

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS NEGLIGENCIAS MEDICAS A TRAVES DEL INFORME MEDICO FORENSE EN GUIPÚZCOA ENTRE 2009 Y 2013.

RETROSPECTIVE STUDY OF MEDICAL MALPRAXIS FROM FORENSIC REPORT IN GUIPUZCOA BETWEEN 2009 AND 2013.

VERANO ZAPATEL V¹

RESUMEN.

Las demandas por negligencia, imprudencia, impericia contra médicos y personal sanitario son cada vez más frecuentes. En el presente trabajo nos proponemos examinar retrospectivamente la realidad de esta situación en la provincia de Gipuzkoa en los últimos 5 años, exclusivamente desde el punto de vista de la valoración médico forense que han merecido las demandas presentadas, obviando la valoración jurídica o el resultado del eventual enjuiciamiento. Pretendemos aportar datos que, además de su resultado estadístico, arrojen luz a los profesionales sanitarios acerca la seguridad de los informes médico forenses, de los errores más frecuentes, así como de la especialidades más demandadas, con pretensión de utilidad en la prevención tanto de la repetición de aquellos errores como de las mismas demandas. La conclusión principal es que el nivel de demandas es bajo y que la calidad asistencial es alta.

PALABRAS CLAVES: Mal praxis, responsabilidad médica, valoración médico forense.

ABSTRACT.

Negligence, recklessness and malpractice lawsuits against doctors and healthcare staff are becoming more frequent. The aim of this work is to examine retrospectively the real situation in the province of Gipuzkoa in the last five years, by examining, from a forensic point of view, the presented lawsuits, without having account of juridical valuation or results. We pretend to provide data that, in addition to its statistical result, shed light to healthcare professionals about the safety of forensic medical reports, the more frequent errors and the medical specialties which sustain lawsuits more frequently, in order to be useful both to avoid medical errors and itself lawsuits. The main conclusion is that lawsuit level is low and the medical assistance has a high quality.

KEYWORDS: Medical malpraxis, medical responsibility, forensic assessment.

CONTACTO: Victor Verano Zapatel. Subdirección de Guipúzcoa del IVML. Pza. Teresa de Calcuta nº 1, 20012, San Sebastián-Guipúzcoa. E-mail: verano.v@aju.ej-gv.es

1. INTRODUCCION.

Pese a la afirmación, cierta en términos absolutos, de que las demandas contra los médicos están en constante aumento, no es menos cierto que la realidad final es menos alarmante, aun siendo conscientes del dolor que, para ambas partes, generan tales conflictos. La mayoría de estudios al respecto procede del mundo anglosajón, de donde procede también el término “malpractice” que se traduce por malpraxis en nuestro país y que se denomina en castellano, más correctamente, Responsabilidad Profesional Médica [1]. Estudios norteamericanos de finales de los años 90 y principios los años 2000, refieren cifras de entre el 3, 5 y el 4. 7 % de pacientes hospitalizados

que sufren algún percance durante la hospitalización, percances de los que son fruto de malpraxis entre un 17 y un 28%, según los autores [2]. Más recientemente, se manejan cifras como que 100 de cada 10.000 personas que acuden a un hospital quedará con alguna secuela fruto de algún error médico, según algunas estadísticas, pero solo el 2% de ellas presentará una demanda por ello [3]. Parece, por tanto, que en la presentación o no de una demanda influyen otras cuestiones entre las que se destaca el trato recibido por parte del médico en cuestión, y más en concreto el tiempo que éste dedica a la visita del paciente (los médicos que menos demandas recibieron en una comunidad de los EEUU pasaban 3 minutos más de media con sus pacientes, según refiere

¹ Médico forense. Subdirección de Guipuzcoa del Instituto Vasco de Medicina Legal.

Wendy Levinson en un trabajo de investigación) [3].

No es preciso insistir en los graves perjuicios que para la vida, la integridad física y la salud, tienen estos errores médicos para los pacientes y sus familiares; ni en las graves consecuencias que las denuncias tienen para los profesionales cuando resultan demandados y, sobre todo, condenados [1, 2, 3].

En España, los médicos que reciben más demandas son: Ginecólogos, Cirujanos Plásticos, Cirujanos Maxilofaciales y Traumatólogos. Se dice que las demandas, en España, se han multiplicado por 4 en 10 años y, según datos de 2008, del IV Seminario Internacional de Biomedicina y Derechos Humanos, “hay errores que se repiten tozudamente” y cita como fuentes más frecuentes de errores médicos los partos, la cirugía de vesícula biliar y el retraso en el diagnóstico del cáncer de mama. Según el profesor Delgado Bueno, coordinador del estudio de 2000 sentencias de la Audiencia Nacional sobre “Anatomía del error médico. Situación actual en España”, el perfil de riesgo sería: varones de alrededor de los 45 años que acuden a urgencias hospitalarias con dolor en el tórax y mujeres de alrededor de 40 años con algún problema en las mamas [4].

