

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGÍA Y LEGISLACIÓN**  
**SANITARIA**



**TESIS DOCTORAL**

**La responsabilidad profesional en obstetricia y  
ginecología: mirando al futuro**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Nicolás García Ruiz**

DIRECTORES

**Bernardo Perea Pérez**  
**Andrés Santiago Sáez**

Madrid, 2018

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGIA Y LEGISLACION SANITARIA**



**TESIS DOCTORAL**  
**LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA:**  
**MIRANDO AL FUTURO**

**Autor: Nicolás García Ruiz**

**DIRECTORES: Dr. D. Bernardo Perea Pérez**

**Dr. D. Andrés Santiago Sáez**

**Madrid 2017**



**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGIA Y LEGISLACION SANITARIA**

**TESIS DOCTORAL**

**LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA:  
MIRANDO AL FUTURO**

**©Nicolás García Ruiz 2017**

# INDICE

SUMMARY.....	3
RESUMEN.....	11
INTRODUCCION.....	18
<b>Organización de Juzgados y Tribunales. Órdenes jurisdiccionales</b> .....	38
<b>Juzgados y tribunales</b> .....	39
<b>Organización territorial</b> .....	40
JUSTIFICACIÓN.....	40
HIPOTESIS.....	41
OBJETIVOS.....	42
MATERIAL Y METODO.....	43
RESULTADOS.....	47
<b>Estudio de las denuncias en la vía penal</b> .....	47
<b>Estudio de las demandas en la vía civil y contencioso administrativa</b> .....	51
<b>Distribución geográfica de las demandas de la vía civil y contencioso administrativa</b> .....	62
<b>Comparación de las vías penal y el conjunto de la civil y contencioso administrativa, por porcentaje de condenas</b> .....	68
DISCUSIÓN.....	72
CONCLUSIONES.....	87
TABLAS DE TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.....	89
REFERENCIAS.....	114
PRIMERA PUBLICACION: Análisis de reclamaciones judiciales contra obstetras y ginecólogos en España. Estudio específico de la vía penal (1987-2013).....	129
SEGUNDA PUBLICACION: Estudio de las compensaciones económicas sobre sentencias judiciales contra obstetras y ginecólogos en España (1987-2013).....	135
TERCERA PUBLICACION: Evaluación de las sentencias en vía civil contra obstetras y ginecólogos en España (1987-2013).....	141

## **SUMMARY**

Obstetrics and Gynaecology play a prominent role in the number of lawsuits in Spain and worldwide. The reason of this is that we promote a restricted Spanish study.

The Spanish Court system is hierarchical with different levels structured from the highest to the lowest level.

Typically the legal action begins in the Court of First Instance; appeals and counter-appeals go to higher courts.

We study the court sentences issued in cases against gynaecologists in Spain, but just we take those that reach the highest levels, trying to screen out those not progressing on legal system. It is because we assume there are of the most interest.

As long as many of the cases start in the economical and sorter criminal court, few of them go on and conclude in it, changing to the costly and lengthy civil court, we take apart

penal and civil court sentences, and because their different meaning and their consequences on the sued doctors.

Criminal court claims against gynaecologists in the Spanish court system are a rare occurrence (less than 3%). These can lead to financial penalties, imprisonment and disqualification. Our aim is to study the court sentences issued in such cases, as these involve the most serious convictions, and to obtain a profile of those convicted.

In both criminal and civil courts sentences, malpractice payouts occupy an important place in Obstetrics and Gynaecology. But as there are so few criminal court cases it is because we analysed a long period (1987 - 2013) of civil court sentences focusing on compensation amount and the way compensation has changed.

In Spain there are not many economic analyses on Obstetrics and Gynaecology, specifically on the main adverse events that lead to catastrophic payouts.

We also study Geographical distribution of the most frequent civil cases, trying to find out if there is any area with a specific pattern.

As we know there are not any specific works as ours.

We'll try to relate the litigation against doctors, as they are originated in alleged medical errors, with the patient safety.

## **MATERIAL AND METHODS**

It is a retrospective analysis of the sentences against gynaecologists in the period from 1987 to 2013. The Westlaw-Aranzadi legal database on court sentences has been used to search for civil, criminal and administrative litigation against obstetricians and gynaecologists during the

study period was performed. The judicial way, the adverse event under examination, the year of the ruling, and the payouts for malpractice, were among others the variables analysed. The Spanish province where the adverse event happened also has been recovered. Statistical analysis was performed using SPSS Statistics 19.0, F-distribution and normal distribution tables as well as the Student's *t*-test to compare differences

There have been used F-distribution tables, normal distribution tables and Student's *t*-test to compare differences between groups, and the Mann-Whitney nonparametric test for comparison of independent samples.

In order to define two broad groups: those "convicted" and "not convicted", a multivariate study analysis followed by cluster analysis to determine similar sentences was performed.

## RESULTS

From the criminal court 85 cases were recovered, 56.4% of complaints came from procedures in the public sector, but the highest rate of convictions (59.3%) was based on complaints originating in the private healthcare sector. The likelihood of conviction in events related to childbirth was 36.6% (20 out of 55) versus 16.6% (5 out of 30) in incidents of another origin. On criminal proceedings, 69.2% of cases for permanent neurological damage (neonatal encephalopathy) concluded in a criminal conviction and had the highest financial compensation. The average time elapsed between the incident and the sentence was 5.7 years. With a prior conviction, the possibility of confirmation at higher levels was 71.9%. An acquittal was confirmed in 96.2% of cases.

From the civil court we recovered 431 cases, 244 of which resulted in a conviction (56.6%). Obstetrics involved the

highest payouts ( $p = 0.01$ ) and a 57.5% chance of being convicted. The accusations with the highest payouts involved fetal death or fetal injury, which were the most common cause of payouts exceeding 300.000 €. Overall, 78.7% (193) of convictions involved a payout below 300.000 € and the mean, median and maximum payouts increased steadily during the study period. A previous conviction ruling, permanent brain damage and an event originated in the public health system, were the variables with the greatest weight in the result of the conviction.

The Murcia region (Autonomous Community) and Madrid region get the highest rate of claims all over Spain.

## **CONCLUSIONS:**

1.- In this study the most part of judicial claims in the specialty of Obstetrics and Gynecology, come from adverse

events in relation with fetal injury and are the ones that receive the higher rate of sentences, regarding both civil and criminal basis and are the origin of the highest economic compensations.

2.- Most of the judicial claims in the Obstetrics and Gynecology, near 84% of the cases, ended on civil court and the causes of the most frequent claims remained unchanged.

3.- There exists a great difference between the number of judicial claims in the area of Obstetrics and Gynecology by autonomous region.

4.- The judicial claims can constitute in a new security indicator in sanitary service.

## **RESUMEN**

La Obstetricia y Ginecología juegan un papel prominente en lo referente al número de reclamaciones judiciales.

El sistema judicial español tiene un orden jerárquico, estructurado en diferentes niveles del más alto al más bajo.

Lo normal es que la acción legal empiece en los juzgados de primera instancia; las apelaciones y las casaciones pueden llegar a lo más alto en la escala judicial.

Estudiamos las sentencias judiciales emitidas en casos iniciados contra ginecólogos en España, pero solo hemos recogido aquellos que alcanzan los niveles superiores, intentando descartar aquellos que no progresan en la escala judicial.

Porque muchos de estos casos comienzan en la más económica y corta vía penal, pero pocos concluyen en ella, y

se dirigen a la más costosa y prolongada vía civil, es por lo que hemos separado el estudio de las sentencias en la vía penal y civil, y también por su diferente significado para el profesional objeto de la acción judicial, pues pueden conducir a penas económicas, de cárcel e inhabilitación.

En ambas vías, la penal y la civil, las indemnizaciones económicas ocupan un papel importante en la Obstetricia y Ginecología. Pero el número de caso que terminan en la vía penal es muy escaso para el largo periodo estudiado, 1987 – 2013, razón por la cual hemos analizado la vía civil con especial interés en las compensaciones económicas y en cómo han evolucionado.

En España no existen muchos análisis sobre reclamaciones judiciales en Obstetricia y Ginecología y ninguno específico como el nuestro.

También hemos analizado la distribución geográfica de las sentencias más comunes, las de la vía civil, intentando encontrar si existe algún patrón específico

Intentaremos relacionar las acciones legales contra los profesionales, ya que parten de presuntos errores médicos, con la seguridad del paciente.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se trata de un análisis retrospectivo contra ginecólogos sobre el periodo 1987-2013.

Se ha usado la base de datos legales Westlaw-Aranzadi sobre sentencias, para buscar las de la vía penal, civil y contencioso administrativa, emitidas por acciones legales contra obstetras y ginecólogos. La vida judicial, el evento adverso que motivo la acción legal y las compensaciones económicas, fueron entre otras, las variables analizadas. También buscamos la

provincia de origen del evento adverso. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS19.0, las tablas de distribución F y normal así como la *t-test* de Student's para la comparación de diferencias.

Con la intención de definir dos grandes grupos el de "condenado" y no "condenado", se realizó un análisis multivariante seguido por un análisis de grupos para la determinación de sentencias.

De la vía penal recuperamos 85 sentencias, el 56,4% por eventos en el sector público, pero la tasa más alta de condenas, el 59,3% lo fue por acciones legales originadas en el ámbito privado. La probabilidad de condena en eventos relacionados con el parto fue de 36,6% (20 de 55) mientras el 16,6% (5 de 30) lo fue por incidentes de otro origen. El 69.2% de los casos de denuncias en la vía penal por daño cerebral permanente (encefalopatía neonatal) terminaron en condena y con las indemnizaciones económicas más elevadas. El

tiempo medio desde que ocurrió el incidente hasta la emisión de la sentencia fue de 5,7 años. Una sentencia condenatoria previa se confirmó en el 71,9% de los casos y una absolutoria en el 96,2%.

De la vía civil recuperamos 431 casos, de los cuales 244 terminaron en una sentencia condenatoria (56,6%). Las compensaciones más elevadas se dieron en la obstetricia ( $p$  0,01) y en esta rama la posibilidad de condena fue del 57,7%. Las condenas con las compensaciones más elevadas fueron para los casos de muerte fetal o daño al recién nacido y feto, y estas fueron las causas más comunes de indemnizaciones económicas superiores a 300.000 euros. Globalmente, el 78,7% (193) de las condenas obtuvieron compensaciones económicas por debajo de los 300000 euros. Las indemnizaciones máximas y media se incrementaron a lo largo del periodo estudiado.

Una sentencia condenatoria previa, el daño cerebral permanente y un evento originado en el sector público, fueron las variables con más peso en el resultado de una sentencia condenatoria.

En las Comunidades Autónomas de Murcia y Madrid, se registraron las tasas más altas de reclamaciones jurídicas de toda España.

### **CONCLUSIONES:**

- 1.- En la mayor parte de las reclamaciones judiciales en la especialidad de Obstetricia y Ginecología, el evento adverso relacionado con daño fetal, recibe la proporción más elevada de sentencias condenatorias, en ambas vías la penal y la civil y contencioso administrativa, y es el origen de las compensaciones económicas más elevadas
- 2.- La mayor parte de las reclamaciones judiciales en Obstetricia y Ginecología, casi el 84% de los casos, concluyen

en la vía civil, y las causas más frecuentes de reclamación judicial permanecen invariables.

3.- Existe gran diferencia en el número de reclamaciones judiciales en el campo de la Obstetricia y Ginecología, por regiones autónomas.

4.- Las reclamaciones judiciales constituyen un indicador de seguridad en los servicios de salud.

## INTRODUCCION

Las reclamaciones judiciales contra médicos por malap Praxis son objeto de gran atención, sobre todo, porque se pretende que son un reflejo de seguridad y fiabilidad de un sistema sanitario, también porque puede influir en el comportamiento de los profesionales y favorecer lo que se conoce como medicina defensiva, y como no, por su impacto mediático.

Para algunos autores son un reflejo de la atención integral y seguridad del paciente y puede suponer un punto de partida para la implementación de estrategias de mejora (1). Serían un indicador básico de calidad.

El primer punto parece un tanto contradictorio, pues si por un lado los avances terapéuticos y tecnológicos han supuesto grandes avances en los estándares de calidad y seguridad, también se han acompañado de un aumento de las reclamaciones judiciales contra los obstetras y ginecólogos (2), en contra de lo que cabría esperar.

En Obstetricia y Ginecología y en los países desarrollados, a pesar de las bajas tasas de mortalidad materno-infantil y de que la seguridad de los departamentos de la especialidad se considera excelente, no dejan de aumentar las reclamaciones judiciales contra ginecólogos, y más aun si se compara con otras especialidades (3).

Según datos procedentes de autores americanos, en su entorno, más del 75% de los profesionales serán objeto de una reclamación por lo menos una vez a lo largo de su vida profesional (4), algo que no creemos extrapolable a nuestro sistema, y a pesar de que aun hoy en día carecemos de datos fiables para establecer comparaciones, según datos de una encuesta de la propia sociedad de Obstetricia y Ginecología realizada entre los años 1995 y 2004, por lo menos uno de cada tres ginecólogos fue denunciado en ese periodo (5).

Y en nuestra especialidad, las causas fundamentales que llevan a estas reclamaciones judiciales, básicamente son siempre las mismas en todo el mundo, como encefalopatía neonatal, errores en el diagnóstico prenatal, distocia de hombros y errores en el cribado de algunas enfermedades fundamentalmente (6), y persisten a lo largo del tiempo.

La Obstetricia y la Ginecología, es una de las especialidades médicas que más reclamaciones judiciales soporta. A pesar de ello los profesionales, los médicos, desconocen los motivos más frecuentes de reclamación, las vías judiciales en las que se tramitan los procedimientos, la frecuencia con las que son condenados y desconocen también las cuantías de las indemnizaciones.

Quizás en ese desinterés por profundizar en el análisis de las reclamaciones judiciales, a pesar de que tanto les puede afectar, radique el hecho de que no existan, que conozcamos, ningún estudio sobre este tema. Es por ello que promovimos el desarrollo de este trabajo, en el que pretendemos por primera vez, ofrecer un análisis científico sobre las reclamaciones judiciales contra obstetras y ginecólogos.

El tema de la responsabilidad médica despierta gran interés en el mundo anglosajón, mas específicamente el americano, y de el nos hemos nutrido para hacernos una idea de lo que puede estar ocurriendo en el presente y sobrevenir en un futuro en nuestro entorno. Pero ni sus costumbres, ni su sistema sanitario, ni su sistema judicial son comparables. Es por ello que si utilizáramos como

referencia sus datos, podríamos obtener una idea equivocada de nuestro entorno. Esta falta de análisis en el ámbito de la responsabilidad médica, y fuera del entorno mencionado, no es exclusivo de nuestro país, y creemos que incluye a toda la Unión Europea.

Que sepamos, solo nuestro grupo y las investigaciones de un grupo catalán (7) nos han permitido conocer datos fiables de nuestro estado y nos ha servido para establecer comparaciones con el americano. Es de destacar, que, en el caso del grupo catalán, los datos están respaldados por una recogida centralizada de las “reclamaciones médicas”, facilitada por un sistema centralizado también, en la cobertura de la responsabilidad civil profesional.

También, el tema de las reclamaciones judiciales por malap Praxis médica, es objeto de gran interés social, y se trata con frecuencia en los medios (8) que se hacen eco de los casos más impactantes, la mayor parte de las veces sin el adecuado seguimiento. Lo habitual es que directamente relacionen los posibles errores con actos negligentes, y ello genera incertidumbre sobre la seguridad del sistema y es pobre reflejo de su calidad (9,10).

A pesar de ello, no debemos obviar, que las reclamaciones judiciales, y su evolución temporal, son un indicador de calidad, de un sistema en su conjunto y más específicamente de un centro asistencial. Lo que se denuncia y lo que se juzgará serán daños relacionados con posibles errores médicos, o del sistema, porque cada vez más se admite, que en la mayor parte de los eventos adversos concluyen diferentes factores e intervienen diferentes actores del sistema (11).

Estos errores se pueden interpretar como fallos de seguridad de la organización y junto con los daños físicos y morales, producen un sobre coste económico, cuantificado por algunos autores, y que alcanzaría porcentajes de entre el 4% y el 10% del gasto total en salud de algunos sistemas sanitarios (12,13).

Se han propuesto muchas medidas, y es constante el trabajo y análisis con el objetivo de mejorar la seguridad en el campo de la Obstetricia y Ginecología. La mayor parte de ellas se basan en el estudio de diferentes indicadores, pero sorprende el número y la variabilidad de estos, y es así que en los países de la Unión europea se han llegado a identificar hasta 388 (14). Estos autores critican tanta dispersión a la

vez que encuentran pocas medidas de control reproducibles, y un adecuado sistema de seguimiento.

Desde luego, entre esos indicadores nunca encontraremos el número de reclamaciones judiciales, de aquellos casos cerrados, que nos ayudarían a entender mejor y a manejar mejor, las áreas más importantes de denuncia y seguridad en la especialidad (15).

Pues si “denunciar” no significa que haya error, si se puede respaldar que aquellas reclamaciones que progresan en el sistema judicial y terminan en condena, pueden ser un indicador de error médico y como ya se ha comentado de un posible fallo de seguridad del sistema, al fin lo que se pretende evaluar. Incluso serviría para analizar la gravedad del error o de los errores, pues se entiende que cuanto más grave es el daño más severa será la condena. Nos permitiría también confirmar que existe una tozuda reiteración en los casos más graves que son objeto de reclamaciones judiciales.

A veces la propia organización es reacia a hacer estos estudios o a aceptar sus resultados, porque implica poner en evidencia algunas de sus debilidades. Lo mismo ocurriría con a los profesionales al cuestionar la calidad de su práctica.

Ya se ha dicho, y lo respalda la búsqueda de referencias sobre “malpractice” en el motor de búsqueda PubMed sobre citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica, que en nuestro país solo dos grupos que sepamos han publicado trabajos sobre la siniestralidad de nuestro sistema sanitario con una intención científica (7,16-19).

El grupo de la Unidad de Medicina Legal del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, utiliza como fuente la base de datos de la compañía catalana aseguradora más importante, que asegura a más de 25000 médicos de un total de 38.000 licenciados e incluye también resoluciones y acuerdos extrajudiciales. Nuestro grupo ha utilizado a menudo sentencias judiciales (17,19)

Si bien puede resultar dudoso como el número de las reclamaciones judiciales por errores médicos ha contribuido a aumentar la seguridad en la atención al paciente, podemos recurrir a lo que ya se demostró en la especialidad de anestesia (15).

La especialidad de anestesiología en Estados Unidos, comenzó un proceso de revisión sistemática de todas las demandas y reclamaciones cerradas en 1980. Por este procedimiento llegó a

identificar las causas más relevantes de muerte en los quirófanos. Muchas se debían a problemas con la intubación, desconexión de los sistemas de ventilación, e intoxicación por monóxido de carbono. Se pusieron en marcha medidas de mejora, como el uso sistemático de la pulsioximetría, previamente de uso esporádico, y posteriormente la introducción de la capnografía, entre otras muchas medidas. A primeros de los 80 el número de muertes por complicaciones debidas a la anestesia disminuyo de 1:5000 a 1:200.000-300.000, un 98%. (20,21).

Y este cambio, en sus orígenes, no se puedo atribuir a ninguna medida especifica si no a una evaluación global de las medidas de seguridad partiendo del problema de la judicialización. El efecto fue sorprendente en el descenso en el número de denuncias que desde aquí en adelante recibieron los anestesistas y en la reducción de las primas de sus seguros de responsabilidad profesional (15).

En Obstetricia y Ginecología, hoy en día, los errores médicos suponen un pequeño o pequeñísimo porcentaje sobre el total de las actuaciones medicas, pero adquieren más relevancia cuando se ponen en números absolutos. Por ejemplo, existe una referencia, la

Encefalopatía Hipóxica Isquémica, término constantemente en revisión, de causa puramente obstétrica, cuya prevalencia se estima en aproximadamente 1,6 por cada 10.000 nacidos (22-24).

En España eso supondría en el año 2013 y para 423.390 partos (25) alrededor de 68 casos, un número no despreciable para una afectación tan severa, que por otra parte y tomando como referencia nuestros propios datos (19,26), no se traduce en un número correspondiente de reclamaciones judiciales por este motivo. Ese número de casos para esta incapacitante complicación quizás se acerque bien a la realidad, pero en España existe casi una ausencia de publicaciones originales centradas en la epidemiología y en el estudio de esta entidad (27).

Esta última entidad tiene especial relevancia, además de por la incapacidad que causa, porque es el origen de situaciones por las que el obstetra puede enfrentarse a procedimientos judiciales, y en caso de condena soportará las indemnizaciones más elevadas, junto con penas, en ocasiones, de inhabilitación y cárcel.

Para estas indemnizaciones extremas o catastróficas, según lo acuñado por algunos autores (1,18) esta especialidad, la Obstetricia y

Ginecología, destaca en solitario en el primer lugar, al igual que en lo que respecta al número de reclamaciones indemnizadas (28).

Pero además publicaciones recientes (29), atribuyen hasta en el 60% de los casos de encefalopatías neonatales severas o moderadas en los que se descarta otro origen (malformaciones, prematuridad, entre otras), a asfixia que se desarrolla en el parto.

Este como cualquier error médico, pueda ser objeto de reclamación judicial y pueda ser juzgado, porque ya no se acepta la división habitual de los errores médicos en prevenibles y no prevenibles.

Donde hay error hay posibilidad de prevenir, y por tanto podría ser objeto de reclamación ante los tribunales.

Ello no significa que los errores humanos puedan ser suprimidos, y en nuestro poder no está eliminarlos, pero si podemos diseñar instrumentos de medida y análisis para crear maniobras que contribuyan a disminuir su frecuencia.

En el punto de partida estará hacer los errores más visibles, mas graves, de tal forma que cuando ocurran podamos detectarlos y actuar sobre ellos y sus causas (30).

Medir las consecuencias de los actos médicos es un prerrequisito para crear una cultura de aprender de nuestros errores. Fallos que en el entorno de la asistencia sanitaria y según lo publicado, podrían suponer hasta la tercera mayor causa de mortalidad en países desarrollados (31). Países que por otra parte no comparten los mismos sistemas de salud, pues en unos por ejemplo tiene más peso el sector privado, US, y en otros el sector público como, UK y Canadá, entre otras diferencias. Esta cifra que resulta impactante, lo respaldan con datos procedentes de organismos oficiales (31,32).

