedimiento (55 casos), lo que no apoya la relación entre gravedad de secuelas y estimación de responsabilidad profesional para las reclamaciones en las especialidades de Psiquiatría y Medicina Legal.

Por otro lado, debe destacarse, también en la especialidad de Psiquiatría, el 20,21 % de casos (19), en los que no se apreció ningún tipo de secuela. En lo que se refiere a la submuestra de Medicina Legal, es relevante destacar que en una amplia mayoría de casos (66,67 %) no se

apreció ningún tipo de secuela y en un 27,78% las secuelas registradas fueron de carácter moral. No se registró en esta submuestra ninguna secuela de tipo físico ni muerte, lo que se explica por el carácter no asistencial de la actividad médica llevada a cabo en dicha especialidad.

Otra de las situaciones analizadas en las variables concernientes al acto médico objeto de los procedimientos objeto de estudio, o variables generales, es lo que respecta a la posible influencia de la actividad médica en el sector privado Vs actividad pública. En lo que a ello respecta, en la muestra de Slawson ⁴⁸, la gran mayoría de reclamaciones se asociaba a la práctica privada y no se relacionaba con una formación en el extranjero. En el mismo sentido, en relación a todo tipo de mala praxis (para todas las especialidades médicas), para Álvarez González et al, el 52 % de los casos correspondían a la práctica pública, en el 44 % de los casos a la práctica privada y en un 4 % a ambos ámbitos ⁸¹. Según Andrés Santiago-Sáez et al. ³⁶, en cuanto al cruce entre el ámbito asistencial y la existencia o no de condena, existe una clara relación entre el sistema público (en el que supone el 53,3 % del total de casos de su serie, en contraposición del 42,6 % para el ejercicio privado) y la existencia de condena en las sentencias. Sin embargo, en dicha muestra, de los casos que tuvieron lugar en el ámbito privado, dos tercios de los mismos finalizaron sin condena. En la muestra objeto de la presente investigación, acorde con los resultados del ámbito español y en discordancia con los estadounidenses, en tan solo el 19,64 % de los casos se trataba de un acto llevado a cabo en una consulta particular, lo que se debe interpretar en el marco de una importante diferencia en la red de asistencia sanitaria, eminentemente privada en Estados Unidos vs. eminentemente pública en nuestro entorno.

Una vez comentados los principales aspectos relativos al primer grupo de variables analizadas en la presente investigación, es momento de la valoración de los relativos al segundo grupo de variables analizadas, las relativas al perjudicado/a en los procedimientos objeto de estudio.

A estos efectos, debe recordarse en primer lugar, que no se conocen muchas investigaciones que recojan datos acerca de los perjudicados/as en este tipo de procedimientos y, cuando lo hacen, se refieren casi exclusivamente a la edad y el sexo de los mismos. La explicación de este hecho puede deberse a que los mismos son datos fácilmente comprobables y relativamente sencillos de recoger. En consecuencia, otros datos, como la existencia de antecedentes patológicos o la actitud activa frente al procedimiento son registrados con menor frecuencia atendiendo a la mayor posibilidad de sesgos y errores en su recogida. En cualquier caso, se ha

estimado relevante recoger dicha información para hacer más completo este apartado de la presente investigación. De esta manera, en la muestra analizada, el número total de perjudicados/as registrados en los 112 expedientes que componen dicha muestra objeto de estudio fue de 112, siendo 95 de ellos correspondientes a la submuestra de la especialidad de Psiquiatría y 17 a la submuestra de la especialidad de Medicina Legal. Los expedientes registran, con carácter general, 1 perjudicado/a (tan solo en 1 caso –de la submuestra de Psiquiatría- se produjeron 2 perjudicadas). Como ya ha sido expuesto en el apartado de resultados, en un caso no existió ninguna persona física como perjudicado.

En primer lugar, respecto al sexo de los perjudicados, en el ámbito español, Álvarez González et al, afirma, en relación a todo tipo de mala praxis (para todas las especialidades médicas), que el sexo predominante del perjudicado es el femenino en el 54 % de los casos y varones en el 46 % ⁸¹. Sin embargo, aún en el ámbito español, Andrés Santiago-Sáez et al. ³⁶ para la especialidad de Psiquiatría, afirma que el 64,6 % de los perjudicados resultaron ser hombres (35,4 % mujeres). Respecto a los resultados obtenidos en la muestra de la presente investigación, del total de 112 perjudicados/as, 57 (50,89 %) correspondían a mujeres y 55 (49,11 %) a hombres, siendo más concordantes, por tanto, con los resultados hallados en el trabajo de Álvarez González et al. De manera análoga, en la submuestra correspondiente a la especialidad de Psiquiatría, 46 (48,42 %) correspondían a mujeres y 49 (51,58 %) a hombres. Finalmente, atendiendo a la submuestra correspondiente a la especialidad de Medicina Legal, 9 (52,94 %) correspondían a mujeres y 8 (47,06 %) a hombres. Dichos datos, todos ellos entorno al 50 %, indican que no existe una tendencia establecida clara respecto al sexo de los perjudicados/as en la muestra analizada.

En segundo lugar, respecto a la edad de los perjudicados/as involucrados/as en este tipo de procedimientos, Andrés Santiago-Sáez et al. ³⁶ (en el ámbito español) halló que el rango de edad más frecuente se correspondía con el de los 18 a los 40 años (41,7 % del total, frente a un 25 % para la franja de 41 a 65 años), aunque el propio autor recuerda en su estudio que, el dato de la edad sólo se refleja en una cuarta parte de las sentencias analizadas. Por otro lado, la investigación de Santiago-Sáez sólo documentó dos casos en menores de 18 años, lo que, dado el escaso tamaño muestral, supuso un 16,7 % de su muestra. De la misma manera, en dicho trabajo se registraron 2 casos en el grupo de mayores de 65 años (16,7 %). Por otro lado, Álvarez González et al, aún en el ámbito español, obtuvieron que el grupo de edad del perjudicado donde mayor número de casos se registraba era el de mayores de 60 años, siendo el comprendido entre 0 y 15 años el grupo de edad menos denunciado ⁸¹.

A nivel internacional, Madea ⁶⁹ describió que la mayoría de perjudicados (para todas las especialidades) eran mayores de 50 años. En el mismo sentido, aunque únicamente para la especialidad de Psiquiatría, Slawson y Guggenheim, en Estados Unidos ⁴⁸, señalaban que los perjudicados eran de edad mediana (sin especificar mayor detalle). Otro trabajo que aporta datos de interés acerca de la edad de los perjudicados es el publicado en 2009, por Özdemir ¹⁰⁶, en el que, tras la revisión de 167 casos de mala praxis que involucraban niños/as entre las 960 reclamaciones por mala praxis informadas por el Consejo Superior de Salud de Turquía entre 1996 y 2000 no registró ningún caso en el que la especialidad de Medicina Legal ni la de Psiquiatría estuvieron involucradas, lo que demuestra que estas especialidades no implican, por lo general, a menores de edad como perjudicados. En este sentido, cabe mencionar que el progresivo desarrollo de la red de Salud Mental Infanto-Juvenil en los últimos años podría verse acompañado de un incremento en el número de denuncias con perjudicados menores de edad ¹⁰⁷, más aún cuando la patología psiquiátrica en un menor y las circunstancias sobrevenidas en su asistencia puede colisionar con las expectativas paternas, tal y como ocurre en el ámbito de los defectos de praxis en Obstetricia ¹⁰⁸.

Respecto a los resultados obtenidos en la muestra de la presente investigación, para la totalidad de la muestra para los que pudo calcularse dicho dato (89 perjudicados/as) la media de edad fue de 37,3 años (con una desviación estándar de 16,40 años). En la submuestra correspondiente a la especialidad de Psiquiatría, el cálculo reflejó una media de edad de 36,6 años (con una desviación estándar de 16,18 años), reflejando una media de edad baja y siendo estos resultados compatibles con los expuestos en el trabajo de Santiago-Sáez. Para la submuestra correspondiente a la especialidad de Medicina Legal, el cálculo reflejó una media de edad de 45,5 años (con una desviación estándar de 18,62 años). Así pues, los resultados obtenidos en el presente estudio no coinciden con los obtenidos por Álvarez González et al. Probablemente, el hecho de que su investigación se refiera a todo tipo de mala praxis (para todas las especialidades médicas) pueda tener influencia en dicha divergencia.