Diversas fuentes de datos, como la memoria del Defensor del Paciente de Madrid de 2006, por ejemplo) las denuncias se redujeron solo en Traumatología mientras crecían en Ginecología y Obstetricia, Urgencias, Cirugía general y de Digestivo, y un máximo incremento en Pediatría [5].

La Asociación El defensor del Paciente, en 2013, señala que en España es imposible conocer exactamente el número de muertos por errores médicos porque no existe un registro de estos sucesos. Según ellos, en 2012 murieron 692 personas, 89 más que en 2011 y en 2012, 798, 106 más que el año anterior; la misma asociación refiere que ellos poseen datos únicamente de las denuncias presentadas mediante o ante la Asociación, no de las que se denuncian por otras vías, aunque creen mayoritarias las que nunca llegan a presentarse.

Acusan a los recortes sanitarios de provocar, entre otros efectos, un aumento de las denuncias por negligencias médicas [5].

En el estudio ENEAS (efectos adversos ligados a la hospitalización) de 2005, la incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria es en España del 9,3 %, similar a la de otros países europeos, siendo evitables más del 42 %. Cada año se dan unos 100.000 litigios que se tiene que dirimir en los Juzgados, sobre negligencias médicas en España, con el grave efecto secundario de la llamada medicina defensiva que, algunos autores estiman que afecta a un 70% de profesionales (D. Domingo Bello Janeiro, catedrático de Derecho Civil de A Coruña, declaraciones a la revista Quo) [6].

Según la memoria de la Asociación del Defensor del Paciente se registraron, en el año 2008, 163 denuncias en Gipuzkoa (576 en el conjunto del País Vasco, prácticamente en los mismos niveles que en años anteriores). Añade que suponen tan solo un 10% de las que ocurren. El Hospital Donostia, Hospital de Referencia, sería el centro más denunciado (solo por detrás de Cruces, en Bilbao); por servicios, el listado sería (para la Comunidad Autónoma Vasca –CAV-, no hemos obtenido datos aislados de Gipuzkoa): Traumatología, Urgencias, Cirugía general, Ginecología y Obstetricia y Oncología. En 2012, según la memoria de ese año de la misma Asociación, se dieron 122 denuncias en Gipuzkoa (519 en todo el País Vasco) no habiéndose producido variaciones en el ranking hospitalario y con el solo cambio de puesto entre Cirugía general y Urgencias [5].

Un reciente artículo publicado en el Diario Vasco de San Sebastián (24 de julio de 2014, cita fuentes de Osakidetza (sanidad pública vasca) en respuesta parlamentaria) [7], refiere que Osakidetza pagó 12,7 millones desde 2009 por fallos médicos; y ello, tras acuerdo entre pacientes y Departamento de Salud o tras fallo judicial... Añade que han sido 322 los pacientes o sus familiares los indemnizados desde 2009 por el montante global referido. El número de demandas presentadas es calificado de insignificante en relación al número de actos médicos que se realizan cada año. Se pone de

manifiesto que cada vez es mayor la predisposición de los pacientes o familiares a lograr acuerdos extrajudiciales (20 pactos en la CAV en 2013, 10 informes médico forenses en ese mismo año en Gipuzkoa).

Mediante esta revisión de las demandas por negligencias médicas en la provincia de Gipuzkoa entre 2009 y 2013, más en concreto, de los Informes Médico Forenses elaborados sobre ellas, pretendemos mostrar una visión panorámica de la situación en nuestra provincia con una doble finalidad: de un lado, la información que se desprende del análisis de los datos; por otro lado, las posibilidades de una mejor prevención de los fallos que eviten su repetición y con ello, no solo la presentación de demandas sino también los daños posibles a la salud y la vida de los pacientes. En último término, participar siquiera levemente en la mejora de la calidad asistencial y en una mayor tranquilidad de los médicos. Respecto de este último aspecto, cabe señalar el compromiso de los médicos forenses de la Subdirección de Gipuzkoa del IVML en realizar periciales progresivamente más exhaustivas y bien fundamentadas mediante el trabajo en equipo. Es sabido que los informes periciales derivados de estas demandas exigen de importante dedicación en estudio y reflexión crítica.

2. MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han revisado los informes periciales de los médicos forenses de la Subdirección de Gipuzkoa del Instituto Vasco de Medicina Legal (IVML) elaborados en relación a las demandas presentadas en los años referidos, y su valoración favorable o desfavorable respecto de los argumentos de los demandantes.