Resulta sorprendente sin embargo que en los datos del mismo organismo, el del “Centers for Disease Control and Prevention” referidos a las causas de la muerte fetal, el 30% correspondan a una causa sin determinar, y las causas de muerte por hipoxia intrauterina y asfixia en el parto, se incluyen juntas en un grupo heterogéneo que en total justificarían el 0.1%, de las muertes fetales (33).

Si estos datos se deben interpretar con precaución, se podrían comparar con lo referido en el año 2000, por la que se considera la publicación de referencia para la concienciación sobre los errores médicos, “To err is human: Building a Safer Health System” (34) que

cifró los errores médicos como la octava causa de muerte en los hospitales americanos.

El error, y la reclamación judicial derivada de él, podría favorecer la evolución hacia lo que se conoce como medicina defensiva con pruebas innecesarias, estancias prolongadas, tratamientos innecesarios que podrían suponer “a priori” más oportunidades para que se produzcan nuevos errores médicos.

El coste de este “tipo” de medicina, se ha cuantificado en el escenario americano, y supondría al año una cantidad suficiente como para atender de forma gratuita a 40-50 millones de personas que en ese país carecen de seguro médico (31), y sin embargo no está claro el beneficio en una mejora en la calidad y seguridad del paciente ni en una disminución de las reclamaciones judiciales por errores médicos (19,20).

Pero el estudio de estas, nos ayuda a conocer las características específicas de lo que se reclama y si existe algún grupo de enfermos y enfermedades, dadas las peculiaridades de nuestra especialidad, sobre los que recaen los daños más severos, y por tanto son los que

reciben las compensaciones más elevadas, como esta publicado sobre las reclamaciones por daño en las edades extremas de la vida (1).

Las reclamaciones por errores médicos, tienen de relevancia que hacen referencia en teoría a un daño causado por otro, y las debemos interpretar la mayor parte de las veces, como un fallo en la seguridad del sistema, pues ya se comento, que cada vez con mas consistencia se piensa que el error médico se debe a una cadena de errores, más que a la mala actuación específica de un profesional.

El error es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Esto es, actuar en contra de la praxis. Si esto produce daño, el afectado tiene derecho a reclamar y a ser resarcido. Para que haya error, el daño tiene que estar relacionado con la asistencia sanitaria, y no con las complicaciones de la enfermedad u otros aspectos diferentes de la asistencia.

Es decir, si la seguridad hace referencia al tipo de incidente y el resultado para el paciente, el estudio de las reclamaciones judiciales por errores médicos, tiene cabida en este ámbito.

Sobre el estudio de las reclamaciones judiciales como fuente de análisis de los errores médicos, en España podríamos remontarnos a 1993 (35) para encontrar uno de los primeros. Este autor tras una valoración del sistema sanitario y judicial, y con fuente en las sentencias del tribunal supremo, ya refiere entonces un aumento en el en el número de aquellas y de las reclamaciones en general.

En aquel momento y más hoy en día, de las revisiones de las sentencias, de los casos ya cerrados, se puede obtener información trascendente sobre el origen de los errores médicos. El análisis del daño causado que se hace en los juzgados es de los más profundos, por que intervienen peritos forenses, peritos profesionales expertos en la materia, y los más renombrados en ocasiones como catedráticos, independientemente de que en ocasiones el principal motivo para presentar una reclamación ante los juzgados, sea el económico. Los jueces parecen los árbitros más imparciales.

No se puede denostar la acción de la justicia por la existencia de procedimientos en los que ha primado otros intereses, y que han llevado a una judicialización de ciertos aspectos de la medicina, pues

puede enturbiar el hecho de que existen errores, en ocasiones graves y que deben de ser indemnizados (36).

Como ya hemos visto para una entidad concreta de nuestra especialidad, el número de errores graves es muy pequeño, pero cuando los ponemos en números absolutos no son despreciables. Cuando además hacemos un análisis profundo de cada caso, lo que se hace en el procedimiento que se sigue tras la presentación de una demanda, algunos incidentes son realmente dramáticos.

Se puede considerar como ya se comentó en el caso de la anestesiología, que la revisión de las sentencias cerradas ha sido el motivo de trascendentes modificaciones en el sistema, pero sorprende como aun hoy sin embargo haya que justificar, la introducción de otras de una enorme sencillez, como la aplicación del “check list” preoperatorio, que han probado su eficacia para prevenir errores gravísimos.

Si lo interpretamos como una muestra de la seguridad del sistema, hay factores que justificarían el estudio específico de las reclamaciones judiciales en Obstetricia y Ginecología, como son, primero, el que la obstetricia supone una de las causas más importantes por número de

ingresos hospitalarios, segundo como ya se comentó, que en lo que respecta al embarazo y el parto afectan a dos seres sanos en origen, la madre y el recién nacido, y siempre se espera un resultado favorable y como en ningún otro aspecto en materia de salud, motivo de celebración, y por último la elevada carga económica que supone para el sistema las reclamaciones por errores en esta especialidad, por el coste de los procesos judiciales y por el pago de las compensaciones económicas (10).

Algunos organismos de salud públicos como el del Reino Unido, tiene cuantificado este coste, y solo en lo referente a las compensaciones económicas por reclamaciones judiciales en cuidados en maternidad y para el periodo 2000-2010, supuso más de 3000 millones de libras (37).

Hay que autores calculan que los costes totales, atribuidos a los casos de malpraxis médica en la Obstetricia y Ginecología, han superado hasta en cuatro veces, a otros costes médicos debidos a la modernización tecnológica y a otras actividades propias de la asistencia sanitaria, en el espacio temporal que va de 1975 a 2000 (15).

Este mismo autor, sitúa entre las áreas prioritarias de mejora para promover la seguridad en la especialidad de Obstetricia y Ginecología, la revisión de las reclamaciones judiciales ya cerradas, con el objeto de conseguir una mejor comprensión de los problemas mas importantes de “denuncia” dentro de la especialidad, y en su misma línea, y con más contundencia se ha llegado a decir que, “en la intersección de los casos de mala praxis y la judicialización de la medicina se encuentra la cuestión de la seguridad del paciente” (38).

Por el contrario, se ha llegado a discutir si ciertos indicadores de control de calidad en la especialidad, como las tasas de cesáreas, parto vaginal o desgarros perineales, son suficientes o fallan a la hora de obtener un efecto relevante en la salud de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos (15).

En Europa, ya lo comentamos, se han utilizado más de 350 indicadores para la evaluación de los cuidados en la maternidad. Cuál de ellos se incluya, depende de quién sea el profesional designado para dirigir esa valoración (39), pero entre los cinco más frecuentemente usados, están la tasa de cesáreas, porcentaje de partos instrumentales, complicaciones maternas postparto, desgarros perineales y el método

de alimentación del recién nacidos (13). Se excluyen habitualmente otros más específicos que reflejarían mejor la seguridad de la asistencia prestada, como podría ser la realización de “*ph*” del cordón umbilical y los valores de este inferior a 7, que reflejan con bastante fiabilidad el estado del recién nacido (40) y otros mas, como los resultados del test de Apgar, el numero de transfusiones sanguíneas o de roturas uterinas.

Con el fin de hacer el sistema sanitario más cercano al usuario, hoy en día podemos conocer algunos datos estadísticos sobre el trabajo de los servicios de Obstetricia y Ginecología de los propios hospitales. Si lo hacemos obtendremos información sobre el número de partos en los que se utilizó la Oxitocina, o se realizó episiotomía, entre otros datos que suponen un avance en el cuidado y en la disminución del intervencionismo en el parto, pero no son indicadores fiables de seguridad.

Tenemos que romper el silencio del significado y de todo aquello que rodea a los errores médicos (33).

Por supuesto que tampoco hay que fiar al estudio de las reclamaciones judiciales por errores médicos, su único método de valoración.

Ese análisis lo pueden hacer los propios hospitales con comités creados para ese propósito específico, u organismos públicos, de los que tenemos un buen ejemplo en nuestro país, el de la Unidad de Medicina Legal del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (41,42). Con esta base, en los sistemas más avanzados actualmente se promueven lo que se conoce como “no-fault systems” ó “no-fault compensation systems”, como en los países escandinavos entre otros. En ellos la compensación se deriva directamente del daño, independientemente de si procede de una negligencia o de otro tipo de error, y se resuelven con agilidad los problemas relacionados con los errores médicos, sin descartar que el afectado siempre pueda recurrir a la justicia si no se satisfacen sus expectativas (43). Se evita la judicialización, con sus gastos y las consecuencias respecto a las actitudes defensivas en el quehacer profesional, poniendo además el énfasis, en que, en la mayor parte de los casos, es el sistema el que falla (44,45)

Nuestro objetivo al fin, es acercarnos al conocimiento del estado real de las reclamaciones judiciales en la especialidad de la Obstetricia y Ginecología, que incluye saber porque se reclama y el resultado de las sentencias, y el estudio de las compensaciones económicas y su distribución geográfica.

El primer paso, ya lo hemos comentado, para la consecución de una sanidad más segura, es la identificación de los patrones y causas de los errores (46).

Para ello hemos incluido en nuestro análisis solo las reclamaciones judiciales que alcanzan las más altas instancias, lo que nos permite filtrar aquellas que no progresan en el sistema judicial, y excluir la duplicidad, que supone que en ocasiones se presenten en diferentes instancias y se tramiten en paralelo.

Incluiremos un breve comentario sobre el funcionamiento básico del sistema judicial en lo que se refiere a sus niveles y diferentes instancias, pues es relevante su desconocimiento entre los profesionales.

En nuestro trabajo hemos separado el estudio de las demandas de los ámbitos penal, y civil y contencioso, porque suponen implicaciones

radicalmente diferentes para los profesionales objeto de la reclamación judicial, y aunque muchas se inician en el ámbito penal, porque es un procedimiento más económico y procesalmente más corto (47), en esta vía se depura también la responsabilidad civil, es decir la cuantía de la indemnización.

Con todo, en la vía penal resulta más difícil que prospere la imputación y pocas concluyen en ella, pero cuando lo hacen acompañan penas de cárcel e inhabilitación, siendo la que más hace padecer al profesional, y se refiere que el recurso a ella se está convirtiendo en un problema acuciante (48).

Las reclamaciones judiciales por malpraxis, no aparecerán nunca como un indicador de la calidad asistencial en nuestra especialidad, pero el extremo de este análisis nos podría llevar a la conclusión, por ejemplo, de que es más seguro nacer en un lugar que en otro.

### **Organización de Juzgados y Tribunales. Órdenes jurisdiccionales**

En la organización judicial española, la jurisdicción ordinaria se divide en **cuatro órdenes jurisdiccionales:**

**Civil:** examina los litigios cuyo conocimiento no venga expresamente atribuido a otro orden jurisdiccional. Por ello puede ser catalogado como ordinario o común.

**Penal:** Corresponde al orden penal el conocimiento de las causas y juicios criminales. Es característica del Derecho español que la acción civil derivada de ilícito penal pueda ser ejercitada conjuntamente con la penal. En tal caso, el tribunal penal decidirá la indemnización correspondiente para reparar los daños y perjuicios ocasionados por el delito o falta.

**Contencioso administrativo:** el contencioso-administrativo trata del control de la legalidad de la actuación de las administraciones públicas y las reclamaciones de responsabilidad patrimonial que se dirijan contra las mismas.

Estos son los de interés para nuestro trabajo, existen además otros como el juzgado de lo Social para, por ejemplo, la responsabilidad la legislación laboral, además de a Jurisdicción Militar.

### **Juzgados y tribunales**

El ejercicio de la potestad jurisdiccional se atribuye a los siguientes juzgados y Tribunales:

Juzgados de Primera Instancia e Instrucción.

Audiencias Provinciales.

Tribunales Superiores de Justicia.

Audiencia Nacional.

Tribunal Supremo

### **Organización territorial.**

El Estado organiza territorialmente a efectos judiciales en municipios, partidos, provincias y Comunidades Autónomas.

Sobre ellos ejercen sus funciones los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción, de lo Penal, de lo Contencioso-Administrativo, de lo Social, de Vigilancia Penitenciaria y de Menores, las Audiencias Provinciales y los Tribunales Superiores de Justicia.

Por su parte, la Audiencia Nacional y el Tribunal Supremo ejercen sus competencias en todo el territorio español. (49).

## **JUSTIFICACIÓN**

Hace años nos planteamos el estudio de la Encefalopatía Hipóxica Isquémica de causa obstétrica, como un modelo de error médico de

extrema rareza, dentro del global de los actos médicos en la especialidad de la Obstetricia y Ginecología, pero mal reconocido incluso entre los propios especialistas.

En cifras absolutas, en nuestro país esta brecha en la seguridad podría afectar aproximadamente a 70 recién nacidos cada año.

Ello nos llevo a un estudio más amplio de las reclamaciones judiciales en la especialidad de la Obstetricia y ginecología.

Pensamos que su estudio, puede contribuir a la mejora de la seguridad del paciente y a la implantación de sistemas eficaces de control.

## **HIPOTESIS**

**El estudio de las reclamaciones judiciales por errores médicos, pueden ser un modelo de análisis e investigación sobre la seguridad del paciente y del sistema**

## **OBJETIVOS.**

- 1.- Conocer los errores médicos en el campo de la Obstetricia y Ginecología que más frecuentemente son objeto de reclamaciones judiciales.
  
- 2.- Examinar si existe un perfil del condenado, y las variables de más relevancia en los casos tramitados por las diferentes vías judiciales, la penal por un lado, y por otro conjuntamente la civil y la contenciosa administrativa.
  
- 3.- Estudiar las compensaciones económicas en los casos de condena de las reclamaciones judiciales por errores médicos en la especialidad de Obstetricia y Ginecología.
  
- 4.- Analizar la distribución geográfica de las reclamaciones judiciales en la especialidad en nuestro país.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Con el objetivo señalado de recoger el mayor número de sentencias posibles sobre denuncias y demandas contra obstetras y ginecólogos, se acudió a una base de datos, la de Westlaw-Aranzadi, desde el Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Se seleccionaron los resultados por voces, como “parto”, “cirugía ginecológica”, “mala praxis”, “malapraxis”, “responsabilidad sanitaria”, “responsabilidad médica”, “responsabilidad profesional”, “obstetra”, “obstetricia”, “ginecólogo”, “ginecología”, “matrona”.

Se recogieron sentencias del espacio temporal que va de enero de 1975 a mayo de 2013. Es importante resaltar, como es fácil de entender, que las sentencias correspondían a eventos ocurridos anteriormente, en algunos casos muchos años.

De la selección original se obtuvieron 2858 sentencias de los Tribunales, Superiores de Justicia, Audiencia Nacional y Tribunal Supremo.

Se incluyó en el estudio todas las vías judiciales de aplicación para este tipo de hechos, penal, civil y contencioso administrativa.

De ellos seleccionamos un total de 581, que hacían referencia a la especialidad de Obstetricia y Ginecología en todos sus ámbitos de actuación e incluyendo a profesionales médicos y matronas.

Con todos los datos se elaboró una base que contenía las siguientes variables: la vía judicial, el efecto adverso que motivó la reclamación, el afectado por el daño reclamado, madre, feto o recién nacido, o paciente en el caso de que se tratara de un problema ginecológico, el tipo de cirugía o enfermedad de origen en este caso, el año del suceso, el año de la sentencia, el tiempo transcurrido entre el año del suceso y la publicación de la sentencia, el ámbito de actividad bien en la sanidad pública o privada, el resultado de la condena, condenatoria o absolutoria, y en el primer caso la cuantía de la indemnización si estaba recogida en la sentencia, y la relación entre el resultado de la sentencia definitiva y la de procedencia, si coincidían o eran opuestas.

También se recogió la provincia donde ocurrió el suceso demandado y posteriormente se agrupó por Comunidades Autónomas.

Posteriormente se agruparon los casos en dos grandes grupos, obstetricia y ginecología.

Para un mejor tratamiento, se hizo una clasificación propia de los eventos adversos, como muerte materna, muerte fetal, distocia de hombros, error en el diagnóstico prenatal, daño cerebral permanente, retraso en el diagnóstico del cáncer de mama, y complicaciones de cirugía ginecológica en sus diferentes modalidades, entre otros de menor entidad.

Para el estudio estadístico se recurrió al Centro de Apoyo a la Investigación de la Universidad Complutense de Madrid. En el análisis se utilizó el software estadístico SPSS 19.0 (IBM, International Business Machines Corp. Armonk, North Castle, Nueva York, Estados Unidos) , las tablas de Fisher, de normalidad y el *t*-Test para la comparación de diferencias entre grupos y la prueba no paramétrica de Mann-Whitney para comparación de muestras independientes.

El análisis multivariante se realizó mediante el programa estadístico SPAD 7.0 y el análisis de correspondencias múltiples de conglomerados para obtención de sentencias similares en cuanto a

condena, y ámbito, y la caracterización de estos grupos homogéneos por estas y las demás variables para la delimitación de grandes grupos para los casos en los que el objeto de estudio fue el resultado de la condena, “condena” y “no condena”.

Cuando el objeto de análisis, fue el de las cantidades económicas de las indemnizaciones en los casos de condena, solo se utilizó aquellos casos de las vías civil y contencioso y los casos se agruparon, por periodos y por rangos en consonancia con los que aplican las compañías de seguro en las coberturas de los riesgos de responsabilidad civil para profesionales en el ámbito sanitario.

Por último, hemos realizado el análisis de los resultados por separado de las dos vías, la penal por un lado, y la civil y contencioso administrativa por otro. Ello es porque tienen implicaciones muy diferentes para los profesionales y porque en la primera, en caso de condena se asume que existió, negligencia, descuido. Por otra parte, la civil y contencioso-administrativa se pueden agrupar, porque la diferencia está en que la primera juzga los casos en el ámbito de la sanidad pública y la segunda los de la sanidad privada, aparte las modificaciones legislativas introducidas en el tiempo.

## **RESULTADOS**

Del total de 581 sentencias recuperadas solo 516 pudieron ser utilizadas para su análisis, por la existencia de datos incompletos en el resto. De ellas 85 correspondieron a la vía penal y 431 la civil y contencioso-administrativa, que estudiamos agrupadas.

### **Estudio de las denuncias en la vía penal**

En la vía penal de 85 sentencias recogidas, 55 se relacionaban con complicaciones surgidas en el parto, de ellas 25 por muerte fetal y 13 por daño neurológico permanente. En este último caso el 69,2 % terminaron en condena, frente al 28% de las denuncias por muerte fetal. El resto de las 30 denuncias tramitadas por la vía penal correspondieron a retrasos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, complicaciones de la cirugía, laparoscópica o histerectomía, legrado y otros grupos de menor relevancia en la esfera de la ginecología (Tabla 1).

**Tabla 1.** Origen de la denuncia y resultado.

Acto médico		N(%)	Condena N (%)
<b>Parto</b>		55 (64,7)	20 (36,6)
	<b>Daño cerebral permanente</b>	13 (15,2)	9 (69,2)
	<b>Muerte fetal</b>	25 (29,4)	7 (28,0)
	<b>Muerte materna</b>	4 (4,7)	2 (50,0)
	<b>Distocia de hombros</b>	2 (2,4)	0 (0,0)
	<b>Cuerpo Extraño</b>	2 (2,4)	0 (0,0)
	<b>Otros</b>	9 (10,5)	2 (22,2)
<b>No parto</b>		30 (35,2)	5 (16,6)
	<b>Cáncer de mama</b>	6 (20)	1 (16,6)
	<b>Complicaciones laparoscopia</b>	3 (10)	1 (33,3)
	<b>Complicaciones histerectomía</b>	4 (13,3)	1 (25,0)
	<b>Cuerpo Extraño</b>	4 (13,3)	1 (25,0)
	<b>Legrado/aborto</b>	5 (16,6)	0 (0,0)
	<b>Cáncer de cervix</b>	2 (6,6)	0 (0,0)
	<b>Otros</b>	6 (20)	1 (16,6)
<b>Total</b>		85 (100)	25 (29,4)

Globalmente el 36,6% de las denuncias por complicaciones relacionadas con el parto terminaron en condena, frente a solo el 16,6% de las denuncias con origen en otras complicaciones.

Cuando la sentencia de origen fue condenatoria, lo más probable es que también lo fuera la de instancia superior (72% de los casos), pero fue más alta la posibilidad de que se confirmara una sentencia absolutoria (96,2%).

Dado que la obstetricia requiere una estrecha colaboración entre el médico y la matrona, asumiendo esta una gran responsabilidad, analizamos el profesional sobre el que recayó la denuncia. Sobre el médico recayeron en exclusiva el 70% de ellas, el 17% sobre ambos, médico y matrona y solo en el 9,6% de los casos exclusivamente sobre la matrona. La posibilidad de condena fue ligeramente superior en el último caso, del 37,5%, frente al 28,3% del primero.

De la sanidad pública procedían el 54,6% de las denuncias, pero solo el 40,7% de las condenas y del ámbito privado el 45,4% y el 59,3% respectivamente.

En la tabla 2 se muestran las cuantías de las indemnizaciones de los 25 casos en los que el resultado fue de condena. Las mas elevadas lo fueron para condenas por complicaciones en el parto, con una media de 457.000 €, frente a los 124.000 € de media en el resto.

**Tabla 2.** Cuantías de las indemnizaciones

Cuantía	Media	DE	Min.	Max.	
<u>Parto</u>					
Solicitada	457.000,0	367.046,3	50.000	1.000.000	
Concedida	466.348,6	403.995,5	30.000	1.200.000	
<u>No parto</u>					
Solicitada	206.537,5	155.714,8	20.000	450.000	
Concedida	124.200,0	78.154,9	6.000	200.000	
<i>p-Value</i>					<b>.011</b>

Cantidades expresadas en Euros. Reflejamos las cantidades crudas con actualización de la moneda, pero no se ha aplicado ningún factor corrector sobre las más antiguas

El tiempo transcurrido desde el año del suceso hasta la proclamación de la sentencia fue de 5.7 años de media, aunque con un rango muy amplio de 2-15 años por algunos casos extremos, y el lapso temporal fue independiente de si la sentencia fue condenatoria o no.

En la tabla 3, se muestran las variables con más relevancia en la probabilidad de resultar condenado, fundamentalmente el que la sentencia previa sea condenatoria, que el motivo de denuncia sea por daño neurológico permanente del recién nacido, también es mas probable la condena para aquellos sucesos relacionados con el parto, y que el evento hubiera tenido lugar en el ámbito de la sanidad privada.