En cuanto a la comparación con los datos internacionales, los resultados obtenidos en la muestra objeto de estudio no son compatibles con los del trabajo publicado en el año 2009 por Madea ⁶⁹ dada la media de edad del perjudicado/a obtenida en la presente investigación. A modo de resumen de este apartado, como ya ha sido expuesto, existe gran divergencia en cuanto a la edad de los perjudicados/as en las diferentes investigaciones, por lo que los resultados obtenidos en nuestro estudio ni contradicen ni refuerzan ninguna tendencia

preestablecida. Finalmente, debe decirse que tras el análisis de los resultados de nuestro estudio no puede explicarse la diferencia de media de edad existente entre las dos submuestras, suponiendo que la diferencia está influida por el limitado tamaño muestral de la submuestra de Medicina Legal.

En tercer lugar, aún dentro de las variables referidas al perjudicado/a se ha estimado de interés el análisis del papel del perjudicado en el propio procedimiento. A pesar de ello, solo se ha encontrado un trabajo publicado, el de Álvarez González et al⁸¹, que hubiera registrado tal situación. En dicho estudio, en relación a todo tipo de mala praxis y para todas las especialidades médicas, en un 51 % de los casos, el propio perjudicado interpuso la denuncia. En la presente investigación, tan solo en el 32,36 % de los casos el propio perjudicado fue actor activo en el procedimiento interponiendo la denuncia (26,25 % en la especialidad de Psiquiatría y 69,23 % en Medicina Legal). La divergencia entre las dos submuestras del estudio (y la relativa baja proporción global respecto al estudio de Álvarez González) es atribuible a la alta proporción (23,40 % del total) de casos con resultado de muerte (disconformidad con el diagnóstico de riesgo autolítico) en el caso de la especialidad de Psiquiatría, lo que, como es evidente, imposibilita que el propio perjudicado se constituya como actor activo en el procedimiento. Igualmente, podrían concurrir también aspectos concretos de la especialidad de Psiquiatría como la posible falta de competencia para interponer denuncia por parte del perjudicado afecto de patología psiquiátrica, ya sea incapacitado por sentencia judicial o temporalmente falto de competencia por la situación clínica de descompensación.

En cuarto lugar, la presente investigación registró la existencia de antecedentes patológicos en la mayor parte de los/as perjudicados/as en ambas especialidades analizadas (92,31 % en la submuestra correspondiente a la especialidad de Psiquiatría y 88,88 % en la de Medicina Legal), lo que no parece excepcional dado que la muestra analizada contiene individuos que reclamaron una atención médica.

En quinto y último lugar respecto a las variables relativas a los perjudicados/a, se registró la existencia de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en los mismos. Para la especialidad de Psiquiatría, en más del 90 % de los casos existió registro de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en el perjudicado/a (88,88 % para la especialidad de Medicina Legal). De nuevo, esta alta prevalencia de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico en los perjudicados es esperable atendiendo a la propia naturaleza de la mayoría de pacientes de la

especialidad de Psiquiatría, si bien, en algunos casos podría ser especialmente determinante por la limitación que la propia manifestación de la enfermedad psiquiátrica puede conllevar a la hora de tomar parte en un procedimiento judicial como denunciante, ya que por ejemplo, el 30,85 % de los casos se correspondían con pacientes afectados de patología psicótica. La variable patología psiquiátrica presentó una diversidad tal que el tamaño de los subgrupos impidió el estudio de su asociación con otras variables que podrían resultar de interés. Sin embargo, puede decirse que resultó más frecuente que el denunciante fuera el propio perjudicado en los casos de sujetos afectados de trastorno de la personalidad (50 % de los casos es el propio paciente quien interpone la denuncia), que en sujetos afectados de otras patologías como el trastorno psicótico (27,27 %) o trastorno depresivo (83,30 %), siendo alguien diferente del perjudicado quien inicia las acciones en el 100% de casos de otras patologías (demencia, retraso mental...).

En otras especialidades, como la Cirugía Vasculor, se ha descrito que es menos probable que se estime la concurrencia de responsabilidad profesional en sujetos afectados de patologías severas, puesto que por la propia severidad de la patología son esperables consecuencias de gravedad¹⁰⁹. Sin embargo, en dos de los tres casos de la especialidad de Psiquiatría en los que se estimó que existía responsabilidad profesional médica, las patologías que sufría el paciente resultaban de gravedad (trastorno bipolar y trastorno psicótico).

Finalmente, deben valorarse las variables relativas al tercer grupo de variables analizadas en la presente investigación, aquellas que hacen referencia a los distintos profesionales médicos implicados en los procedimientos objeto de estudio.

En relación a este tipo de circunstancias, en el mismo ámbito de la presente investigación, el informe anual del COMB del año 2010⁸³ establece la edad media de sus 30.286 colegiados (para todas las especialidades médicas) en 48,7 años (3 décimas más que en el año anterior y ocho décimas más que en 2007, lo que refleja que la edad media del total colegiados aumenta inexorablemente¹¹⁰). A nivel internacional, en la muestra de Jena⁴⁹ (también para todas las especialidades), la media de edad encontrada fue de 49,0 años.

La muestra de la presente investigación aporta datos de 159 profesionales médicos (139 de la especialidad de Psiquiatría y 20 de la de Medicina Legal). Los resultados obtenidos en cuanto a media de edad de los profesionales frente a los que ha sido interpuesta una reclamación derivada de responsabilidad profesional fue de 41 años con una desviación estándar de 8,7 en el caso de la Psiquiatría y 45 años con una desviación estándar de 11,2 en el caso de la Medicina Legal, por lo que no difieren enormemente de las cifras de edad media reflejadas

para el total de colegiados del COMB según el informe de 2010, si bien existe una ligera tendencia a una menor edad media en los médicos reclamados en la muestra del presente estudio. En ese sentido, si la edad de los profesionales no tuviera ninguna repercusión a efectos de recibir la interposición de una reclamación por responsabilidad profesional médica, esa debería ser exactamente la edad media de los médicos denunciados hallada en nuestra muestra. La mencionada ligera tendencia a la menor edad media de los profesionales reclamados en nuestra muestra puede reflejar un mayor peso de los primeros años de ejercicio profesional en relación con una mayor incidencia de reclamación. Así, a medida que el profesional se va formando y adquiriendo experiencia parece que se reciben, con carácter general, menos reclamaciones por responsabilidad profesional, en contra de la creencia de la mayoría de profesionales médicos. Sin embargo, estos datos no coinciden con lo expuesto por Slawson y Guggenheim, en Estados Unidos ⁴⁸, cuando afirman que los médicos denunciados son de edad mediana (sin especificar más) y que con más frecuencia se trata de médicos cualificados que sin cualificación (lo que presupone mayor edad media).

Respecto al sexo de los distintos profesionales médicos implicados en los procedimientos objeto de estudio, debe recordarse que en España la profesión médica se ha ido feminizando en los últimos años ^{83,111-112}. A modo de ejemplo, en el COMB están colegiados (según el informe de 2.010) un total de 30.286 profesionales, de los cuales 15.861 (52,4 %) son varones y 14.425 (47,6 %) mujeres. A pesar de que aún son mayoría los varones colegiados, los datos relativos a las edades más jóvenes invierten ostensiblemente esta tendencia (figura 94). Desde el año 1994, siempre ha habido más mujeres que hombres entre los nuevos colegiados, de manera que la proporción de mujeres va creciendo en el conjunto de la colegiación. Este dato, unido a la edad media de los varones (53,8 años) y la de las mujeres (43,8 años) pone de manifiesto el cambio futuro que se acerca ⁸³.