Queda claro, por tanto, que se han valorado solo informes médico forenses en denuncias del Orden Penal. Ello podría explicar en parte las discrepancias de nuestras cifras con las de otras fuentes consultadas.

En principio, se obtuvieron registros de 62 casos en los años 2009 a 2013 pero el número real es menor ya que en varios se añaden nuevos informes (ampliaciones, aclaraciones,

etc.) y, con ellos, nuevos registros en el archivo de la clínica forense que, sin embargo y como es fácil de entender, no suponen un nuevo caso sino una reelaboración o completado de un caso ya visto.

De los 62 registros, 42 corresponden a demandas presentadas en el partido judicial de San Sebastián, 3 en el de Irún, 8 en el de Tolosa, 2 en el de Bergara, 4 en el de Éibar y 2 en el de Azpeitia.

Por años: en 2009 se tramitaron 7 demandas, 15 en 2010, 20 en 2011, y 10 en 2012 y 2103 respectivamente. Las cifras, así tomadas, son engañosas, como hemos referido antes, precisamente debido a la ampliación o aclaración de informes en algunos casos (10 informes del total corresponden a demandas que, finalmente, han necesitado dos y, en un caso, tres informes, lo que deja el total de demandas posibles en 52 pero, en 2 casos, la pericial recayó sobre la madre y el recién nacido).

Del total, 4 casos quedan incompletos por no concretarse el motivo de la pericia en la petición, o por no estimarse competencia del médico forense, o por no haberse aportado la totalidad de la documentación médica tras informe preliminar que la solicitaba, aunque estos 4 casos cuentan con un breve informe razonado que demuestra estudio inicial del caso.

Es sabido que, tradicionalmente, cuando los médicos forenses estaban aún adscritos a juzgados y en muchos casos, aislados en partidos judiciales dispersos, los estudios e informes se realizaban por cada médico forense. En Gipuzkoa, se mantuvo el modelo durante varios años después de la entrada en vigor del IVML pero, desde 2011- 2012, los informes se realizan por dos médicos forenses como mínimo, lo que no obsta para que en casos más complejos se haya contado con aportaciones de más médicos forenses y/o de especialistas consultados de manera no oficial. En los casos con resultado de muerte, tanto la autopsia, como es obvio, como el estudio del caso, se llevan a cabo por dos expertos en Patología Forense de la Subdirección.

El criterio de inclusión no lo es, en puridad: cada caso deriva de petición judicial con oficio en el que se concreta o no el objeto de la pericia; en la mayoría de casos se utilizan por los jueces peticiones genéricas acerca de la “existencia o no de infracción de la *lex artis*”, siendo excepción que se concrete cual es el problema concreto a analizar. Los casos que han sido excluidos lo han sido porque no se logró la historia clínica pese a la insistencia en su solicitud (un caso) o por no ser casos médicos y, por tanto, no serlo del médico forense (dos caso de error en la fabricación de prótesis dentales).

El trabajo a realizar y su método se acuerdan entre los médicos forenses en cada caso. No existe, *strictu sensu*, una protocolización del método de trabajo, o de los criterios científicos a manejar, únicamente de los mínimos contenido y estructura del informe. El estudio, en cada caso, suele basarse en la valoración de la Historia Clínica, que se reclama original y sin alteraciones, y en la discusión del caso de acuerdo a los protocolos de cada especialidad (protocolos de la S.E.G.O., por ejemplo) o Institución sanitaria (Guías de Práctica Clínica de Osakidetza, etc.), cuando sea posible. El estudio, en cualquier caso, es intenso y extenso por parte de los médicos forenses.

Está en discusión, en la totalidad del IVML, la necesidad o conveniencia de contar, de manera sistemática, con la colaboración de especialistas clínicos en la resolución de estas pericias.

3. RESULTADOS:

A) APROXIMACIÓN AL TIEMPO DE RESOLUCIÓN DE LOS CASOS POR LOS MÉDICOS FORENSES: No es posible valorar un tiempo medio empleado en la resolución de los casos por parte de los médicos forenses. En casos sencillos, el informe final tarda aproximadamente un mes; en casos más complejos, lógicamente los plazos se dilatan. Como ejemplo ilustrativo, el caso que necesitó tres informes para su resolución tiene registro en la Clínica Médico Forense y en el número de Diligencias Previas del año 2013, es decir: poca

demora pese a la necesidad de varios informes; por el contrario, uno de los casos que se resolvió con dos informes abarca desde 2012 hasta finales de 2013: estas demoras no son atribuibles a demoras de los Médicos Forenses. En general, los plazos dilatados dependen más de la tardanza en recibirse la documentación médica solicitada o en recibirse la nueva petición de ampliación de los informes. Podemos concluir, de manera aproximada, que los médicos forenses tardan de dos a tres meses en resolver si los trámites necesarios se desarrollan con normalidad.