**Tabla 3.** Variables con mayor relevancia estadística sobre el perfil del condenado

<b>Variable</b>	<b><i>t-Test</i></b>	<b><i>p</i></b>
<b>Sentencia previa condenatoria</b>	<b>8.77</b>	<b>.001</b>
<b>Sentencia inicial condenatoria</b>	<b>6.62</b>	<b>.001</b>
<b>Daño neurológico permanente</b>	<b>1.96</b>	<b>.025</b>
<b>Ámbito privado</b>	<b>2.12</b>	<b>.017</b>
<b>Parto</b>	<b>1.83</b>	<b>.034</b>

### **Estudio de las demandas en la vía civil y contencioso administrativa**

Recuperamos 431 sentencias de casos que se tramitaron o que concluyeron por la vía civil y contencioso administrativa, que como ya comentamos se han agrupado. La casuística que reciben estas vías, sigue estando dominada por los sucesos ocurridos en el ámbito de la obstetricia, que aporta el 56,6% de las demandas, frente a la ginecología que aporta el 43,3%, y la probabilidad de resultar condenado fue respectivamente del 57,5% y del 51,7% respectivamente, diferencia con significación estadística ( $p$  0,021). La tasa global de condenas fue del 54,3%.

En la tabla 4 se muestran el total de eventos y la distribución según el daño que motivo la demanda.

**Tabla 4.** Evento motivo de la demanda en el conjunto de las vías civil, y contencioso administrativa

Daño cerebral permanente	77	17,86%
Diagnostico prenatal	61	14,15%
Planificación familiar	44	10,20%
Cáncer e mama	41	8,35%
Otros	36	8,35%
Histerectomía	33	7,65%
Parto otros	31	7,19%
Distocia de hombros	22	5,10%
Muerte fetal	22	5,10%
Legrado	20	4,64%
Cirugía otros	18	4,17%
Laparoscopia	14	3,24%
Reproducción	6	1,39%
Muerte materna	6	1,39%

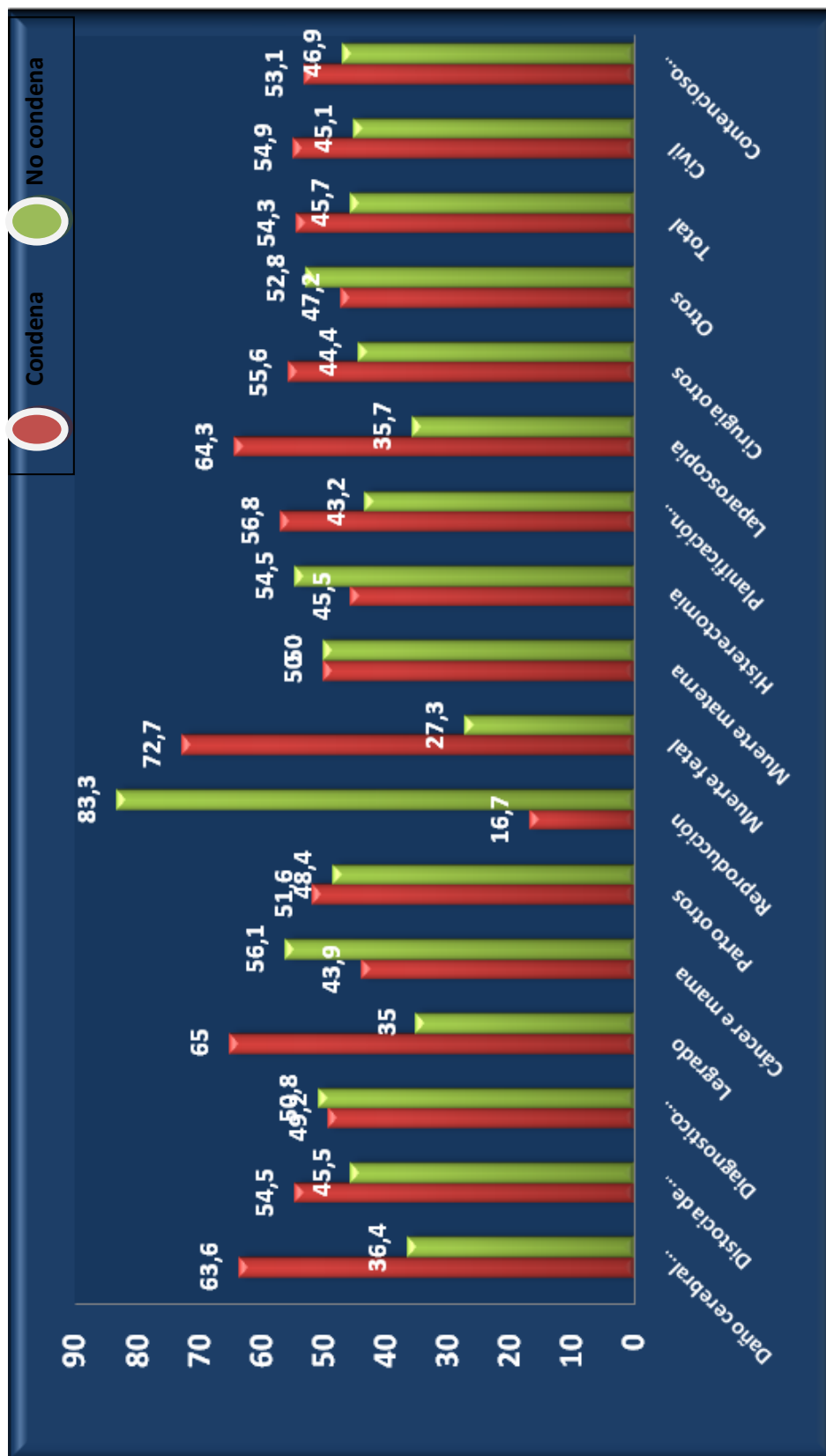
Tipo de evento, número de casos y porcentaje, en la muestra

Se puede apreciar que dentro de la obstetricia el daño cerebral permanente (77), los errores en el diagnóstico prenatal (61), la distocia de hombros (22) y la muerte fetal (22), aportaron el 42,2% de todas las demandas. En el ámbito de la ginecología, los errores en el tratamiento de la planificación familiar (44) y los retrasos en el diagnóstico del cáncer de mama (41) suponen los motivos más

frecuentes de demanda y aportan respectivamente el 10,2% y el 8,35%. Por el contrario, son raras, y solo representan el 1,39% del total, las demandas en el campo de la reproducción asistida.

En la figura 1, se puede ver la probabilidad de resultar condenado según el evento origen de la demanda. En el caso de muerte fetal la sentencia fue condenatoria en el 72,7% de los casos, en el 65% de las complicaciones en legrados, en el 64,2% de las complicaciones en laparoscopia, en el 63,3% de los casos de daño cerebral permanente, en el 56,8% en los errores en los tratamientos de planificación familiar y en el 54,5% de las demandas por distocia de hombros. En las demandas por errores en el diagnóstico prenatal, por muerte materna y por retrasos en el diagnóstico de cáncer de mama, el porcentaje de condenas fue inferior al 50%.

Figura 1. Porcentaje de condenas según el evento que motivo la demanda



En las demandas por errores en el campo de la reproducción asistida la tasa de condenas fue muy baja, solamente del 16,7%.

Un grupo heterogéneo es el del apartado de “otros” porque en él, se han incluido grupos con escasa representación en la muestra, como complicaciones en el canal del parto, o de la herida quirúrgica postcesarea, algún error de medicación, dehiscencias y eventraciones en casos de cirugía ginecológica, olvidos de cuerpos extraños y otras complicaciones infecciosas, por ejemplo.

El tiempo medio transcurrido desde que ocurrió el hecho demandado hasta que se emitió la sentencia fue de 7,8 años, con un máximo de hasta 20 años por algún caso excepcional.

La sanidad pública, aportó 234 casos, el 54,06%, y 197, el 45,93% la sanidad privada, con un porcentaje de condenas respectivamente del 54,3% y del 45,7%.

Las demandas contra la matrona fueron el 8,6%, pero exclusivamente contra ellas el 1,9%, aunque la posibilidad de resultar condenada fue más alta en este caso, 66,7% de condenas,

frente al 55% de condenas en que la demanda se dirigió contra la matrona y el médico.

A diferencia de la vía penal, resulto más probable la confirmación de una sentencia previa condenatoria, 87%, que absolutoria, 68,9% y globalmente se confirmó la sentencia de origen en el 76% de los casos.

En la tabla 5, se muestran las variables que más influyeron en el resultado de condena, que como en el caso de la vía penal fueron principalmente que el evento tuviera relación con daño fetal, muerte fetal o déficit neurológico permanente, una sentencia previa condenatoria, y que el hecho ocurriera en la sanidad pública, y esto último supone una diferencia con lo encontrado en la vía penal.

**Tabla 5.** Variables con más relevancia en el resultado condena. Vías civil y contencioso-administrativa

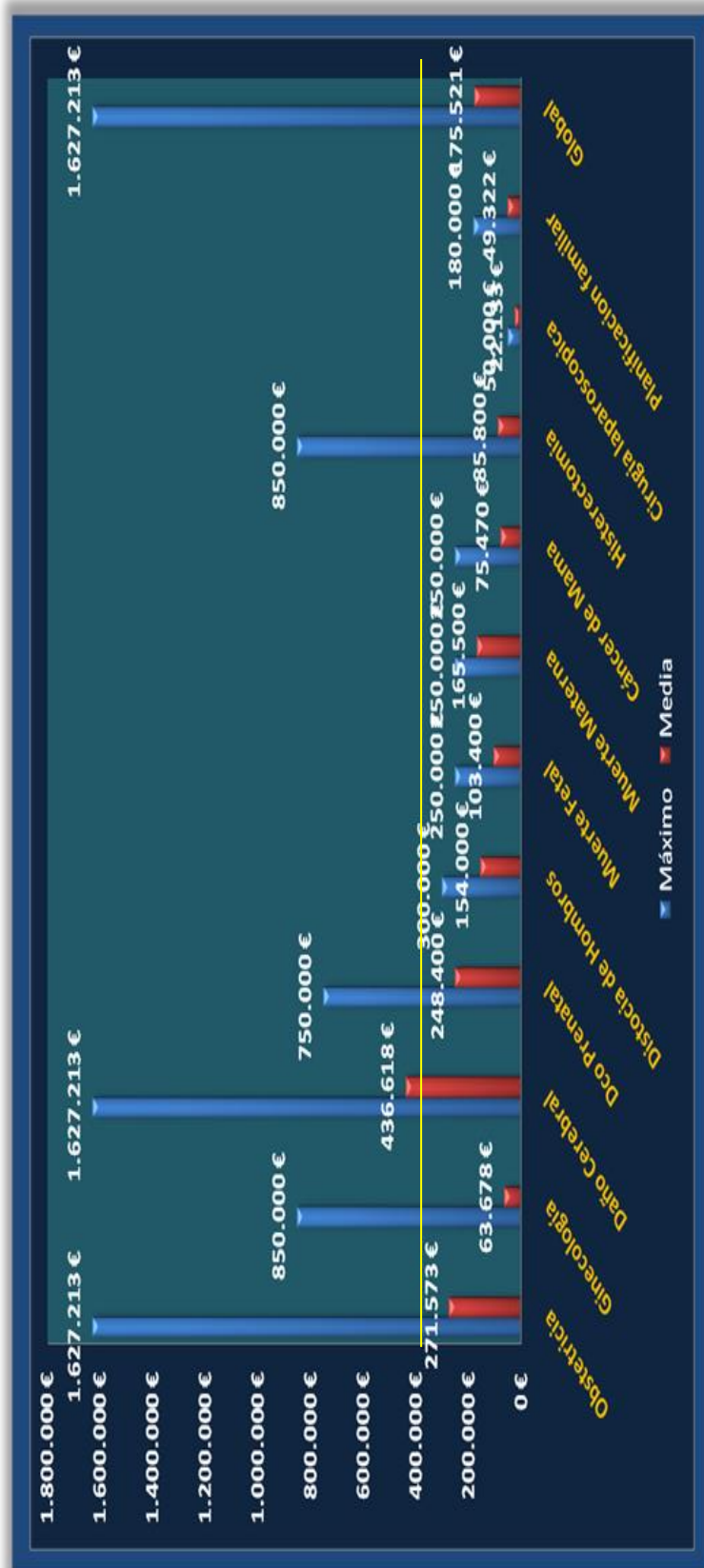
Variable	<i>t-test</i>	<i>P</i>
Sentencia anterior condenatoria	<b>10,735</b>	<b>0,001</b>
Muerte fetal	<b>1,995</b>	<b>0,002</b>
Sanidad pública	<b>3,016</b>	<b>0,001</b>
Daño cerebral permanente	<b>1,768</b>	<b>0,039</b>

Respecto a las cuantías de las indemnizaciones concedidas en las 244 condenas, la media en obstetricia fue de 271.573€, frente a 63.678€ en ginecología ( $p$  0,01). Con máximos respectivos de 1.627.213€ y de 850.000€ y medias de 180.000€ y 30.000€.

En la figura 2, se muestran las cantidades agrupadas según los eventos más relevantes y más frecuentes. Se aprecia cómo las indemnizaciones por daño cerebral permanente ocupan un primer lugar destacado en cuanto a las cantidades máximas y las medias, habiendo llegado a solicitarse indemnizaciones de hasta 20.000.000€. La indemnización máxima concedida fue en el caso de daño cerebral permanente 1.627.213€, de 750.000€ en el caso de errores en diagnóstico prenatal, de 300.000€ en caso de distocia de

hombros, de 250.000€ en el caso de muerte fetal, de 850.000€ en el caso de complicaciones de histerectomía, de 250.000€ en retrasos de diagnóstico de cáncer de mama y de 180.000€ para complicaciones por legrado. La elevada indemnización por complicación en una histerectomía se debió a un embolismo pulmonar, con parada cardiorrespiratoria y recuperación con daño cerebral.

**Figura 2.** Cantidades agrupadas según eventos más relevantes. Vía civil y contencioso administrativa



En la tabla 6 se agrupan las indemnizaciones según los rangos que utilizan muchas compañías aseguradoras para el cálculo de las primas. Casi el 80% fueron inferiores a 300.000€ y un pequeño porcentaje del 3,4% superiores a 900.000€.

**Tabla 6.** Indemnizaciones por rangos. Vía civil y contencioso administrativa.

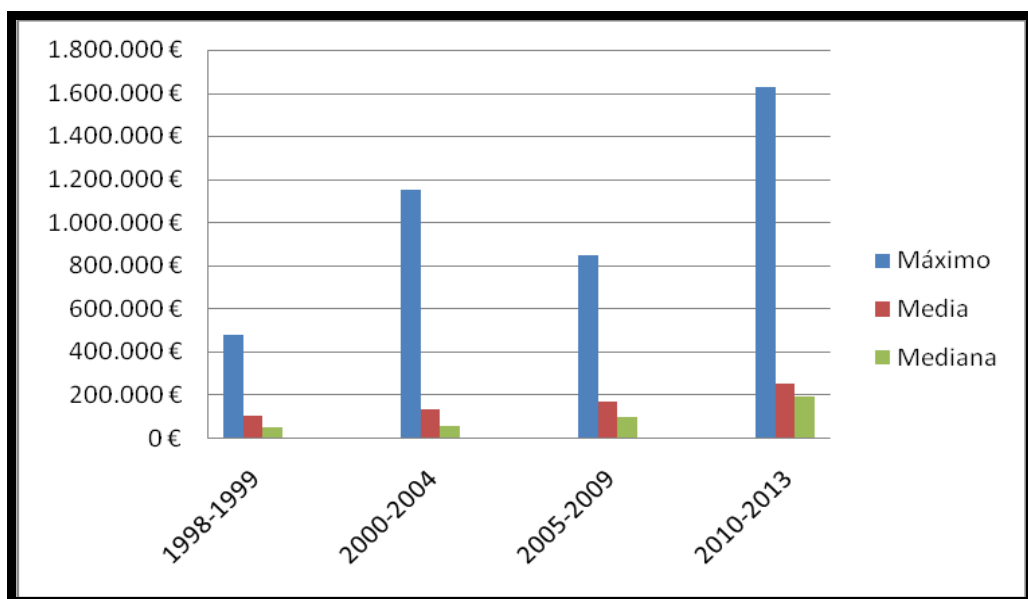
Indemnización	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
< 300000€	193	78,7	78,7
300001€-600000€	31	12,6	91,4
600001€-900000€	12	4,8	96,2
900001€-1200000€	8	3,1	99,2
> 1200001€	1	0,4	99,6
	244		100

Dado el largo periodo analizado, se ha dividido en intervalos para valorar la evolución de las indemnizaciones y poder establecer comparaciones con otras publicaciones que estudian periodos más cortos.

En la figura 3 se puede observar que la tendencia es a un aumento en todos los parámetros analizados. En las indemnizaciones máximas de 480.000€ del primer periodo a 1.627.000€ del último, en las medias, de 106.712€ entre los años 1995-1999 a 257.932€ de

los años 2010-2013, y lo mismo para las medianas de 51.500€ hasta los 185.000€, respectivamente.

**Figura 4.** Evolución en las cantidades de las indemnizaciones.



Replicando el diseño de otras publicaciones que hacen referencia a lo que ellos llaman “indemnizaciones catastróficas”, se extrajeron los datos de un intervalo similar, 2004-2010. De 104 indemnizaciones recuperadas, 43 casos (41,34%) superaron los 200.000€, que sería la cantidad de partida de las compensaciones para poder incluirlas en esa terminología que se refiere a las más elevadas. De ellas, entre 200.000-399.999€, 20 casos (46,52%);

entre 400.000-599.999€, 7 casos (16,27%), y de más de 600.000€, 16 casos (37,2%).

Hasta que no se desciende por debajo de la cifra de los 300.000€, no se encuentran casos de ginecología, excepto el ya mencionado de una histerectomía.

Por encima todas las indemnizaciones están relacionadas con eventos obstétricos, más en concreto con el parto y el daño fetal, o con errores en el diagnóstico prenatal, y hay 3 (6,97%) casos que superan los 900.000€.

### **Distribución geográfica de las demandas de la vía civil y contencioso administrativa**

Solamente en 397 casos pudimos recuperar con certeza la provincia, y por tanto la Comunidad Autónoma, en la que se produjo el hecho objeto de la reclamación judicial, mostramos el resultado en la tabla 7.

Lógicamente en las comunidades más pobladas es donde se dieron el mayor número de casos, pero resultaba llamativo que algunas

Comunidades Autónomas con menor población recibieran un elevado número de reclamaciones judiciales, con lo que para una mejor valoración relacionamos este dato, con ciertos indicadores demográficos, como la población, el número de nacimientos, el número de camas hospitalarias y el número de especialistas en Obstetricia y Ginecología por cada Comunidad, y también con la tasa de natalidad.

Las referencias demográficas están recogidas de datos del Instituto Nacional de Estadística y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y en lo correspondiente al número de Especialistas de datos procedentes del Sistema de Información de Atención Especializada y se tomo como referencia los datos del año 2012, para todas las variables.

La comunidad que encabeza el número de reclamaciones judiciales en relación al número de camas, es la Comunidad de Murcia, 9,64 demandas por cada 1000 camas hospitalarias, y lo mismo ocurre en relación al número de nacimientos, 12,84 demandas por cada 10.000 nacimientos, número de habitantes, 2,01 por cada 100.000

habitantes, y especialistas en Obstetricia y Ginecología, 21,97 demandas por cada 100 especialistas.

En segundo lugar, estaría la Comunidad de Madrid. Hay que destacar que las Comunidades de Murcia y Madrid son las que tiene las tasas de natalidad más elevadas, con 12,84 y 11,93 nacimientos por 1000 habitantes respectivamente.

La Comunidad de Asturias tiene también un elevado número de demandas en proporción al número de nacimientos, pero con la menor tasa de natalidad, de 7,66 por 1000 habitantes. Es esta Comunidad también, la proporción de nacimientos por número de especialistas y por número de camas es sin embargo una de las más bajas.

Las tasas de nacimientos por número de camas y por número de especialistas más elevadas corresponden, por orden a las Comunidades de Andalucía, Cataluña, Murcia y Valencia.

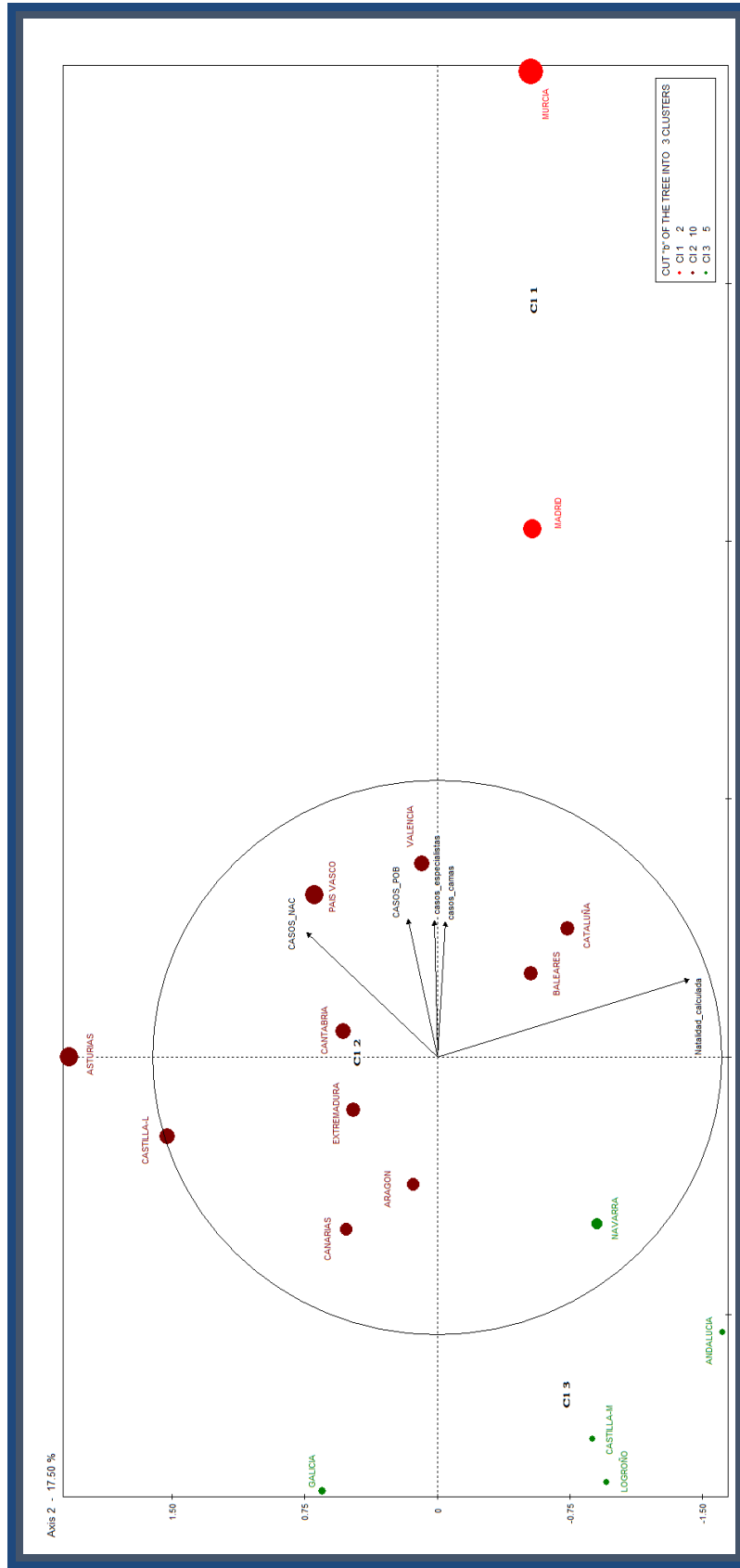
La comunidad de Logroño es la que presenta los mejores resultados proporcionales en número de reclamaciones judiciales.