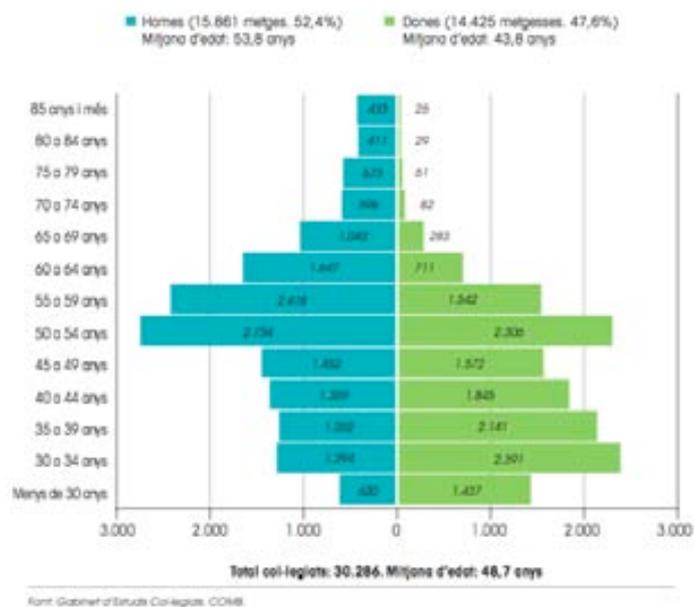


Figura 97. Pirámide de edades del total de colegiados. Fuente: Informe anual 2010. COMB.

En la muestra objeto del presente estudio, el 69,56 % eran hombres y el 30,44 % mujeres., poniendo de manifiesto una predominancia aún importante del sexo masculino en ambas especialidades.

Si el sexo del profesional no tuviera ninguna influencia en la interposición de reclamaciones por supuesta responsabilidad profesional médica, un incremento en el número de mujeres colegiadas debería ir asociado, supuestamente, a un incremento de igual valor en las reclamaciones registradas.

Para valorar esta circunstancia se ha elaborado una tabla (tabla 10) teniendo en cuenta las reclamaciones según sexo y grupo de edad (por décadas).

	1986-89	%	1990-99	%	2000-09	%	TOTAL	%
Hombres	12	63,16	61	74,39	40	70,18	113	71,51
Mujeres	7	36,84	21	25,61	17	29,82	45	28,48
Total	19	100	82	100	57	100	158	100

Tabla 12. Número de reclamaciones según sexo y grupo de edad (por décadas) en la muestra del presente estudio.

Tal y como se infiere de la tabla elaborada al efecto, durante el periodo que comprende nuestro estudio no se aprecia aún dicha tendencia, si bien sería lógico que se reflejara en la próxima década.

En otro orden de cosas, aún en relación con los distintos profesionales médicos implicados en los procedimientos objeto de estudio, respecto a su procedencia, debemos remitirnos nuevamente al informe anual del 2010 del COMB⁸³ en el que, en relación al origen de los colegiados en el COMB, del total de 30.286 colegiados, 19.504 (el 64,4%) eran nacidos en Catalunya y un 18,7% (5.673 médicos) en el resto de España. En la muestra objeto de análisis, la procedencia de los profesionales implicados fue mayoritariamente Catalunya (57,55 %). En segundo lugar en cuanto al origen, los profesionales implicados provenían del resto de España (26,62 %). De lo expuesto se deduce que la presencia de extranjeros en la muestra objeto de investigación es casi anecdótica para ambas especialidades, a pesar de la tendencia actual, expuesta en el informe del COMB, en el que se notifica que el número de médicos extranjeros colegiados superó en 2.010 los 5.000 (5.109, 16,9% del total). Sin embargo, hasta ahora y de manera análoga al caso del sexo de los profesionales médicos implicados en los procedimientos objeto de estudio, el aumento de extranjeros colegiados no ha tenido su correspondencia en los resultados de la muestra analizada, aunque como es de suponer, en la próxima década se tenderá a igualar el porcentaje de extranjeros colegiados con el porcentaje de extranjeros reclamados por responsabilidad profesional ya que no se prevé ningún factor asociado a dicho origen que deba suponer una mayor o menor predisposición hacia las reclamaciones por responsabilidad profesional. Así sucede en las muestras clásicas, en las que la gran mayoría de reclamaciones no se relaciona con una formación en el extranjero⁴⁸.

El resto de datos proporcionados por nuestra investigación en este grupo de variables no han podido ser relacionados con otros estudios precedentes dada su singularidad. En cualquier caso, se estimó conveniente su obtención para posibilitar comparaciones ulteriores con otros estudios y con investigaciones sobre responsabilidad profesional médica que afecten a otras especialidades médicas que puedan hacerse con la misma base de datos utilizada para nuestro estudio, a efectos, sobre todo, de establecer estrategias de prevención de eventos negativos (reclamaciones) en momentos puntuales de la carrera del profesional que podrían ser valorados con carácter general como de mayor vulnerabilidad⁷.

Para finalizar, debe hacerse referencia a la existencia de incidencias múltiples de los profesionales médicos implicados y la multiplicidad de profesionales implicados en un

procedimiento. En este sentido, para el ámbito español, según Andrés Santiago-Sáez et al.³⁶, en las sentencias (dictadas en segunda instancia) predomina la implicación de más de un profesional (55 %). De los 47 casos que componen su muestra, en 25 casos (62,5 %) el profesional demandado fue un especialista en Psiquiatría. En nuestra investigación, sobre 139 casos para la especialidad en Psiquiatría, en 73 (52,52 %) de los casos se trataba de un especialista en Psiquiatría. De manera paradójica, en la especialidad de Medicina Legal, en 15 casos (75 %) las reclamaciones que se presentaban contra profesionales eran especialistas en Psiquiatría, lo que demuestra la intensa relación entre ambas especialidades (probablemente debido a su origen común⁷²) y la necesidad de una intensa formación en Medicina Legal por parte de los profesionales que ejercen la especialidad de Psiquiatría, siendo ésta hoy en día escasa, si bien es constatable igualmente, que tras varios años en los cuales las cuestiones legales y forenses de la Psiquiatría, aparentemente al menos, no despertaban apenas interés salvo de forma muy ocasional, actualmente resulta evidente la creciente demanda de formación en los temas de Psiquiatría con el mundo del Derecho, tanto por parte de médicos/psiquiatras en formación, MIR, como de especialistas en Psiquiatría¹¹³.

Por otro lado, para Andrés Santiago-Sáez et al.³⁶ no se registró ningún caso en el que se demandara a un especialista que poseyera además, otra especialidad médica (además de la de Psiquiatría). En la muestra de la presente investigación esa situación tuvo lugar en 8 casos para la especialidad de Psiquiatría y en 2 casos para la de Medicina Legal, lo que impresiona de un sesgo de tamaño de la muestra pequeño para el estudio de Santiago-Sáez et al. Finalmente, llama la atención que en 5 casos por lo que respecta a la Psiquiatría y en 1 caso por lo que respecta a la Medicina Legal se registró un reclamación sobre un profesional que ya hubiera sido objeto de otra reclamación anterior.

2.7. Limitaciones

Durante el desarrollo de la presente investigación se han puesto de manifiesto algunas limitaciones metodológicas que deben ser expuestas, siendo éstas fundamentalmente relativas, en primer lugar, a la base de datos utilizada en el acceso a la muestra y por otro lado, las derivadas de los resultados obtenidos y su posterior fase de análisis estadístico.

En relación a las limitaciones derivadas de la base de datos utilizada en el acceso a la muestra, cabe decir que la base de datos utilizada no incluye todos los casos de reclamación por presunta responsabilidad profesional médica para el periodo estudiado en el área de cobertura del CCMC (los cuatro colegios oficiales de médicos de Catalunya) ya que en dicha base de datos constan los procedimientos en los que están involucrados profesionales que han contratado su póliza de responsabilidad civil a través del CCMC y no aquellos en los que el profesional ha contratado su póliza por cualquier otra vía. Sin embargo, esta circunstancia (denominada Single Insurance) no debe desmerecer la presente investigación. Al contrario, estudios de referencia en este ámbito, como el estudio de Slawson y Guggenheim ⁴⁸ y el de Jena ⁴⁹, en Estados Unidos, han asumido la misma limitación. Jena, además, añade otras limitaciones, concordantes con nuestra investigación, incluyendo el uso de datos antiguos, la limitada cobertura geográfica, un tamaño limitado de la muestra, la existencia de una información limitada sobre la especialidad del médico o el vacío de información en relación a la cantidades de las indemnizaciones.

