

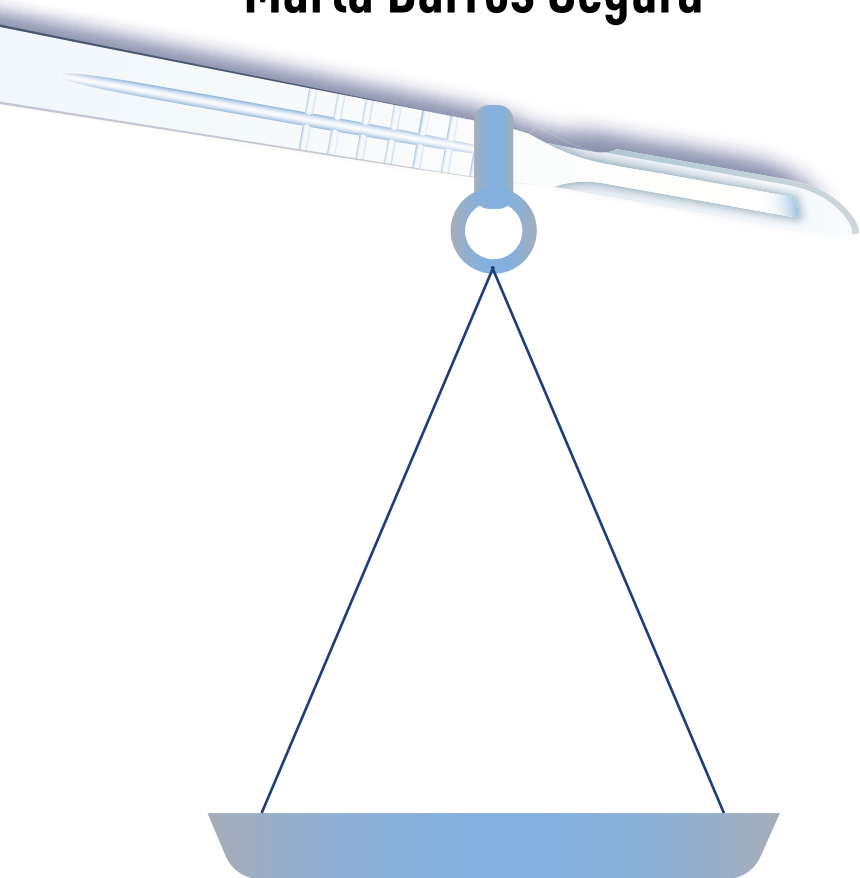
**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

# RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD MÉDICA RELACIONADAS CON LA CIRUGÍA GENERAL

Tesis Doctoral  
Marta Barros Segura



Barcelona, 2025



FACULTAT DE MEDICINA  
Programa de Doctorat  
Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal

**TESIS DOCTORAL**

**RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD  
MÉDICA RELACIONADAS  
CON LA CIRUGÍA GENERAL**

**Doctoranda:** Marta Barros Segura

**Directores:**

Dr. Ramón Vilallonga Puy

Dr. Carles Martin Fumadó

*Unidad de Cirugía Endocrina,  
Bariátrica y Metabólica,  
Departamento de Cirugía General y  
Digestiva, Hospital Vall d'Hebron*

*Servicio de Responsabilidad  
Profesional del Colegio Oficial de  
Médicos de Barcelona*

Dr. Josep Arimany Manso

*Servicio de Responsabilidad Profesional del  
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y  
Director de la cátedra UB de "Medicina Legal,  
Responsabilitat Professional i Seguretat Clínica"*

**Tutora:**

Beatriz Molinuevo Alonso

*Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal  
Universidad Autónoma de Barcelona*

**Barcelona, 2025**



## **DATOS DE LA DOCTORANDA**

Marta Barros Segura (Hospital Clinic de Barcelona. Especializada en el Hospital Universitari Vall d'Hebron)

DNI: 72845972g

Correo electrónico: martabarros94@gmail.com

## **DATOS DE LOS DIRECTORES**

### **DIRECTOR**

Ramón Vilallonga Puy (Jefe de Sección de la Unidad de Cirugía Endocrina, Bariátrica y Metabólica, Departamento de Cirugía General y Digestiva, Hospital Vall d'Hebron)

DNI: 53397057-G

Correo electrónico: ramon.vilallonga@vallhebron.cat

### **DIRECTOR**

Carles Martin Fumadó (Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona)

DNI: 46621557-M

Correo electrónico: carles.martin@comb.cat

### **DIRECTOR**

Josep Arimany Manso (Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y Director de la cátedra UB de "Medicina Legal, Responsabilitat Professional i Seguretat Clínica")

DNI: 77287780-Y

Correo electrónico: josep.arimany@comb.cat

## **DATOS DE LA TUTORA**

Beatriz Molinuevo Alonso (Departamento de Psiquiatría y Medicina  
Legal - Universidad Autónoma de Barcelona)

DNI: 13305446-S

Correo electrónico: Beatriz.Molinuevo@uab.cat

---

## AGRADECIMIENTOS

A mis directores:

Dr. Ramón Vilallonga, por confiar en mi desde el principio hasta el final.  
Por guiarme todo el camino y ayudarme a seguir.

Dr. Carles Martin, por ser apoyo y ayuda incondicional durante estos años.

Dr. Josep Arimany, por ser ejemplo de excelencia. Gracias por la confianza.

A los Dres. Antonio Bulbena y Beatriz Molinuevo, por la tutorización.

Al Dr. Jaume Padrós y al resto de su Junta, como presidente del CoMB y al Dr. Josep Vilaplana, por facilitarme la posibilidad de realizar este trabajo en la institución.

A Irene Moral y Carol Pérez, por la inestimable ayuda.

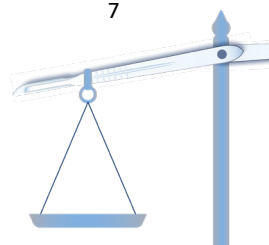
A mis amigas:

Miriam Campistol, por enseñarme la importancia de la investigación, y por ser ejemplo de trabajo y perseverancia.

Alejandra Castrillo, por empujarme a seguir cuando tenía ganas de rendirme.

Anna Curell, por estar siempre. Gracias por ser maestra y amiga.

Todas y todos mis resis, mayores y pequeñas, por acompañarme en la odisea de ser cirujana, y demostrar que sí se puede mezclar cariño y amistad con trabajo.





A todos mis adjuntos y adjuntas, que me han enseñado todo lo que sé:  
Elizabeth Pando, sin tus consejos y apoyo no estaría donde estoy. Muy agradecida.

Imma Gómez, por ayudarme a conseguir las tres cosas importantes para no ser una cirujana loca amargada. Y mucho más.

Cristina Dopazo, por ser como eres. No puedo admirarte más.

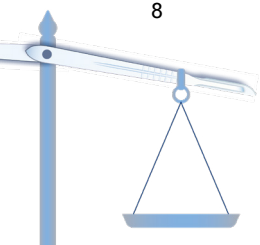
Laia Blanco, siempre te pondré de ejemplo de trato al paciente. Y a las personas en general.

Eloy Espin, por creer y hacerme creer que valgo.

Por vosotras y por todos los demás, soy la cirujana que soy ahora.

A mi padre, por inculcarme que, si haces algo, tienes que hacerlo bien.  
Siempre lo intento.

Y a Coco. Por todo.



---

# ÍNDICE DE CONTENIDO

ABREVIATURAS .....	17
--------------------	----

1. INTRODUCCIÓN .....	21
-----------------------	----

## 1.1 RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN CIRUGÍA

GENERAL .....	21
---------------	----

1.1.1 CONTEXTO HISTÓRICO .....	21
--------------------------------	----

1.1.2 CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL .....	23
---	----

1.1.3 TIPOS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL .....	26
--	----

1.1.3.1. Responsabilidad penal .....	27
--------------------------------------	----

1.1.3.2 Responsabilidad civil .....	27
-------------------------------------	----

1.1.3.4 Responsabilidad contencioso-administrativa .....	28
--	----

1.1.3.5 Responsabilidad deontológica .....	28
--	----

### 1.1.4 ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA R

ESPONSABILIDAD PROFESIONAL .....	29
----------------------------------	----

1.1.4.1 Acción u omisión voluntaria .....	29
---	----

1.1.4.2 Daño .....	29
--------------------	----

1.1.4.3 Relación de causalidad .....	30
--------------------------------------	----

1.1.4.4 Criterio de imputación o de atribución de responsabilidad .....	31
--	----

1.1.5 NIVELES DE RESPONSABILIDAD SANITARIA .....	31
--	----

1.1.6 TERMINOLOGÍA EN RESPONSABILIDAD PROFESIONAL .....	32
--	----

1.1.6.1 Mala praxis .....	32
---------------------------	----

1.1.6.2 Lex artis .....	33
-------------------------	----

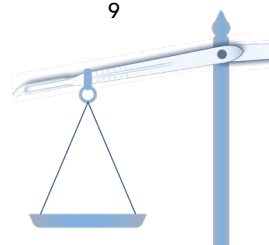
1.1.6.3 Lex artis ad Hoc .....	33
--------------------------------	----

1.1.6.4 Standard of care .....	34
--------------------------------	----

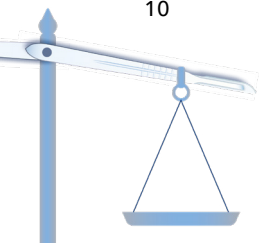
1.1.6.5 Negligencia .....	34
---------------------------	----

1.1.6.6. Delito .....	34
-----------------------	----

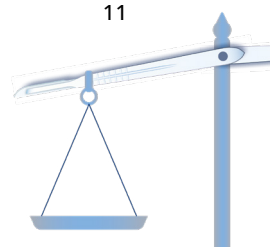
1.1.6.7. Error médico .....	35
-----------------------------	----



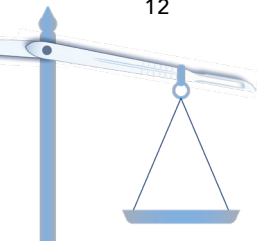
1.1.6.8 Culpa médica.....	35
1.1.6.9 Demanda.....	36
1.1.6.10 Denuncia.....	36
1.1.6.11 Reclamación .....	37
1.1.6.12 Querella.....	37
1.1.6.13 Acuerdo extrajudicial .....	37
1.1.6.14 Peritaje médico-legal.....	37
1.1.6.15 Proceso judicial .....	38
1.1.6.16 Sobreseimiento .....	38
1.1.6.17 Sentencia.....	38
1.1.7 OTROS CONCEPTOS JURISPRUDENCIALES .....	38
1.1.7.1 Daño desproporcionado .....	38
1.1.7.2 Pérdida de oportunidad.....	39
<b>1.2 SEGURIDAD CLÍNICA .....</b>	<b>41</b>
1.2.1 DEFINICIÓN .....	41
1.2.2 PERSPECTIVA HISTÓRICA .....	41
1.2.3 RIESGO ASISTENCIAL .....	46
1.2.3.1. Sistemas de notificación de eventos adversos.....	47
1.2.4 SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO.....	49
<b>1.3 RECLAMACIONES EN CIRUGÍA GENERAL.....</b>	<b>51</b>
1.3.1 POR QUÉ LA CIRUGÍA GENERAL ES UNA ESPECIALIDAD DE RIESGO .....	52
1.3.2 FACTORES INFLUYENTES EN LA RECLAMACIÓN .....	55
<b>1.4 SEGUROS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL .....</b>	<b>59</b>
<b>1.5 EL MÉDICO COMO SEGUNDA VÍCTIMA .....</b>	<b>62</b>
<b>2. HIPÓTESIS .....</b>	<b>67</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>71</b>
3.1 OBJETIVO PRINCIPAL .....	71
3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS .....	71



<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>75</b>
<b>4.1 DISEÑO</b>	<b>75</b>
<b>4.2 MUESTRA</b>	<b>75</b>
<b>4.3 ESTRUCTURACIÓN DE DATOS</b>	<b>76</b>
4.3.1 Hoja de recogida de datos principal	76
4.3.2 Hoja de expedientes erróneos	79
4.3.3 Hojas por especialidad	79
<b>4.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b>	<b>80</b>
4.4.1 Transformación y preparación de los datos	80
4.4.2 Análisis descriptivo	80
4.4.3 Análisis inferencial	80
4.4.4 Control de calidad de la base de datos	81
<b>4.5 ASPECTOS ÉTICOS O MÉDICO-LEGALES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>82</b>
<b>4.6 CONFLICTOS DE INTERÉS</b>	<b>82</b>
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>85</b>
<b>5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO</b>	<b>85</b>
5.1.1 Perfil del reclamante	85
5.1.2 Perfil del reclamado	88
5.1.3 Distribución temporal y geográfica	89
5.1.4 Número de facultativos reclamados	92
5.1.5 Ámbito asistencial y área reclamada	93
5.1.6 Subespecialidades más reclamadas	94
5.1.7 Tipo de actuación	95
5.1.8 Benignidad o malignidad de la patología	95
5.1.9 Urgencia de la asistencia	96
5.1.10 Causas de reclamación	96
5.1.11 Reclamación extrajudicial o judicial	100
5.1.12 Cuantía de las reclamaciones	101
5.1.13 Riesgo de la reclamación	102
5.1.14 Resultado de las reclamaciones	104