La figura 3 nos muestra el resultado del tratamiento de los “clusters”. Dentro de la circunferencia se sitúan aquellas Comunidades Autónomas con un comportamiento “normal”. Por fuera, las de mejor y peor comportamiento, y cuanto más alejadas mayor es la desviación. Los vectores nos indican la variable que más influye en la desviación.

Tabla 7. Número de casos por Comunidades Autónomas y relación con los datos demográficos													
MADRID	92	75887	13.297	6.360.241	606	11,93	12,12	6,92	1,45	15,18	125,2260726	5,707076784	
CATALUÑA	72	84914	25.792	7.467.423	539	11,37	8,48	2,79	0,96	13,36	157,5398887	3,292261166	
VALENCIA	50	52204	10.253	5.084.502	390	10,27	9,58	4,88	0,98	12,82	133,8564103	5,091582951	
ANDALUCIA	31	94550	14.121	8.285.692	576	11,41	3,28	2,20	0,37	5,38	164,1493056	6,695701438	
MURCIA	29	18560	3.008	1.445.410	132	12,84	15,63	9,64	2,01	21,97	140,6060606	6,170212766	
PAIS VASCO	24	21155	5.948	2.171.243	232	9,74	11,34	4,03	1,11	10,34	91,18534483	3,5566577	
CASTILLA-L	20	20476	6.917	2.560.031	234	8,00	9,77	2,89	0,78	8,55	87,5042735	2,96024288	
CANARIAS	13	18721	4.336	2.098.593	194	8,92	6,94	3,00	0,62	6,70	96,5	4,317573801	
GALICIA	10	22646	7.933	2.794.796	266	8,10	4,42	1,26	0,36	3,76	85,13533835	2,854657759	
ARAGON	10	13064	4.093	1.342.926	152	9,73	7,65	2,44	0,74	6,58	85,94736842	3,191790862	
BALEARES	10	11994	2.345	1.094.972	110	10,95	8,34	4,26	0,91	9,09	109,0363636	5,114712154	
ASTURIAS	10	8307	3.036	1.085.110	121	7,66	12,04	3,29	0,92	8,26	68,65289256	2,736166008	
EXTREMADURA	9	10385	3.467	1.100.000	102	9,44	8,67	2,60	0,82	8,82	101,8137255	2,995385059	
CASTILLA-M	7	21312	4.839	2.079.401	185	10,25	3,28	1,45	0,34	3,78	115,2	4,404215747	
CANTABRIA	5	5544	1.294	589.043	52	9,41	9,02	3,86	0,85	9,62	106,6153846	4,28438949	
NAVARRA	4	6877	1.611	629.569	72	10,92	5,82	2,48	0,64	5,56	95,51388889	4,268777157	
LOGROÑO	1	3310	883	321.025	39	10,31	3,02	1,13	0,31	2,56	84,87179487	3,748584371	

N=número de nacimientos. ESP= número de especialistas. NATALIDAD= Tasa de natalidad/1000 habitantes. CASOS/N= Casos /10.000 nacimientos. CASOS/CAM= Casos/1.000 camas. CASOS/HA= Casos/100.000 habitantes. CASOS/ESP= Casos/100 especialistas.

Figura 4. Tratamiento grafico de los "clusters".

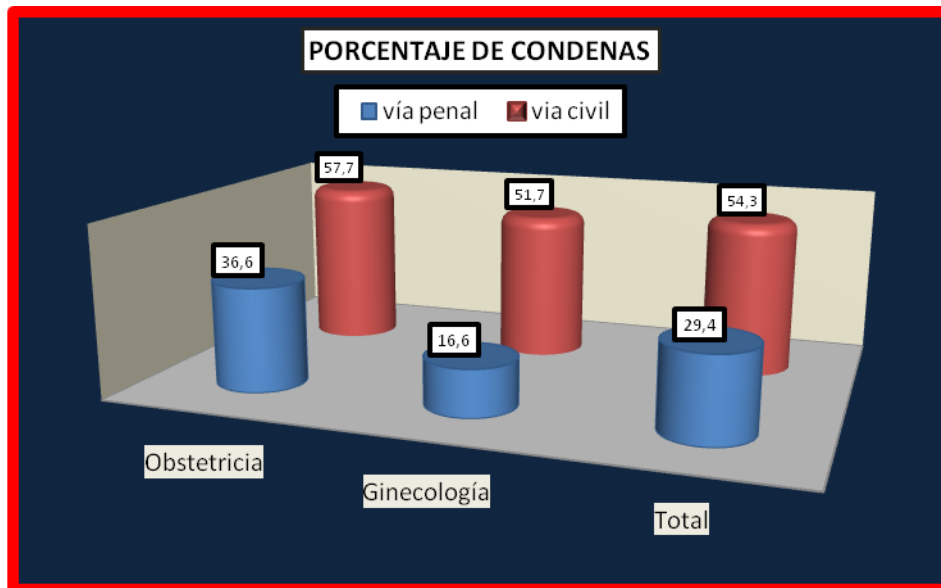


## **Comparación de las vías penal y el conjunto de la civil y contencioso administrativa, por porcentaje de condenas.**

Cuando comparamos los porcentajes de condenas de las diferentes vías, lo que se pone de manifiesto, figura 7, es que es más probable la condena en la vía civil que en la penal, así en la primera el 54,3 % de las demandas terminan en condena, frente a solo el 29,4 de las denuncias en vía penal. En esta última es más frecuente que se terminen en condena actos con origen en la sanidad privada, y al contrario ocurre con la vía civil en la cual el mayor porcentaje de condenas lo será sobre eventos ocurridos en la sanidad pública.

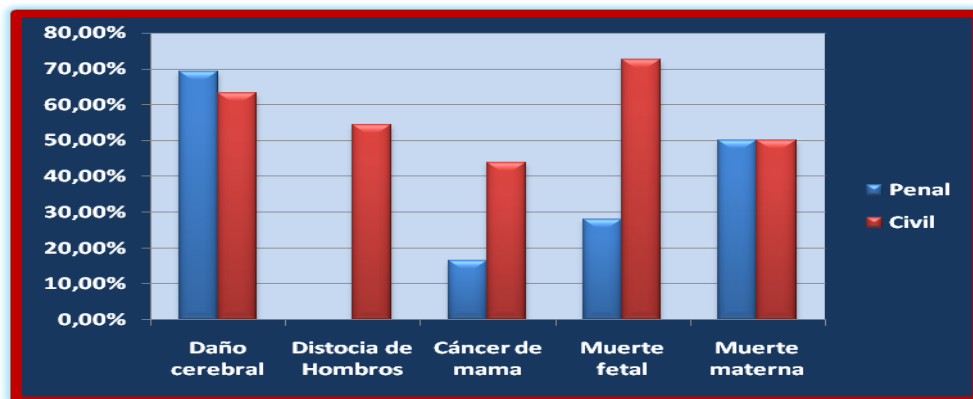
La obstetricia recibe más condenas en ambas vías comparada con la ginecología, pero en la vía penal la proporción de condenas que recibe la obstetricia es del 36,6% frente a solo el 16,6%% de las denuncias por hechos en el ámbito de la ginecología y en la vida civil, el 57,7% de los casos de demandas por eventos obstétricos se condenan frente al 51,7% de los casos por demandas sobre casos ocurridos en la esfera de la ginecología. Parece muy difícil una condena, por una denuncia por un evento relacionado con la ginecología, en la vía penal.

**Figuras 7.** Porcentaje de condenas, según la subespecialidad.



También se ha realizado una comparación para las dos vías para los eventos más frecuentes, figura 8, en la que se aprecia que sobre todo los que podríamos considerar de mayor gravedad, y con peor pronóstico vital, como el daño cerebral permanente del recién nacido, reciben un porcentaje mayor de condenas en la vía penal.

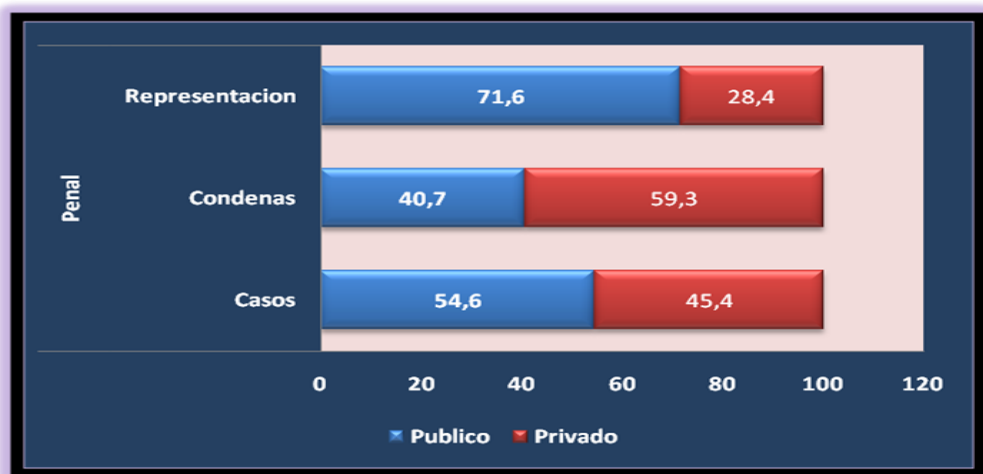
**Figuras 8.** Porcentaje de condenas en los eventos más relevantes.



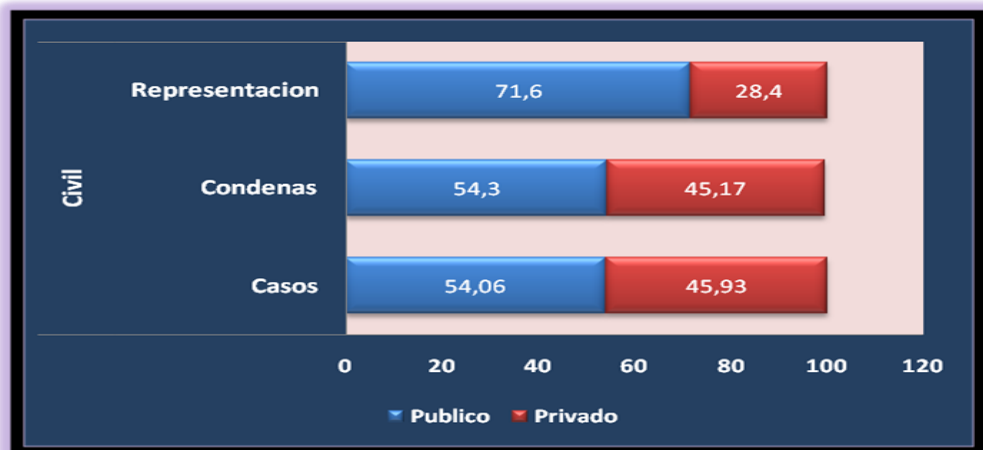
Hemos extraído también la proporción de de casos procedentes de la sanidad pública y privada, figuras 9 y 10. En ambas vías la proporción es similar, aunque en la vía penal la mayor parte de las condenas lo fueron por eventos procedentes de la sanidad privada y en la civil y contencioso administrativa (civil en el gráfico) por casos porcedentes de la sanidad puública. En las figuras se compara además con la representación proporcional aproximada que tienen ambos tipos de sanidad en nuestro país

**Figuras 9 y 10.** Comparación de la vía penal (figura9) y civil y contenciosos administrativa agrupadas (civil en la figura 10). Origen de los casos, proporción de sentencias condenatorias según el origen y comparación con la representación de los diferentes ámbitos de la sanidad

**Figura 9.**



**Figura 10.**



## DISCUSIÓN

Son raros los trabajos en nuestro entorno, que separen el estudio de las vías jurídicas por las que se juzgan los errores médicos, las denuncias de la penal y demandas de la civil y contencioso administrativa, lo cual hará difícil la comparación. Tampoco en nuestro entorno más próximo el europeo, es frecuente encontrar referencias en este sentido, y las comparaciones con el escenario americano son complejas por que los sistemas judiciales son diferentes.

El incluir además solo aquellas sentencias que alcanzan altas instancias en la vía judicial, consideramos que es el mejor filtro para evitar confusiones terminológicas, como “reclamaciones contra médicos”, “reclamaciones y negligencias” y otras, y que según algunas asociaciones y noticias de prensa, entre “todas” representarían para el conjunto del Estado Español y para todas las especialidades hasta 100.000 al año, y usando esta terminología tan poco específica, entre el 40 y el 60% se tramitarían por la vía judicial.

Una publicación de una aseguradora francesa (50) si diferencia la “juridiction pénale et civile” y su sistema legal es comparable. En su caso, en causas relacionadas con la obstetricia, sobre datos de 2006, el porcentaje de condenas fue del 75%, de un total de 8 denuncias en la vía penal y del 49% de un total de 39 demandas en la vía civil. En nuestros datos respectivamente el porcentaje de condenas son el 36,6% y el 57,7%.

La peculiaridad de nuestro caso es que incluye todos los casos y sentencias de un largo periodo, durante el cual se han producido cambios en la percepción jurídica sobre los errores. La comparación adecuada lo sería tomando el mismo lapso de tiempo.

También desconocemos otros detalles, por ejemplo, sabemos que en nuestro entorno la vía penal es la habitual de acceso al sistema judicial cuando se considera que se ha sufrido un daño por un error médico, pero el pequeño número que representan dentro del total de las sentencias recuperadas 85 de 531, el 16%, nos da una idea de que aunque sea la vía de inicio, pocas veces las denuncias concluyen en ella, dato que consideramos de relevancia y relativamente tranquilizador desde nuestro punto de vista, ya que

de conocerse este dato en el entorno profesional denunciado, es posible que se percibiera con menos angustia la “presencia ante el juez”.

También merece la pena resaltar, aunque en esto la percepción de los profesionales se acerca más a la realidad, que, dentro del perfil del condenado por esta vía, la penal, una de las variables que más influyen en la resolución final, será que el hecho juzgado sea daño sobre el feto o recién nacido, sobre todo si lo denunciado es un daño cerebral permanente atribuido a un inadecuado manejo del parto.

Y nos parece revelador porque ocurre a menudo (25) que se cuestiona la relación entre la encefalopatía o asfixia neonatal con la malpraxis obstétrica, y si bien esta puede tener un origen multifactorial (51-53), existe un número significativo de este tipo de eventos que pueden atribuirse o desarrollarse durante el parto (51), y si se denuncian, la posibilidad de condena en la vía penal es la más alta.

La cuantía económica y la gravedad de la lesión están relacionadas, y en esta vía se encuentra el porcentaje de compensaciones más elevadas, a las que ya se refieren algunos autores (1), como “indemnizaciones catastróficas” que en su caso, el americano equivaldría a cuantías superiores al 1.000.000 de dólares, y que para el entorno español se ha equiparado a cantidades superiores a 200.000 euros (18). Pero el escaso número de condenas en esta vía, la penal, en total 25 y el largo periodo incluido en el estudio, 25 años, no nos permiten sacar muchas conclusiones acerca de las indemnizaciones, algo que veremos más fácil en el estudio de la vía civil. Aquí solo podemos decir que resulta significativa la comparación entre las cantidades medias de las indemnizaciones concedidas por eventos relacionados con el parto, y lo mismo vale para las más elevadas, frente al resto.

La división en el estudio de las dos vías, se justifica, porque pensamos que es más probable que las condenas en la vía penal, que pueden acompañarse de penas de cárcel o inhabilitación, serán las que más influyan en los cambios en la asistencia al paciente, frente a aquellas de la vía civil o contencioso administrativa, que solo

acarrear compensaciones económicas, por elevadas que puedan ser.

Se sabe además que solo el 5% de las reclamaciones judiciales en el ámbito jurídico-penal contra médicos llegan a la fase de enjuiciamiento (54), pero ello genera miedo y promueve a ejercer una medicina defensiva.

Pues bien, si eso es lo mismo en nuestra especialidad, que lo desconocemos, además podemos decir que la mayor parte terminarían en absolución, incluso los relacionados con problemas con el recién nacido en el parto, y más aún si fue absolutoria la sentencia de procedencia. Dato que insistimos, nos parece que podría servir para revertir ese tipo de “medicina para evitar las demandas” o de “medicina defensiva”. Pero es seguro que es desconocido para la mayoría de los profesionales.

En este trabajo y en la vía penal el porcentaje de condenas es mayor por eventos ocurridos en el entorno de la sanidad privada, pero debemos valorarlo con cautela, y teniendo en cuenta las importantes mejoras que se han producido en los últimos años en

los estándares de calidad asistencial de la medicina privada, en determinadas zonas de España.

Globalmente, con nuestros datos, la tasa global de condenas es superior en los casos que concluyen en la vía civil, el 56,8% frente al 29,4% de la vía penal (18,23), lo cual parecería justificado por el hecho de que en esta última solo se pretende compensar el daño sufrido, es decir que pensamos que debe de interesar de forma diferente.

Lo que podríamos considerar los eventos más graves, también aquí, en la vía civil, ocupan lugares prominentes, pero al igual que el total de casos, las frecuencias deben valorarse teniendo en cuenta que se trata de sentencias en las más altas instancias judiciales, lo que claramente puede suponer un sesgo que favorece este hecho, en detrimento de los mas leves que quizás progresan menos en la escala judicial y que contrasta con el elevado volumen, que según algunas fuentes de diferentes asociaciones, se tramitarían por la vía judicial, aunque se refieran en su caso al conjunto de especialidades.

La obstetricia en general y los daños sobre el feto y recién nacido en particular, como se indicó, registran las cifras mas altas de condenas y las compensaciones más elevadas (1, 19,20), algo que apreciamos con claridad en el estudio de las condenas en vía civil.

Si bien en cualquiera de nuestros actos podemos infligir daño a otros, para algunos autores “el parto nunca será un acto con riesgos totalmente controlados” (55), a pesar de que los avances y mejoras han conseguido una drástica disminución de los riesgos, haciendo de estos algo excepcional.

Ello no excluye que haya quien piensen que los avances tecnológicos y terapéuticos se hayan acompañado de un aumento de las reclamaciones contra obstetras y ginecólogos (3), lo que pudiera justificarse por que junto a esos avances ha progresado un mayor conocimiento, una mayor capacidad concienciación y capacidad de decisión del enfermo sobre sus problemas de salud, haciendo de las decisiones de diagnostico y tratamiento, propuestas compartidas, y haciendo en ocasiones del simple hecho de que el resultado final no sea el esperado por el paciente, razón suficiente para la interposición de una demanda. (56).

Se comparten las decisiones, pero no se aceptan con el mismo equilibrio los resultados. Se dice que nos encontramos ante una “cuarta era” en la relación médico-paciente (57) que sería una evolución de aquella muy distinta descrita en 1969 por el Prof. Laín Entralgo (58), interpersonal y de convivencia entre dos personas, al participar ahora el paciente en todo el proceso.

Lo que no cambiará, es que solo mediante la identificación de las causas y su adecuado registro para un análisis posterior, podremos realizar un correcto estudio de los efectos adversos para la mejora de la seguridad del paciente y por consecuencia reducir las reclamaciones judiciales por malapaxis (59).

Así, aunque son complejos los factores detrás de un evento adverso y su resolución judicial, no dejaremos de insistir en la necesidad de que cada país conozca su realidad y que se creen registros, nacionales a ser posible, que constituyan una fuente de datos fidedigna, y entre ellos porque no, incluir las sentencias judiciales. Más aun cuando las causas más frecuentes de origen de las reclamaciones judiciales, han variado poco a lo largo del tiempo. Estas se centran en el caso de la obstetricia, en los errores en el

diagnóstico prenatal, el daño cerebral permanente del recién nacido, la muerte fetal, la distocia de hombros con parálisis braquial, y más actual las complicaciones del parto vaginal después de una cesárea previa (2), y para la ginecología en los retrasos en el diagnóstico del cáncer de mama (60), aunque esta en nuestro trabajo ocupe un segundo lugar después de los errores en los tratamientos de planificación familiar, atribuibles posiblemente a los incipientes conocimientos técnicos en los primeros tiempos de la laparoscopia.

Es conocido por datos procedentes del mundo anglosajón que más del 75% de los médicos serán demandados por lo menos una vez a lo largo de su vida profesional (27,61,62), algo que no parece extrapolable a nuestro entorno, pero las cifras que de él conocemos hacen la cuestión igual de preocupante (5).

Por lo tanto, pensamos que en el ámbito de la responsabilidad por actos médicos en nuestro país, sería incluso de mayor interés conocer la probabilidad de ser condenado según el evento de origen de la reclamación judicial, conociendo que en las resoluciones

judiciales, influyen también múltiples factores no siempre controlables.