En segundo lugar, en relación a las limitaciones derivadas de los resultados obtenidos y su posterior fase de análisis estadístico debe resaltarse que el relativo pequeño tamaño muestral obtenido y su repercusión en las diferentes variables estudiadas ha impedido un completo análisis bivariable con significancia estadística aunque tampoco esta circunstancia debe desmerecer la presente investigación pues, pese a que la baja incidencia del fenómeno de reclamación por defecto de praxis en Psiquiatría y Medicina Legal condiciona enormemente el tamaño muestral, se trata de la muestra de mayor tamaño estudiada a nivel nacional.

Finalmente, debe quedar constancia de que no se ha incluido en el presente estudio los datos relativos a los procedimientos del año 2010 ni 2011 debido a que en el momento de la finalización de la recogida de los datos aún se estaban introduciendo los mismos en el sistema SASA de la base de datos del CCMC.

2.8. Conclusiones

La presente investigación ha revelado, en el periodo comprendido entre 1986 y 2009, la existencia de 94 casos de presunta responsabilidad profesional médica en el ámbito de la especialidad de Psiquiatría (incidencia en Psiquiatría) y 18 casos en el ámbito de la especialidad de Medicina Legal (incidencia en Medicina Legal), lo que, teniendo en cuenta que en el periodo estudiado de tiempo entre 1986 y 2009 la base de datos del CCMC registró un total de 6.952 procedimientos por presunta responsabilidad profesional médica, supone una incidencia acumulada de 0.013 (1,35 %) para la Psiquiatría (94/6.952) en 23 años y de 0,0025 (0.25 %) para la Medicina Legal (18/6.952) en 23 años, certificándose así que ambas especialidades suponen un bajo porcentaje en relación con el total de reclamaciones como consecuencia de responsabilidad profesional médica y sugiriendo que ambas son especialidades con un riesgo muy bajo de reclamación.

El porcentaje de reclamaciones sobre responsabilidad profesional médica, tanto en el ámbito de la especialidad de la Psiquiatría como de la Medicina Legal, en que finalmente se considera probada la existencia de responsabilidad por parte del facultativo (entendida como la determinación, judicial o extrajudicial, de haber existido una situación real de responsabilidad profesional médica) resulta igualmente extremadamente bajo. Así mismo, el análisis bivariado ha puesto de manifiesto que la existencia de responsabilidad por parte del profesional involucrado supone un porcentaje de casos significativamente mayor en Medicina Legal que en Psiquiatría (22,2% frente a 3,2%; $p=0,002$).

Las reclamaciones en Psiquiatría con frecuencia se interponen ante los tribunales, por la familia del presunto perjudicado más de un año después del evento adverso y se resuelven en aproximadamente 2 años y medio sin consecuencias judiciales para el facultativo denunciado. Suelen relacionarse con disconformidades en el diagnóstico y/o tratamiento o la valoración del riesgo autolítico, el evento adverso reclamado es el fallecimiento del perjudicado, que se sitúa en torno a la treintena de edad y sufre con frecuencia trastorno mental severo. Los facultativos implicados suelen ser varones, en la cuarentena de edad, catalanes de origen, que se enfrentan a la reclamación aproximadamente 15 años después de obtener la licenciatura en universidades de Cataluña, en su mayoría psiquiatras desde aproximadamente 12 años antes de la reclamación.

Las reclamaciones en Medicina Legal con frecuencia se interponen ante los tribunales, por el propio perjudicado casi dos años después del evento adverso y se resuelven en aproximadamente 3 años y

medio sin consecuencias judiciales para el facultativo denunciado. Suelen relacionarse con problemas en la documentación o información médica, con frecuencia se alega falsedad en documento público, no suponiendo generalmente secuelas ni físicas ni morales en el perjudicado que se sitúa en torno a la cuarentena de edad y sufre con frecuencia antecedentes psiquiátricos. Los facultativos implicados suelen ser varones, en la cuarentena de edad, catalanes de origen, que se enfrentan a la reclamación aproximadamente 19 años después de obtener la licenciatura en universidades de Cataluña, en su mayoría psiquiatras desde aproximadamente 14 años antes de la reclamación.

Si bien el tamaño muestral no permite identificar grupos de riesgo de responsabilidad profesional con significación estadística, el análisis descriptivo apuntan a una serie de actuaciones específicas del ámbito de la Psiquiatría y la Medicina Legal que, tras la obtención del perfil específico y propio de las reclamaciones como consecuencia de responsabilidad profesional médica se estiman como susceptibles de mejora con el objetivo de contribuir a la prevención de las mismas y de los eventos adversos que las ocasionan.

Entre ellas destaca, por su relativa alta frecuencia de reclamación y por el supuesto elevado beneficio que puede obtenerse mediante su abordaje, entre las causas (tipo de acto médico) que ha motivado el procedimiento objeto de estudio, la disconformidad en el diagnóstico del riesgo autolítico por lo que se considera que la evaluación del riesgo de suicidio debe ser una de las competencias básicas en la formación de los psiquiatras.

Igualmente, conforme a los expedientes que registraron responsabilidad profesional médica, debe recomendarse el despistaje de patología orgánica en los cuadros clínicos atípicos, el seguimiento de los fármacos que requieren vigilancia especial como litio o clozapina y asegurar la adecuada supervisión de los pacientes con riesgo autolítico durante los internamientos psiquiátricos.

Por último, para todo tipo de actuaciones tanto en el ámbito de la Psiquiatría como en el de la Medicina Legal, se estima que es necesaria una intensa formación en Medicina Legal por parte de los profesionales médicos, dado que el correcto manejo de la información, la documentación médica y la correcta protocolización de las intervenciones médicas con atención a aspectos médico-legales básicos como los que rigen en materia de internamientos involuntarios, lograría evitar muchas de las reclamaciones por presunto defecto de praxis.

3. BIBLIOGRAFÍA

1. Corominas, Joan: Breve diccionario etimológico de la lengua española. Madrid: Gredos, 1987, p. 505.
2. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española (Vigésimo segunda edición) Consulta electrónica en <http://www.rae.es/rae.html>
3. Arimany Manso J. La responsabilitat professional: Perspectiva de la situació actual. Discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona, 21 de juny de 2011.
4. Corbella i Corbella J. Antecedentes históricos de la medicina legal en España. PPU, Barcelona 1995.
5. Gisbert Grifo MS, Fiori A. Responsabilidad médica. En: Villanueva Cañadas E, editor. Gisbert Calabuig. Medicina legal y toxicología. 6a ed. Barcelona: Masson; 2005; p.109-24.
6. Quaderns de Bona Praxi. Praxi mèdica i reclamacions judicials. Maig 2011. COMB.
7. Bruguera M, et al. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. Rev Clin Esp. 2012;212:198-205.
8. Medallo Muñiz J, Pujol Robinat A, Arimany Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. Med Clin (Barc). 2006;126:152-6.
9. Pujol Robinat A, Martín Fumadó C, Giménez Pérez D. Responsabilidad profesional médica. En: Medicina legal en asistencia primaria. Guía práctica. Coordinador: Castellà García J. Barcelona. EdikaMed; 2012; p. 99-114.
10. Antequera Vinagre JM. La responsabilidad deontológica. En: Antequera Vinagre JM, editor. Derecho sanitario y sociedad. Madrid: Díaz de Santos; 2006. p. 131-33.