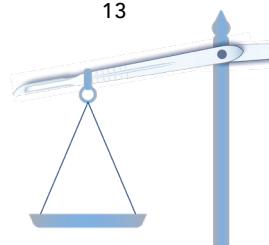


- 5.1.14.1 Años desde la incoación hasta la resolución de los expedientes ..... 105
- 5.1.14.2 Años desde la fecha de conocimiento de la reclamación hasta la resolución ..... 106
- 5.1.14.3 Desenlace: acuerdo extrajudicial, condena judicial, sobreseimiento, desestimación o renuncia ..... 107
- 5.1.14.4 Indemnización ..... 108
- 5.1.15 Documentos de consentimiento informado..... 109
- 5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL ..... 111**
  - 5.2.1 Correlación entre edad del reclamante y el reclamado ..... 111
  - 5.2.2 Correlación entre el sexo del reclamante y el reclamado ..... 111
  - 5.2.3 Correlación entre las subespecialidades reclamadas y ámbito público o privado..... 113
  - 5.2.4 Correlación del resultado de la reclamación con diversas variables ..... 114
    - 5.2.4.1 Sexo del reclamado ..... 114
    - 5.2.4.2 Edad del reclamado ..... 115
    - 5.2.4.3 Urgencia de la asistencia ..... 116
    - 5.2.4.4 Benignidad o malignidad de la patología..... 117
    - 5.2.4.5 Ámbito asistencial (público o privado)..... 118
    - 5.2.4.6 Tipo de reclamación..... 119
  - 5.2.5 Correlación de la cuantía de la reclamación con diversas variables ..... 121
    - 5.2.5.6 Urgencia de la asistencia ..... 121
    - 5.2.5.7 Benignidad o malignidad de la patología..... 123
    - 5.2.5.8 Ámbito asistencial ..... 124
    - 5.2.5.9 Tipo de reclamación ..... 126
  - 5.2.6 Correlación entre el riesgo estimado y otras variables..... 128
    - 5.2.6.1 Riesgo estimado por la UML y por perito externo a la misma ..... 128
    - 5.2.6.2 Riesgo estimado y cuantía final..... 129

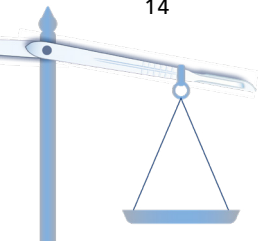


5.2.7 Correlación entre documentos de consentimiento informado incompletos o incorrectos y otras variables .....	131
5.2.7.1 Reclamaciones por falta de información .....	131
5.2.7.2 Urgencia de la asistencia .....	133
5.2.7.3 Responsabilidad del reclamado .....	135
<b>5.3 ANÁLISIS DE CASOS CON RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>136</b>
5.3.1 Análisis de casos con condena judicial .....	136
5.3.2 Análisis de casos con acuerdo extrajudicial .....	138

<b>6. DISCUSIÓN .....</b>	<b>145</b>
<b>6.1 PERFIL DEL RECLAMANTE .....</b>	<b>145</b>
<b>6.2 PERFIL DEL RECLAMADO .....</b>	<b>148</b>
6.2.1 Sexo y edad del reclamado .....	148
6.2.2 Número de facultativos reclamados .....	150
<b>6.3 ÁMBITO ASISTENCIAL Y ÁREA RECLAMADA .....</b>	<b>153</b>
<b>6.4 SUBESPECIALIDADES MÁS RECLAMADAS .....</b>	<b>155</b>
<b>6.5 TIPO DE ACTUACIÓN .....</b>	<b>157</b>
<b>6.6 TIPO DE PATOLOGÍA .....</b>	<b>159</b>
<b>6.7 ASISTENCIA URGENTE O NO URGENTE .....</b>	<b>161</b>
<b>6.8 CAUSAS DE RECLAMACIÓN .....</b>	<b>163</b>
<b>6.9 CUANTÍA DE LAS RECLAMACIONES .....</b>	<b>167</b>
<b>6.10 RIESGO DE LA RECLAMACIÓN .....</b>	<b>171</b>
<b>6.11 RESOLUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES .....</b>	<b>173</b>
<b>6.12 DESENLACE DE LAS RECLAMACIONES .....</b>	<b>174</b>
<b>6.13 DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>176</b>
<b>6.14 CORRELACIÓN ENTRE EDAD Y SEXO DE RECLAMANTE Y RECLAMADO .....</b>	<b>178</b>
<b>6.15 CORRELACIÓN ENTRE LAS SUBESPECIALIDADES RECLAMADAS Y ÁMBITO PÚBLICO O PRIVADO .....</b>	<b>181</b>
<b>6.16 CORRELACIÓN ENTRE LA RESPONSABILIDAD DEL RECLAMADO CON DIVERSAS VARIABLES .....</b>	<b>184</b>
6.16.1 Sexo del reclamado .....	184

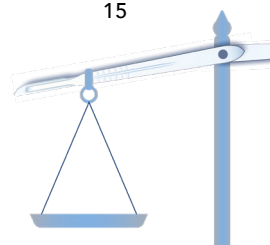


6.16.2 Edad del reclamado .....	185
6.16.3 Urgencia de la asistencia.....	186
6.16.4 Benignidad o malignidad de la patología .....	188
6.16.5 Ámbito asistencial (público o privado).....	188
6.16.6 Tipo de reclamación .....	189
<b>6.17 CORRELACIÓN ENTRE LA CUANTÍA DE LA RECLAMACIÓN CON OTRAS VARIABLES .....</b>	<b>191</b>
6.17.1 Urgencia de la asistencia .....	191
6.17.2 Tipo de patología .....	191
6.17.3 Ámbito asistencial .....	192
6.17.4 Tipo de reclamación.....	193
<b>6.18 CORRELACIÓN ENTRE EL RIESGO ESTIMADO Y OTRAS VARIABLES .....</b>	<b>196</b>
6.18.1 Riesgo estimado por la UML y los especialistas externos .....	196
6.18.2 Riesgo estimado y cuantía final .....	197
<b>6.19 CORRELACIÓN ENTRE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS INCOMPLETOS O INCORRECTOS Y OTRAS VARIABLES .....</b>	<b>199</b>
6.19.1 Reclamaciones por falta de información .....	199
6.19.2 Urgencia de la asistencia .....	201
6.19.3 Responsabilidad del reclamado .....	202
<b>6.20 CASOS CON CONDENA JUDICIAL .....</b>	<b>205</b>
<b>6.21 CASOS CON ACUERDO EXTRAJUDICIAL .....</b>	<b>209</b>
6.21.1 Cirugía Colorrectal (12 casos) .....	209
6.21.2 Cirugía Hepatobiliar (18 casos).....	211
6.21.3 Cirugía Bariátrica (7 casos).....	214
6.21.4 Cirugía de Pared Abdominal (10 casos) .....	216
6.21.5 Cirugía Endocrina (2 casos) .....	217
6.21.6 Cirugía Esofagogástrica (2 casos) .....	218
6.21.7 Cirugía de Mama (3 casos) .....	219
6.21.8 Otros (15 casos) .....	220

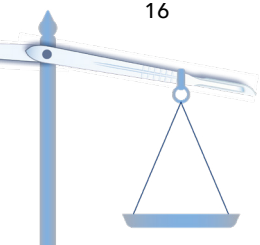


---

6.22 RESUMEN COMPARATIVO: CONDENA JUDICIAL VS. ACUERDO EXTRAJUDICIAL .....	223
7. CONCLUSIONES .....	229
8. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	233
9. VALORACIÓN PERSONAL. PARA QUÉ ME HA SERVIDO ESTA REVISIÓN Y ANÁLISIS .....	239
10. BIBLIOGRAFÍA .....	243







---

## ABREVIATURAS

**OMS** = Organización Mundial de la Salud

**OPS** = Organización Panamericana de la Salud

**ICPS** = Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente

**SiNASP** = Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

**CCMC** = Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña

**SRP** = Servicio de Responsabilidad Profesional

**CT** = Comisión Técnica

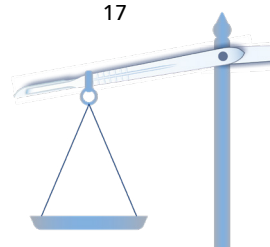
**UCI** = Unidad de Cuidados Intensivos

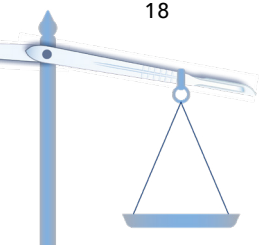
**POSE** = Primary Obesity Surgery Endoluminal

**TRR** = Tasa Relativa de Reclamación

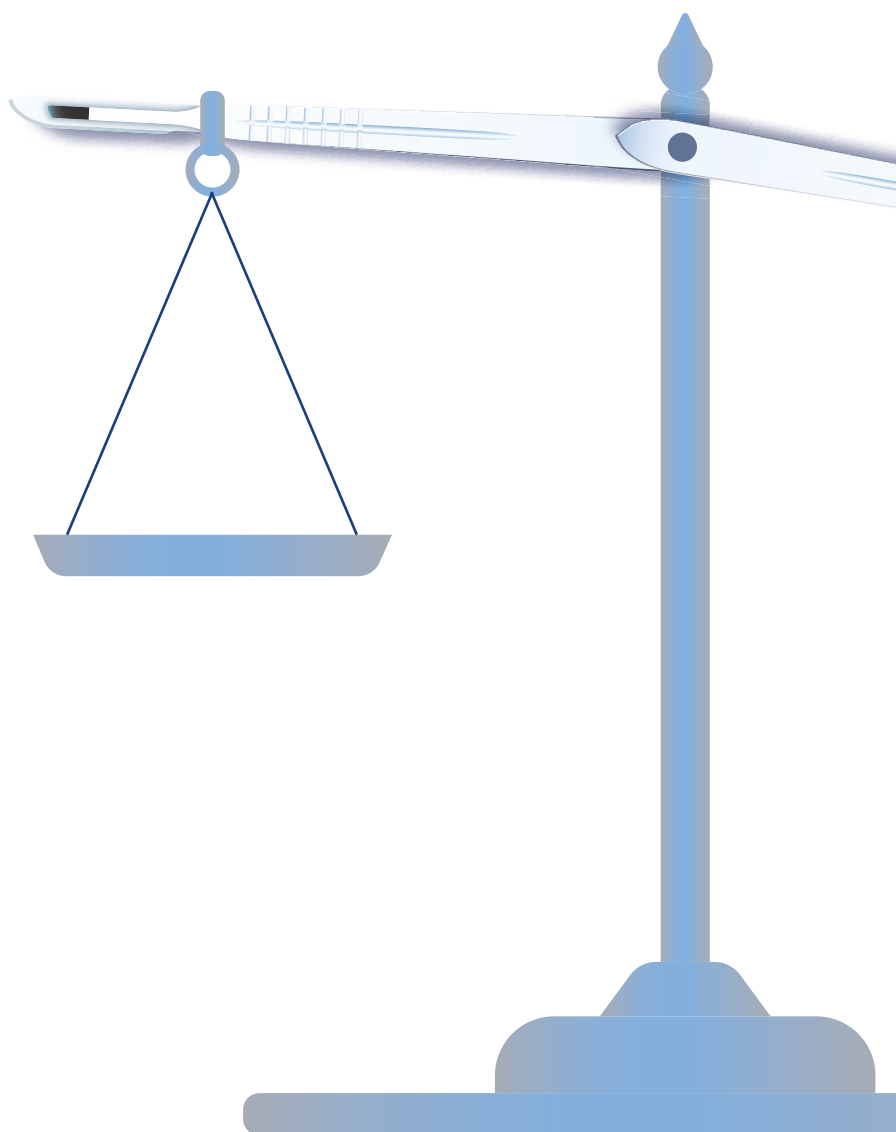
**MACRMI** = Alianza de Massachusetts para la Comunicación y Resolución ante un Error Médico

**IA** = Inteligencia Artificial





# INTRODUCCIÓN





# 1. INTRODUCCIÓN

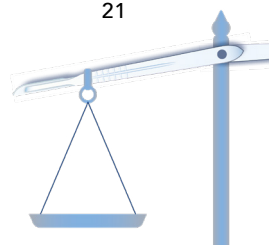
## 1.1 RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN CIRUGÍA GENERAL

### 1.1.1 CONTEXTO HISTÓRICO

Los primeros cirujanos eran barberos, técnicos sin apenas conocimientos teóricos, que infundían verdadero pavor a la población. Sacaban muelas, practicaban sangrías, llevaban a cabo amputaciones sin anestesia <sup>1</sup>. La evidencia científica era escasa, la sabiduría se transmitía de aprendiz a maestro, y el paciente tenía fe ciega en el practicante, sin tener alternativa.

La cirugía no siempre fue vista como una práctica médica y, en la antigüedad, carecía del reconocimiento y prestigio que posee en la actualidad. La distinción entre cirujanos y médicos ya era evidente en la sociedad romana, donde se diferenciaban dos tipos de profesionales: los *medici chirurgici* y los *medici clinici*. Esta división se afianzó durante la Edad Media, cuando la cirugía quedó fuera del programa de formación reglamentada de los médicos que se inició con el surgimiento de las universidades <sup>2</sup>.

La novela “El siglo de los cirujanos” de Jürgen Thorwald, publicada en 1958, comienza con la siguiente cita de Bertrand Gosset: “La historia de la cirugía es una historia de los últimos cien años. Se inicia en 1846 con el descubrimiento de la anestesia y, por tanto, con la posibilidad de operar sin dolor. Todo lo anterior a tal fecha no pasa de ser una noche de ignorancia, sufrimiento y estéril tanteo en la oscuridad. En cambio, la «historia de los cien años» ofrece el panorama más grandioso que conoce la humanidad”.