Pero en nuestro interés por profundizar en el análisis de lo que hemos llamado “perfil del condenado”, hemos incluido variables que habitualmente no se tiene en consideración, como el ámbito de trabajo, “publico” o “privado”, o la correlación o no entre la sentencia definitiva y la de origen. Así, hemos visto como en los casos que terminan en la vía civil es menor la diferencia en el porcentaje de condenas entre eventos procedentes del sector público y privado, que en los que concluyen en la vía penal, pero en ningún supuesto ni el peso ni la proporción de condenas guarda paralelismo, con la representación que los dos modelos de sanidad tiene en nuestro país. Concretamente, y solo con valor orientativo, se refiere que, “en 2012, el 28,4% de los actos quirúrgicos y el 22% de las altas hospitalarias se realizaron en la sanidad privada, según el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, IDIS, (63), pero en este trabajo la sanidad privada aporta casi la mitad de los casos y más de la mitad de las condenas.

Parece evidente que las reclamaciones, en general, contra profesionales en la especialidad de Obstetricia y Ginecología, son en parte responsables en el cambio de actitud en aspectos concretos de la atención al parto, como un aumento injustificado en la tasa de cesáreas y bajas tasas de partos instrumentales (64,65).

Hay incluso publicaciones recientes que relacionan este aumento, el de la tasa de cesáreas, con el incremento en las primas con las que cubren la responsabilidad civil profesional las compañías aseguradoras (66), y que estaría justificado por un aumento en el número de demandas y por la tendencia al crecimiento en el número de indemnizaciones elevadas, catastróficas, según lo referido (1,18). Caso particular que puede empeorar si prosperan proyectos de un baremo específico para el ámbito sanitario (67) y que junto con la aplicación de la actualización del baremo anterior, que ya genera noticias (68), podría disminuir las indemnizaciones por errores médicos cuando estos ocurran sobre enfermos, a diferencia de lo que podría suceder con los que afecten a “pacientes” sanos, como a priori son la madre y el feto, y otros dentro de esta especialidad.

Insistiendo en lo anterior, la edad del afectado inferior a un año, se correlaciona con las indemnizaciones más elevadas, (1,18) lo que también reflejan nuestros resultados.

Otra consideración que queremos hacer, es referente a lo publicado sobre que las indemnizaciones son más elevadas cuando el caso se resuelve en los tribunales (69,70), y que son todas las que incluye nuestro trabajo, cuando, si se promovieran acuerdos extrajudiciales, se podrían resolver hasta el 70% de los casos en los que se alcance la conclusión de que ha existido responsabilidad del médico, lo que sucedería en el 25% de las “reclamaciones” (41,42). Estos datos pertenecen a las peculiaridades del sistema de aseguramiento médico, recogida de datos y de tratamiento de las reclamaciones, que nos parece ejemplar, de una región concreta en nuestro país, Cataluña.

Desconocemos como influye en la aceptación de estos acuerdos el que el daño lo sea sobre un enfermo o una persona sana, caso particular de la obstetricia y ginecología, pero de cualquier forma debería generalizarse la promoción de esta vía, como hacen algunos autores (6,71) y como ya se comentó en lo referente a algunos

países que promueven la compensación mediante sistemas “no-fault” (44,45).

También en la vía civil, un análisis más específico de los datos pone de manifiesto, que los errores en el diagnóstico de algunos cánceres, también ocupan un lugar destacado por la cuantía de las indemnizaciones, como ya se ha publicado (60) y que a pesar de la conocida heterogeneidad en el origen de la parálisis cerebral infantil, y de que pocos casos se relacionan exclusivamente con hipoxia severa durante el parto (72,73), parece apropiado insistir en hay eventos que ocurren exclusivamente en el momento del parto cuyas complicaciones pueden estar en el origen exclusivo de esta invalidante enfermedad (51,54,71). Es por ello que las condenas por esta complicación soportan prácticamente todas las indemnizaciones “catastróficas”, y se puede considerar que continúa siendo la referencia en el cálculo de las primas en la especialidad de obstetricia, y que se encuentran entre las más elevadas (74).

También hemos hecho referencia a como algunos autores (1,15), consideran las reclamaciones judiciales por malpraxis como un reflejo de seguridad y fiabilidad de un sistema sanitario.

En nuestro estudio se pueden apreciar las grandes diferencias que pueden existir entre Comunidades Autónomas en nuestro país, y si bien ello no nos permite sacar ninguna conclusión, consideramos que si puede ser un punto de partida para otros trabajos, con el fin de confirmar o rechazar nuestros hallazgos, e implantar en caso de ser necesarias medidas de mejora.

Los médicos reciben poca formación sobre los aspectos jurídicos y legales de su práctica profesional. Quizás también poca información, y nos gustaría que este trabajo pudiera ser una de las primeras fuentes, sobre una de las especialidades que mas reclamaciones judiciales por errores médicos recibe, y que supone el mayor coste económico para el sistema por esta causa, y en ocasiones, graves quebrantos para el especialista, personales y en el desarrollo de su profesión.

Reconocemos al menos dos limitaciones a nuestro trabajo. La primera porque al incluir un periodo de 25 años, recoge datos de varias épocas en la interpretación jurídica de los errores médicos. Ni los profesionales tiene tan presente su significado, ni los jueces actúan hoy con los mismos criterios a la hora de juzgarlos, como hace 25 años. Y la segunda, el que solo incluyan reclamaciones judiciales que alcanzan las más altas instancias en la vía judicial, porque a lo mejor no reflejan con exactitud la trascendencia del problema.

Pero parece lógico deducir, que estos casos serán los más relevantes al progresar más en la carrera judicial, y serán también los que tengan más influencia, tanto en la actitudes de los profesionales, como los cambios en los sistemas de aseguramiento por responsabilidad civil profesional, y por último, en la percepción que la sociedad tenga de su sistema sanitario.

## **CONCLUSIONES.**

1.- La mayor parte de las reclamaciones judiciales, en la especialidad de Obstetricia y Ginecología, casi el 84%, se resuelven por la vía civil.

2.- En nuestro trabajo los eventos adversos relacionados con el daño fetal, son los que reciben el porcentaje más alto de condenas, tanto en la vía civil como en la penal y el origen de las compensaciones económicas más elevadas.

3.- Persisten casi sin variaciones, las causas más frecuentes por las que se presentan reclamaciones judiciales contra obstetras y ginecólogos.

4.- Existe una elevada correlación entre el resultado de la sentencia definitiva y la de procedencia.

5.- Es más frecuente una sentencia condenatoria por actos médicos procedentes de la sanidad privada, frente a la pública, y el porcentaje es muy superior si se compara con el peso que ambas tienen en la asistencia sanitaria.

6.- Existe una gran diferencia en el número de reclamaciones judiciales en el área de la Obstetricia y Ginecología por Comunidades Autónomas.

7.- Las reclamaciones judiciales pueden constituirse en un nuevo indicador de seguridad en la atención sanitaria.

## TABLAS DE TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

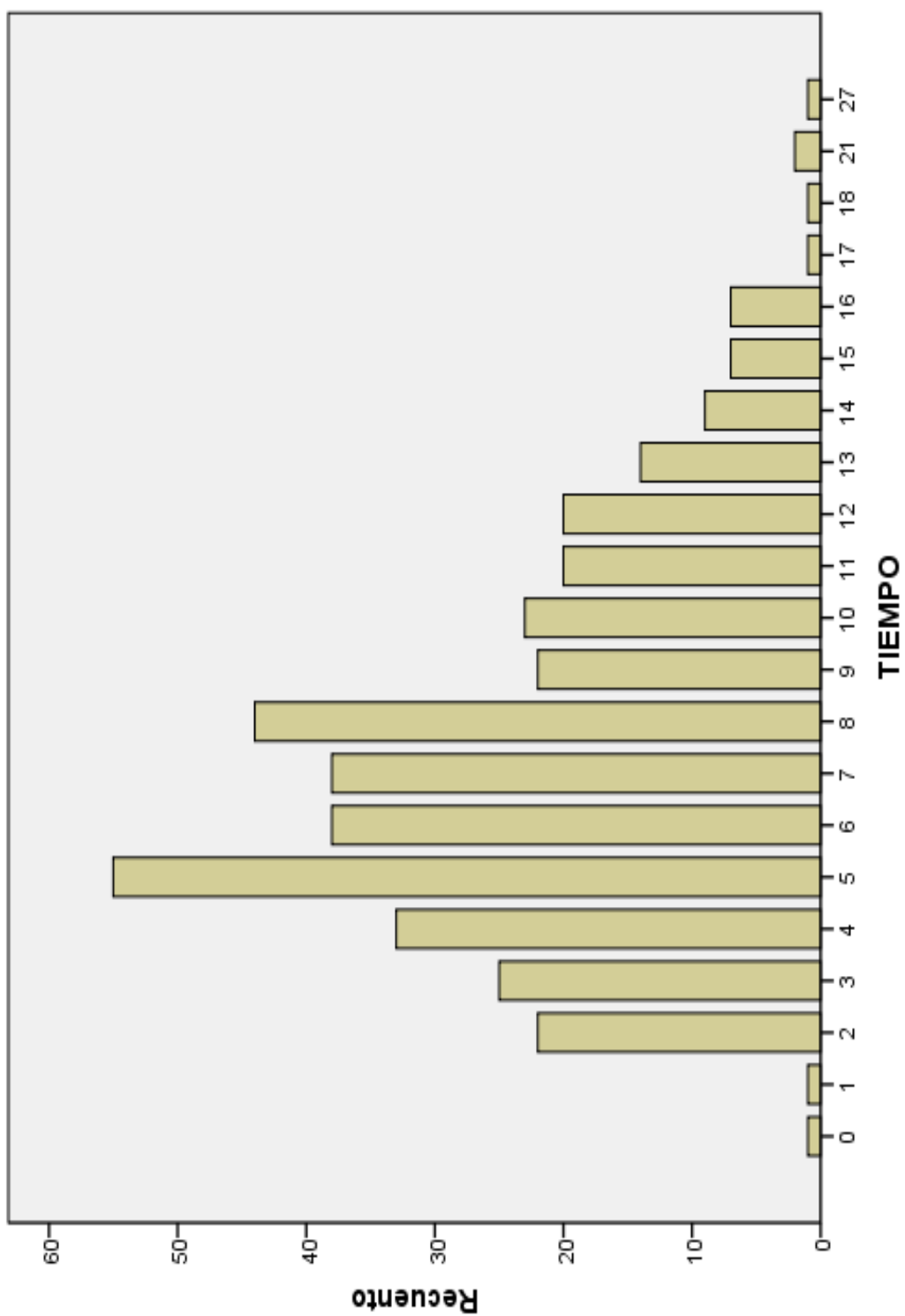
Sentencia anterior\*confirma tabulación cruzada

sentencia_anterior		confirma		Total
		confirma sentencia anterior	no confirma sentencia anterior	
condenatoria	Recuento	140	21	161
	% dentro de sentencia_anterior	87,0%	13,0%	100,0%
absolutoria	Recuento	168	76	244
	% dentro de sentencia_anterior	68,9%	31,1%	100,0%
Total	Recuento	308	97	405
	% dentro de sentencia_anterior	76,0%	24,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	26,934	2	,000	,000		
Razón de verosimilitud	28,054	2	,000	,000		
Prueba exacta de Fisher	27,913			,000		
Asociación lineal por lineal	7,866	1	,005	,006	,003	,001
N de casos válidos	433					

	Cuántia solicitada	Cuántia final de la condena	Diferencia cuántia solicitada - concedida	TIEMPO
N	289	226	192	384
Válidos				
Perdidos	145	208	242	50
Media	427720,58	175521,75	207392,79	7,53
Error tip. de la media	77197,319	15668,995	47427,255	,195
Mediana	175000,00	72000,00	30350,00	7,00
Desv. tip.	1312354,417	235556,648	657171,325	3,829
Mínimo	900	802	-180000	0
Máximo	20000000	1627213	6215000	27
Percentiles	60000,00	26750,00	,00	5,00
	175000,00	72000,00	30350,00	7,00
	420000,00	240000,00	187554,00	10,00



Síntoma\*condena tabulación cruzada

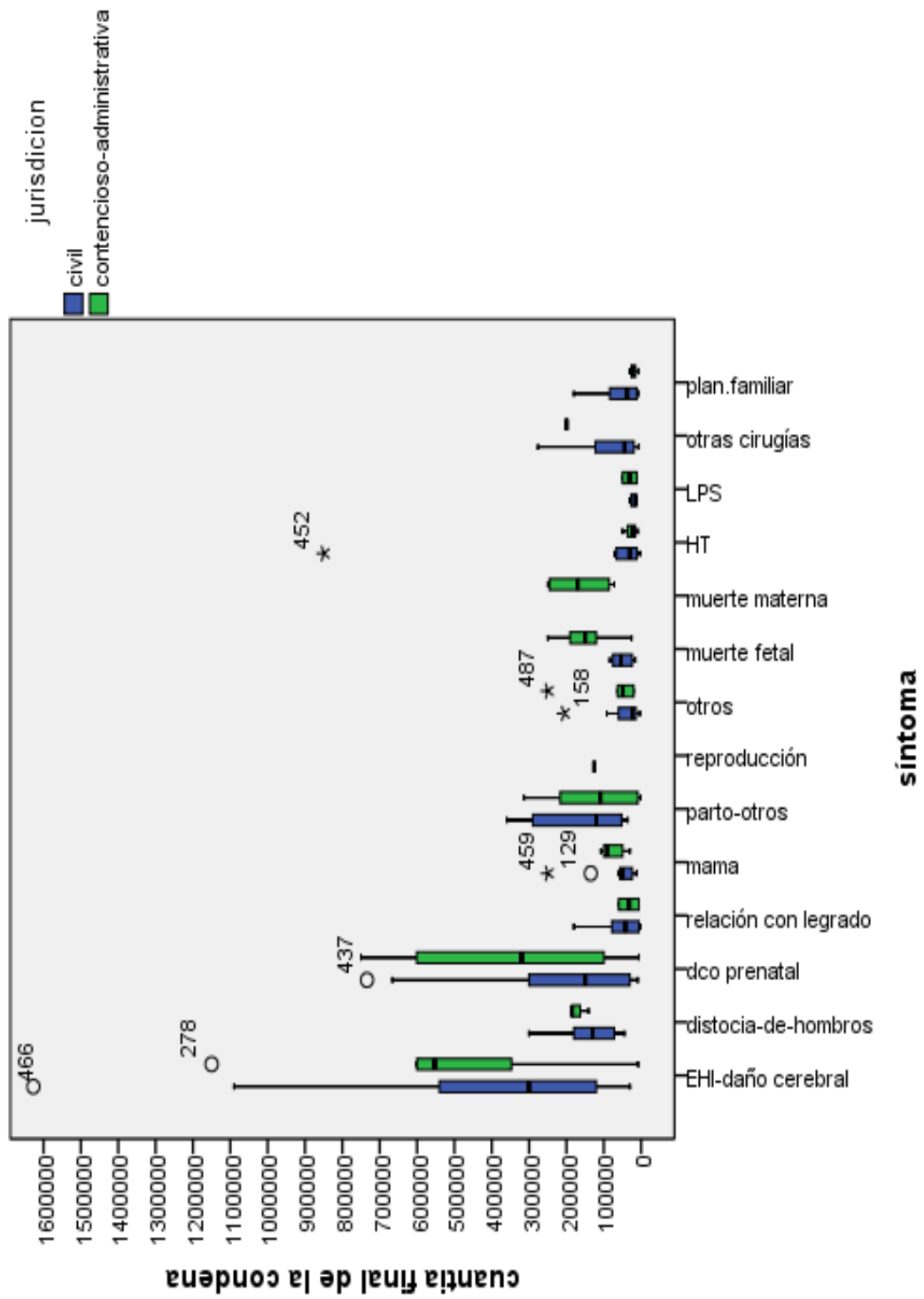
Síntoma	condena	Total	
		si	no
Obstetricia	Recuento	126	93
	% dentro de Síntoma	57,5%	42,5%
Ginecología	Recuento	91	85
	% dentro de Síntoma	51,7%	48,3%
Otros	Recuento	17	19
	% dentro de Síntoma	47,2%	52,8%
Total	Recuento	234	197
	% dentro de Síntoma	54,3%	45,7%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	2,128	2	,345	,351		
Razón de verosimilitud	2,127	2	,345	,359		
Prueba exacta de Fisher	2,140			,351		
Asociación lineal por lineal	2,109	1	,146	,153	,084	,021
N de casos válidos	431					

**Cuantía final de la condena**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
< 300.000	180	41,5	79,6	79,6
300.000-<600.000	26	6,0	11,5	91,2
600.000-<1.200.000	19	4,4	8,4	99,6
>=1.200.000	1	,2	,4	100,0
Total	226	52,1	100,0	
Perdidos				
Sistema	208	47,9		
Total	434	100,0		



**Group: si (Count: 234 - Percentage: 54.16)**

Variable label	Characteristic categories	% of category in group	% of category in set	% of group in category	Test-value	Probability	Weight
sentencia_anterior	condenatoria	59,4	37,1	86,3	10,735	0,000	161
Organismo imputado	publico	53,4	46,5	61,9	3,016	0,001	202
sintomaC	dano cerebral EHI	20,9	17,7	63,6	1,768	0,039	77
sintomaC	muerte fetal	2,857	6,838	25,000	-2,663	0,004	16



**Estadísticos<sup>a</sup>**

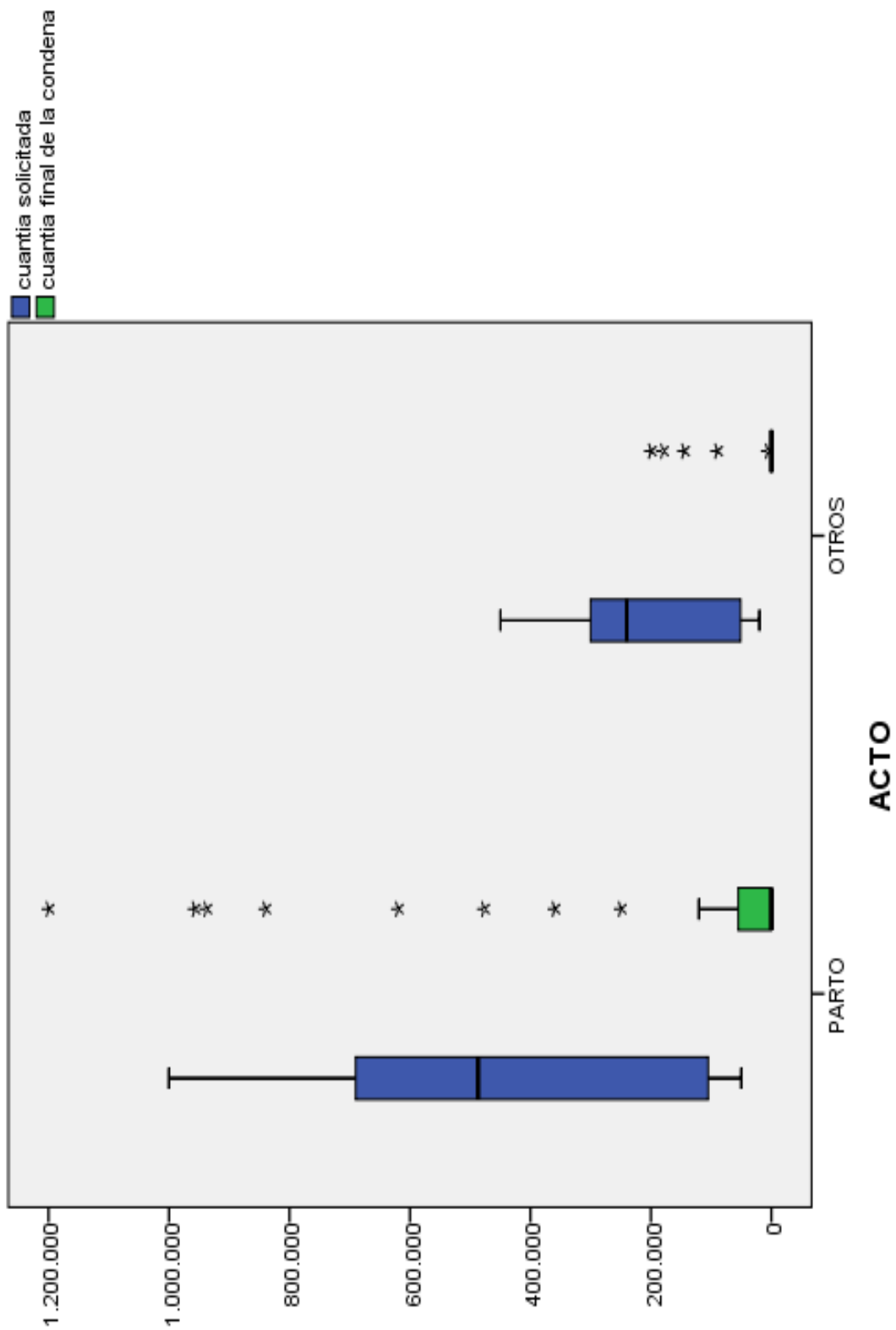
	cuantía solicitada	cuantía final de la condena
N	11	47
Válidos		
Perdidos	44	8
Media	457000,00	466348,04
Error típ. de la media	110668,629	43033,644
Mediana	487000,00	,00
Desv. típ.	367046,319	403995,501
Mínimo	50000	30000
Máximo	1000000	1200000