11. Arimany Manso J. Visión de la responsabilidad profesional médica y la medicina basada en la evidencia. En: González Fernández J, Gutiérrez Hoyos A, editores. Octavo Curso de Patología Forense. Gobierno de la Rioja, 2009. p. 33-46.
12. Rodríguez Álvarez P. Nociones de derecho procesal. En: García Barrios PJ, editor. Medicina legal: responsabilidad por las actuaciones sanitarias. Alcalá la Real: Formación Alcalá; 2003. p. 17-29.
13. Arimany J, Pujol A. La prueba pericial médica en casos de responsabilidad profesional. Diario Médico, 7 abril 2004, página 8.
14. Pujol Robinat A. Puig Bausili L. El informe médico-forense en las denuncias por malpraxis médica. En: Terceres Jornades Catalanes d'actualització en Medicina Forense. Barcelona. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya; 1997.p.177-88.
15. Escobar-Córdoba F. Responsabilidad médica del psiquiatra. Rev Colomb Anestesiol. 2012;40:17-20.
16. Corbella J. La responsabilitat del metge i de les institucions sanitàries. Discurso de ingreso en al Real Academia de Medicina de Barcelona. Barcelona 1985.
17. Brown JP. Toward an economic theory of liability. J Legal Stud 1973;2:323-49.
18. Meyer DJ, Simon RI. Psychiatric malpractice and the standard of care (chapter 9: pages 185-203) En: The American Psychiatric Publishing textbook of forensic psychiatry. Simon RI, Gold LH, editors. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2004.
19. Ryan M. Medical malpractice: a review of issues for providers. Hematol Oncol Clin N Am 2002;16:1331-50.
20. Brendel RW, Schouten R. Legal concerns in psychosomatic medicine. Psychiatr Clin N Am 2007;30:663-76.

21. Berrocal Lanzarot AI. A propósito de la responsabilidad civil médica. La teoría de la pérdida de oportunidad y del resultado o daño desproporcionado. Revista de la Escuela de Medicina Legal 2011;24-42.
22. Llamas Pombo E. La responsabilidad civil del médico: aspectos tradicionales y modernos. Madrid: Trivium, 1988.
23. Martínez-Calcerrada Gómez L. "Lex artis ad hoc" y la responsabilidad médico profesional. Anales de la Real Academia de Doctores. 1998;2:155-66.
24. Dorado García R, Sánchez Mur M, Gutiérrez Marín C. Mala praxis y psiquiatría en Andalucía. Monografías de psiquiatría. 2003 oct (5). Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psiquiatria_legal/13760/
25. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
26. Corbella J. Evolución del concepto de responsabilidad médica. Organización Médica Colegial 1991;13:27-28.
27. Romero Palanco JL. La pericia médico-legal en los casos de responsabilidad médica. Cuad Med Forense 2002;27:11-28.
28. Llovet JJ. Las reclamaciones judiciales por mala praxis médica. Rev Esp Salud Pública 1993;67:315-23.
29. Gómez-Durán EL, Gómez-Alarcón M, Arimany-Manso J. Las agresiones a profesionales sanitarios. Rev Esp Med Legal 2012;38:1-2.
30. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002, núm. 274, p. 40126-40132.
31. Casas Sánchez JD, Rodríguez Albarrán MS. Responsabilidad profesional del médico. En: Manual de Medicina Legal y Forense. Madrid. Colex; 2000; p. 645-66.

32. Carles M. Responsabilidad por una práctica médica inadecuada: una perspectiva económica. *Gac Sanit* 2003;17:494-503.
33. Reid WH. When lawyers call clinicians. *Journal of Psychiatric Practice* 2010;16:253-7.
34. National Practitioner Data Bank Annual Report. Combined 2007, 2008, 2009 Annual Report. U.S. Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. Bureau of Health Professions. Division of Practitioner Data Bank. September 2011.
35. Arimany-Manso J, Gómez-Durán El, Aubia-Marimon J. Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. *Gac Sanit*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.03.006>
36. Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B, Albarrán-Juan ME, Labajo-González E, Reneses-Prieto B. Análisis de las sentencias judiciales contra psiquiatras resueltas en segunda instancia en España entre 1992 y 2007. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(6):393-400.
37. Insalud. Memoria Estadística Insalud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
38. Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de julio de 1998, núm. 167, p. 23516-23551.
39. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Servei d'Informació. Informe Anual, 2008.
40. Arimany J. L'Àrea de Praxi, de la prevenció en la responsabilitat professional a la qualitat i la seguretat de l'acte mèdic. Informe Anual 2007. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2008.
41. Institut de Medicina Legal de Catalunya. Memòria d'activitats de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, 2006. Barcelona: Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, 2007.
42. Memòria del Departament de Justícia. Memòria d'activitats de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, 2008. Barcelona: Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, 2009.
43. Memòria del Departament de Justícia. Memòria d'activitats de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, 2009. Barcelona: Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, 2010.

44. Memòria del Departament de Justícia. Memòria d'activitats de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, 2010. Barcelona: Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, 2011.
45. Memòria del Departament de Justícia. Memòria d'activitats de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, 2011. Barcelona: Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, 2012.
46. Martínez-Pereda Rodríguez JM: La responsabilidad penal del médico y del sanitaria. 2ª edición. Editorial Colex. Madrid, 1994.
47. Martínez-Pereda Rodríguez JM: La responsabilidad civil y penal del anestesista. Editorial Comares. Granada, 1995.
48. Slawson PF, Guggenheim FG. Psychiatric Malpractice: A review of the national loss experience. *Am J Psychiatry* 1984;141:979-81.
49. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med* 2011;365:629-36.
50. Perea Pérez B, Santiago Sáez A, Labajo González ME, Albarrán Juan ML, Sánchez Sánchez JA. Análisis de las consecuencias médico-legales de las reclamaciones judiciales de pacientes. Estudio comparativo de los casos de traumatología, ginecología y obstetricia, anestesia y reanimación y odontostomatología. *Trauma Fund MAPFRE*. 2009;20264-8.
51. Criado del Río MT. Error médico: evitable e inevitable. *Med Clin (Barc)*. 2000;115:137-40.
52. 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* 2011; 211: 17-22.
53. Reid RO, Friedberg MW, Adams JL, McGlynn EA, Mehrotra A. Associations between physician characteristics and quality of care. *Arch Intern Med* 2010;170:1442-9.
54. Benomran F. Medical responsibility in the United Arab Emirates. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2010;17:188-93.

55. Carrasco Gómez JJ. Responsabilidad profesional en medicina y psiquiatría. En: Responsabilidad médica y Psiquiatría. Madrid. 2ª edición. Colex; 1998; p. 21-32.
56. Binder RL. Liability for the psychiatrist expert witness. *Am J Psychiatry* 2002;159:1819-25.
57. Hoffman BF. Courts and torts: the psychiatrist preparing for trial. *Can J Psychiatry* 1997;42:497-501.
58. Gutheil TG, Bursztajn H, Hamm RM, Brodsky A. Subjective data and suicide assessment in the light of recent legal developments. Part I: Malpractice prevention and the use of subjective data. *Int J Law Psychiatry*. 1983;6:317-29.
59. Passmore K, Leung W-C. Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire survey. *Postgrad Med J* 2002;78:671-3.
60. Brendel RW, Wei MH, Schouten R, Edersheim JG. An approach to selected legal issues: confidentiality, mandatory reporting, abuse of neglect, informed consent, capacity decisions, boundary issues, and malpractice claims. *Med Clin N Am* 2010;94:1229-40.
61. Rubin RJ, Mendelson DN. How much does defensive medicine cost? *J Am Health Policy*. 1994;4:7-15.
62. Tancredi LR, Barondess JA. The problem of defensive medicine. *Science*. 1978; 200:879-82.
63. Paredes R. Ética y medicina defensiva. Seminario El ejercicio actual de la medicina. México: Facultad de Medicina UNAM, 2003..
64. Arimany Manso J. La medicina defensiva: un peligroso boomerang. *Humanidades Médicas*. Febrero 2007; 12.
65. Hernández Gil, A. Estudio médico forense de la responsabilidad profesional médica. *Revista de Estudios Jurídicos*. 2008;8:1-30.
66. González Álvarez O. Sobre ética y psiquiatría: Una relación controvertida. *Portularia* 2007;1-2: 189-202.

67. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ*. 1995;310:27-9.
68. Kane C. Policy Research Perspectives: Medical Liability Claim Frequency: A 2007-2008 Snapshot of physicians. Chicago, IL: American Medical Association 2010:1-7.
69. Madea B, Preub J. Medical malpractice as reflected by the forensic evaluation of 4.450 autopsies. *Forensic Science International* 2009;190:58-66.
70. Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal. En: Villanueva Cañadas E, editor. Gisbert Calabuig. Medicina legal y toxicología. 6a ed. Barcelona: Masson; 2004; p.3-7.
71. Gisbert Calabuig JA. La peritación médico-legal: introducción jurídica. El método médico-legal. En: Villanueva Cañadas E, editor. Gisbert Calabuig. Medicina legal y toxicología. 6a ed. Barcelona: Masson; 2004; p.145-55.
72. Arimany Manso J, Barbería Marcalain E, Martín Fumadó C, Pujol Robinat A, Bruguera Cortada M, Pera Bajo F. Bicentenario del nacimiento del profesor Dr. Pere Mata i Fontanet. *Rev Esp Med Legal*. 2011;37:87-9.
73. Anunci pel qual es fa pública la contractació d'una pòlissa de responsabilitat patrimonial i civil per part de la Generalitat de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 30 de novembre de 2010, núm. 5766, p. 87735-87336.
74. Wong DS, Lai PB. Malpractice claims: prevention is often a better strategy. *Hong Kong Med J*. 2001;17:425-6.
75. de Vries EN, Eikens-Jansen MP, Hamersma AM, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. Prevention of surgical malpractice claims by use of a surgical safety checklist. *Ann. Surg*. 2011;253:624-8.
76. Arimany-Manso J. La responsabilidad profesional en cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.04.006>

77. Código Penal. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. Quinta edición. Editorial Tecnos. Madrid, 1999.
78. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 2 de febrero de 2001, núm. 29, p. 4121-4125.
79. Ley 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen. Boletín Oficial del Estado, 14 de mayo de 1982, núm. 115, p. 2546-2548.
80. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Madrid: Organización Médica Colegial de España. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, 2011.
81. Álvarez González F, Hidalgo Salvador E, Sánchez del Castillo D, García Pérez H. Estudio retrospectivo de las denuncias por malpraxis médica en la provincia de Málaga. Cuad Med Forense 2007;13:9-19.
82. Fuertes Rocañín JC, Cabrera Forneiro J, de la Gándara Martín JJ. La responsabilidad profesional en la práctica psiquiátrica. En: La salud mental en los tribunales. Madrid. Arán; 2004; p. 61-71.
83. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Servei d'Informació. Informe Anual, 2010.
84. Gerbasi JB, Simon RI. Patients' rights and psychiatrists' duties: discharging patients against medical advice. Harv Rev Psychiatry 2003;11:333-43.
85. Conte HR, Karasu TB. Malpractice in Psychotherapy: An overview. American Journal of Psychotherapy 1990;44:232-46.
86. Slovenko R. Malpractice in Psychotherapy. An overview. Psychiatr Clin N Am 1999;22:1-15.
87. Mind. Another assault. Mind's campaign for equal access to justice for people with mental health problems. 2007. Disponible en: <http://www.mind.org.uk/assets/0000/4014/Anotherassault.pdf>

88. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Servei d'Informació. Informe Anual, 1992.
89. Simon RI, Shuman DW. Therapeutic risk management of clinical-legal dilemmas: should it be a core competency. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009;37:155-61.
90. Villagrana JM, Luque R. Psicopatología del insight. *Psiquiatr Biol.* 2000;7:202-15.
91. Meyer DJ. Psychiatry malpractice and administrative inquiries of alleged physician misconduct. *Psychiatr Clin N Am* 2006;29:615-28.
92. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, sala de lo contencioso-administrativo, 336/2007, de 30 de marzo.
93. Gitlin MJ. A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *Am J Psychiatry.* 1990;156:1630-4.
94. Simon R, Shuman DW. The standard of care in suicide risk assessment: an elusive concept. *CNS Spectr.* 2006;11:442-5.
95. Rico-Villademoros Gamonedo F, Hernando Martín T, Saiz Ruiz J, Giner Ubago J, Bobes García J. Patrón de actuación de los psiquiatras en España ante la presencia de pacientes con riesgo de conducta suicida. En: *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida.* Madrid. Triacastela; 2011; p.39-57.
96. Garvey KA, Penn JV, Campbell AL, Esposito-Smythers C, Spirito A. Contracting for safety with patients: clinical practice and forensic implications. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009;37:363-70.
97. Martín Pallín JA. Errores médicos. *Rev Clin Esp.* 2012;212:186-7.
98. González Hernández E, Castellano Arroyo M. El consentimiento en las actuaciones médicas en las comunidades autónomas españolas: regulación actual. *Rev Esp Med Legal.* 2012;38:100-6.
99. Martín Fumadó C, Barbería Marcalain E, Arimany Manso J. Motivos de reclamación en psiquiatría. Comunicación (póster) presentada en el XVIII Simposium de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense. Barcelona. 2011.

100. Sentencia del Tribunal Constitucional, sala Segunda, recurso de amparo 5.070/2.009, de 2 de julio de 2012.
101. Rodríguez Hornillo M, De la Riva Moreno C, Serratosa Sánchez-Ibargüen A. Responsabilidad sanitaria: responsabilidad personal del médico vs. responsabilidad del sistema sanitario. *Cuad Med Forense* 2011;17:59-66.
102. Appelbaum PS. Law & psychiatry: Third-party suits against therapists in recovered-memory cases. *Psychiatr Serv.* 2001;52:27-8.
103. Ramona v Superior Court Ramona (judgement on jury verdict), n.61898 (Napa Cty Superior Ct, July 11, 1994). Disponible en: <http://caselaw.findlaw.com/ca-court-of-appeal/1122202.html>
104. Guillén C, Aguinaga I, Guillén F. La medicina basada en la evidencia en el sistema judicial norteamericano. *An Sist Sanit Navar.* 1998;21:385-8 Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/n3/cartas1.html>
105. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Medical Malpractice. *NEJM* 2004;350:283-92.
106. Özdemir MH, Ergönen TA, Can İÖ. Medical malpractice claims involving children. *Forensic Sci. Int.* 2009;191:80-5.
107. Capellà Batista-Alentorn A. La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. 2001;79:101-28.
108. Herczeg J. High-risk obstetrics, medicolegal problems. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;71:181-5.
109. Roche E, Gómez-Durán EL, Benet-Travé J, Martín-Fumadó C, Arimany-Manso J. Professional liability claims in vascular surgery practice. *Ann Vasc Surg.* 2012. [Epub ahead of print].
110. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Servei d'Informació. Informe Anual, 2009.
111. Arrizabalaga P, Bruguera M. Feminización y ejercicio de la medicina. *Med Clin (Barc).* 2009;4;133:184-6.

112. Arrizabalaga P, Valls-Llobet C. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. Med Clin (Barc). 2005;18;125:103-7.
113. Carrasco Gómez, JJ. Formación legal y forense para psiquiatras. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [acceso: 6 marzo 2012]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa27/conferencias/27_ci_i.htm

4. LISTADO DE FIGURAS

1. Distribución de reclamaciones atendiendo a las distintas especialidades médicas.
2. Distribución de causas que han motivado el procedimiento objeto de estudio, para la totalidad de la muestra.
3. Distribución de causas que han motivado el procedimiento objeto de estudio, para la submuestra de Psiquiatría.
4. Distribución de causas que han motivado el procedimiento objeto de estudio, para la submuestra de Medicina Legal.
5. Distribución por tipo de perjuicio del procedimiento objeto de estudio, para la totalidad de la muestra.
6. Distribución por tipo de perjuicio del procedimiento objeto de estudio, para la submuestra de Psiquiatría.
7. Distribución por tipo de perjuicio del procedimiento objeto de estudio, para la submuestra de Medicina Legal.
8. Distribución de la muestra atendiendo a la especialidad médica objeto del procedimiento de estudio.
9. Distribución temporal (según años) de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Psiquiatría y Medicina Legal.
10. Distribución temporal (según años) de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 relativas a Psiquiatría.
11. Distribución temporal (según años) de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Medicina Legal.
12. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Psiquiatría y Medicina Legal, atendiendo al mes en el que se produce el acto médico reclamado.
13. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Psiquiatría, atendiendo al mes en el que se produce el acto médico reclamado.
14. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Medicina Legal, atendiendo al mes en el que se produce el acto médico reclamado.

15. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Psiquiatría y Medicina Legal, atendiendo al día del mes en el que se produce el acto médico reclamado.
16. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Psiquiatría, atendiendo al día del mes en el que se produce el acto médico reclamado.
17. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Medicina Legal, atendiendo al día del mes en el que se produce el acto médico reclamado.
18. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, comparando las relativas a Medicina Legal y las de Psiquiatría, atendiendo al día del mes en el que se produce el acto médico reclamado.
19. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Psiquiatría y Medicina Legal, atendiendo al día de la semana en el que se produjo el acto médico reclamado.
20. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Psiquiatría, atendiendo al día de la semana en el que se produce el acto médico reclamado.
21. Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, relativas a Medicina Legal, atendiendo al día de la semana en el que se produce el acto médico reclamado.
22. Distribución geográfica de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, atendiendo a la provincia en la que se produjo el acto médico reclamado.
23. Distribución geográfica de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, atendiendo a las producidas en la provincia de Barcelona (con excepción de la ciudad de Barcelona).
24. Distribución geográfica de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, atendiendo a la provincia en la que se produjo el acto médico reclamado para la submuestra de Psiquiatría.
25. Distribución geográfica de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 para la submuestra de Psiquiatría, atendiendo a las producidas en la provincia de Barcelona (con excepción de la ciudad de Barcelona).
26. Distribución geográfica de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009, atendiendo a la provincia en la que se produjo el acto médico reclamado, para la submuestra de Medicina Legal.

27. Distribución geográfica de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 para la submuestra de Medicina Legal, atendiendo a las producidas en la provincia de Barcelona (con excepción de la ciudad de Barcelona).
28. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría y Medicina legal, atendiendo al carácter judicial o extrajudicial del procedimiento.
29. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría, atendiendo al carácter judicial o extrajudicial del procedimiento.
30. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Medicina Legal, atendiendo al carácter judicial o extrajudicial del procedimiento.
31. Distribución de la muestra atendiendo al resultado del procedimiento objeto de estudio.
32. Distribución de la submuestra de Psiquiatría, atendiendo al resultado del procedimiento objeto de estudio.
33. Distribución de la submuestra de Medicina Legal, atendiendo al resultado del procedimiento objeto de estudio.
34. Distribución del tiempo medio transcurrido desde el acto médico motivo del procedimiento hasta la fecha de la resolución del procedimiento objeto de estudio (en años).
35. Distribución del tiempo medio transcurrido desde el acto médico motivo del procedimiento hasta la fecha de la resolución del procedimiento (en años) para la submuestra de Psiquiatría.
36. Distribución del tiempo medio transcurrido desde el acto médico motivo del procedimiento hasta la fecha de la resolución del procedimiento (en años) para la submuestra de Medicina Legal.
37. Distribución de la muestra, atendiendo a las secuelas que supuestamente se han producido como consecuencia del acto médico que ha motivado el procedimiento.
38. Distribución de la submuestra correspondiente a la Psiquiatría, atendiendo a las secuelas que supuestamente se han producido como consecuencia del acto médico que ha motivado el procedimiento.
39. Distribución de la submuestra correspondiente a la Medicina Legal, atendiendo a las secuelas que supuestamente se han producido como consecuencia del acto médico que ha motivado el procedimiento.
40. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría y Medicina legal, atendiendo al ámbito asistencial implicada en el acto médico reclamado.

41. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 para la submuestra de Psiquiatría, atendiendo al ámbito asistencial implicada en el acto médico reclamado.
42. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 para la submuestra de Medicina Legal, atendiendo al ámbito asistencial implicada en el acto médico reclamado.
43. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría y Medicina legal, atendiendo al área asistencial implicada en el acto médico reclamado.
44. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría, atendiendo al área asistencial implicada en el acto médico reclamado.
45. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Medicina legal, atendiendo al área asistencial implicada en el acto médico reclamado.
46. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría y Medicina legal, atendiendo al carácter urgente o programado del acto médico reclamado.
47. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría, atendiendo al carácter urgente o programado del acto médico reclamado.
48. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Medicina Legal, atendiendo al carácter urgente o programado del acto médico reclamado.
49. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría y Medicina legal, atendiendo al carácter individual o colectivo (en equipo) del acto médico reclamado.
50. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Psiquiatría, atendiendo al carácter individual o colectivo (en equipo) del acto médico reclamado.
51. Distribución de las reclamaciones registradas en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009 en Medicina Legal, atendiendo al carácter individual o colectivo (en equipo) del acto médico reclamado.
52. Distribución del tiempo medio transcurrido desde el acto médico motivo del procedimiento hasta la fecha de la apertura del expediente en el colegio de médicos (en años) para la totalidad de la muestra.

53. Distribución del tiempo medio transcurrido desde el acto médico motivo del procedimiento hasta la fecha de la apertura del expediente en el colegio de médicos (en años) para la submuestra de Psiquiatría.
54. Distribución del tiempo medio transcurrido desde el acto médico motivo del procedimiento hasta la fecha de la apertura del expediente en el colegio de médicos (en años) para la submuestra de Medicina Legal.
55. Distribución de los perjudicados/as de la totalidad de la muestra atendiendo al sexo de los mismos.
56. Distribución de los perjudicados/as en la submuestra de Psiquiatría, atendiendo al sexo de los mismos.
57. Distribución de los perjudicados/as en la submuestra de Medicina Legal, atendiendo al sexo de los mismos.
58. Distribución de la edad media de los perjudicados/as de la totalidad de la muestra objeto de estudio (en años). (Número de casos en el eje de ordenadas y tiempo en años en el eje de abscisas).
59. Distribución de los perjudicados/as de la totalidad de la muestra objeto de estudio atendiendo a si el perjudicado fue parte activa en la reclamación del procedimiento.
60. Distribución de los perjudicados/as de la submuestra objeto de estudio correspondiente a Psiquiatría atendiendo a si el perjudicado fue parte activa en la reclamación del procedimiento.
61. Distribución de los perjudicados/as de la submuestra objeto de estudio correspondiente a Medicina Legal atendiendo a si el perjudicado fue parte activa en la reclamación del procedimiento.
62. Distribución de los perjudicados/as de la totalidad de la muestra objeto de estudio atendiendo a la existencia de registro de antecedentes patológicos.
63. Distribución de los perjudicados/as de la submuestra objeto de estudio correspondiente a Psiquiatría atendiendo a la existencia de registro de antecedentes patológicos.
64. Distribución de los perjudicados/as de la submuestra objeto de estudio correspondiente a Medicina Legal atendiendo a la existencia de registro de antecedentes patológicos.
65. Distribución de los perjudicados/as de la totalidad de la muestra objeto de estudio atendiendo a la existencia de registro de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico.
66. Distribución de los perjudicados/as de la submuestra objeto de estudio correspondiente a Psiquiatría atendiendo a la existencia de registro de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico.
67. Distribución de los perjudicados/as de la submuestra objeto de estudio correspondiente a Medicina Legal atendiendo a la existencia de registro de antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico.

68. Distribución del número de profesionales médicos implicados en cada uno de los casos de la totalidad de la muestra.
69. Distribución del número de profesionales médicos implicados en los casos en los que el acto médico que motivó el procedimiento era de la especialidad de Psiquiatría.
70. Distribución del número de profesionales médicos implicados en los casos en los que el acto médico que motivó el procedimiento era de la especialidad de Medicina Legal.
71. Distribución de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra, atendiendo a los colegios profesionales a los que pertenecen.
72. Distribución de los profesionales médicos implicados de la muestra, teniendo en cuenta los casos en los que la especialidad del acto médico fue la Psiquiatría, atendiendo a los colegios profesionales a los que pertenecen.
73. Distribución de los profesionales médicos implicados de la muestra, teniendo en cuenta los casos en los que la especialidad del acto médico fue la Medicina Legal, atendiendo a los colegios profesionales a los que pertenecen.
74. Distribución por sexo de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a los casos en los que la especialidad del acto médico fue la Psiquiatría.
75. Distribución por sexo de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a los casos en los que la especialidad del acto médico fue la Psiquiatría.
76. Distribución por sexo de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a los casos en los que la especialidad del acto médico fue la Medicina Legal.
77. Distribución por edad de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio. (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).
78. Distribución por procedencia de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la totalidad de la muestra.
79. Distribución por procedencia de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la totalidad de la submuestra de casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la Psiquiatría.
80. Distribución por procedencia de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la totalidad de la submuestra de casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la Medicina Legal.
81. Distribución por edad de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio en el momento de la obtención de la licenciatura. (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).
82. Distribución del tiempo medio transcurrido desde la obtención de la licenciatura de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio hasta el acto médico motivo del procedimiento (en años). (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).