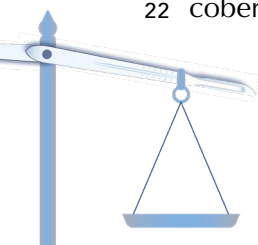
Tradicionalmente, la cirugía ha enfrentado grandes desafíos que dificultaron su avance, limitando las intervenciones a un número reducido de procedimientos menores y cirugías radicales, como sangrías, amputaciones, quelotomías, litotomías, ablación de cataratas y trepanaciones craneales, entre otros. A pesar de los intentos fallidos de numerosos cirujanos a lo largo de los siglos, estos obstáculos persistieron.

Las primeras escuelas de cirugía en España datan del siglo XVII <sup>3</sup>, considerándose el siglo XIX “El siglo de oro de los cirujanos”, en el cual hubo grandes avances en el sector. Los dos grandes puntos de inflexión fueron el inicio de la anestesia y el descubrimiento de la antisepsia <sup>2</sup>.

Hoy en día, el conocimiento detallado de la anatomía y la fisiología, los protocolos de asepsia y el apoyo farmacológico hacen posible una gran cantidad de intervenciones. Sin embargo, no hace tanto tiempo, una simple incisión podía ser mortal, y el cirujano que se atreviera a realizarla corría el riesgo de ser acusado de homicidio.

La relación médico-paciente ha ido desarrollándose en paralelo a dichos acontecimientos. El paciente del siglo XXI no es el mismo que hace siglos. La confianza ciega en el facultativo ya no es tal. El paciente quiere entender su patología y el por qué del tratamiento que se le aplica. Respeta al médico, no por el mero hecho de serlo, sino por su bien hacer.

Por lo tanto y de forma progresiva, se ha ido valorando cada vez más la satisfacción del paciente con el procedimiento realizado, que inicialmente era secundaria. De esta manera, el concepto de responsabilidad profesional ha ido cobrando importancia, de manera que las reclamaciones relacionadas con dicho concepto han ido en aumento <sup>4</sup>, llevando a una crisis de negligencia médica tanto en Europa como en Estados Unidos. Esto, por un lado, ha provocado un aumento en los costos de los seguros, ya que hospitales y personal médico contratan coberturas costosas para protegerse de demandas. Por otro lado, fomenta

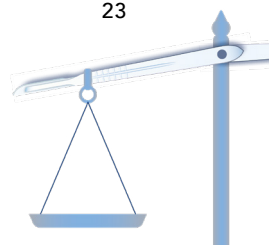


la práctica de la "medicina defensiva", lo que incrementa los costos y afecta la calidad del servicio <sup>5</sup>.

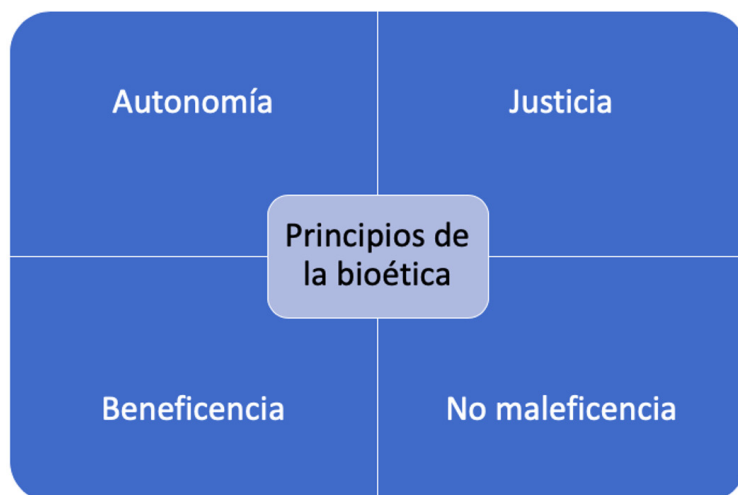
### 1.1.2 CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Los principios bioéticos clásicos del acto médico, definidos en "Principles of Biomedical Ethics" por Tom L. Beauchamp y James F. Childress, son <sup>6,7,8</sup>:

1. Beneficencia: búsqueda del bien del paciente. Prevenir el daño, eliminarlo o actuar en beneficio de otros. A diferencia de la no maleficencia, que implica no actuar para evitar causar daño, la beneficencia requiere siempre una acción positiva. En cada caso, además, es necesario evaluar el balance entre los posibles beneficios y riesgos de cualquier intervención biomédica.
2. No maleficencia (*primum non nocere*): "Lo primero es no hacer daño". Obligación de no producir daño de forma intencionada.
3. Autonomía: el respeto a la autonomía de una persona implica reconocer su derecho a sostener opiniones, tomar decisiones y actuar de acuerdo con sus valores y creencias. Para los profesionales de la salud, esto conlleva la obligación de proporcionar información clara, garantizar que el paciente comprenda y actúe de manera voluntaria, y fomentar su participación activa en el proceso de toma de decisiones.
4. Justicia: todos los pacientes deben ser tratados por igual, sin ser discriminados por ninguna característica.





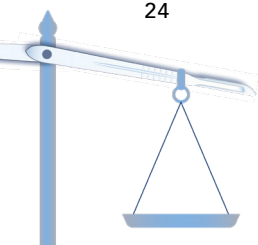


*Figura 1. Principios de la bioética*

En relación con dichos preceptos nos encontramos con el concepto de responsabilidad profesional. Según la definición de Gisbert Calabuig <sup>9</sup>, médico legalista valenciano (1922-2000) <sup>10</sup>, se define como la obligación de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios y afrontar las consecuencias derivadas de dichos actos, ya sean administrativas, civiles y/o penales <sup>11</sup>.

En otras palabras, el cirujano, además de conocimiento y habilidad técnica, tiene deberes y responsabilidades para con el paciente que debe cumplir. Además de para con el paciente, el facultativo tiene responsabilidad conmigo mismo, una responsabilidad ética y hacia su conciencia.

El Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC), por otro lado, definió la responsabilidad profesional médica como la obligación del médico en reparar las consecuencias de sus actos profesionales y las omisiones que hayan causado un daño o perjuicio, ya sea por no haber



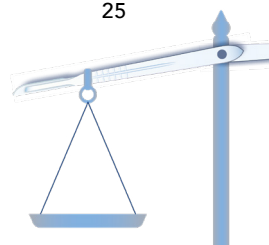
puesto los medios necesarios o el cuidado adecuado en la asistencia a un paciente, o por negligencia en su conducta o por incumplimiento de la *lex artis*; entendiendo como *lex artis* al conjunto de reglas técnicas a las cuales debe ajustarse el ejercicio de la actividad.

La responsabilidad se basa en los siguientes principios:

1. Toda persona está obligada a no dañar a otro.
2. Todo daño infringido a otro genera la obligación de responder y reparar el daño producido o sus consecuencias.
3. La obligación de responder, normalmente, se materializa en una indemnización económica que compense el daño o perjuicio causado.

Un aspecto a destacar es que la responsabilidad del médico no se basa en el resultado obtenido, sino en el hecho de no haber proporcionado al paciente los recursos y cuidados adecuados según las circunstancias y los riesgos propios de cada procedimiento. El médico asume una obligación de emplear los medios correctos, pero no de garantizar un resultado específico. A esto se le denomina obligación de medios. La obligación de medios incluye: adecuada información al paciente (o en su caso a sus referentes) y la utilización de todos los medios que se conozcan para su diagnóstico y tratamiento, incluyendo el seguimiento hasta el alta <sup>12</sup>.

Históricamente se distinguía entre actos curativos y actos voluntarios (cirugía estética, odontología, medicina reproductiva), en los cuales sí que se establecía una obligación de resultados. Tras la sentencia del Tribunal Supremo 4725/2010 <sup>13</sup>, la única excepción ocurre cuando el resultado se acuerda o garantiza, en cuyo caso la obligación sí pasa a ser de resultados <sup>14 15</sup>.



La práctica médica, en consecuencia a lo expuesto anteriormente, se encuentra actualmente estrechamente vinculada al derecho.

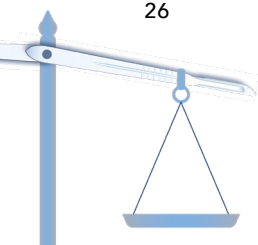
En España, el "Plan Mata", impulsado por el profesor Pere Mata i Fontanet y precursor del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, fue publicado en la Gaceta el 10 de octubre de 1843. Este plan llevó a la supresión de los colegios de cirugía en Madrid, Barcelona y Cádiz. Además, estableció la Medicina Legal como una disciplina independiente dentro de la licenciatura en Medicina y Cirugía, dando lugar a la creación de la primera cátedra de esta especialidad <sup>16</sup>.

Ha de destacarse que, la seguridad del paciente y el riesgo de reclamaciones por presunta mala praxis, tanto en consultas privadas como en servicios de salud pública, se han incrementado recientemente <sup>17</sup>. Como ejemplo, la asociación "El Defensor del Paciente", registra en su memoria de 2023 12071 casos recibidos en 2023 (1406 en Cataluña, siendo la tercera comunidad en volumen, tras Madrid y Andalucía), aunque no necesariamente derivaran en reclamaciones o denuncias posteriores <sup>18</sup>. Ha de señalarse, sin embargo, que en la propia memoria se refleja que son 1540 casos menos que en 2022.

Lo que queda claro es que la responsabilidad profesional se ha convertido en un tema de máxima prioridad en el ámbito de la medicina.

### 1.1.3 TIPOS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

La responsabilidad profesional en medicina se clasifica en cuatro tipos, en función de entre quién es el conflicto que da pie al procedimiento y de la causa de la reclamación: responsabilidad penal, civil, contencioso-administrativa y deontológica. La diferencia principal entre ellos es por qué se les condena, el tipo de condena y, finalmente, cómo se asume la condena <sup>19</sup>.



### 1.1.3.1. Responsabilidad penal

Surge cuando una acción u omisión en la práctica del profesional ha causado perjuicios, lesiones o la muerte de un paciente por imprudencia o negligencia, circunstancias que están tipificadas como delitos en el código penal.

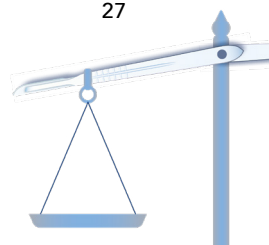
La responsabilidad penal profesional es exigible exclusivamente al médico responsable de la asistencia, y no a la institución donde trabaja, y se castiga con una pena de privación de libertad y/o inhabilitación, además de una sanción económica. Este tipo de responsabilidad se exige mediante una denuncia o querrela criminal y el tribunal competente es el juzgado de instrucción.

Es importante destacar que la condena a un médico por delito de imprudencia profesional, además de la pena privativa de libertad, puede conllevar la pena de inhabilitación del ejercicio profesional.

### 1.1.3.2 Responsabilidad civil

Es una obligación que nace de los actos y omisiones ilícitos, en los cuales interviene culpa o negligencia. La obligación consiste en reparar los daños e indemnizar por los perjuicios causados durante la actividad médica cuando se demuestra una relación causal del daño con la conducta culposa del profesional. Las indemnizaciones por mala praxis de sus profesionales pueden ser reclamadas contra el médico considerado culpable para resarcirse del coste de la condena.

Es exigible al profesional, a la sociedad profesional, al centro privado o a sus compañías aseguradoras, y se castiga con una sanción económica en forma de indemnización. Se formula a través de una demanda civil y el tribunal competente es el juzgado de primera instancia.



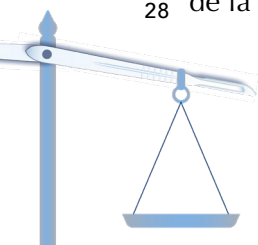
### 1.1.3.4 Responsabilidad contencioso-administrativa

La jurisdicción contencioso-administrativa tiene como objetivo controlar la legalidad de la actividad administrativa, para proteger al ciudadano frente a sus extralimitaciones <sup>20</sup>. Por lo tanto, la responsabilidad contencioso-administrativa es exigible exclusivamente a la Administración sanitaria y, al igual que la responsabilidad civil, obliga a la Administración, pero no al médico, a reparar económicamente el daño causado. En este caso, se presenta reclamación patrimonial a la Administración y, si procede, demanda al juzgado contencioso administrativo. Las compañías aseguradoras de salud o la misma Administración, cuando son condenadas a pagar indemnizaciones por mala praxis de sus profesionales, pueden repercutir contra el médico considerado culpable para resarcirse del coste de la condena.

### 1.1.3.5 Responsabilidad deontológica

Resulta del incumplimiento de los deberes establecidos por las normas estatutarias y deontológicas derivadas de la ordenación, representación y defensa del ejercicio profesional médico. Su regulación está establecida por los estatutos generales de la Organización Médica Colegial y del Código de Deontología Médica.

El Código de Deontología Médica fue promulgado por primera vez por la Organización Médica Colegial de España en 1978 (previo establecimiento de la primera norma deontológica en 1945). Posteriormente fue actualizado en 1990, 1999, 2011 y finalmente en 2022, edición que surge como consecuencia de la adaptación del marco ético y deontológico a la realidad social actual <sup>21</sup>. En Cataluña, la última revisión del Código de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña fue aprobado el 15 de septiembre de 2021 por el Plenario del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña y está publicado en el Diario Oficial de la Generalidad de Cataluña de 4 de enero de 2022 <sup>22</sup>.



### 1.1.4 ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

#### 1.1.4.1 Acción u omisión voluntaria

Es la acción u omisión que realiza un sujeto y sobre la cual se lleva a cabo el análisis de causalidad. Comporta el estudio tanto del sujeto responsable como de la conducta que se ha realizado.