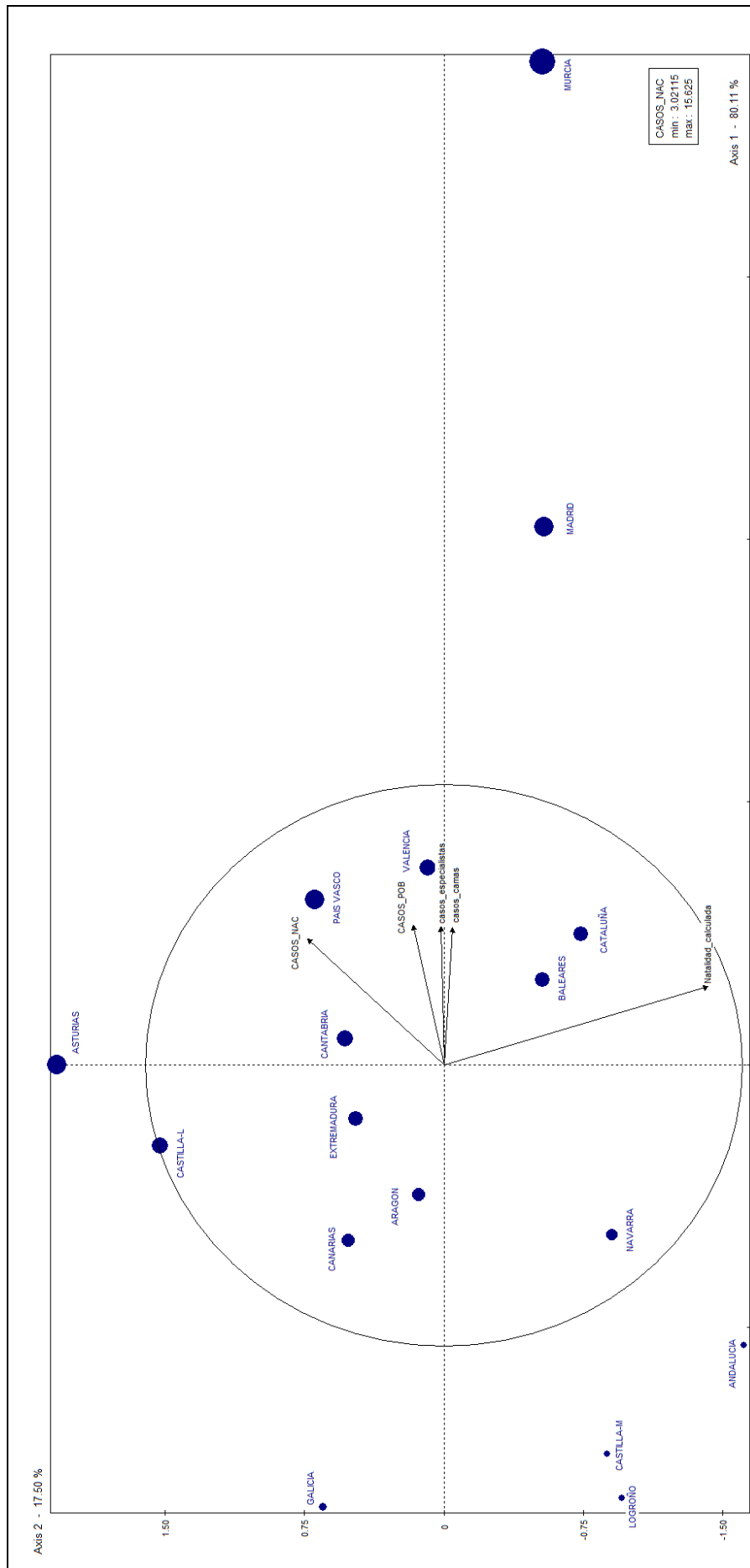
Percentiles	25	90000,00	,00
	50	487000,00	,00
	75	840000,00	80000,00

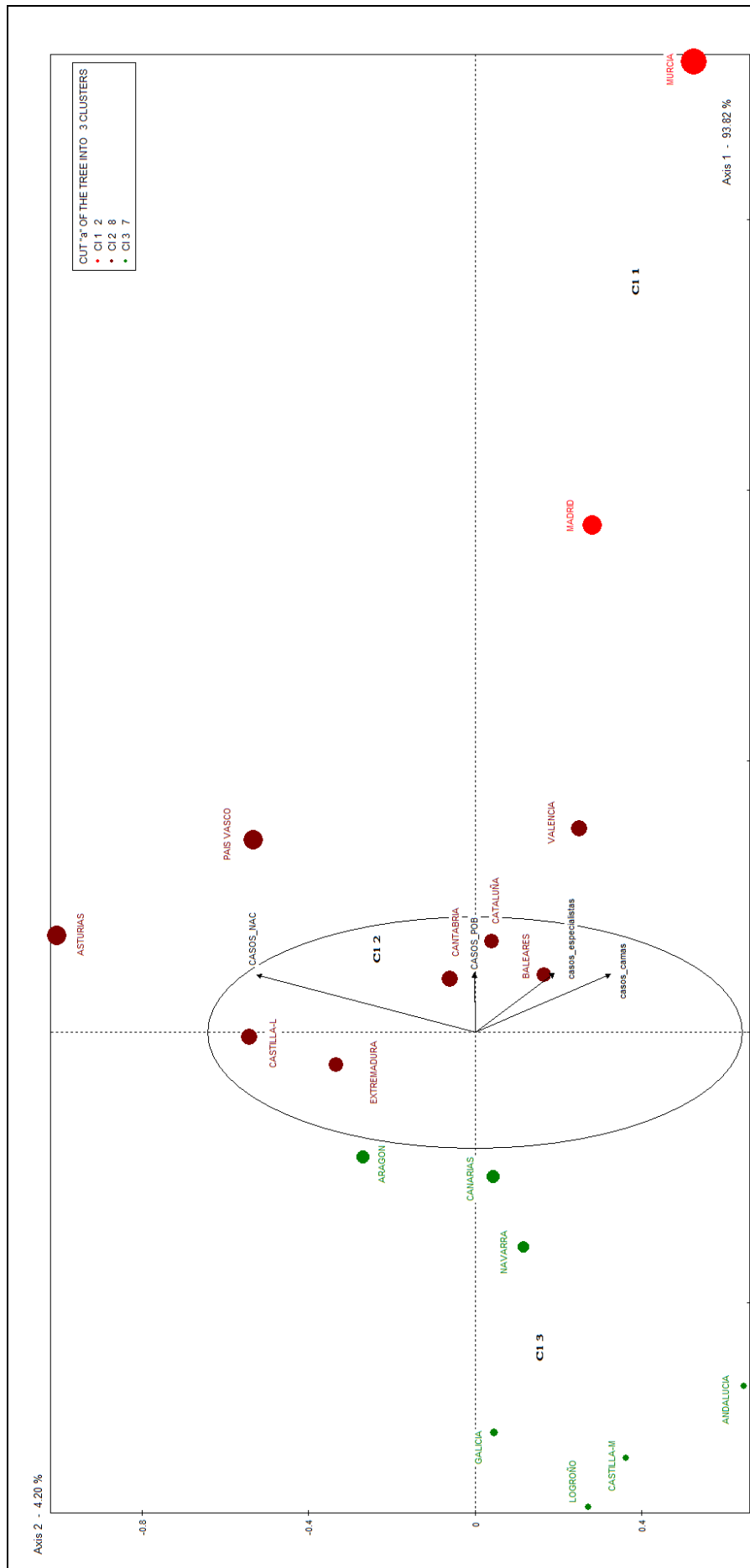
**Estadísticos<sup>a</sup>**

	cuantía solicitada	cuantía final de la condensa
N	8	28
Válidos		
Perdidos	22	2
Media	206537,50	124200,57
Error típ. de la media	55053,509	10775,984
Mediana	240000,00	,00
Desv. típ.	155714,840	78154,9
Mínimo	20000	6000

Máximo		450000	200000
Percentiles	25	43575,00	,00
	50	240000,00	,00
	75	300000,00	,00







Continuous variables statistics by clusters

**CUT "b" OF THE TREE INTO 3 CLUSTERS**

**Natalidad\_calculada**

Clusters	Count	Weight	Mean	Std Deviation	Minimum	Maximum	Test-value
Cluster 1 / 3	2	2,000	12,386	0,455	11,932	12,841	2,437
Cluster 2 / 3	10	10,000	9,549	1,109	7,655	11,371	-1,812
Cluster 3 / 3	5	5,000	10,200	1,132	8,103	11,411	0,234
Overall	17	17,000	10,074	1,386	7,655	12,841	

**CASOS\_NAC**

Clusters	Count	Weight	Mean	Std Deviation	Minimum	Maximum	Test-value
Cluster 1 / 3	2	2,000	13,874	1,751	12,123	15,625	2,431
Cluster 2 / 3	10	10,000	9,183	1,489	6,944	12,038	1,379
Cluster 3 / 3	5	5,000	3,963	1,045	3,021	5,816	-3,209
Overall	17	17,000	8,200	3,409	3,021	15,625	

**casos\_camras**

Clusters	Count	Weight	Mean	Std Deviation	Minimum	Maximum	Test-value
Cluster 1 / 3	2	2,000	8,280	1,361	6,919	9,641	3,385
Cluster 2 / 3	10	10,000	3,405	0,769	2,443	4,877	-0,168
Cluster 3 / 3	5	5,000	1,704	0,536	1,133	2,483	-2,212

Overall	17	17,000	3,478	2,072	1,133	9,641
---------	----	--------	-------	-------	-------	-------

**CASOS\_POB**

Clusters	Count	Weight	Mean	Std Deviation	Minimum	Maximum	Test-value
Cluster 1 / 3	2	2,000	1,726	0,280	1,446	2,006	3,141
Cluster 2 / 3	10	10,000	0,870	0,131	0,619	1,105	0,421
Cluster 3 / 3	5	5,000	0,403	0,118	0,312	0,635	-2,676
Overall	17	17,000	0,833	0,415	0,312	2,006	

**casos\_especialistas**

Clusters	Count	Weight	Mean	Std Deviation	Minimum	Maximum	Test-value
Cluster 1 / 3	2	2,000	18,576	3,394	15,182	21,970	2,989
Cluster 2 / 3	10	10,000	9,414	2,145	6,579	13,358	0,461
Cluster 3 / 3	5	5,000	4,209	1,121	2,564	5,556	-2,612
Overall	17	17,000	8,961	4,698	2,564	21,970	

**NACIMIENTOS\_2009**

Clusters	Count	Weight	Mean	Std Deviation	Minimum	Maximum	Test-value
Cluster 1 / 3	2	2,000	47223,500	28663,500	18560,000	75887,000	0,950
Cluster 2 / 3	10	10,000	24676,400	23634,300	5544,000	84914,000	-0,699
Cluster 3 / 3	5	5,000	29739,000	33295,500	3310,000	94550,000	0,084

Overall	17	17,000	28818,000	28310,500	3310,000	94550,000
---------	----	--------	-----------	-----------	----------	-----------

**CAMAS\_2011**

Clusters	Count	Weight	Mean	Std Deviation	Minimum	Maximum	Test-value
Cluster 1 / 3	2	2,000	8152,500	5144,500	3008,000	13297,000	0,356
Cluster 2 / 3	10	10,000	6748,100	6798,310	1294,000	25792,000	0,071
Cluster 3 / 3	5	5,000	5877,400	4825,080	883,000	14121,000	-0,328
Overall	17	17,000	6657,240	6131,420	883,000	25792,000	

**CASOS**

Clusters	Count	Weight	Mean	Std Deviation	Minimum	Maximum	Test-value
Cluster 1 / 3	2	2,000	60,500	31,500	29,000	92,000	2,194
Cluster 2 / 3	10	10,000	22,300	20,645	5,000	72,000	-0,204
Cluster 3 / 3	5	5,000	10,600	10,632	1,000	31,000	-1,332
Overall	17	17,000	23,353	24,729	1,000	92,000	

**POBLACION\_2009**

Clusters	Count	Weight	Mean	Std Deviation	Minimum	Maximum	Test-value
Cluster 1 / 3	2	2,000	3902830,000	2457420,000	1445410,000	6360240,000	0,704
Cluster 2 / 3	10	10,000	2459380,000	2062470,000	589043,000	7467420,000	-0,546
Cluster 3 / 3	5	5,000	2822100,000	2879780,000	321025,000	8285690,000	0,092

Overall	17	17,000	2735880,000	2420580,000	321025,000	8285690,000
---------	----	--------	-------------	-------------	------------	-------------

**ESPECIALISTAS\_2009**

Clusters	Count	Weight	Mean	Std Deviation	Minimum	Maximum	Test-value
Cluster 1 / 3	2	2,000	369,000	237,000	132,000	606,000	1,097
Cluster 2 / 3	10	10,000	212,600	141,351	52,000	539,000	-0,613
Cluster 3 / 3	5	5,000	227,600	192,069	39,000	576,000	-0,113
Overall	17	17,000	235,412	177,862	39,000	606,000	

characterisation by continuous variables of clusters of

**CUT "b" OF THE TREE INTO 3 CLUSTERS**

**Cluster 1 / 3 (Weight = 2.00 Count = 2 )**

Characteristic variables	Cluster mean	Overall mean	Cluster Std. deviation	Overall Std. deviation	Test-value	Probability
casos_camias	8,280	3,478	1,361	2,072	3,385	0,000
CASOS_POB	1,726	0,833	0,280	0,415	3,141	0,001
casos_especialistas	18,576	8,961	3,394	4,698	2,989	0,001
Natalidad_calculada	12,386	10,074	0,455	1,386	2,437	0,007
CASOS_NAC	13,874	8,200	1,751	3,409	2,431	0,008

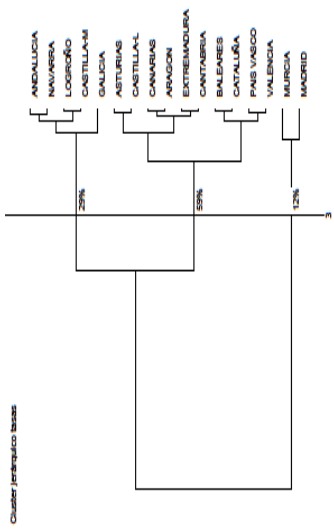
CASOS	60,500	23,353	31,500	24,729	2,194	0,014
-------	--------	--------	--------	--------	-------	-------

**Cluster 2 / 3 (Weight = 10.00 Count = 10 )**

Characteristic variables	Cluster mean	Overall mean	Cluster Std. deviation	Overall Std. deviation	Test-value	Probability
Natalidad_calculada	9,549	10,074	1,109	1,386	-1,812	0,035

**Cluster 3 / 3 (Weight = 5.00 Count = 5 )**

Characteristic variables	Cluster mean	Overall mean	Cluster Std. deviation	Overall Std. deviation	Test-value	Probability
casos_cairas	1,704	3,478	0,536	2,072	-2,212	0,013
casos_especialistas	4,209	8,961	1,121	4,698	-2,612	0,005
CASOS_POB	0,403	0,833	0,118	0,415	-2,676	0,004
CASOS_NAC	3,963	8,200	1,045	3,409	-3,209	0,001





reproducción	Recuento	1	5	6
	% dentro de síntoma	16,7%	83,3%	100,0%
otros	Recuento	17	19	36
	% dentro de síntoma	47,2%	52,8%	100,0%
muerte fetal	Recuento	16	6	22
	% dentro de síntoma	72,7%	27,3%	100,0%
muerte materna	Recuento	3	3	6
	% dentro de síntoma	50,0%	50,0%	100,0%
HT	Recuento	15	18	33
	% dentro de síntoma	45,5%	54,5%	100,0%
LPS	Recuento	9	5	14
	% dentro de síntoma	64,3%	35,7%	100,0%
otras cirugía	Recuento	10	8	18

	% dentro de sintoma				
plan. familiar	Recuento	25	55,6%	19	44,4%
	% dentro de sintoma	56,8%		43,2%	100,0%
Total	Recuento	234		197	431
	% dentro de sintoma	54,3%		45,7%	100,0%

## REFERENCIAS

- 1.- Bixenstine PJ, Shore AD, Mehtsun WT, Ibrahim AM, Freischlag JA, Makary MA. Catastrophic medical malpractice payouts in the United States. *J Healthc Qual.* 2014 Jul-Aug;36(4):43-53
- 2.- Adinma J. Litigations and the Obstetrician in Clinical Practice. *Ann Med Health Sci Res.* 2016 Mar-Apr;6(2):74-9.
- 3.- Williams DG. Practice patterns to decrease the risk of a malpractice suit. *Clin Obstet Gynecol.* 2008 Dec;51(4):680-7.
- 4.- Bark P, Vincent C, Olivieri L, Jones A. Impact of litigation on senior clinicians: implications for risk management. *Qual Health Care.* 1997 Mar;6(1):7-13.
- 5.- Las reclamaciones a médicos se duplican (página en internet). Madrid: Uniteco Profesional Correduría de Seguros. Disponible en: [http://www.unitecoprofesional.es/blog/wpcontent/uploads/2012/05/230512 Las-reclamaciones-am%C3%A9dicos-se-duplican-VOK.pdf](http://www.unitecoprofesional.es/blog/wpcontent/uploads/2012/05/230512-Las-reclamaciones-a-m%C3%A9dicos-se-duplican-VOK.pdf)

- 6.- Hamasaki T, Hagihara A. A comparison of medical litigation filed against obstetrics and gynecology, internal medicine, and surgery departments. *BMC Med Ethics*. 2015 Oct 24;16(1):72.
- 7.- Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Aubia-Marimon J. Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. *Gac Sanit*. 2013;27(1):89–93.
- 8.- Mira JJ, Guilabert M, Ortíz L, Navarro IM, Pérez-Jover MV, Aranz JM. Noticias de prensa sobre errores clínicos y sensación de seguridad al acudir al hospital. *Gac Sanit* 2010;24:33-9
- 9.- Peters PG Jr. Twenty years of evidence on the outcomes of malpractice claims. *Clin Orthop Relat Res*. 2009 Feb;467(2):352-7.
- 10.- Castellano Arroyo M, Ferrara SD. La responsabilidad profesional médica en Europa. *Rev Esp Med Legal*. 2014;40(4):161-1.66.
- 11.- Pettker CM, Grobman WA. Obstetric Safety and Quality. *Obstet Gynecol*. 2015 Jul;126(1):196-206.
- 12.- Reschovsky JD, Saiontz-Martinez CB. Malpractice Claim Fears and the Costs of Treating Medicare Patients: A New Approach to

Estimating the Costs of Defensive Medicine. Health Serv Res. 2017

Jan 26. [Epub ahead of print]

13.- Tingle J. Managing clinical negligence litigation and costs in the NHS. Br J Nurs. 2016 Nov 24;25(21):1218-1219.

14.- Escuriet R, White J, Beeckman K, Frith L, Leon-Larios F, Loytved C, Luyben A, Sinclair M, van Teijlingen E. Assessing the performance of maternity care in Europe: a critical exploration of tools and indicators. BMC Health Serv Res. 2015 Nov 2;15:491.

15.- Pearlman MD. Patient safety in obstetrics and gynecology: an agenda for the future. Obstet Gynecol. 2006 Nov;108(5):1266-71.

16. Gómez-Duran EL, Laila-Vicens JA, Benet-Travé J, Arimany-Manso J. Analysis of obstetrics and gynecology professional liability claims in Catalonia, Spain (1986-2010). J Forensic Leg Med 2009; 16(6):301-6

17.- Pérez Pérez B, Santiago Saez A, Labajo González ME, Albarrán Juan MI, 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 odontoestomatología. Trauma Fund Mafre. 2009;20 (4):264-268.

18.- Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Barbería-Marcain E, Benet-Travé J, Martín-Fumadó. C. Catastrophic Medical Malpractice Payouts in Spain. J Healthc Qual. 2015 Jul 24. [Epubahead of print].

19.- García-Ruiz N, Santiago-Sáez A , Albarrán-Juan M.E, Labajo-González E, Perea-Pérez B. Análisis de reclamaciones judiciales contra obstetras y ginecólogos en España. Estudio específico de la vía penal (1987-2013).

20.- Gaba, D M. Anaesthesiology as a model for patient safety in health care. [BMJ](#). 2000 Mar 18;320(7237):785-8.

21.- Anesthesiologists and patient safety. Wall Street Journal (Eastern Edition). July 19,2005. P A15.

22.- Bajo JM. La asociación de la asfixia intraparto con la parálisis cerebral o la historia de un espejismo inducido. Prog Obstet Gynecol. 2005;48(2):53-60.

23.- [Lee AC](#), [Kozuki N](#), [Blencowe H](#), [Vos T](#), [Bahalim A](#), [Darmstadt GL](#), [Niermeyer S](#), [Ellis M](#), [Robertson NJ](#), [Cousens S](#), [Lawn](#)

JE. Intrapartum-related neonatal encephalopathy incidence and impairment at regional and global levels for 2010 with trends from 1990. Pediatr Res. 2013 Dec;74 Suppl 1:50-72

24.- Fatemi A, Wilson MA, Johnston MV. **Hypoxic Ischemic Encephalopathy in the Term Infant.** Neuromolecular Med. 2006;8(4):435-50.

25.- Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). Indicadores Demográficos Básicos Datos Provisionales. Año 2013. <http://www.ine.es/prensa/np851.pdf>.

26.- García-Ruiz N, Santiago-Sáez A , Albarrán-Juan ME, Labajo-González E, Perea-Pérez B. Estudio de las compensaciones económicas sobre sentencias contra obstetras y ginecólogos en España (1987-2013). Rev Esp Med Legal. 2016;42:136-41.

27.- Camacho-Salas A , Pallás-Alonso CR , de la Cruz-Bértolo J , Simón-de las Heras R , Mateos-Beato F. Parálisis cerebral: concepto y registros de base poblacional. REV NEUROL 2007; 45 (8): 503-508.

- 28.- [Jena AB](#), [Seabury S](#), [Lakdawalla D](#), [Chandra A](#), [Seabury S](#).  
Malpractice risk according to physician specialty. [N Engl J Med](#). 2011  
Aug 18;365(7):629-36.
- 29.- [Jonsson M](#), [Ågren J](#), [Nordén-Lindeberg S](#), [Ohlin A](#), [Hanson U](#).  
Neonatal encephalopathy and the association to asphyxia in labor.  
[Am J Obstet Gynecol](#). 2014 Dec;211(6):667.e1-8.
- 30.- [James JT](#). A new, evidence-based estimate of patient harms  
associated with hospital care. [J Patient Saf](#). 2013 Sep;9(3):122-8.
- 31.- [Makary MA](#), [Daniel M](#). Medical error-the third leading cause  
of death in the US. [BMJ](#). 2016 May 3;353:i2139.
- 32.- Heron M. Deaths: final data for 2013. National vital statistics  
report. February 16, 2016.  
<http://www.cdc.gov/nchs/fastats/leading-causes-of-death.htm>.
- 33.- Hoyert DL ,Gregory E. Cause of Fetal Death: Data From the  
Fetal Death Report, 2014. National vital statistics report. October  
31, 2016.  
[https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr65/nvsr65\\_07.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr65/nvsr65_07.pdf)

34.- [Kohn LT](#), [Corrigan JM](#), [Donaldson MS](#), editors. To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.

35.- Llovet JJ. Las reclamaciones judiciales por mala praxis médica . Rev Esp Salud Pública 1993;67:315-23.

36.- [Howard PK](#). Is the medical justice system broken?. [Obstet Gynecol](#). 2003 Sep;102(3):446-9.