83. Distribución según lugar de obtención del título de licenciatura de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la totalidad de la muestra.
84. Distribución según lugar de obtención del título de licenciatura de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la totalidad de la submuestra de casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la Psiquiatría.
85. Distribución según lugar de obtención del título de licenciatura de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la totalidad de la submuestra de casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la Medicina Legal.
86. Distribución por edad de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio en el momento de la colegiatura. (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).
87. Distribución del tiempo medio transcurrido desde la colegiatura de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio hasta el acto médico motivo del procedimiento (en años). (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).
88. Distribución de los profesionales médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio atendiendo al registro en la base de datos del CCMC de alguna especialidad médica, atendiendo a la totalidad de la muestra.
89. Distribución de los profesionales médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio atendiendo al registro en la base de datos del CCMC de alguna especialidad médica, atendiendo a la submuestra correspondiente a Psiquiatría.
90. Distribución de los profesionales médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio atendiendo al registro en la base de datos del CCMC de alguna especialidad médica, atendiendo a la submuestra correspondiente a Medicina Legal.
91. Distribución por edad de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio en el momento de la obtención del título de especialista en Psiquiatría. (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).
92. Distribución del tiempo medio transcurrido desde la obtención del título de la especialidad en Psiquiatría de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio hasta el acto médico motivo del procedimiento (en años). (Edad en años en el eje de ordenadas y casos en el eje de abscisas).
93. Distribución según lugar de obtención del título de especialista en Psiquiatría de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la totalidad de la muestra.
94. Distribución según lugar de obtención del título de especialista en Psiquiatría de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la submuestra de casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la Psiquiatría.

95. Distribución según lugar de obtención del título de especialista en Psiquiatría de los profesionales médicos implicados en la muestra objeto de estudio, atendiendo a la submuestra de casos en los que la especialidad médica objeto del estudio fue la Medicina Legal.
96. Análisis bivariado. Relación entre el tiempo de resolución del expediente y Responsabilidad.
97. Pirámide de edades del total de colegiados. Fuente: Informe anual 2010. COMB.

5. LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Correspondencia de artículos entre el Código Penal de 1973 y el de 1995.

Tabla 2. Principales características de los casos de responsabilidad registradas en el total de la muestra objeto de estudio.

Tabla 3. Inflación acumulada según el INE con respecto a noviembre de 2011.

Tabla 4. Valor actual (noviembre de 2011) estimado para las condenas económicas/acuerdos extrajudiciales de carácter económico registradas en el total de la muestra objeto de estudio.

Tabla 5. Distribución del tipo de patología psiquiátrica padecida por los/as perjudicados/as en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio, para la totalidad de la muestra.

Tabla 6. Análisis bivariable. Asociación entre Especialidad y Responsabilidad.

Tabla 7. Análisis bivariable. Asociación entre Interposición de la denuncia por el propio perjudicado y Causa consistente en disconformidad en diagnóstico, el tratamiento o diagnóstico y tratamiento.

Tabla 8. Análisis bivariable. Relación entre el tiempo de resolución del expediente y el tipo de expediente.

Tabla 9. Sinopsis de resultados. Variables en relación al acto médico objeto de los procedimientos objeto de estudio.

Tabla 10. Sinopsis de resultados. Variables en relación en relación al perjudicado/a en los procedimientos objeto de estudio.

Tabla 11. Sinopsis de resultados. Variables en relación a los distintos profesionales médicos implicados en los procedimientos objeto de estudio.

Tabla 12. Número de reclamaciones según sexo y grupo de edad (por décadas) en la muestra del presente estudio.

6. ANEXOS

Anexo 1. Solicitud al Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC) para llevar a cabo el estudio.

Anexo 2. Autorización del IMLC para llevar a cabo el estudio.

Anexo 3. Autorización del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya para la recogida de datos para el estudio.

Anexo 4. Hoja de recogida de datos utilizada en los casos del estudio.

Anexo 1. Solicitud al Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC) para llevar a cabo el estudio.

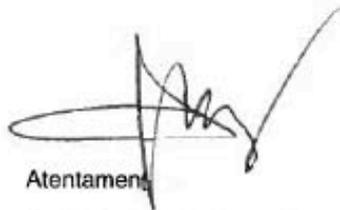
Generalitat de Catalunya
Institut de Medicina Legal
de Catalunya
Divisió de Barcelona

NÚM. 0316E- 626/09

Data 29 OCT. 2009

A l'atenció de la Direcció del Institut de Medicina Legal de Catalunya

El sotasignat, com a metge forense del Institut de Medicina Legal de Catalunya sol·licita el consentiment de la Direcció d'aquest Institut per a acudir, fora de l'horari laboral del propi Institut, a la seu de l'Àrea de Praxis Mèdica del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona per, sota la supervisió del Dr. Josep Benet (especialista en epidemiologia) recollir les dades necessàries per a la posterior elaboració de la tesi doctoral en relació a la responsabilitat mèdica.



Atentament,

Dr. Carles Martin Fumadó
DNI 46.621.557-M

Anexo 2. Autorización del IMLC para llevar a cabo el estudio.

 Generalitat de Catalunya
Departament de Justícia
**Institut de Medicina Legal
de Catalunya**

EB/mb

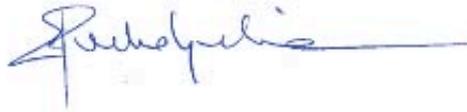
Metge Forense Dr. Carles Martín Fumadó
Servei de Clínica Medicoforense
Ciutat de la Justícia de l'Hospitalet de Llobregat
Av. Carrilet, 2
08902 L'Hospitalet de Llobregat

	Generalitat de Catalunya Institut de Medicina Legal de Catalunya Divisió de Barcelona
Núm. 03165-	869/09
Data	29 SET. 2009
Registre de solista	

Benvolgut Dr. Martín Fumadó,

Per la present i en relació a la seva sol·licitud de consentiment per a acudir fora de l'horari laboral a la seu de l'Àrea de Praxis Mèdica del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona us dono el vist i plau per poder realitzar les gestions oportunes.

Cordialment,



Dr. Eneko Barberis Marçalain
Subdirector de la divisió de Barcelona comarques de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya
Barcelona, 29 de setembre de 2009

Ciutat de la Justícia de Barcelona i l'Hospitalet de Llobregat, Edifici G
Gran Via de les Corts Catalanes, núm 111, 6a planta
08014 Barcelona
Telèfon 93 554 82 78
Fax: 93 554 82 59
www.imecat.catalunyalibria

Anexo 3. Autorización del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya para la recogida de datos para el estudio.



El Dr. Josep Arimany Manso, Director del Servei de Responsabilitat Civil Professional, del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya,

INFORMA:

Que el Dr. Carles Martín Fumadó (col·legiat núm. 35.443), metge forense dels Jutjats de l'Hospitalet, realitzarà un estudi acadèmic en el Servei de Responsabilitat Professional, relacionat amb els sinistres antics d'aquest Servei, sota la supervisió del Dr. Josep Benet Trave, metge epidemiòleg, i que no existeix cap inconvenient en que realitzi aquest treball sempre que estigui autoritzat per l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, i que compleixi amb la normativa vigent sobre protecció de dades.

I per a que així consti, i a petició de l'interessat, signo aquest escrit, a Barcelona 21 de setembre de 2009.

Dr. Josep Arimany i Manso



Universitat Autònoma de Barcelona