La acción se refiere a cualquier comportamiento positivo que ocasiona un daño que debe ser indemnizado. Puede clasificarse de la siguiente manera<sup>23</sup>:

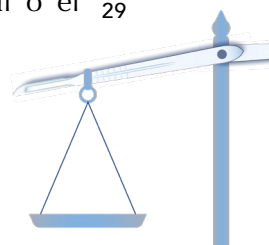
- Contractual: si se cumplen dos condiciones; que exista un contrato o una relación contractual entre las partes y que los daños resulten del incumplimiento o de un cumplimiento defectuoso de las obligaciones establecidas en el contrato.
- Extracontractual: cuando, independientemente de cualquier otra obligación existente entre las partes, el daño ocurre debido a la violación de deberes generales de conducta establecidos por la ley.

Por otro lado, la omisión se refiere al daño que surge por no haber realizado una acción que debía efectuarse.

#### 1.1.4.2 Daño

Para hablar de responsabilidad es necesaria la existencia de un resultado perjudicial (un daño efectivo, físico o moral) para alguien, producido por la acción u omisión del facultativo. La indemnización comprende:

- Daño material o emergente: valor de la pérdida que haya sufrido el perjudicado. La indemnización, en este caso, consiste en situar el patrimonio afectado en el mismo estado en el que se encontraría si no se hubiera producido el incumplimiento contractual o el

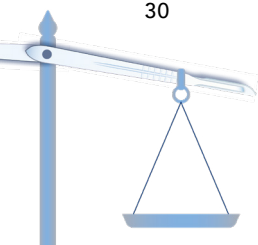


acto ilícito que ha causado el daño. Por lo tanto, su función es reparadora: repara el patrimonio que se ha visto afectado por esta situación.

- Lucro cesante: perjuicio económico que sufre una persona o entidad debido a la interrupción o disminución de una fuente de ingresos como consecuencia de un acto ilícito o un daño. Se refiere a la ganancia o el beneficio que la persona dejó de obtener por esa razón. En términos legales, el lucro cesante es indemnizable, ya que busca restituir a la persona afectada el valor de las ganancias que habría obtenido si no hubiera ocurrido el evento dañino que alteró su actividad económica.
- Daño moral: perjuicio que sufre una persona en su esfera emocional, psicológica o afectiva, como consecuencia de un acto ilícito o perjudicial. A diferencia del daño material, que afecta bienes o intereses económicos, el daño moral se centra en el sufrimiento, el dolor, la angustia, el estrés, la humillación u otros trastornos emocionales que experimenta la víctima. Este tipo de daño puede ser indemnizado económicamente, aunque su cuantificación es más compleja por tratarse de aspectos intangibles.

### 1.1.4.3 Relación de causalidad

Para poder exigir la reparación de un daño, este ha de ser consecuencia de la conducta del facultativo. La valoración de este nexo de causalidad implica medir que el resultado perjudicial sea una consecuencia natural, adecuada y suficiente del acto realizado. No son suficientes hipótesis o especulaciones sobre lo que se tendría que haber hecho y no se ha hecho.



### 1.1.4.4 Criterio de imputación o de atribución de responsabilidad

Existen dos criterios de atribución de responsabilidad: subjetiva, en la que la responsabilidad implica concurrencia de la culpa, y objetiva, en la que no es necesario.

La responsabilidad médica se basa en la responsabilidad subjetiva. Comporta analizar si concurren factores de culpa o negligencia, entendiendo la culpa como “omisión de aquella diligencia que exige la naturaleza de la obligación y corresponda a las circunstancias de personas, tiempo y espacio”. Es decir, implica no cumplir con los criterios de *lex artis ad hoc*.

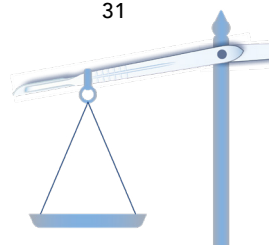
La responsabilidad objetiva comporta que la imputación de responsabilidad resida en la relación causal de haber producido, a través de una conducta, el daño. Es decir, la existencia de un daño derivado de la actuación médica determinaría la responsabilidad. Si nos basáramos en la responsabilidad objetiva, hablaríamos de responsabilidad por resultado, sin tener en cuenta la praxis médica.

### 1.1.5 NIVELES DE RESPONSABILIDAD SANITARIA

El derecho a la asistencia sanitaria de la que disponemos en los estados democráticos de derecho, depende de muchos elementos: el estado como garante de este derecho, gestores de la asistencia y por último los profesionales de salud <sup>24</sup>.

En consecuencia, la responsabilidad sanitaria afecta principalmente a tres niveles <sup>25</sup>:

1. La responsabilidad del personal sanitario, entendiendo como tal tanto el individuo como el equipo, así como otros profesionales sanitarios que intervengan en el acto asistencial.





2. La responsabilidad de las instituciones sanitarias.
3. La responsabilidad de las autoridades sanitarias, tanto de las comunidades autónomas como del Estado.

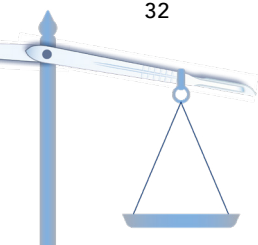


*Figura 2. Niveles de responsabilidad sanitaria*

### 1.1.6 TERMINOLOGÍA EN RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

#### 1.1.6.1 Mala praxis

Mala práctica médica. Esto ocurre cuando un acto médico no sigue los estándares profesionales adecuados, conocidos como *lex artis*, es decir, no se ajusta al procedimiento o técnica correcta. La mala praxis incluye acciones realizadas con negligencia o imprudencia, así como aquellas en las que el médico no contaba con los conocimientos o habilidades necesarios. Se distingue entre mala praxis aparente, cuando se ha seguido el procedimiento adecuado pero el resultado es negativo, y mala



praxis real, cuando tanto el resultado como la actuación médica fueron incorrectos.

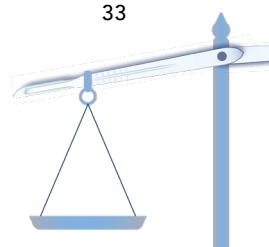
### 1.1.6.2 Lex artis

Según el diccionario panhispánico del español jurídico <sup>26</sup>, la *Lex Artis* se define como: “Conjunto de reglas técnicas a que ha de ajustarse la actuación de un profesional en ejercicio de su arte u oficio. Su cumplimiento es determinante de la exoneración de responsabilidad en caso de que el ejercicio profesional haya ocasionado daños a terceros.”

Uno de los elementos fundamentales de la *lex artis*, de acuerdo con el principio de autonomía del paciente, es la adecuada comunicación al paciente sobre los riesgos del tratamiento, evitando así su desconocimiento. Se considera que cualquier riesgo razonable asociado a un procedimiento médico debe ser debidamente informado al paciente <sup>27</sup>.

### 1.1.6.3 Lex artis ad Hoc

Concepto definido por el jurista Martínez-Calcerrada en 1986 como: “criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina –ciencia o arte médica– que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos –estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria–, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado).”



### 1.1.6.4 Standard of care

El National Cancer Institute americano lo define como “El tratamiento que los expertos médicos consideran adecuado para un determinado tipo de enfermedad y que es ampliamente utilizado por los profesionales de la salud. También se le llama *best practice*, *standard medical care*, o *standard therapy*”.

### 1.1.6.5 Negligencia

Cuando se realiza una acción de forma deficiente, ya sea por falta de atención o por incompetencia, o cuando se omite una acción necesaria. Es éticamente reprochable, independientemente de que produzca o no daños al paciente<sup>29</sup>.

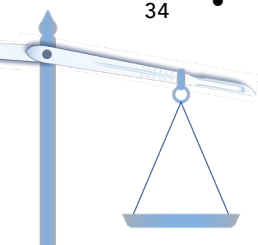
Podemos encontrar, por lo tanto, actuaciones realizadas por imprudencia o por impericia (que podrían tanto considerarse tipos de negligencia como categorías independientes):

- La imprudencia es actuar sin la debida precaución por descuido, apresuramiento o falta de consideración.
- La impericia, en cambio, es la falta total o parcial de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad. Ineptitud para el desempeño profesional<sup>6</sup>. Es la “ignorancia inexcusable”<sup>30</sup>.

### 1.1.6.6. Delito

Son delitos las acciones y omisiones dolosas o imprudentes penadas por la Ley<sup>31</sup>. Dicho de otra forma, la Real Academia de la Lengua Española define las siguientes dos acepciones de este concepto<sup>32</sup>:

- Acción u omisión, voluntaria o imprudente, penada por la ley.
- Hecho o cosa reprochable.



### 1.1.6.7. Error médico

Puede ser consecuencia de una mala praxis individual por negligencia o falta de conocimientos, o bien una deficiencia en el sistema. Estos errores pueden darse tanto por omisión como por realizar una acción incorrecta.

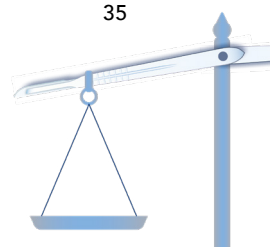
Dentro de los errores, podemos distinguir los sucesos distinguidos como casi-errores, que engloba las siguientes situaciones<sup>33</sup>:

- Cualquier circunstancia donde una cadena de eventos fue interrumpida, previniendo posibles consecuencias negativas.
- Incidente que, en otras condiciones, podría haber tenido consecuencias graves.
- Acontecimiento peligroso que no causó daños personales, pero sí materiales, y que actúa como advertencia de posibles futuros incidentes.

### 1.1.6.8 Culpa médica

La culpa es la atribución de responsabilidad a una persona por una acción que provocó una determinada consecuencia. También se refiere al acto que causa otro hecho. En el ámbito jurídico, la culpa se refiere a la falta de diligencia que se espera de un individuo. Esto significa que el hecho dañino que se le atribuye genera su responsabilidad civil o penal<sup>34</sup>.

La culpa médica se considera una infracción a una obligación preexistente, fijada por la ley o el contrato. El acto médico no se hizo con intención de causar daño pero éste se produjo por falta de previsión para evitarlo: negligencia, impericia o imprudencia<sup>6</sup>.



En relación con el concepto de culpa médica, deben distinguirse los siguientes términos:

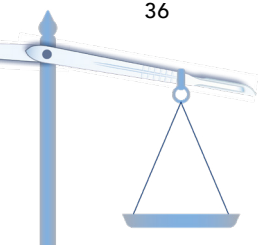
- Dolo: sí que hay una intención de causar daño. El conocimiento de que el resultado es seguro no detiene al autor.
- Caso fortuito: los hechos son imprevisibles y azarosos, son una consecuencia excepcional de la acción. No se puede imputar el hecho al médico.
- Por estado de necesidad: cuando se causa un mal menor tratando de evitar un mal mayor. No existe responsabilidad médica.
- Por "con causa": respuestas anormales a un tratamiento por factores del propio paciente. No existe responsabilidad médica.
- Por falibilidad o por error médico: surge por el riesgo de equivocarse como ser humano ("*errare humanum est*"). No existe responsabilidad médica.
- Pseudoiatrogenia: aquellas que procuran obtener un beneficio secundario a costa del acto médico y/o del propio médico. No existe responsabilidad profesional.

### 1.1.6.9 Demanda

Solicitud escrita que una persona presenta ante el juez para reclamar un derecho o una indemnización, de acuerdo con las formalidades de la ley. Las demandas pueden ser civiles o interponerse en la jurisdicción contencioso-administrativa o social.

### 1.1.6.10 Denuncia

Declaración, ya sea oral o escrita, que se hace ante las autoridades judiciales para reportar un hecho que se considera punible. Siempre es de carácter penal.



### 1.1.6.11 Reclamación

Acto mediante el cual una persona perjudicada expone los errores que cometió el médico y que causaron la lesión. Esta reclamación puede dirigirse al médico, al Servicio de Responsabilidad Profesional del colegio, a la institución sanitaria o a la aseguradora, y en algunos casos, a tribunales de arbitraje.

### 1.1.6.12 Querella

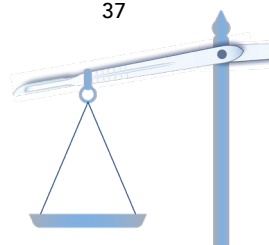
Declaración formal por escrito en la que una persona informa al juez sobre hechos que considera constitutivos de delito, solicitando el inicio de un proceso penal. El querellante se presenta como parte acusadora en el proceso judicial.

### 1.1.6.13 Acuerdo extrajudicial

Negociación previa al juicio entre las partes implicadas (demandante y demandado), en la que se acuerda una compensación económica u otro tipo de solución. A cambio, la parte demandante renuncia a realizar futuras reclamaciones.

### 1.1.6.14 Peritaje médico-legal

Evaluación realizada por un experto (perito), contratado por alguna de las partes o nombrado por el juez, generalmente un médico forense. El perito proporciona información o una opinión fundamentada sobre los aspectos médicos en litigio. Su evaluación se presenta como un informe pericial, y se requiere que cuente con conocimientos médico-jurídicos para aplicar el criterio legal.



### 1.1.6.15 Proceso judicial

Conjunto de normas y procedimientos que permiten a cada una de las partes exponer y defender su versión de los hechos ante un tribunal.

### 1.1.6.16 Sobreseimiento

Decisión judicial que pone fin a un proceso penal. Puede ser total, si afecta a todos los acusados o delitos, o parcial, si solamente afecta a algunos.