37.- Ten Years of Maternity Claims An Analysis of NHS Litigation Authority Data. NHS Litigation Authority. London. NHS Litigation Authority Publisher 2012.

<http://www.nhsla.com/safety/Documents/Ten%20Years%20of%20Maternity%20Claims%20-%20An%20Analysis%20of%20the%20NHS%20LA%20Data%20-%20October%202012.pdf>

38.- [Clinton HR](#), [Obama B](#). Making patient safety the centrepiece of medical liability reform. [N Engl J Med](#). 2006 May 25 ; 3 54(21) : 2205-8.

39.- [Smith V](#), [Daly D](#), [Lundgren I](#), [Eri T](#), [Benstoem C](#), [Devane D](#) .  
Salutogenically focused outcomes in systematic reviews of  
intrapartum interventions: a systematic review of systematic  
reviews. [Midwifery](#). 2014 Apr;30(4):e151-6. Epub 2013 Nov 11.

40.- [Andersson CB](#), [Flems C](#), [Kesmodel US](#). The Danish National  
Quality Database for Births. [Clin Epidemiol](#). 2016 Oct 25;8:595-599.  
eCollection 2016.

41.- Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Bruguera M, Aubia J. Un  
modelo integral y de gestión directa del aseguramiento de la  
responsabilidad profesional médica en Cataluña. *Med Clin (Barc)*.  
2013;141(7):300-4.

42.- SEGURIDAD CLÍNICA RECLAMACIONES POR PRESUNTO  
DEFECTO DE PRAXIS. Josep Arimany-Manso y Esperanza L. Gómez-  
Durán. Madrid. 2014 Elsevier España.

<https://www.comb.cat/cat/professional/responsabilitat/pdf/2014LlibreSEGURIDADCLINICA.pdf>

43.- Birkeland S. [Legal systems' responses to medical malpractice](#).  
*Intern Med J*. 2016 Sep ;46(9):1117-8.

- 44.- [Saphier CJ](#), [Thomas EJ](#), [Studdert D](#), [Brennan TA](#), [Acker D](#).  
Applying no-fault compensation criteria to obstetric malpractice  
claims. [Prim Care Update Ob Gyns](#). 1998 Jul 1;5(4):208-209.
- 45.- [Douglas T](#). Medical injury compensation: beyond 'no-fault'. [Med  
Law Rev](#). 2009 Spring;17(1):30-51. Epub 2008 Dec 18.
- 46.- Patient Safety in Obstetrics and Gynecology. ACOG COMMITTEE  
OPINION No. 447. December 2009.
- 47.- Sánchez García MM. La responsabilidad médica y los derechos  
del paciente. En: Sociedad Española de Obstetricia y ginecología  
editor. Problemas Jurídicos en Obstetricia y Ginecología.  
Madrid;2013. P . 5-23.
- 48.- De Lorenzo O. La responsabilidad penal de los especialistas en  
Obstetricia y Ginecología. En: Sociedad Española de Obstetricia y  
ginecología editor. Aspectos jurídicos en Obstetricia y Ginecología.  
Madrid;2008. P.251-87.
- 49.- Gobierno de España. Ministerio de Justicia.  
<http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/administracion->

[justicia/organizacion-justicia/organizacion-juzgados/juzgados-tribunales](http://justicia/organizacion-justicia/organizacion-juzgados/juzgados-tribunales)

50.- Le risque des professions de santé en 2006 (página en internet).

Decisions de justice. Rapport du Conseil médical du Sou Médical--Groupe MACSF sur l'exercice 2006. Disponible en <http://www.cfef.org/archives/bricabrac/macsf2006.pdf>

51.- [Jonsson M](#), [Nordén SL](#), [Hanson U](#). Analysis of malpractice claims with a focus on oxytocin use in labour. [Acta Obstet Gynecol Scand](#). 2007;86(3):315-9.

52.- [Johnson SL](#), [Blair E](#), [Stanley FJ](#). Obstetric malpractice litigation and cerebral palsy in term infants. [J Forensic Leg Med](#). 2011 Apr;18(3):97-100

53.- [Jonsson M](#), [Ågren J](#), [Nordén-Lindeberg S](#), [Ohlin A](#), [Hanson U](#). Neonatal encephalopathy and the association to asphyxia in labor. [Am J Obstet Gynecol](#). 2014 Dec;211(6):667.e1-8.

54.- <http://derecho.publicacionmedica.com> (página en internet). Asociación Española de Derecho Sanitario. Disponible en: <http://derecho.publicacionmedica.com/noticia/solo-el-5-de-las->

[demandas-penales-contra-los-medicos-llegan-a-la-fase-de-enjuiciamiento](#)

55.- [Soergel P](#), [Schöffski O](#), [Hillemanns P](#), [Hille-Betz U](#), Kundu S. Increasing Liability Premiums in Obstetrics - Analysis, Effects and Options. [Geburtshilfe Frauenheilkd.](#) 2015 Apr;75(4):367-376.

56.- Medallo-Muñiz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. Med Clin (Barc). 2006;126(4):152-6.

57.- Mark Siegler. The Three Ages of Medicine and the Doctor Patient Relationship. Monographs of the Víctor Grífols i Lucas Foundation. Nº. 26 (2011). Disponible en : <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4689077/monograph26.pdf/f5841492-7051-4cec-aa21-eb32a3ebc30c>

58.- Pedro Lain Entralgo. Doctor and Patient. New York, Macgraw-Hill Publishers 1969.

59.- [White AA](#), [Pichert JW](#), [Bledsoe SH](#), [Irwin C](#), [Entman SS](#). Cause and effect analysis of closed claims in obstetrics and gynecology. [Obstet Gynecol.](#) 2005 May;105(5 Pt 1):1031-8.

60.- [Ward CJ](#), [Green VL](#). Risk Management and Medico-Legal Issues in Breast Cancer. [Clin Obstet Gynecol](#). 2016 Jun;59(2):439-46.

61.- Peckham C. Medscape Malpractice Report 2015: Why Most Doctors Get Sued. December 9, 2015. Disponible en: <http://www.medscape.com/features/slideshow/public/malpractice-report-2015#page=2>

62.- Vincent C, Bark P, Jones A, Olivieri L. The impact of litigation on obstetricians and gynaecologists. *J Obstet Gynaecol*. 1994; 14:381-7.

63.- Sanidad Privada. Aportando Valor. Análisis de situación 2015 (página en internet). Instituto para el desarrollo e integración de la sanidad, IDIS. Disponible en :

<https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/3-informe analisis situac idis2015 pagina web.pdf>

64.- [Schifrin BS](#), [Cohen WR](#). The effect of malpractice claims on the use of caesarean section. [Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol](#). 2013 Apr;27(2):269-83.

65.- [Boyle A](#), [Reddy UM](#). Epidemiology of cesarean delivery: the scope of the problem. [Semin Perinatol](#). 2012 Oct;36(5):308-14.

66.- [Johnson CT](#), [Choubey V](#), [Satin AJ](#), [Werner EF](#). Malpractice and obstetric practice: the correlation of malpractice premiums to rates of vaginal and cesarean delivery. [Am J Obstet Gynecol](#). 2016 Apr;214(4):545-6. Epub 2016 Jan 6.

67.- Baremo para la determinación de indemnizaciones por daños derivados de actividades en el ámbito sanitario (página en internet).

Madrid 28 de Junio de 2013. Disponible en:  
[https://www.csif.es/sites/default/files/field/legado/173671/ltimo\\_borrador\\_pdf\\_64321.pdf](https://www.csif.es/sites/default/files/field/legado/173671/ltimo_borrador_pdf_64321.pdf)

68.- Los médicos se quedan sin seguro frente a negligencias (página en internet).

Disponible en:  
<http://www.expansion.com/juridico/actualidad-tendencias/2017/02/15/58a499c546163f22448b4593.html>

69.- [Chandra A](#), [Nundy S](#), [Seabury SA](#). The growth of physician medical malpractice payments: evidence from the National

Practitioner Data Bank. [Health Aff \(Millwood\)](#). 2005 Jan-Jun;Suppl  
Web Exclusives:W5-240-W5-249.

70.- [Studdert DM](#), [Mello MM](#), [Gawande AA](#), [Gandhi TK](#), [Kachalia A](#), [Yoon C](#), [Puopolo AL](#), [Brennan TA](#). Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. [N Engl J Med](#). 2006 May 11;354(19):2024-33.

71.- [MacLennan A](#). A template for defining a causal relation between acute intrapartum events and cerebral palsy: international consensus statement · [BMJ](#). 1999 Oct 16;319(7216):1054-9.

72.- [MacLennan AH](#), [Thompson SC](#), [Gecz J](#). Cerebral palsy: causes, pathways, and the role of genetic variants [Am J Obstet Gynecol](#). 2015 Dec;213(6):779-88.

73.- [Hasegawa J](#), [Toyokawa S](#), [Ikenoue T](#), [Asano Y](#), [Satoh S](#), [Ikeda T](#), [Ichizuka K](#), [Tamiya N](#), [Nakai A](#), [Fujimori K](#), [Maeda T](#), [Masuzaki H](#), [Suzuki H](#), [Ueda S](#); [Prevention Recurrence Committee, Japan Obstetric Compensation System for Cerebral Palsy](#).

Relevant Obstetric Factors for Cerebral Palsy: From the

Nationwide Obstetric Compensation System in Japan. PLoS One  
2016 Jan 28;11(1):e0148122.

74.- Peters PG Jr. [Twenty years of evidence on the outcomes of malpractice claims.](#) Clin Orthop Relat Res. 2009 Feb;467(2):352-7.



ASOCIACIÓN NACIONAL  
DE  
MÉDICOS FORENSES

## REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA LEGAL

[www.elsevier.es/mlegal](http://www.elsevier.es/mlegal)



ORIGINAL

# Análisis de reclamaciones judiciales contra obstetras y ginecólogos en España. Estudio específico de la vía penal (1987-2013)



Nicolás García-Ruiz<sup>a</sup>, Andrés Santiago-Sáez<sup>b,c,\*</sup>, María Elena Albarrán-Juan<sup>b</sup>,  
Elena Labajo-González<sup>b</sup> y Bernardo Perea-Pérez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital El Escorial, Madrid, España

<sup>b</sup> Escuela de Medicina Legal y Forense, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Medicina Legal, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Recibido el 2 de marzo de 2016; aceptado el 28 de julio de 2016

Disponible en Internet el 22 de septiembre de 2016

### PALABRAS CLAVE

Reclamaciones;  
Vía penal;  
Leyes penales;  
Judicialización en  
obstetricia

### Resumen

**Objetivo:** En España las reclamaciones judiciales contra ginecólogos resueltas por vía penal son escasas, menos del 3%. Esta vía conlleva sanción económica y penas de cárcel y de inhabilitación. El objetivo es estudiar las sentencias resueltas por vía penal, por ser de consecuencias más graves y obtener un perfil del condenado.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de las sentencias judiciales penales contra ginecólogos desde 1987 hasta 2013. Hemos utilizado tablas de distribución de Fisher, de normalidad y el t-Test para comparación de diferencias entre grupos y la prueba no paramétrica de Mann-Whitney para comparación de muestras independientes. Para la caracterización de dos grandes grupos, el de «condenado» y «no condenado», realizamos estudio multivariante mediante análisis de correspondencias múltiples seguidas de análisis de conglomerados para agrupar.

**Resultados:** De 85 casos el 54,6% de las reclamaciones judiciales procedían de actos médicos del sector público, aunque el mayor número de condenas, el 59,3%, lo fue por demandas sobre hechos ocurridos en el ámbito de la sanidad privada. La probabilidad de condena en sucesos relacionados con el parto fue del 36,6% (20 de 55) frente al 16,6% (5 de 30) de episodios de otro origen. En el 69,2% de los casos de procedimientos penales por daño neurológico (encefalopatía neonatal) la sentencia fue condenatoria y con las indemnizaciones más elevadas. El tiempo medio transcurrido entre el incidente y la condena fue de 5,7 años. Con una condena previa, la posibilidad de confirmación en instancias superiores fue del 71,9%. Una absolución se confirmó en el 96,2% de las ocasiones.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Andressebastian.santiago@salud.madrid.org](mailto:Andressebastian.santiago@salud.madrid.org) (A. Santiago-Sáez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2016.07.004>

0377-4732/© 2016 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



ASOCIACIÓN NACIONAL  
DE  
MÉDICOS FORENSES

## REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA LEGAL

[www.elsevier.es/mlegal](http://www.elsevier.es/mlegal)



### ORIGINAL

# Estudio de las compensaciones económicas sobre sentencias contra obstetras y ginecólogos en España (1987-2013)

Nicolás García-Ruiz<sup>a</sup>, Andrés Santiago-Sáez<sup>b,c,\*</sup>, María Elena Albarrán-Juan<sup>b</sup>,  
Elena Labajo-González<sup>b</sup> y Bernardo Perea-Pérez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital El Escorial, Madrid, España

<sup>b</sup> Escuela de Medicina Legal y Forense, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Medicina Legal, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Recibido el 3 de noviembre de 2016; aceptado el 29 de noviembre de 2016

#### PALABRAS CLAVE

Indemnizaciones;  
Condenas a  
ginecólogos;  
Demandas;  
Judicialización  
en obstetricia;  
Responsabilidad  
médica;  
Negligencias médicas

#### Resumen

**Introducción:** En indemnizaciones por mala praxis, la obstetricia y la ginecología ocupa un lugar destacado. Analizamos las sentencias de un largo periodo (1987-2013) centrándonos en la cuantía de las indemnizaciones y su evolución. En España existen pocos análisis económicos de esta especialidad y específicamente que muestren aquellos eventos adversos que soportan las indemnizaciones más elevadas.

**Material y métodos:** Se trata de un análisis retrospectivo de las sentencias judiciales en las vías civil y contencioso-administrativa, contra obstetras y ginecólogos tomadas de bases de datos jurídicas en el periodo de estudio. Las variables consideradas han sido las indemnizaciones en los casos de condena, el evento adverso juzgado y el año de la sentencia. El software estadístico SPSS 19.0 permitió obtener tablas de distribución de Fisher, de normalidad y el t test para comparación de diferencias entre grupos.Q3

**Resultados:** De 431 casos, 244 terminaron en condena (56,6%). La obstetricia soportó las indemnizaciones más elevadas (p, 0,01) y una probabilidad de ser condenado del 57.5%. Los eventos relacionados con daño o muerte fetal presentaron las indemnizaciones más elevadas y fueron la causa más común entre las indemnizaciones, superiores a 300.000 €. Globalmente, en el 78,7% (193) de los casos con condena, la cantidad fue inferior a 300.000 €. Los máximos, así como la media y la mediana de las indemnizaciones, fueron aumentando a lo largo del periodo de estudio.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ansantia@ucm.es](mailto:ansantia@ucm.es) (A. Santiago-Sáez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2016.11.003>

0377-4732/© 2016 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: García-Ruiz N, et al. Estudio de las compensaciones económicas sobre sentencias contra obstetras y ginecólogos en España (1987-2013). Rev Esp Med Legal. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2016.11.003>



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
S. E. G. O.**

**La Dra. Dña. María Jesús Cancelo Hidalgo, Secretaria de la  
Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia**

## **C E R T I F I C A**

que el artículo *Evaluación de las Sentencias en Vía Civil Contra Obstetras y Ginecólogos en España (1987-2013)* del **Dr. Nicolás García Ruiz** ha sido aceptado para su publicación en el número 1 del volumen 60 de la Revista *Progresos en Obstetricia y Ginecología* de la SEGO correspondiente a Enero-Febrero del 2017.

En Madrid, 17 de Marzo de 2017.

  
La secretaria

Aviso legal protección de datos

**PUBLICIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS:**

En cumplimiento de la LOPD 15/1999 y LSSI 34/2002, Vd. es destinatario de esta comunicación porque su dirección de correo electrónico se encuentra en nuestro fichero SOCIOS, debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, y cuya finalidad es la Gestión de actividades asociativas, culturales, recreativas, deportivas y sociales. Asimismo todos los datos que usted nos facilite en el futuro serán incorporados al mencionado fichero.

Vd. autoriza expresamente a la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia a tratar sus datos personales para remitirle por medio electrónico comunicaciones sobre actividades y boletín de noticias.

De conformidad con la LSSI y con la Ley 29/2009, Vd. podrá revocar dicha autorización enviando un email a [registro@sego.es](mailto:registro@sego.es) detallando en el asunto "No deseo información". Igualmente Vd. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, respecto de los datos personales obrantes en el referido fichero, en las siguientes direcciones:

S.E.G.O. Paseo de la Hispania s/n 190, 28036 Madrid, o al correo electrónico: [registro@sego.es](mailto:registro@sego.es)

Este mensaje, y en su caso, cualquier fichero anexo al mismo, puede contener información confidencial, siendo para uso exclusivo del destinatario, quedando prohibida su divulgación, copia o distribución a terceros sin la autorización expresa del remitente. Si Vd. ha recibido este mensaje erróneamente, se ruega le notifique al remitente y proceda a su borrado.

EVALUACIÓN DE LAS SENTENCIAS EN VIA CIVIL CONTRA OBSTETRAS Y GINECÓLOGOS EN ESPAÑA (1987-2013).

EVALUATION OF JUDGMENTS IN THE CIVIL RIGHT AGAINST OBSTETRICS AND GYNECOLOGISTS IN SPAIN (1987-2013).

Nicolás García-Ruiz<sup>a</sup>, Andrés Santiago-Sáez<sup>b,\*</sup>, María Elena Albarrán-Juan<sup>b</sup>, Elena Labajo-González<sup>b</sup>, Angel F García-Martín<sup>b,d</sup> y Bernardo Perea-Pérez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital El Escorial, Madrid, España

<sup>b</sup>Escuela de Medicina Legal y Forense, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

<sup>c</sup>Servicio de Medicina Legal, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>d</sup>Instituto de Salud Pública, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid

Correspondencia:

Andrés Santiago-Sáez

[ansantia@ucm.es](mailto:ansantia@ucm.es)

Facultad de Medicina. Pabellón 7

Universidad Complutense de Madrid

Pza. Ramón y Cajal, s/n 28040 Madrid

## RESUMEN

**Objetivo:** La Ginecología ocupa un papel destacado por el número de demandas judiciales. Los daños en los que el afectado es el feto o el recién nacido, suponen las situaciones más conflictivas en el ámbito de la responsabilidad de la especialidad. El objetivo de nuestro estudio es buscar si existe un perfil del condenado, mediante el estudio de sentencias en altas instancias judiciales.

**Material y Métodos:** Se analizaron las sentencias desde 1987 hasta 2013. Se utilizaron tablas de distribución de Fisher, de normalidad y el t-Test para comparación de diferencias entre grupos y la prueba no paramétrica de Mann-Whitney para comparación de muestras independientes. Se realizó un estudio multivariante seguido de análisis de conglomerados para estimar las variables más influyentes.

**Resultados:** Globalmente el 54,3% de los casos terminaron en condena, entre ellos 107 (57%) de 182 eventos relacionados con daño o muerte fetal. El resultado condenatorio de la sentencia previa, el daño cerebral permanente y que el evento ocurriera en la sanidad pública, fueron las variables que más peso tuvieron en el resultado de la sentencia condenatoria. El tiempo medio desde el suceso demandado hasta la sentencia definitiva fue de 7,8 años.

**Conclusiones:** Los daños relacionados con el feto, aportan las situaciones de mayor riesgo legal en la especialidad de Obstetricia y Ginecología. Los tiempos medios de resolución de los procedimientos en sede judicial son elevados.

**Palabras clave:** error médico, análisis de demandas, judicialización en obstetricia, responsabilidad médica.

## SUMMARY

**Objective:** Gynecology plays a prominent role in the number of lawsuits. The damages, in which the affected is the fetus or the newborn, are the most conflictive situations in the

field of responsibility of the specialty. The objective of our study is to find out if there is a profile of the convicted, through the study of sentences in high judicial court.

**Material and Methods:** we analyzed the sentences from 1987 to 2013. We used Fisher distribution tables, normality and t-Test for comparison of differences between groups and the non-parametric Mann-Whitney test for comparison of independent samples. We performed a multivariate study followed by cluster analysis to estimate the most influential variables.

**Results:** Overall, 54.3% of the cases ended in a conviction judgment, including 107 (57%) of 182 events related to fetal damage or fetal death. A previous conviction ruling, permanent brain damage and an event originated in the public health system, were the variables that had the greatest weight in the result of the conviction. The average time from the first complaint to the final sentence was 7.8 years.

**Conclusions:** Damages related to the fetus, will be the main concern and represent the highest legal risk in Obstetrics and Gynecology. It takes a high average time to get a final sentence.

**Key words:** medical error, claims analysis, obstetrics litigation, medical liability

## INTRODUCCIÓN

El número de las demandas judiciales contra médicos, el número de condenas y la severidad de estas, se pueden contemplar simplemente como parte de la litigiosidad contra el colectivo médico, pero lo cierto es que son un reflejo de la atención integral y seguridad del paciente, y su estudio puede suponer un punto de partida para la implementación de estrategias de mejora<sup>(1)</sup>. Las reclamaciones por un lado y las demandas por otro, así como su evolución en el tiempo, son un indicador de calidad asistencial, tanto de un sistema en su conjunto, como un centro sanitario concreto dentro de él.

Se acepta que cuanto más grave es el daño, más severa será la condena<sup>(2)</sup>, con lo que parece de gran interés conocer cuáles son esos daños y la posibilidad de resultar condenado según el evento que origina la demanda, porque aceptaremos que van a ser esos, los casos que reciben condenas más severas, los que tendrán más impacto sobre los cambios en la conducta de los profesionales, que se mueven hacia esa “medicina defensiva”, que aparte de suponer un aumento importante de los costes<sup>(3)</sup>, es origen de pruebas innecesarias, que son el origen de molestias para los pacientes por un índice no despreciable de falsos positivos, y que acarrearán en ocasiones tratamientos no indicados. En nuestro país no existen registros centralizados, lo que no es un problema solamente nuestro<sup>(1)</sup>, con lo que al final los datos que se publican proceden de asociaciones de afectados<sup>(4)</sup> o de aseguradoras, estos más fidedignos<sup>(5,6)</sup>, pero con interpretaciones interesadas en ocasiones, por no hablar de aquellos casos que recogen los medios por su mayor impacto y que reflejan pobremente la calidad de nuestro sistema sanitario.