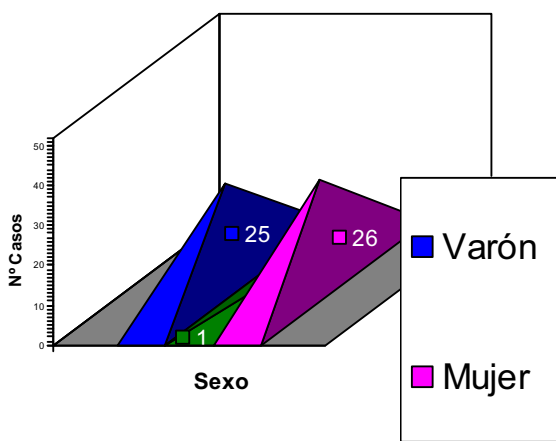
B) DISTRIBUCIÓN POR SEXO, EDAD Y NACIONALIDAD:

1. Por sexos:

Los presuntos afectados fueron 25 varones (49.01 %) y 26 mujeres (50.98 %), quedando un caso en el que no se pudo acreditar el sexo del afectado porque no se concretó a su vez el objeto de la pericia y no terminó en informe pericial la valoración médico forense inicial (caso excluido) (GRAFICO 1).

En nuestra serie no se dan diferencias por sexos en el riesgo de sufrir un error o falta médica, aunque el análisis de los datos por especialidades pueden resultar útiles para una ilustración complementaria.

GRAFICO 1: Distribución de los casos por sexos



2. Por edades:

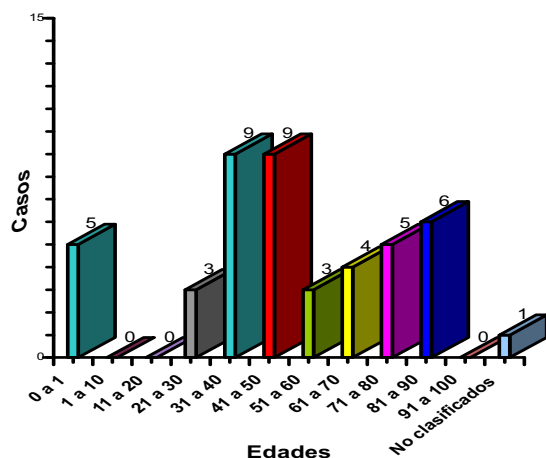
Por edades los resultados fueron los siguientes (ver GRAFICO 2):

- 4 recién nacidos y 1 feto nacido muerto.
- 0 casos entre el año y los 10 años.
- 0 casos entre los 0 y los 20 años.
- 3 casos entre los 20 y los 30 años.
- 9 casos entre los 30 y los 40 años (20, 45 %, de los que se dispone del dato de la edad).
- 9 casos entre los 40 y los 50 años.
- 3 casos entre los 50 y los 60 años.
- 4 casos entre los 60 y los 70 años.
- 5 casos entre los 70 y los 80 años (11, 36 %).
- 6 casos entre los 80 y los 90 años (13, 63 %).
- 0 casos entre los 90 y los 100 años.

Por tanto, se dispone de la edad en 44 de los casos, quedando un caso sin datos y 4 con datos bastante completos pero sin consignar la edad. Como ya hemos explicado, 2 casos se desecharon por no ser competencia médico forense (fabricación de prótesis dentales) y en uno más no se terminó con informe pericial.

Así pues, la máxima frecuencia se da entre los 30 y los 50 años de edad (40, 90 %), con un segundo pico entre los 80 y los 90, seguido de cerca por el de 70- 80. En esto parece que en la serie de casos valorados el resultado no resulta muy diferente al obtenido por otros autores.

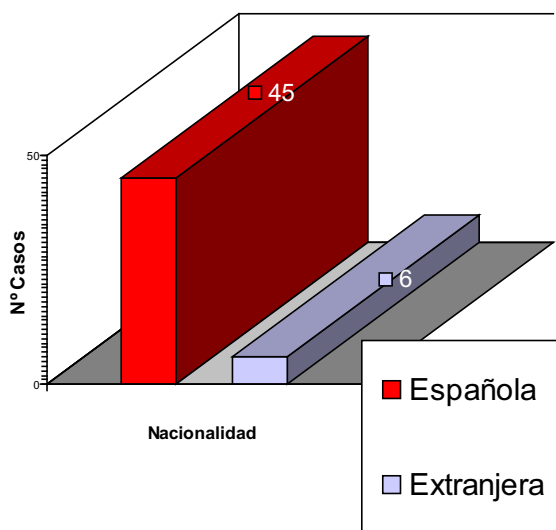
GRAFICO 2: Distribución de los casos según la edad.