### 1.1.6.17 Sentencia

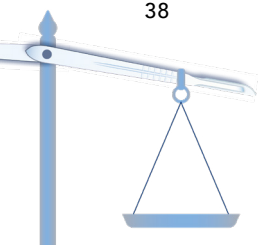
Resolución final de un litigio, donde el juez decide a favor de una de las partes. La sentencia absolutoria exonera al acusado, mientras que la condenatoria da la razón al demandante. Puede ser firme, cuando no admite apelaciones, o recurrible, si se puede impugnar.

## 1.1.7 OTROS CONCEPTOS JURISPRUDENCIALES

### 1.1.7.1 Daño desproporcionado

Para definir el daño desproporcionado es preciso explicar el principio latino *res ipsa loquitur*, “la cosa habla por sí misma”.

Se trata de una doctrina nacida a raíz del caso anglosajón *Byrne vs. Boadle*<sup>35</sup>. En este litigio, un ciudadano americano sufrió lesiones tras caerle un barril de harina desde la ventana de una tienda. No había ninguna prueba de negligencia que hubiera ocasionado la caída del barril; sin embargo, el tribunal consideró que era imposible que dicha caída sucediera sin haber negligencia.



Por lo tanto, el daño desproporcionado se basa en el silogismo siguiente: si el objeto causante del daño está bajo el control del sujeto demandado y produce un daño cuya generación precisa negligencia, el daño constituye una prueba razonable de que fue producido por falta de la diligencia debida, a no ser que el demandado aporte otra justificación para dicho resultado.

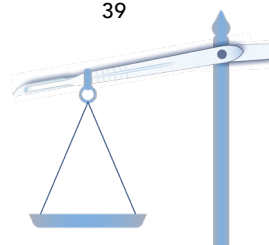
Dicho de otra forma, para la aplicación de esta doctrina es necesario el cumplimiento de las siguientes condiciones <sup>36</sup>:

1. El accidente debe ser de una clase que no suele ocurrir si no es por la negligencia de alguien.
2. Debe haber sido causado por un agente o instrumento bajo el control exclusivo del demandado.
3. El daño no puede ser debido a un comportamiento culposo de la víctima.

El daño desproporcionado se invoca cuando un acto médico produce un resultado anormal, insólito e inusualmente grave en relación con los riesgos que moralmente comporta una intervención quirúrgica o un tratamiento médico. El médico habrá de demostrar las circunstancias en las cuales se produjo el daño; es decir, se le exige una explicación coherente de la discordancia entre el riesgo inicial que implicaba la actividad médica y la consecuencia producida. La ausencia de explicación puede implicar imputación.

### 1.1.7.2 Pérdida de oportunidad

El Tribunal Supremo definió en 2012 <sup>37</sup> la pérdida de oportunidad como “la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado





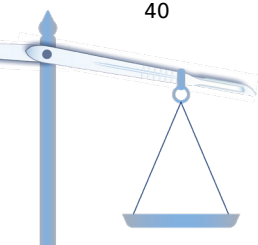
de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso y el grado, entidad o alcance de este mismo”<sup>38 39</sup>.

Implica que se habrá de reducir la indemnización de acuerdo con la probabilidad de que el daño se hubiese producido igualmente si se hubiera actuado con diligencia. Para poder aplicar esta doctrina es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

1. Acción u omisión negligente: implica un comportamiento antijurídico que interfiera en el curso normal de los acontecimientos, sin ser la causante del daño.
2. La incertidumbre causal: se trata de la incertidumbre de si los acontecimientos sucedidos hubieran existido si se hubiera actuado de otra forma. Ha de existir relación causal entre la conducta negligente y la pérdida de expectativas.
3. Perjuicio: se entiende como el daño derivado de la pérdida de oportunidad. La actuación médica priva al paciente de ciertas expectativas de ganancia que han de ser indemnizadas, pero se ha de reducir la suma de la indemnización según la probabilidad de que el daño se hubiese producido igualmente si se hubiera actuado con diligencia.

En las reclamaciones por responsabilidad médica, la pérdida de oportunidad se aplica en tres supuestos:

1. Retraso diagnóstico en el que se impide la oportunidad terapéutica.
2. Defecto de información, principalmente en cirugías electivas.
3. Errores ecográficos que impiden la interrupción voluntaria del embarazo .



## 1.2 SEGURIDAD CLÍNICA

### 1.2.1 DEFINICIÓN

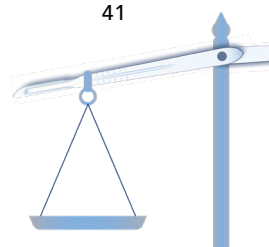
La seguridad clínica es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la reducción al mínimo del riesgo de daño innecesario asociado a la sanidad. Podría considerarse, por lo tanto, como el intento consciente de evitar lesiones causadas por la asistencia <sup>40</sup>.

### 1.2.2 PERSPECTIVA HISTÓRICA

La aparición del concepto de seguridad del paciente se remonta a los albores de las civilizaciones: Mesopotamia, India y China. Es en ese periodo cuando encontramos las primeras leyes establecidas para mejorar la seguridad, y los primeros escritos al respecto. Uno de los textos más conocidos es el Código de Hammurabi, obra del rey babilonio Hammurabi (1819-1750 a.C.). 11 de las 282 leyes allí descritas se refieren al acto médico <sup>41 42</sup>.

Del periodo grecorromano extraemos el juramento hipocrático establecido por Hipócrates de Cos (460-370 a. C), en el cual se establece el principio, ya mencionado anteriormente, *Primum Non Nocere* (lo primero es no hacer daño): el acto médico no debe causar daño al paciente.

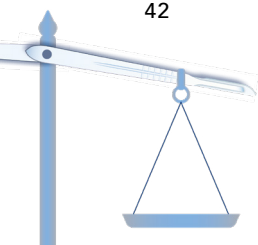
En la Edad Media los avances de la medicina se ralentizaron, hasta la llegada de hitos históricos como el estudio de la anatomía humana realizado por Andreas Vesalio (1514-1564), el descubrimiento de los efectos nocivos de las cauterizaciones por Ambroise Paré (1509-1590) o el estudio de los efectos de la antisepsia en la fiebre puerperal por Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865).



No es hasta el siglo XX, sin embargo, cuando se establece el control estadístico de la calidad de la asistencia médica. Ernest Codman (1869-1940), cirujano considerado el padre de la calidad asistencial y cofundador del *American College of Surgeons* <sup>43</sup>, presentó en 1916 sus principios sobre la gestión de la calidad en hospitales. En ellos proponía que se publicaran tanto los resultados positivos como los negativos, con el fin de fomentar estudios que mejoraran los diagnósticos y tratamientos. Posteriormente, debido al creciente número de quejas y demandas relacionadas con los malos resultados en la atención hospitalaria en Estados Unidos, el *American College of Surgeons* decidió retomar las ideas de Codman, exigiendo el cumplimiento de estándares de calidad en los centros de salud. En 1924, el matemático Walter Shewhart (1891-1967) introdujo el "control estadístico de la calidad" como un método científico para supervisar la calidad de los productos y resultados industriales.

En 1964 Elihu M. Schimmel, publicó un artículo denominado "los peligros de la hospitalización", en el que expuso que hasta el 20% de los pacientes de los hospitales universitarios sufrían alguna yatrogenia. Esto impulsó la realización de diversos estudios de la misma índole <sup>44</sup>. De esta forma, se inicia el análisis introspectivo de la comunidad médica sobre el daño que el propio personal sanitario puede llegar a infligir sobre sus pacientes.

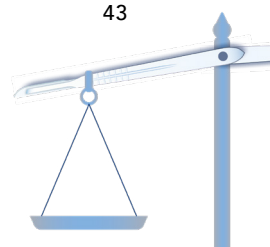
En 1999 llegó uno de los puntos de inflexión a la hora de hablar de error médico, el informe "*To err is human. Building a safer health system*", realizado por el comité de calidad de asistencia sanitaria de Estados Unidos <sup>45</sup>, que trajo a la luz la estimación de que hasta 98,000 personas mueren cada año debido a errores médicos que ocurren en hospitales, superando las muertes causadas por accidentes de tráfico, cáncer de mama o SIDA. El volumen revela estadísticas sobre los errores médicos y destaca la discrepancia entre su frecuencia real y la percepción pública,



ya que muchos pacientes asumen que la profesión médica actúa de manera infalible. Además, se analiza detenidamente cómo factores como la legislación, las regulaciones y la dinámica del mercado impactan la calidad de la atención brindada por las organizaciones de salud y cómo manejan estos errores.

Desde entonces, los principales sectores de salud han realizado avances significativos en control de seguridad <sup>12</sup>.

En 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Dicha alianza desarrolló en 2005 la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (ICPS). Se trata de un conjunto estandarizado de conceptos y términos organizados en un marco conceptual que permite la organización coherente de los principales eventos relacionados con la seguridad del paciente <sup>46,47</sup>.



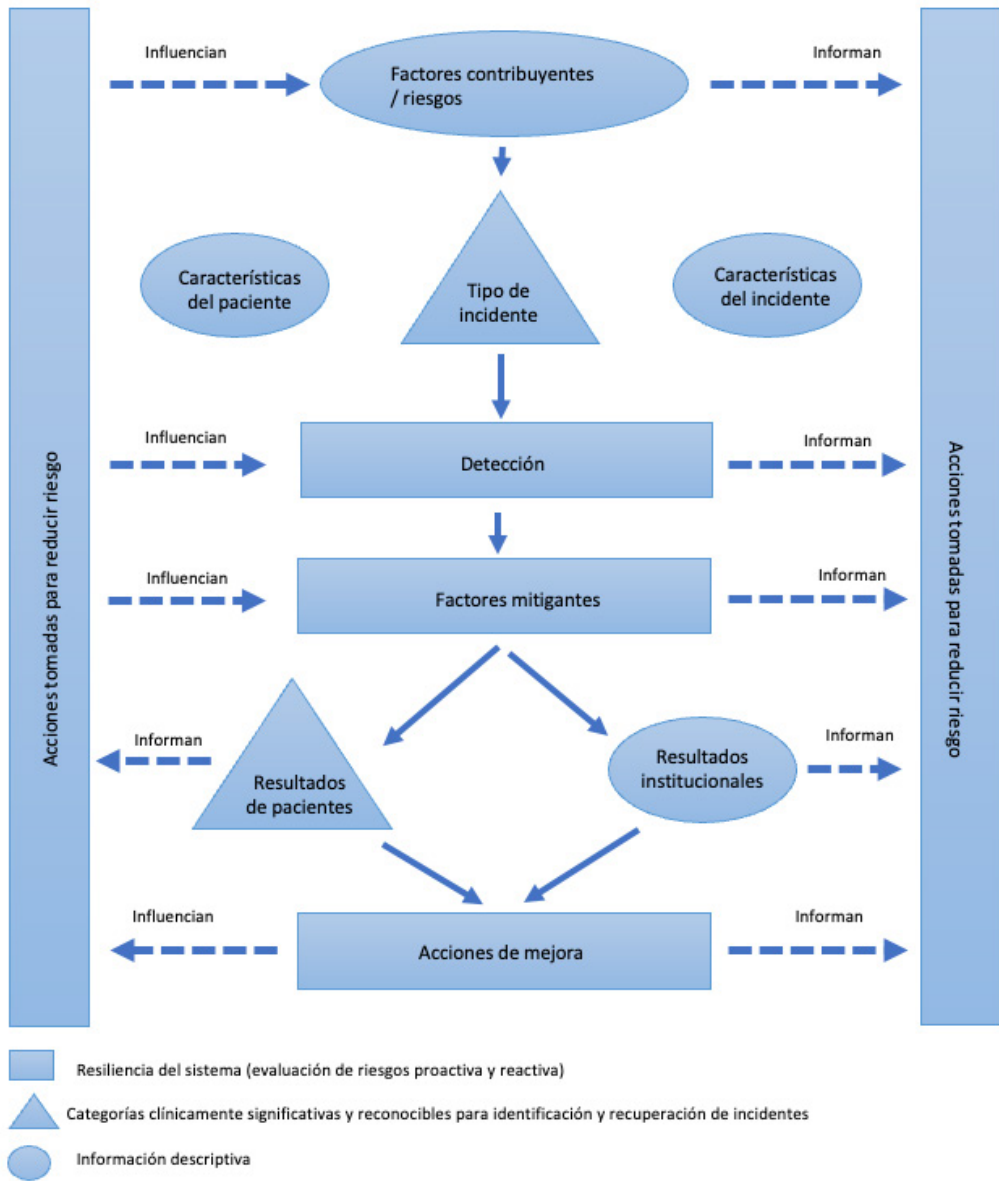
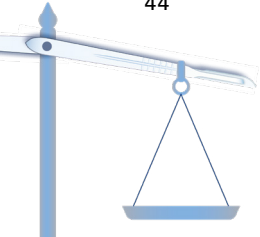


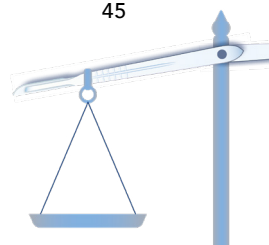
Figura 3. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Adaptado de "Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety - Final Technical Report January 2009, World Health Organization"



En 2007 se llevó a cabo en América Latina el estudio IBEAS, que evaluó la prevalencia de efectos adversos en hospitales de la región. Este estudio abarcó a 11.379 pacientes en 58 hospitales de cinco países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Fue un proyecto desarrollado conjuntamente con la OMS y la OPS (Organización Panamericana de la Salud). Los resultados mostraron una tasa de eventos adversos del 10,5%, de los cuales el 60% se consideraron evitables, así como el 6% de las muertes. La publicación de la metodología y resultados se realizó en 2011, y debido a su alcance y rigor, este estudio se ha convertido en un referente clave en el ámbito de la seguridad del paciente y los eventos adversos <sup>48</sup>.