En España, que conozcamos, solo dos grupos<sup>(7,8)</sup> han publicado datos, sobre siniestralidad en el sistema sanitario con una intención científica. El grupo catalán<sup>(7)</sup> utiliza como fuente la base de datos de la compañía catalana aseguradora más importante, que asegura a más de 25.000 médicos de 38.000 licenciados e incluye resoluciones y acuerdos extrajudiciales. Nuestro grupo,<sup>(8)</sup> utiliza sentencias judiciales de instancias superiores, recogidas de sus propias bases de datos, con la intención de filtrar reclamaciones o demandas que no alcanzan la fase de sentencia firme, y que consideramos que refleja mejor la situación de este problema.

Ocurre además, que muchas de estas reclamaciones son presentadas en más de una instancia y se tramitan en paralelo. Luego también sucede que cada una de las instituciones custodia estos datos, haciendo que la fragmentación, y en ocasiones la duplicidad de esos, haga casi imposible conformar una muestra homogénea<sup>(8)</sup>.

En nuestro medio, la Obstetricia y Ginecología es una de las especialidades médicas con más demandas judiciales, la primera según una publicación reciente también con fuente en sentencias judiciales<sup>(8)</sup> o la segunda ya que recibe el 15,53% de todas ellas, solo por debajo de la Traumatología y Cirugía Ortopédica (15,69%), según datos de nuestro grupo<sup>(9)</sup>.

Insistimos en que parece fundamental conocer las características específicas de lo que se demanda. En nuestra especialidad este dato es muy importante por que como está publicado<sup>(1,10)</sup> las edades extremas de la vida, pacientes de menos de un año concretamente, están envueltas frecuentemente en las reclamaciones por malap Praxis y son las que reciben las compensaciones más altas. Este último dato es de especial relevancia en nuestra especialidad, porque a pesar de que muchos investigadores insisten en que la parálisis cerebral infantil rara vez está relacionada con malap Praxis obstétrica, es una de las situaciones por las que el obstetra puede enfrentarse a procedimientos judiciales y en caso de condena las indemnizaciones serán de las más elevadas<sup>(11)</sup>, unido al hecho de que publicaciones recientes<sup>(12)</sup> atribuyen las encefalopatías neonatales severas o moderadas hasta en un 60% de los casos, a asfixia que se desarrolla durante el parto.

Nuestro trabajo pretende poner cifras a las reclamaciones judiciales en la especialidad de obstetricia y ginecología, sus características y sus consecuencias en nuestro entorno.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Como fuente de información se utilizó la base de datos de sentencias judiciales de Westlaw Aranzadi, accediendo desde la Escuela de Medicina Legal de la Universidad Complutense de Madrid. Recogimos todas las sentencias por mala Praxis médica emitidas contra ginecólogos, por actos médicos ocurridos después de 1987 y con la sentencia publicada antes de Mayo de 2013, y que han alcanzado al menos la segunda instancia o superior, es decir Audiencia Provincial, Tribunal Superior de Justicia, o Tribunal Supremo, y hemos extraído aquellas de la vía civil y contencioso-administrativa, que se diferencian en que una

trató asuntos del ámbito privado y la otra del público, pero que se pueden agrupar pues tienen el mismo valor para la intención de nuestro trabajo. Las variables objeto de nuestro estudio fueron, el efecto adverso motivo de la demanda, si terminó en condena o no, la relación con la sentencia de origen y su procedencia, en la medicina pública o privada, y el tiempo transcurrido desde la presentación de la demanda hasta su resolución.

Se agruparon los eventos demandados en dos grandes grupos, obstetricia y ginecología y en cada uno se hizo una clasificación propia de los efectos adversos, pero que incluye y se adapta a como se reflejan en publicaciones que tratan esta misma cuestión, como son la muerte fetal, la muerte materna, el daño cerebral permanente, la distocia de hombros y el retraso en el diagnóstico del cáncer de mama, entre otros.

Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico SPSS 19.0, las tablas de Fisher, de normalidad y el t-Test para la comparación de las diferencias entre grupos, y la prueba no paramétrica de Mann-Whitney para comparación de muestras independientes.

El análisis multivariante se realizó mediante el programa estadístico SPAD 7.0. y el análisis de correspondencias múltiples seguidas de un análisis de conglomerados para obtención de sentencias similares en cuanto a condena y ámbito, y la caracterización de estos grupos homogéneos por éstas y las demás variables, para la delimitación de dos grandes grupos, el de “condena” y “no condena”.

## **RESULTADOS**

Se recuperaron 431 sentencias, que incluyen dos ámbitos judiciales el civil y el contencioso administrativo, que como se comentó se han agrupado. La casuística que reciben estas vías sigue estando dominada por sucesos ocurridos en el ámbito de la obstetricia, que aporta el 56,6% de las demandas frente a la ginecología el 43,4 %, y la probabilidad de ser condenado es del 57,5% y del 51,7% respectivamente, diferencia con significación estadística ( $p < 0.02$ ). La tasa global de condenas fue del 56.8%.

En la tabla I se muestran el total de eventos según el origen del daño que motivo la demanda. Se puede apreciar que dentro de la obstetricia el daño cerebral permanente (77), los errores en el diagnóstico prenatal (61), la distocia de hombros (22) y la muerte fetal (22), suponen el 42,2% de todas las demandas. En el ámbito de la ginecología los errores en el tratamiento en la planificación familiar encabezan las reclamaciones (44 casos) con un 10,2% sobre el total, seguido por los errores y retrasos en el diagnóstico del cáncer de mama, 9,51 % (41 casos). Por el contrario son raras, y solo representan el 1,39%, las demandas en el campo de la reproducción asistida.

En la fig. 1 se puede ver la probabilidad de resultar condenado según el evento origen de la demanda. En caso de muerte fetal la sentencia fue condenatoria en el 72,7% de las ocasiones. También el resultado fue de condena en el 65 % de las complicaciones de legrado, en el 64,2% de las complicaciones de laparoscopia, en el 63,3 % de los casos de daño cerebral permanente, en el 56, 8% de los errores en planificación familiar y en el 54,5% de las demandas por distocia de hombros. En las demandas por errores en el diagnóstico prenatal, por muerte materna y por retrasos en el diagnóstico de cáncer de mama, el porcentaje de condenas fue inferior al 50%. En el campo de la reproducción el porcentaje de condenas fue solo del 16,7%. Un grupo heterogéneo es el apartado de otros, que hemos subdividido artificialmente en aquellos relacionados con el parto, y que incluye complicaciones en el canal del parto, de la herida quirúrgica postcesarea, o algún error de medicación, y en aquellos relacionados con la cirugía ginecológica, dehiscencias y eventraciones, olvido de cuerpos extraños u otras complicaciones infecciosas, por ejemplo.. El tiempo medio desde que ocurrió el hecho demandado hasta que se emitió la sentencia fue de 7,8 años con un rango muy amplio y un máximo de hasta 20 años, en algunos pocos casos.

La sanidad pública aportó 234 casos, el 54,06%, y 197, el 45,93% la sanidad privada. Respectivamente el porcentaje de condenas fue del 54,3% y del 45,7%.

Las demandas contra la matrona suponen solo un el 8,6%, y exclusivamente contra ella, sin incluir al médico, el 1,4%. Sin embargo la posibilidad de resultar condenada fue mayor en este último caso, del 66,7%, que cuando la demanda se dirigió conjuntamente contra el médico y la matrona con un 55% de condenas. Globalmente este colectivo solo representa el 2,5% de las condenas.

En el 76% de los casos se confirmó la sentencia de la instancia de procedencia, pero fue más probable que se confirmara una sentencia previa condenatoria (87% se confirmaron y 13% se cambió condena por absolución) que absolutoria (68,9% se confirmaron y 31,1% se cambio absolución por condena).

En la tabla II se muestra que las variables que más influyeron en el resultado de “condena” fueron, que el evento tuviera relación con daño al feto, muerte fetal o déficit neurológico permanente, más concretamente, que el hecho ocurriera en la sanidad pública y que la sentencia de procedencia hubiera sido ya condenatoria.

## **DISCUSIÓN**

Parece relevante destacar de este trabajo la tasa de condenas, que fue del 56,8%, por que hace referencia a la vía civil, y nos permite compararlo con nuestros propios datos de la vía penal, en la que solo el 29,4% de las sentencias fue condenatoria<sup>(13)</sup>. Diferencia relevante porque la condena tiene implicaciones muy diferentes según que se trate de la vía penal o civil, pues en esta última solo se pretende compensar el daño sufrido, mientras que la penal comprende penas de cárcel e inhabilitación, es decir que consideramos que debe de interesar de diferente forma.

Los que podríamos considerar los eventos más graves ocupan lugares prominentes pero al igual que el total de casos y las frecuencias, deben valorarse siempre teniendo en cuenta que se trata de sentencias firmes y en las más altas instancias judiciales, lo que puede suponer un sesgo que favorece a aquellos, en detrimento de casos más leves que progresen menos en la escala judicial.

La obstetricia en general y los daños sobre el feto (directa o indirectamente, por errores en diagnóstico prenatal) registrarán la cifra más alta de condenas, así como las compensaciones más elevadas<sup>(1,13,14)</sup>. Es evidente que en cualquiera de nuestros actos podemos infringir un daño a otros, pero además el parto nunca será un acto con riesgos completamente controlados<sup>(15)</sup>, a pesar de que los avances y mejoras han conseguido una drástica disminución en los riesgos, haciendo de estos algo excepcional. Pero aunque esto último es cierto, algunos autores piensan por el contrario, que los avances terapéuticos y tecnológicos se han acompañado de un aumento de las reclamaciones contra obstetras y ginecólogos<sup>(16)</sup>. No resulta fácil contradecir este último comentario, porque junto a esos avances, ha progresado un mayor conocimiento, y mayor concienciación y capacidad de decisión del enfermo sobre sus problemas de salud, haciendo de las decisiones de diagnóstico y tratamiento propuestas compartidas, por lo que si bien es fácil valorar la influencia de los avances médicos en general en beneficio de la seguridad del paciente, es más difícil valorar aún en todo su alcance el aporte de las nuevas tecnologías a la relación médico-paciente, que en ocasiones es un factor precipitante o condicionante de las reclamaciones cuando el resultado de la asistencia no es el esperado<sup>(17)</sup>. En este momento hay quien dice que podríamos hablar de una cuarta era en esta relación que sería la de la toma compartida de decisiones<sup>(18)</sup> que aunque diferente se puede interpretar como una evolución de aquella descrita en 1969 por el Prof. Lain Entralgo<sup>(19)</sup>, interpersonal y de convivencia entre dos personas, al participar el paciente en todo el proceso.

Lo que no cambiará, es que solo mediante la identificación de las causas y su registro para un análisis posterior, podremos realizar un adecuado estudio de los efectos adversos para la mejora de la seguridad de los pacientes y por consecuencia reducir las demandas por malpraxis<sup>(20)</sup>.

Son complejos los factores detrás de un evento adverso y su resolución judicial, pero no dejaremos de insistir en la necesidad de que cada país conozca su realidad, y de que se cree

un registro nacional para que la fuente de los datos sea una fuente fidedigna. Podría ser la que tuviera su base en las sentencias judiciales definitivas. Esto parece más relevante cuando en esta especialidad las causas más frecuentes origen de las demandas no han variado a lo largo del tiempo, centrándose en el caso de la obstetricia en los errores en el diagnóstico prenatal, el daño cerebral permanente del recién nacido, la muerte fetal, la distocia de hombros con parálisis braquial, y el parto vaginal después de una cesárea<sup>(21)</sup> y para la ginecología los retrasos diagnósticos en el cáncer de mama<sup>(22)</sup>, que en nuestro caso ocupa un segundo lugar tras los errores por planificación familiar.

Es conocido por datos procedentes del mundo anglosajón que más del 75% de los profesionales serán demandados por lo menos una vez a lo largo de su vida profesional<sup>(23,24)</sup>, algo posiblemente extrapolable a nuestro entorno, pero pensamos que en el ámbito de la responsabilidad por actos médicos, sería de mayor interés para el profesional conocer la probabilidad de ser condenado según el evento origen de la demanda, teniendo en cuenta que en las resoluciones judiciales concurren múltiples factores no siempre controlables.

En la obstetricia esto es más importante, porque, por ejemplo, los daños sobre el feto, sobre todo el daño cerebral permanente por hipoxia en el parto, persiste cuestionado, pero sigue siendo un objeto fundamental de las demandas, y contribuye de forma importante al número de condenas.

Pero en nuestro interés por analizar en ese perfil del condenado, hemos incluido también variables que generalmente no se tienen en consideración, como el ámbito de trabajo, “público” o “privado”, o la correlación o no entre la sentencia definitiva y la sentencia previa, pues solo analizamos sentencias en altas instancias judiciales.

Para los ajenos a los asuntos judiciales, la vía civil y la contenciosa pueden generar confusión. Hoy en día las podemos agrupar. En su momento y con modificaciones posteriores una juzgaba los asuntos privados y la otra los del entorno público.

En este estudio la condena han sido más probable para casos procedentes del sector público, al contrario que lo observado también por nosotros en el estudio de la vía penal, en el cual la probabilidad de resultar condenado era mayor para eventos procedentes del sector privado<sup>(13)</sup>.

En ninguno de los dos trabajos, pero menos en este último, la proporción de condenas guarda paralelismo con la representación que los dos modelos de sanidad tienen en nuestro país. Se refiere en concreto que, “en 2012, el 28,4% de los actos quirúrgicos y el 22,8% de las altas hospitalarias se realizaron en la sanidad privada” <sup>(25)</sup>.

Podríamos concluir que en nuestro trabajo, la más alta probabilidad de condena definitiva lo fue para los daños sobre el feto, ocurridos en la sanidad pública, y que previamente recibieron una sentencia condenatoria.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Bixenstine PJ, Shore AD, Mehtsun WT, Ibrahim AM, Freischlag JA, Makary MA. Catastrophic medical malpractice payouts in the United States. *J Healthc Qual.* 2014; 36:43-53.
- 2.- Peters, P. G., Jr . Twenty years of evidence on the outcomes of malpractice claims. *ClinOrthopRelat Res.* 2009;467:352-7.
- 3.-Studdert DM, Mello MM, Sage WM, Des Roches CM, Peugh J, ZapertK, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment.*JAMA.* 2005; 293:2609-17.
- 4.-Asociación “El Defensor del Paciente”. Memoria 2015 (página en internet). Madrid. [consultada enero 2015]. Disponible en: <http://www.negligenciasmedicas.com/wp-content/uploads/2015/01/MEMORIA-2015>.
- 5.- Las reclamaciones a médicos se duplican (página en internet). Madrid: Uniteco Profesional Correduría de Seguros. [consultada noviembre 2014] Disponible en:

[http://www.unitecoprofesional.es/blog/wp-content/uploads/2012/05/230512\\_Las-reclamaciones-a-m%C3%A9dicos-se-duplican-VOK.pdf](http://www.unitecoprofesional.es/blog/wp-content/uploads/2012/05/230512_Las-reclamaciones-a-m%C3%A9dicos-se-duplican-VOK.pdf)

- 6.- Le risque des professions de santé en 2006 (página en internet). Decisions de justice. Rapport sur les décisions de justice rendues en 2006 (médecins sociétaires du Sou Médical - Groupe MACSF). Responsabilité, Revue de formation sur le risque médical. [consultada noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.cfef.org/archives/bricabrac/macsf2006.pdf>
- 7.- Esperanza L Gómez-Duran, Joan Antoni Laila-Vicens, Josep Benet-Travé, Josep Arimany- Manso. Analysis of obstetrics and gynecology profesional liability claims in Catalonia, Spain (1986-2010). J Forensic Leg Med 2009; 16:301-6.
- 8.- Castellano Arroyo M, Ferrara SD. La responsabilidad profesional médica en Europa. Rev Esp Med Legal. 2014; 40:161-166
- 9.- Pérez Pérez B, Santiago Saez A, Labajo González ME, Albarrán Juan MI, 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 odontoestomatología. Trauma FundMafre. 2009; 20:264-268.
- 10.- Pujol-Robinat A, Martín-Fumadó C, Giménez-Pérez D, Medallo-Muniz J. Criterios medicolegales en la valoración de la responsabilidad profesional médica. Rev Esp Med Legal. 2013; 39:135-141.
- 11.- Johnson SL, Blair E, Stanley FJ. Obstetric malpractice litigation and cerebral palsy in term infants. J Forensic Leg Med. 2011; 18:97-100.
- 12.- Jonsson M, Agren J, Nordén-Lindeberg S, et al. Neonatal encephalopathy and the association to asphyxia in labor. Am J Obstet Gynecol 2014; 211:667.e1-8.
- 13.- Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Barbería-Marcain E, Benet-Travé J, Martín-Fumadó C. Catastrophic Medical Malpractice Payouts in Spain. J Healthc Qual. 2015 Jul 24. [Epub ahead of print]

- 14.- García-Ruiz N, Santiago-Sáez A c, Albarrán-Juan M.E, Labajo-González E, Perea-Pérez B. Análisis de reclamaciones judiciales contra obstetras y ginecólogos en España. Estudio específico de la vía penal (1987-2013).RevEspMed Legal. 2016; 42:136-41.
- 15.-Soergel P, Schöffski O, Hillemanns P, Hille-Betz U, Kundu Increasing Liability Premiums in Obstetrics – Analysis, Effects and Options Geburtshilfe Frauenheilkd. 2015 75: 367-376.
- 16.-Williams DG. Practice patterns to decrease the risk of a malpractice suit. ClinObstet Gynecol. 2008;51:680-7.
- 17.- Medallo-Muñiza J, Pujol-Robinata J, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. Med Clin 2006; 126:152-6
- 18.- The Three Ages of Medicine and the Doctor Patient Relationship Mark Siegler. (página en internet). Monographs of the Víctor Grífolsi Lucas Foundation 26.Nº. 26 (2011). Barcelona. [consultada septiembre de 2016]. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4689077/monograph26.pdf/f5841492-7051-4cec-aa21-eb32a3ebc30c>
- 19.-Pedro Laín Entralgo. Doctor and Patient New York, Mcgraw-Hill Publishers1969.
- 20.- White AA, Pichert JW, Bledsoe SH, Irwin C, Entman SS. Cause and effect analysis of closed claims in obstetrics and gynecology. Obstet Gynecol. 2005; 105:1031-8.
- 21.-Adinma J. Litigations and the Obstetrician in Clinical Practice Ann Med Health Sci Res. 2016; 6: 74–79.
- 22.-Ward CJ, Green VL. Risk Management and Medico-Legal Issues in Breast Cancer ClinObstet Gynecol. 2016;59:439-46.
23. Vincent C, Bark P, Jones A, Olivieri L. The impact of litigation on obstetricians and gynaecologists. J ObstetGynaecol. 1994;14:381-7.

24. Peckham C. Medscape Malpractice Report 2015: Why Ob/Gyns Get Sued. (página en internet). Medscape [consultada junio 2016]. Disponible en:

<http://www.medscape.com/features/slideshow/malpractice-report-2015/obgyn#page=2>

25.- Sanidad Privada, aportando valor. Análisis de situación 2015 (página en internet).

Instituto para el desarrollo e integración de la sanidad. [consultado septiembre 2015].

Disponible en: [https://www.fundacionidis.com/wp-](https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/informe_analisis_situac_idis2015_web.pdf)

[content/informes/informe\\_analisis\\_situac\\_idis2015\\_web.pdf](https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/informe_analisis_situac_idis2015_web.pdf)

Tabla I. Total de eventos según la causa de la demanda

Daño cerebral permanente	77	17,86%
Diagnostico prenatal	61	14,15%
Planificación familiar	44	10,20%
Cáncer de mama	41	8,35%
Otros	36	8,35%
Histerectomía	33	7,65%
Parto otros	31	7,19%
Distocia de hombros	22	5,10%
Muerte fetal	22	5,10%
Legrado	20	4,64%
Cirugía otros	18	4,17%
Laparoscopia	14	3,24%
Reproducción	6	1,39%
Muerte materna	6	1,39%

Figura 1. Porcentaje de condenas según el evento que motivo la demanda

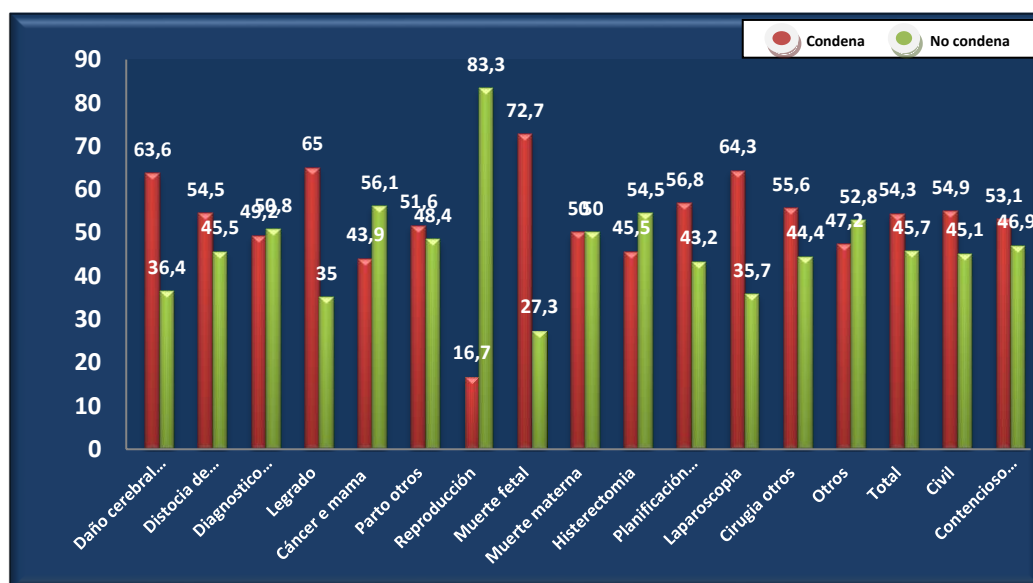


Tabla II. Variables con más peso en casos de condena

Variable	<i>t</i> -test	<i>P</i>
Sentencia anterior condenatoria	10,735	0,001
Síntoma muerte fetal	1,995	0,002
Sanidad pública	3,016	0,001
Síntoma daño cerebral permanente	1,768	0,039

Fig. 1 Probabilidad de resultar condenado según el evento origen de la demanda