3. Por nacionalidad:

Aunque no en todos los casos se ha podido establecer con claridad este parámetro, es de señalar que la gran mayoría son españoles (45 personas, 86.5 %) y solo una minoría son extranjeros, principalmente sudamericanos (6 personas, 11.5%) (GRAFICO 3).

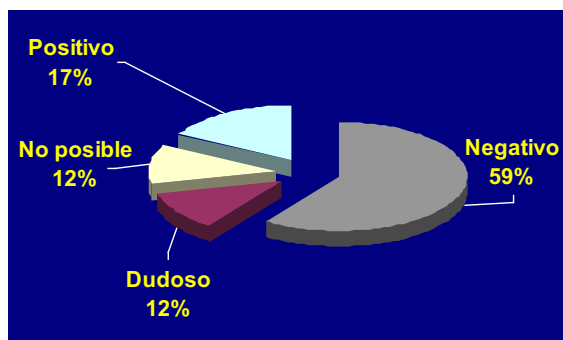
GRAFICO 3: Distribución de los casos según la nacionalidad.



4. Frecuencia de estimación o desestimación de las demandas por los médicos forenses:

En la Subdirección de Gipuzkoa del IVML, en relación a la serie de demandas por mal praxis médico sanitaria que venimos exponiendo, el informe médico forense final estimó la existencia de la misma en 9 casos (17,30%), la desestimó en 31 casos (59, 60 %) y dejó en la duda o con estimaciones parciales en otros 6 casos (11, 53%, los mismos que, repetimos, fueron no informados por diversas razones (11, 53%) (GRAFICO 4).

GRAFICO 4: Distribución de los casos según la estimación o desestimación de demandas por los médicos forenses.



5. Frecuencia de demandas en las distintas especialidades o servicios médico sanitarios:

a) Por Servicios:

Conviene señalar que, en ocasiones, se producen demandas dirigidas contra todos los servicios o todos los profesionales intervinientes, y ello sin demasiado criterio previo, un poco al “buen tuntún”; ello tiene su repercusión en un cierto baile de cifras porque, entre otras cosas, da lugar a estimaciones parciales de alguno de los aspectos de ese tipo de demanda.

Traumatología, Ginecología- Obstetricia y Urgencias (en sus diversas variantes y a sus diversos profesionales) acaparan el 50% de los casos.

En detalle:

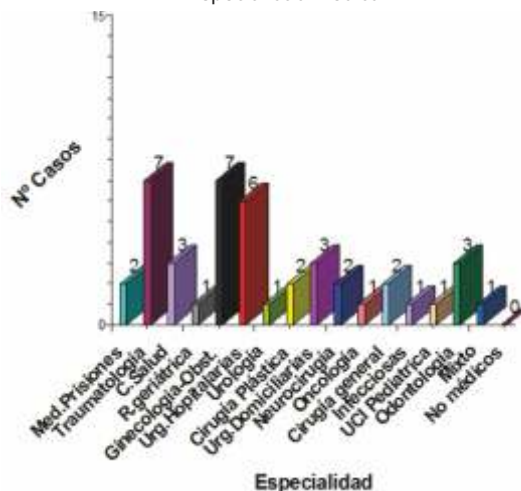
- 2 casos implican a la Medicina de Prisiones, ambos relacionados con la lentitud en procurar atención odontológica por especialista y las complicaciones derivadas de ello (3,84 %).
- 7 casos de Traumatología (13,46 %).
- 3 casos que afectan a Centro de Salud de barrio o pueblo (5,76 %).
- 2 casos contra Residencia Geriátrica, uno no médico, dirigido contra el personal encargado del control de fármacos en un caso letal por intoxicación medicamentosa.
- 7 casos de Ginecología- Obstetricia (13,46 %).

- 6 casos de Urgencias hospitalarias (11,53%).
- 1 caso de Urología (1,92 %).
- 3 casos contra Mutua Laboral, uno de ellos por error de enfermería (5,76 %).
- 2 casos de Cirugía Plástica (3,84 %).
- 3 casos contra Urgencias domiciliarias, 2 de ellos contra Técnicos de Emergencias Médicas en ambulancias no medicalizadas (5,76 %).
- 1 caso de Urgencias ambulatorias (1,92%).
- 2 casos de Neurocirugía (3,84%).
- 1 caso de Oncología (1,92 %).
- 2 de Cirugía General, uno de ellos por olvido de material quirúrgico en abdomen, por lo que implica también a la enfermera instrumentista (3,84 %).
- 1 caso de Enfermedades Infecciosas de Hospital (1,92 %).
- 1 caso de UCI pediátrica (1,92 %).
- 1 caso en un Albergue para Transeúntes, referido a cuidados por profesional no médico (1,92 %).
- 3 casos de Odontología (5,76 %).