En los últimos años, la seguridad del paciente ha evolucionado a mejor gracias a la implementación de diversas medidas <sup>12</sup>:

- La sistematización de la recogida del consentimiento informado.
- El mantenimiento adecuado de la historia clínica del paciente.
- La seguridad de la atención al paciente
  - Control de identidad
  - *Check-list* quirúrgico, para garantizar que se sigan todos los pasos necesarios antes, durante y después de un procedimiento.
  - Prevención de riesgos infecciosos, incluyendo la higiene de manos y el uso adecuado de antibióticos.
  - Vigilancia de material
  - Etc...
- La seguridad del circuito de medicamentos, incluyendo la revisión de las interacciones medicamentosas y la educación del paciente sobre sus tratamientos.
- La formación de los profesionales, mediante programas de capacitación y educación continua para los profesionales de la salud sobre prácticas seguras y gestión de riesgos.



- La evaluación de las buenas prácticas, mediante la realización de auditorías periódicas para evaluar la calidad de la atención y asegurar el cumplimiento de los estándares de seguridad.
- Programas de identificación de Casi Errores, para identificar y analizar casi errores antes de que se conviertan en eventos adversos, fomentando una cultura de prevención.

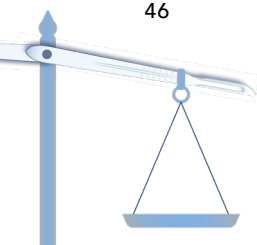
No obstante, es fundamental entender que la seguridad clínica no es un objetivo que se pueda alcanzar de manera definitiva, sino un precepto que requiere una revisión y mejora continuas. Esto implica la necesidad de evaluar periódicamente las prácticas actuales, así como la implementación de nuevas medidas y ajustes en las estrategias existentes para garantizar que se adapten a las necesidades cambiantes del entorno sanitario. Por lo tanto, es esencial adoptar un enfoque proactivo que permita identificar áreas de mejora y aplicar los cambios necesarios para optimizar la seguridad de los pacientes en todo momento.

### 1.2.3 RIESGO ASISTENCIAL

El concepto de riesgo asistencial abarca cualquier situación no deseada relacionada con la asistencia sanitaria (o factor que pueda contribuir a que se produzca) y que puede generar consecuencias negativas. Esto incluye condiciones como eventos adversos, errores, casi-errores, accidentes, incidentes, efectos secundarios de medicamentos, negligencias y litigios<sup>33</sup>. Por lo tanto, gestionar este riesgo es complejo y requiere la colaboración de todos los eslabones de la asistencia sanitaria.

La gestión de riesgos en los centros sanitarios se divide en<sup>12</sup>:

- Gestión de riesgos a posteriori: basada en el análisis de los hechos adversos sucedidos. El objetivo es identificar puntos de mejora. Implica la existencia de un sistema de notificación al cual puedan



acceder el máximo número de personas posible, métodos de análisis de las causas, y garantía para los declarantes de una gestión no punitiva.

- Gestión de riesgos a priori: basada en el análisis del proceso de gestión. El objetivo es identificar los riesgos inherentes a cada etapa del proceso.

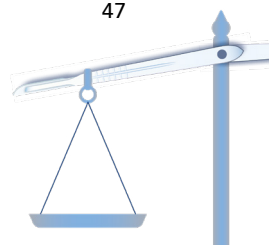
### 1.2.3.1. Sistemas de notificación de eventos adversos

Para minimizar el riesgo asistencial y gestionar el riesgo, por lo tanto, es imprescindible la existencia de un sistema de notificación de eventos adversos. La fuente de información puede ser, asimismo, las quejas de los propios pacientes a las instituciones o a sus aseguradoras.

Los sistemas de notificación se dividen en obligatorios y voluntarios <sup>49</sup>. Los obligatorios se centran en episodios adversos que producen lesiones graves o muertes; los voluntarios, por otro lado, se centran en los incidentes o errores que han producido daño mínimo. El objetivo de estos últimos es detectar las áreas o componentes vulnerables del sistema antes de que ocurran daños a los pacientes y capacitar a los profesionales basándose en el análisis de diversos casos.

El origen de los sistemas de notificación voluntarios lo encontramos en la aviación. El *Aviation Safety System* estadounidense, creado en 1976 por Charles Billings, especialista en cirugía aérea <sup>50</sup>. Es un sistema voluntario de notificación de incidentes, el cual desde su creación ha recibido cerca de 300000 informes. Su creador atribuye su éxito a tres factores: la notificación es segura, es simple y es útil.

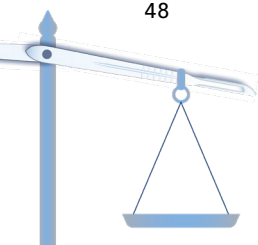
En el sector sanitario, los sistemas de notificación más relevantes a nivel mundial son los siguientes:





- Australia: *Australian Incident Monitoring System*, creado en 1996. Sistema de registro y notificación informatizado. Puede ser anónimo y confidencial o de dominio público; puede ser obligatorio o voluntario.
- Reino Unido: La *National Patient Safety Agency* diseñó el sistema *National Reporting & Learning System*. Es anónimo y confidencial.
- Estados Unidos: existen múltiples sistemas de registro y notificación, variados en el tipo de episodios que deben notificarse y en los aspectos relacionados con la obligatoriedad, la confidencialidad, el anonimato y la publicidad de los datos.

En España, el informe “El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales” realizado en 2009 por el Ministerio de Sanidad y Política Social <sup>51</sup>, expone que la opción más adecuada consistiría en la estructuración del sistema como voluntario y anónimo, de forma que redunde de manera importante en aumentar la confianza de los profesionales implicados, incrementando así el número de eventos adversos notificados. Hoy en día, disponemos del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) <sup>52</sup>. Es el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social como parte de la Estrategia de Seguridad del Pacientes para el Sistema Nacional de Salud. La notificación es voluntaria, y la información introducida es confidencial. Está disponible tanto para hospitales como para centros de atención primaria.



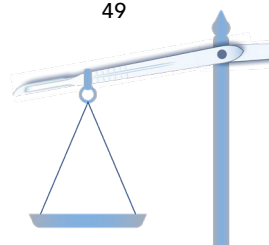
### 1.2.4 SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

El riesgo quirúrgico es la probabilidad de un resultado adverso y de muerte asociados a la cirugía y/o a la anestesia. Los riesgos pueden estar relacionados con el paciente, con el procedimiento, con el proveedor o con el anestésico <sup>53</sup>. Por lo tanto, el riesgo quirúrgico es la expresión general del peligro al que se expone el paciente que va a ser operado, abarcando no solamente la intervención en sí, sino también aspectos como la anestesia y el entorno en el que se lleva a cabo el procedimiento <sup>54</sup>.

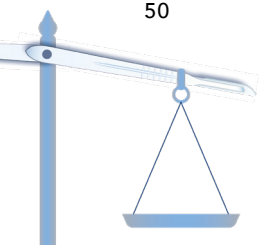
Los factores que contribuyen al riesgo quirúrgico pueden ser clasificados en tres categorías <sup>55</sup>:

1. Factores relacionados con el entorno asistencial donde se lleva a cabo el procedimiento quirúrgico.
2. Factores ligados a la actitud, competencia, conocimientos, experiencia, estado físico y emocional del equipo médico.
3. Factores vinculados a las condiciones sociales, psicofísicas, clínicas y patológicas del paciente, así como al tratamiento al que será o ha sido sometido.

En el ámbito de la cirugía, los eventos adversos pueden variar considerablemente debido a una amplia gama de factores, lo que a menudo dificulta la tarea de diferenciar entre aquellos que son el resultado de un error humano, los que surgen como complicaciones inherentes al procedimiento, o aquellos que se deben a un defecto en la praxis médica <sup>56</sup>. Esta complejidad resalta la importancia crítica de la identificación temprana de dichos eventos adversos.



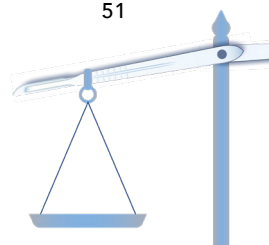
Reconocer los eventos adversos de manera oportuna es esencial, ya que permite una respuesta adecuada y eficaz. En el caso de los eventos que se pueden evitar, es crucial implementar medidas que prevengan su ocurrencia en el futuro, lo cual podría incluir la formación continua del personal, la mejora en la comunicación entre equipos, o la revisión de protocolos quirúrgicos. Por otro lado, en el caso de los eventos no evitables, la identificación temprana es igualmente vital, ya que permite que se apliquen las intervenciones necesarias lo más pronto posible para mitigar sus efectos negativos en el paciente. De esta manera, se puede asegurar una atención quirúrgica más segura y eficaz, mejorando así los resultados y la calidad de vida de los pacientes.



### 1.3 RECLAMACIONES EN CIRUGÍA GENERAL

La manera más directa de evaluar la percepción de los pacientes de la calidad asistencial de un hospital o servicio es analizar las reclamaciones realizadas por los mismos <sup>57</sup>. Mediante este análisis, es posible extrapolar las carencias y puntos a mejorar en la asistencia. En las últimas décadas, a nivel internacional, la comunidad médica ha sufrido un aumento sustancial de reclamaciones y denuncias <sup>58</sup>, con un claro predominio de las especialidades en las cuales se realizan procedimientos invasivos <sup>59,60</sup>. Dentro del ámbito hospitalario, las especialidades quirúrgicas reciben más reclamaciones que otras, por el impacto que los procedimientos realizados suponen sobre el paciente <sup>61,62,63,64</sup>. Dronkers et.al describen un 77% de reclamaciones en especialidades relacionadas con actos quirúrgicos, frente al 23% de las especialidades no quirúrgicas <sup>56</sup>. Dentro de las mismas, la Cirugía General y del Aparato Digestivo es una especialidad considerada de alto riesgo <sup>65</sup>. Se trata de una especialidad con alto volumen de procedimientos invasivos, realizándose más de 230 millones de cirugías al año en el mundo. La incidencia anual de complicaciones es de 7 millones, y la de mortalidad, de 1 millón <sup>66</sup>. La reducción de errores médicos y la mejoría de la seguridad clínica por parte de los profesionales de manera que estos conflictos disminuyan son, por lo tanto, vitales para el correcto funcionamiento de la sanidad.

Un ejemplo de autocrítica constante con objetivo de mejora en Cataluña son los Cuadernos de Buena Praxis, publicación periódica realizada por el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) desde 1991. Se trata de guías de práctica clínica que fomentan la buena praxis y la prevención de riesgos profesionales. De esta manera, se realiza una acción de formación continuada que promueve el desarrollo profesional de los médicos y proporciona una herramienta del ámbito médico-legal que protege al mismo tiempo al ciudadano y al profesional de la medicina <sup>67</sup>. Este tipo de iniciativas prosperan y se desarrollan al recabar evidencia sobre los problemas que necesitan solución.



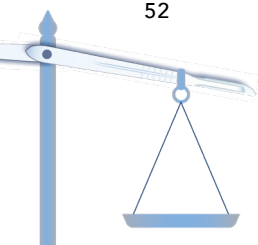
### 1.3.1 POR QUÉ LA CIRUGÍA GENERAL ES UNA ESPECIALIDAD DE RIESGO

La variedad en los procedimientos a realizar es alta, algunos de ellos de importante complejidad y con potencial riesgo de complicaciones mayores. Esta variedad multiplica las posibilidades de reclamación, tanto por volumen, como por aumento de probabilidad de realizar una cirugía en la cual el profesional no está subespecializado. A los actos específicos de Cirugía General, se suma la obligación de ocuparse del planteamiento inicial y resolución de patología quirúrgica que pertenece a otras especialidades en hospitales que carecen de asistencia urgente de las mismas <sup>68</sup>, con el consecuente aumento del riesgo de error.

Se realizan cirugías tanto de forma programada, con posibilidad de planificación previa, como de forma urgente o emergente, con la incertidumbre respecto al resultado que eso conlleva. Esta incertidumbre podría ser uno de los factores que lleven al paciente o familiares a litigar con el facultativo. También, sin embargo, podría ser al contrario, que la incertidumbre de la urgencia disminuya la exigencia respecto al resultado de la cirugía, y sea en la cirugía programada donde familiares y pacientes resultan ser más exigentes.

Hemos de tener en cuenta que, en los actos o situaciones de urgencia, siempre existe responsabilidad, pues se está obligado por <sup>69</sup>:

- Deber de socorro: “El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria, o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con la pena correspondiente” (artículo 196 del Código Penal).

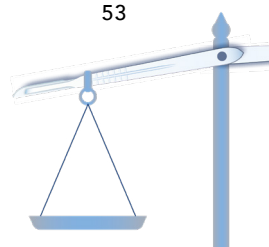


- Código deontológico: “Cualquier médico, cualquiera que sea su especialidad, o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado”. Cada médico debe poseer los conocimientos necesarios para brindar una primera asistencia, siendo esta competencia inherente a la formación adquirida durante la licenciatura en medicina.

El diagnóstico diferencial de esta especialidad, asimismo, es amplio, aumentando la probabilidad de error o retraso en el mismo.