Por último, un abigarrado y confuso caso que implicaba a Dermatología, Psiquiatría y Neurología dirigido por un enfermo delirante.

El número total de servicios o especialidades demandados fue, por tanto, de 21, generando 48 demandas (ver GRAFICO 5).

GRAFICO 5: Distribución de los casos según Especialidad médica.



b) Por Centros Sanitarios o dispositivos asistenciales.

La gran mayoría de las demandas recaen en los Hospitales, sean estos Comarcales (de los que hay 4 en la provincia: Bidasoa, Mendaró, Alto Deba y Zumárraga), con un total de 11 demandas, o el Hospital Provincial de Referencia (Complejo Hospitalario Donostia), con 14 demandas. Como ya hemos venido explicando, en ocasiones se denuncia a más de un centro o a más de un servicio en el mismo o en distintos centros.

En detalle, además de las que afectan a Hospitales:

- 2 atañen a servicios médicos Penitenciarios.
- 3 a Centros de Salud (barrio o pueblo).
- 2 a Residencia Geriátrica.
- 1 caso en el que no queda claramente determinado el centro en los informes forenses.
- 5 a Clínicas Privadas (en dos de ellos, en actuaciones concertadas para la Sanidad Pública).
- 3 a Mutua Laboral.
- 2 a Dispositivo Asistencial en Ambulancias.
- 2 a Odontología (privada).
- 1 a un Albergue de transeúntes (dirigida a personal no médico).

c) Las faltas o errores médicos o asistenciales en general, expuestos por motivos de la demanda arrojan los siguientes datos:

No es raro que se denuncien, como es de esperar, varias conductas médicas o de sanitarios también en este apartado (por ejemplo, error de diagnóstico y de tratamiento consecutivo, error médico y de enfermería, etc.):

- En 15 casos se denunciaba error de diagnóstico clínico.
- En 20 casos, error de tratamiento y/o demás procedimientos técnicos diagnósticos o asistenciales.
- 1 error de recogida de información que genera complicaciones.

- 9 casos de muerte por error de diversos tipos, 2 de ellas en feto- recién nacido.
- En 1 caso no se precisa el objeto de la demanda.
- 3 casos de omisión del deber de cuidados o de socorro (profesionales no médicos).
- 2 casos por omisión de medios o negación de ingreso demandado.
- 3 por retardo en la asistencia.
- Los 2 casos por mala fabricación de prótesis bucal en un matrimonio fueron desestimados por no ser de competencia médica.
- 1 caso de intoxicación letal por error en el control de fármacos que implicaba a enfermeras.
- 1 caso de daño estético en cirugía Plástica.
- 1 demanda por error en la determinación de contingencia laboral que supuso secuelas.
- 1 por cuerpo extraño derivado de olvido de instrumental quirúrgico.

De uno de los casos parece que derivó o pudo derivar un delito por falsedad documental además.

De los casos de muerte, 3 fueron evitables, 2 en personas aún jóvenes, de haberse aplicado estrictamente el protocolo de atención a TCE.

Vemos, por tanto que se denunciaron en 60 ocasiones 13 tipos de conductas médicas o asistenciales consideradas erróneas por los demandantes. En al menos dos casos se desestimó la mal praxis por parte de los médicos forenses informantes pero se señaló expresamente que no se encontraba la documentación y, por tanto, no se podía valorar el Consentimiento Informado, aunque no se han incluido entre las conductas denunciadas por no constar expresamente tal denuncia.

6. Tipo de error médico o falta médica en las demandas que fueron estimadas por los médicos forenses actuantes:

Surgen 19 conductas en total, más 1 informe no concluido.

- 1 caso de error en el control de fármacos.
- 1 caso de olvido de instrumental quirúrgico en abdomen.
- 8 casos de error diagnóstico.
- 6 casos de error de tratamiento o procedimiento empleado (incluye los 3 casos de TCE mencionados, en los que no se aplicó el protocolo de ingresos vigente en la CAV).
- 1 error de Consentimiento Informado (distinto de los dos mencionados antes, procedente de la estimación parcial de uno de los casos, estimación parcial que se da en otro de los casos).
- 1 caso de retraso en la asistencia.

Los casos estimados como mal praxis por los médicos forenses en los que se estima el error de diagnóstico y el error de tratamiento son curiosamente pocos, de los 35 en que se denuncian como involucradas estas dos conductas principalmente (aunque conviene aclarar que en los 35 casos se trata de denuncias más genéricas que específicas, lo que lleva a tomar con precaución esta valoración).

4. CONSIDERACIONES FINALES:

El número de demandas que llegan a valoración médico forense, en relación al número de actos médicos y en cuanto a la cantidad de población, es bajo como hemos expuesto. Aunque el tipo de conductas médico-sanitarias y las especialidades y servicios implicados con más frecuencia son similares a los obtenidos en otros estudios, existe una gran diferencia cuantitativa en los datos que se manejan por las diferentes fuentes (163 en 2013, según el Defensor del paciente, 52 en 5 años según la Subdirección de Gipuzkoa del IVML). Una posible explicación es que muchas de las quejas presentadas ante el defensor del paciente no sean por mal praxis sino que se deban a otros problemas: calidad humana de la atención o quejas sobre actuaciones llevadas a cabo por otro personal no sanitario, quejas de la limpieza, quejas sobre la calidad de la alimentación o el confort...; cabe también la resolución administrativa y no penal, o entre

particulares e Instituciones Sanitarias, de problemas de una y otra índole, es decir: aunque impliquen malpraxis, errores médicos.

En general, como venimos mostrando, las cifras de problemas que acaban requiriendo valoración médico forense son bajas. No es raro leer o escuchar que ello se debe a que no conduce a nada denunciar. Se critica el corporativismo médico y a los jueces, y a los peritos judiciales, en este caso Médicos Forenses, por tapar o dulcificar los hechos: nada hemos hallado que nos permita creer en esta afirmación en relación al ámbito profesional que nos ocupa o dudar de nuestra actitud como peritos neutrales e independientes. Si es deducible, en cambio, y ello tendría relación con la complejidad actual de la medicina y la escasez del tiempo de atención no solo estrictamente médica, que inciden otros factores en la presentación o no de una demanda contra médicos y personal sanitario. Como en otros estudios de años anteriores, la atención delicada y la información precisa y detenida tendrían un papel preventivo esencial [2,3].

Los hospitales, lógicamente, porque en ellos se reciben y atienden las patologías más graves y con más complicaciones, acumulan la mayor parte de las demandas; pero es de notar la muy escasa implicación de los ambulatorios y otros servicios no hospitalarios.

Cifras globales correspondientes al año 2011, según informa Eustat en 2014 9, que cita fuentes del Departamento de Salud del Gobierno Vasco respecto a las estadísticas hospitalarias:

- 16 centros hospitalarios en Gipúzkoa, públicos y privados.
- 107.912 ingresos en total, con 885.565 estancias y una estancia media de 8, 2 días.
- 317.306 urgencias hospitalarias.
- 88.105 intervenciones quirúrgicas.
- 7.350 partos.

Pues bien: en el Orden Penal y en asuntos de competencia médico forense, los asuntos tramitados en 2011 fueron 20 (si todos ellos

hubieran ocurrido en pacientes ingresados en hospitales, que no es el caso, se obtendría un resultado del 0,000024 % de denuncias sobre ingresos). En el total de la serie de años estudiada se vieron implicados 7 de los 16 hospitales (43,75 %) que recibieron 30 de las 52 denuncias estudiadas (en este caso sobre, aproximadamente, 600.000 ingresos en los 5 años valorados)... Estas cifras resultan indicativas de la seguridad relativa de que “gozan” nuestros médicos y centros y servicios, siendo aún menores las cifras de los demás años, sin que lo sea tanto una disminución proporcional en el número de ingresos o urgencias hospitalarias y, evidente y afortunadamente, resultan indicativas de la calidad de la asistencia médica hospitalaria de nuestra provincia. La seguridad asistencial que se puede colegir de la valoración del conjunto de cifras es, por tanto, alta.

Impresiones similares se obtienen de la valoración de la atención extrahospitalaria¹⁰: según Eustat, 2013, citando cifras de 2010: 4.351.943 consultas en los 142 centros extrahospitalarios de Gipúzkoa, que incluyen Ambulatorios, Centros de Salud Mental, Urgencias periféricas, Mutuas asistenciales, Consultorios... En 2010 se tramitaron 15 asuntos sobre malpraxis médica o negligencia médica de interés médico forense... En la serie de 5 años estudiada, 3 casos correspondieron a Centros de Salud de barrio o pueblo, 3 a Urgencias domiciliarias, 3 a Mutua laboral... Es decir: la incidencia de malpraxis que acaba requiriendo valoración médico forense es, afortunadamente, muy baja. ... Igualmente es alto el nivel de calidad asistencial y de seguridad para pacientes, y médicos.

En esto parece que en la serie de casos valorados el resultado no resulta muy diferente al obtenido por otros autores.