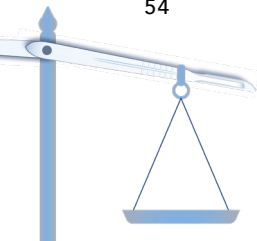
El trato con el paciente es frecuente, tanto en consultas, como en urgencias o en planta hospitalaria, dando lugar a posibles reclamaciones relacionadas con el trato y la falta de información.

Otro potencial punto a reclamar es la duración de las listas de espera, ítem compartido con otras especialidades quirúrgicas<sup>70</sup>. Si bien habitualmente no depende del cirujano en sí mismo, al ser el facultativo en contacto con el paciente, es en ocasiones el objeto de reclamación.



Área de Riesgo	Características	Consejos de gestión de riesgo
Cirugía laparoscópica y robótica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Técnica relativamente nueva</li><li>• Requiere grado elevado de pericia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grado de alerta alto para sospechar la complicación</li><li>• Descripción exhaustiva del acto en la hoja quirúrgica</li></ul>
Cirugía bariátrica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumento exponencial en los últimos años</li><li>• Ampliación de sus indicaciones</li><li>• Cirugía en la que el paciente espera resultados</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seguimiento estricto de complicaciones</li><li>• Información detallada al paciente sobre efectos secundarios</li><li>• Información detallada al paciente sobre posible reganancia de peso</li></ul>
Abdomen agudo en Urgencias		<ul style="list-style-type: none"><li>• Presentar especial atención a las reconsultas</li></ul>
Seguimiento de peritonitis postoperatorias		<ul style="list-style-type: none"><li>• En caso de reintervención, procurar que el equipo quirúrgico sea el mismo</li><li>• No superar las 6h desde el diagnóstico a la intervención</li></ul>
Herniorrafias y uso de mallas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Generación de fibrosis que puede condicionar dolor crónico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Información exhaustiva al paciente sobre riesgos y complicaciones</li></ul>
Patología mamaria	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dos tipos principales de reclamaciones: en cribado en cáncer de mama y en diagnóstico de lesiones neoplásicas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Información exhaustiva sobre que el cribado no garantiza el diagnóstico (neoplasia de intervalo)</li><li>• Seguimiento estricto de protocolos diagnósticos para evitar el retraso del mismo</li></ul>

**Tabla 1.** Ejemplos de áreas de riesgo en Cirugía General y del Aparato Digestivo, causas y consejos de gestión de riesgo para las mismas. Adaptado de “Responsabilitat professional mèdica i segureta clínica; capítulu Anàlisi per àrees de risc. Cirurgia General i de l’aparell digestiu-”.

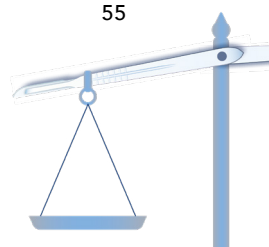


Cabe destacar, por lo tanto, la importancia del análisis y conocimiento por parte de los facultativos de Cirugía General de las reclamaciones recibidas en la especialidad, para poder encontrar puntos de mejora que permitan mejorar la calidad asistencial y la seguridad clínica. El margen de mejora es amplio, y como médicos, existe la obligación de realizar el esfuerzo de evolucionar.

### 1.3.2 FACTORES INFLUYENTES EN LA RECLAMACIÓN

En la medicina en general, las reclamaciones presentadas por los pacientes o familiares suelen deberse a las siguientes razones <sup>67</sup>:

- Falta de información: no haber informado previamente con suficiente precisión sobre los riesgos y complicaciones que podían presentarse, o sobre las dificultades para alcanzar el objetivo diagnóstico o terapéutico, es interpretado por el reclamante como una falta de oportunidad para decidir si aceptaba o no el procedimiento que le causó el daño.
- Insatisfacción: muchas reclamaciones se presentan porque el paciente se siente insatisfecho con el resultado de una intervención médica y cree que el médico es responsable por no haber hecho bien las cosas.
- Desproporción: cuando se producen daños desproporcionados debido a complicaciones raras o muy graves durante una intervención médica considerada trivial o de poca importancia, es común que se presente una denuncia para reclamar lo que se considera injusto.
- Voluntad de evitar perjuicios a otros: cuando los daños son graves y se perciben como consecuencia de una mala praxis, muchos reclamantes justifican su demanda como un deseo de que el juez imponga sanciones disuasorias para evitar que una situación similar ocurra nuevamente, y así proteger a otros pacientes de sufrir los mismos efectos adversos que ellos han experimentado.



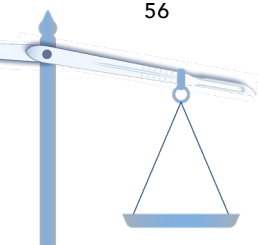


En la cirugía general, uno de los principales factores a tener en cuenta a la hora de analizar las reclamaciones es el tipo de cirugía llevada a cabo, ya que existen grandes diferencias entre las mismas. Según la literatura existente, las intervenciones que en más ocasiones derivan en reclamaciones son las relacionadas con la obesidad mórbida, las reparaciones herniarias y las colecistectomías <sup>71</sup>, dato a correlacionar con la realidad actual en nuestro entorno. Llama la atención, aún previo a realizar este análisis, que se trata de patologías benignas. ¿Hay más complicaciones en estas cirugías? ¿O la exigencia respecto al resultado es diferente?

Resulta de un gran interés, asimismo, analizar la influencia que tiene la percepción subjetiva que tiene el paciente del facultativo sobre la probabilidad de realizar una reclamación. ¿Influyen el sexo, la edad o la experiencia del cirujano a la hora de iniciar un proceso contra el mismo en caso de percibir un error en su actuación clínica? No resulta descabellado teorizar que un cirujano más joven y/o menos experimentado inspira menos confianza al paciente, resultando en un potencial aumento de reclamaciones en estos casos. De la misma manera, es necesaria una perspectiva de género en este análisis; ¿la influencia del machismo inherente a la sociedad llega hasta las reclamaciones por responsabilidad médica? Es decir, ¿se reclama más el error de las cirujanas que el de los cirujanos? Las incógnitas son múltiples.

Otro evidente punto de análisis es el documento de consentimiento informado que ha de cumplimentarse previo a toda intervención quirúrgica o invasiva. Se trata de un documento médico legal en el cual el paciente consiente la realización de un procedimiento, tras entender y haber sido informado de todas las posibles complicaciones del procedimiento a realizar <sup>72</sup>.

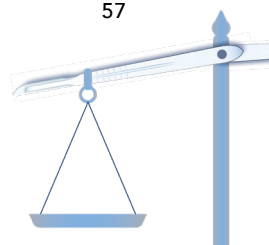
Es, por lo tanto, imprescindible que sea correcto y completo. Ha de analizarse la relación entre un consentimiento deficiente y la



reclamación, ya que es menos probable que el paciente reclame si ha entendido y aceptado las potenciales complicaciones previo a someterse a la intervención.

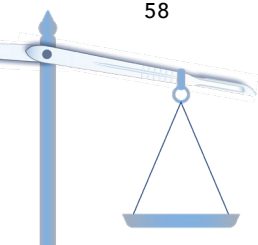
Históricamente, el consentimiento informado no siempre fue reconocido como un elemento esencial en la práctica médica. Uno de los primeros casos legales en el que se consagró el derecho del paciente a estar debidamente informado y a ejercer la autodeterminación respecto a su cuerpo se dio en Estados Unidos, en el caso *Shloendorff contra el Hospital de Nueva York*, en el que se estableció que “todo ser humano adulto y en pleno uso de sus facultades tiene derecho a determinar qué se hará con su propio cuerpo; y un cirujano que realiza una operación sin el consentimiento de su paciente comete una agresión, por lo cual es responsable de los daños”. Posteriormente, en 1957, un fallo en California determinó que “un médico viola su deber hacia su paciente y se expone a responsabilidad si retiene cualquier hecho necesario para que el paciente pueda otorgar un consentimiento informado y razonado al tratamiento propuesto; al abordar el elemento de riesgo, debe emplearse la discreción adecuada, asegurando la divulgación completa de la información esencial”. A nivel internacional, la adopción de este principio se vincula con el célebre Juicio a los Médicos celebrado en Núremberg en 1947 contra los médicos nazis, en el que se impuso la obligatoriedad de obtener el consentimiento de la parte afectada para someterse a tratamientos médicos y protocolos de investigación científica<sup>73</sup>. Hoy en día, es un elemento imprescindible en la relación médico-paciente, que se mueve desde el histórico paternalismo a un manejo más centrado en el paciente<sup>74</sup> y puede influir en la probabilidad de reclamación por su parte<sup>75</sup>.

Por otro lado, es necesario recalcar la necesidad de utilización de medidas preventivas tales como guías de práctica clínica, protocolos y recomendaciones<sup>76</sup>. En España existen guías como la Guía de Práctica



Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico, publicada en 2010 por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad <sup>77</sup>. A pesar de ello, la necesidad de profundizar en este ámbito es clara, y quedan muchos puntos a mejorar que requieren del análisis en profundidad que se plantea en este proyecto.

Así pues, hoy en día, tras la aceptación de la inevitabilidad del error en la práctica médica y por extensión en la actividad asistencial, la única estrategia posible, desde todos los enfoques, es aprender de dichos errores. Así viene haciéndose en el campo de las reclamaciones por responsabilidad profesional médica en la última década a partir de un cambio en el modelo de gestión, desde un modelo basado en el mero aseguramiento de la actividad hacia un modelo analítico y de investigación enfocado a la propuesta de recomendaciones de seguridad clínica que ha demostrado ser muy provechoso <sup>14</sup>.



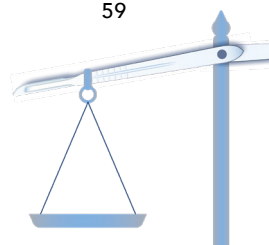
### 1.4 SEGUROS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias obliga a los médicos en ejercicio a disponer de una póliza de responsabilidad civil <sup>78</sup>. El sistema de seguros de responsabilidad profesional médica debe proporcionar una cobertura óptima y efectiva ante posibles errores de praxis, fomentar mejoras en la seguridad clínica y contribuir a la prevención de la mala praxis.

En España, las administraciones públicas asumen la condición de tomadoras de seguros de responsabilidad civil en la sanidad pública. El objetivo es garantizar la responsabilidad civil y patrimonial de sus empleados. En la sanidad privada, el artículo 46 de la Ley de las Profesiones Sanitarias obliga a “suscribir el oportuno seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicio <sup>79</sup>”. De igual manera, en ambos casos el sistema de aseguramiento de la responsabilidad profesional médica ha de promover mejoras en seguridad clínica.

En Cataluña existe desde 1986 un modelo único de seguro de responsabilidad profesional médica. Dicho modelo presenta la particularidad de ser una póliza conjunta entre el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CMCC) y el Servicio Catalán de Salud (CatSalut), con el objetivo de promover una homogeneidad en los expedientes. En este modelo la compañía aseguradora delega la gestión integral de la póliza del CCMC en el Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP), haciendo que los facultativos tomen parte en el proceso de forma directa.

El CCMC es una corporación de derecho público que integra y agrupa los cuatro colegios de médicos de Cataluña (Barcelona, Tarragona, Girona y Lleida). Se considera la principal aseguradora de responsabilidad

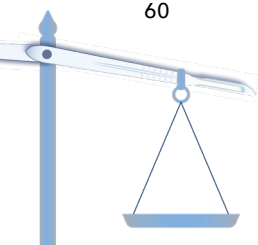


profesional de Cataluña, con más de 26000 médicos asegurados <sup>80</sup>. Es de carácter colectivo y de adhesión voluntaria. Este servicio tiene la función de tramitar cualquier reclamación, tanto judicial como extrajudicial, recibida por médicos o sociedades profesionales aseguradas. También proporciona servicio de asesoramiento en materia de responsabilidad.

El SRP recopiló información sobre 7.535 expedientes abiertos entre 1986 y 2011, con un promedio de 289,9 casos por año, alcanzando un máximo de 387 casos en 2003. Un total de 6.385 facultativos estuvieron involucrados en reclamaciones, de los cuales 1.951 estaban implicados en más de un expediente. Entre 2000 y 2011, la media anual fue de 13,8 reclamaciones por cada 1.000 asegurados <sup>81</sup>.

Un modelo centralizado permite analizar los datos sobre eventos adversos y facilita su prevención. Con base en esta información, el SRP fomenta la seguridad clínica mediante la publicación periódica de guías y la actualización del conocimiento médico-legal de los profesionales sanitarios. Además, busca controlar el aumento de reclamaciones gestionando los casos de forma extrajudicial, promoviendo la notificación, la disculpa y la adopción de medidas cuando sea necesario. Para contener el incremento de las cuotas, evita indemnizaciones desproporcionadas a través de acuerdos extrajudiciales basados en evaluaciones de expertos. Asimismo, pone a disposición de los facultativos un equipo de profesionales altamente cualificados en negociación, peritaje y defensa en responsabilidad profesional <sup>82</sup>.