No se cuenta, en general, con informes periciales privados en los archivos de la Clínica Médico Forense. No se hubieran valorado, por razones obvias. No se han valorado actuaciones judiciales previas a la sentencia ni las sentencias que se hayan podido dictar por ser ajenas a nuestra competencia, por estar

influidas por otros datos o elementos de juicio no médicos, y por ser un hecho que las actuaciones en Juicio Oral derivadas de estas demandas son muy escasas, lo que abre la puerta a diversas interpretaciones sobre la resolución de estos casos más allá de lo estrictamente pericial.

El grado de compromiso en la realización del estudio médico forense y la emisión del correspondiente informe aparece, según punto de vista propio, como muy adecuado: revisiones bibliográficas adecuadas y extensas, implicación de dos profesionales médico forenses con competencias similares e igual capacidad de opinión y decisión, consultas y comentarios que se saldan, cuando el caso lo merece, con nuevas aportaciones bibliográficas o de estudio por parte de profesionales no directamente implicados, etc., generan entre nosotros la opinión generalizada de seriedad y adecuación en la valoración médico forense. No obstante, y dada la importancia de los bienes en juego, siempre puede haber la duda de la conveniencia de una aportación externa, periódica o sistemática, a modo de “auditoría” y control de calidad. No somos, porque no es lo mismo y podría suponer pérdida de competencia y de la necesaria independencia, partidarios de la participación sistemática de profesionales médicos, pero no médico forenses, de las distintas especialidades afectadas, aunque este aspecto está en discusión en el conjunto del IVML.

Si parece necesario hacer autocrítica en algunos aspectos: si bien a la hora de afrontar el estudio de cada caso lo esencial es la historia clínica y el resto de información médica a valorar, siendo innecesarias las declaraciones o datos “extramédicos”, si creemos necesaria la aportación final al expediente médico forense para su archivo de esas mismas declaraciones, de la sentencia judicial si es que se produce, de los informes de otros profesionales, etc. Ello viene a cuento porque la impresión final que produce este estudio retrospectivo es la de cierta dificultad e imprecisión a la hora de recabar y elaborar la información: el oficio judicial es muchas veces genérico, en algunos informes se omiten datos, como el sexo y la

edad, por ejemplo, que seguro son conocidos por quienes elaboran el correspondiente estudio, pero que luego no se transmiten en la confección del informe, resulta difícil conocer la queja del paciente o su familiares para manejar información derivada que puede tener utilidad por sí misma, resulta difícil establecer criterios de inclusión y exclusión en base a la información de la historia clínica o el oficio judicial, etc.

Recuérdese, para finalizar, que de los 52 casos que se hubieron de estudiar por parte de los médicos forenses, solo el 17, 30 %- 9 casos en 5 años- recibieron una valoración médico forense favorable a la existencia de mal praxis. Si aceptamos que la valoración médico forense tiene la suficiente calidad, hemos de colegir también que el riesgo de que un error no sea adecuadamente ponderado por una valoración médico forense a su vez negligente o imperita es bajo, y que ello redundaría en una correcta seguridad tanto para demandantes como para demandados.

AGRADECIMIENTOS.

Este artículo no hubiera sido posible sin la continua colaboración de los médicos forenses de la Subdirección de Guipúzcoa del IVML, en especial del Dr. Del Valle, y del personal de nuestra Secretaría.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Jornet J. Malpraxis, aspectos legales en la relación médico-enfermo, Ed. Ancora S.A., 1991.
2. Álvarez González F, Hidalgo Salvador E, Sánchez Del Castillo D, García Pérez H. Estudio Retrospectivo de las denuncias por malpraxis en la provincia de Málaga, Cuadernos de Medicina Forense, nº 47, Sevilla, enero de 2007. ISSN 1135-7606.
3. Parra S, Revista Xataka, 29 de abril de 2010: ¿Qué médicos son los que reciben más demandas por negligencia?. www.xatakaciencia.com
4. Portales médicos.com, 23 de junio de 2008: "las demandas por errores médicos se han multiplicado por cuatro en diez años". IV seminario de Biomedicina y Derechos humanos.
5. Asociación del Defensor del Paciente, www.negligenciasmedicas.com; diversas noticias.
6. Revista Quo, 27 de junio de 2013. Las negligencias médicas matan más que el tráfico?.
7. Diario Vasco, 17 de mayo de 2009. J. Peñalba. "Guipúzcoa registra 163 denuncias por negligencias médicas durante el último año". www.diariovasco.com/20090517/al-dia-local/gipuzkoa.
8. Diario Vasco, 24 de julio de 2014, edición impresa.
9. www.eustat.es. (Instituto Vasco de Estadística), citando fuentes del Departamento de Salud del Gobierno Vasco; asistencia hospitalaria, 2014 (datos de 2011) y extrahospitalaria, 2013 (datos de 2010).