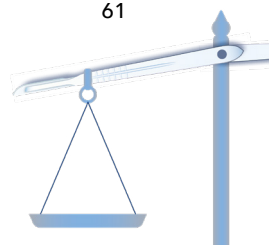
Tras la recepción del caso por el SRP, la Unidad de Medicina Legal y el equipo de letrados de dicho servicio se encargan de evaluar el caso, clasificándose como de riesgo o de defensa. El jurista, asimismo, realiza su propia evaluación, la cual predomina en caso de no coincidir. Los casos de riesgo o de características especiales se exponen a la comisión



técnica (CT) del SRP. A partir de este análisis, se procede de la siguiente manera:

- En caso de valorarse el caso como de defensa, se considera que las actuaciones realizadas por el facultativo reclamado se ajustan a la *lex artis ad hoc*.
  - Si se trata de una reclamación extrajudicial, se desestimará el caso.
  - Si se trata de una demanda o defensa, se seguirá el trámite judicial de defensa.
- En caso de valorarse el caso como de riesgo, se considera que las actuaciones realizadas por el facultativo implican un defecto de praxis. El caso se analiza por parte de todo el equipo médico-jurídico del SRP.
  - Tanto en reclamaciones extrajudiciales como judiciales, se planteará una cifra económica para tratar de llegar a un acuerdo transaccional. En caso de no lograrlo, se continuará con el proceso, ya sea extrajudicial o judicial.
  - Si la CT no considera que exista defecto de praxis, se emitirá una propuesta de desestimación en casos extrajudiciales, o bien se continuará con el proceso judicial en caso de serlo.

El hecho de que el aseguramiento catalán esté centralizado de esta manera posibilita el análisis de datos de las reclamaciones, ayuda a estandarizar las estrategias de defensa y facilita el entendimiento del sistema por parte del colectivo médico.

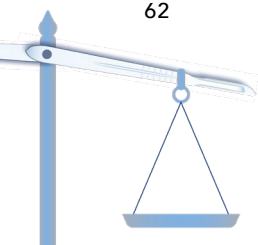


## 1.5 EL MÉDICO COMO SEGUNDA VÍCTIMA

El paciente y su entorno inmediato son, sin lugar a dudas, las primeras y más significativas víctimas de cualquier evento adverso que ocurra en el contexto de la atención médica. Estos incidentes pueden tener consecuencias devastadoras no solamente para la salud del paciente, sino también para el bienestar emocional y psicológico de sus familiares y seres queridos, quienes a menudo deben lidiar con el impacto del error médico o la complicación en el tratamiento. Sin embargo, es fundamental reconocer que el sufrimiento no se limita únicamente a los pacientes y sus familias; desde la perspectiva de la psicología, también se identifica el concepto de "segunda víctima", que se refiere al profesional de la salud implicado en el evento adverso.

Los profesionales de la salud, ya sean médicos, enfermeros o cualquier otro miembro del equipo médico, experimentan un profundo sufrimiento emocional tras un incidente adverso. La carga emocional que asumen puede ser abrumadora, ya que enfrentan no solo la culpa y la responsabilidad por el daño causado, sino también el temor a las repercusiones legales que podrían derivarse de la situación. En este contexto, el riesgo de reclamación se convierte en una preocupación significativa para los facultativos, quienes a menudo sienten que su reputación profesional y su bienestar personal están en juego. La consecuencia directa es la práctica de la medicina defensiva, en detracción de la correcta práctica clínica <sup>83</sup>.

Los procesos judiciales no solo implican una pérdida de tiempo y recursos, sino que también pueden provocar daños emocionales, personales y físicos sustanciales para el profesional involucrado <sup>84</sup>. La ansiedad, el estrés y el agotamiento son respuestas comunes ante la posibilidad de enfrentarse a un juicio, lo que puede llevar a consecuencias graves en su salud mental y física. El estudio publicado en 2010 en *Journal of the American College of Surgeons* por Bach et.al, relaciona de forma significativa los litigios

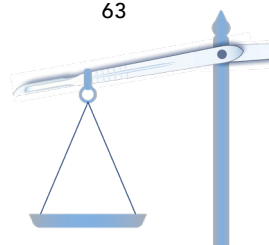


recientes con el “burnout”, la depresión y los pensamientos suicidas<sup>85</sup>. Shanafelt et. al en la revista *Annals of Surgery*, determinaron que reportar un error en los últimos 3 meses presenta una relación directa con la calidad de vida mental, los tres dominios del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y con síntomas de depresión<sup>86</sup>. Además, la experiencia de ser objeto de una reclamación puede afectar su desempeño laboral, generando un ambiente de trabajo tenso que impacta tanto en su bienestar como en la calidad de la atención que brindan a sus pacientes. Por tanto, es crucial abordar este doble impacto y crear un entorno que apoye tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud en situaciones de crisis, garantizando así una atención más compasiva y efectiva<sup>12</sup>.

A nivel psicológico, se ha identificado el "Síndrome Clínico Judicial", caracterizado por síntomas tanto físicos como mentales<sup>87</sup>. Este término fue acuñado en 1993 por el grupo de la Asociación Médica Argentina liderado por Elías Hoyo<sup>88</sup>. Este malestar puede afectar no solo el bienestar del médico, sino también su práctica profesional, fomentando conductas como la medicina defensiva<sup>89</sup>.

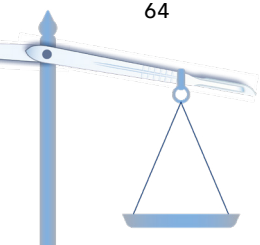
El médico puede experimentar la reclamación de distintas maneras: como un fallo personal derivado de su propia falta de competencia, lo que impacta negativamente en su autoestima, o como un factor externo, atribuible a la excepcionalidad de las circunstancias, la mala suerte, un fallo organizativo, el agotamiento por la carga laboral o emocional, e incluso el azar<sup>90</sup>.

Esta situación es una problemática que, a pesar de su relevancia, ha recibido escasa atención y análisis en el ámbito sanitario, lo que podría conducir a su infradiagnóstico. El análisis de las reclamaciones realizadas contra los profesionales sanitarios debe ir más allá de su objetivo principal, que es indudablemente la mejora de la calidad de la atención médica.

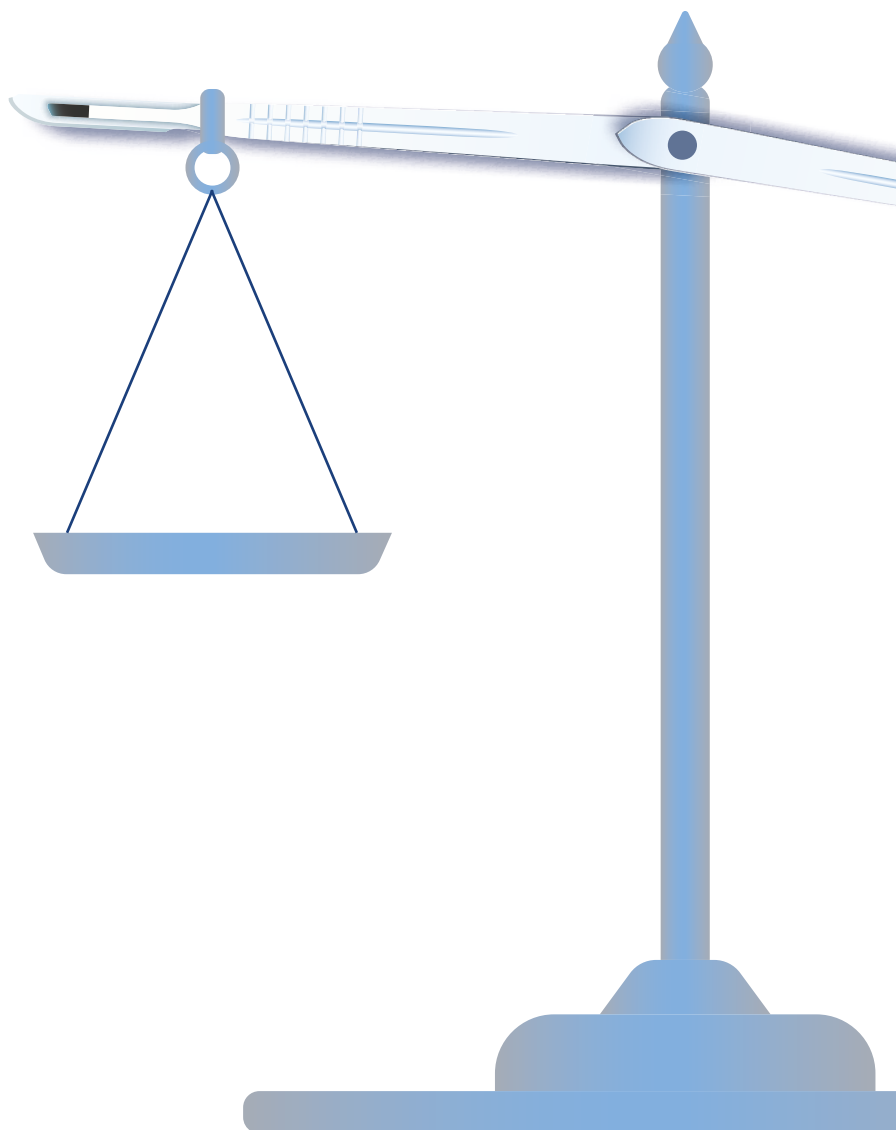




También es fundamental que se contemple como uno de los objetivos secundarios la disminución de lo que se conoce como "segundas víctimas". Por lo tanto, es imperativo que el sistema de salud no solo se enfoque en mejorar los resultados de atención al paciente, sino que también desarrolle estrategias efectivas para apoyar a los profesionales que experimentan las repercusiones emocionales de las reclamaciones.



# HIPÓTESIS

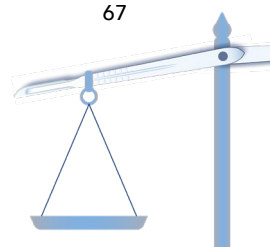


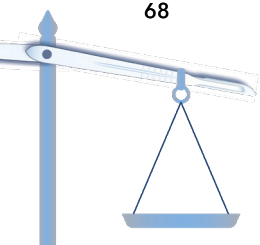


## 2. HIPÓTESIS

Las reclamaciones por presunta responsabilidad profesional médica contra profesionales de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo se resuelven con la existencia de responsabilidad (acuerdo extrajudicial o condena) en más del 50% de los casos.

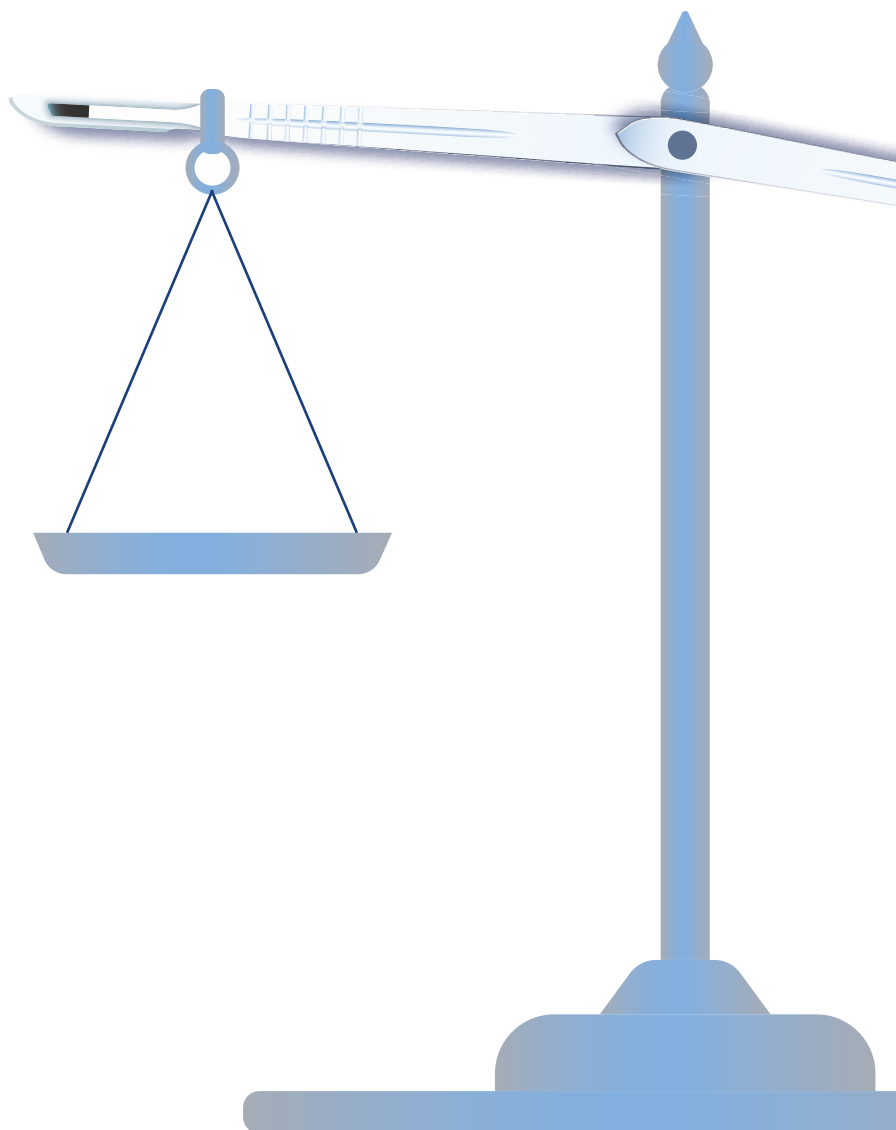
Existen factores significativamente relacionados con el acto médico que condicionan la probabilidad de recibir reclamaciones. Asimismo, es posible establecer un perfil sociodemográfico tanto del facultativo reclamado como del reclamante.





---

## OBJETIVOS





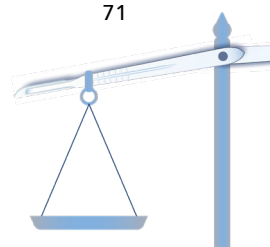
## 3. OBJETIVOS

### 3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

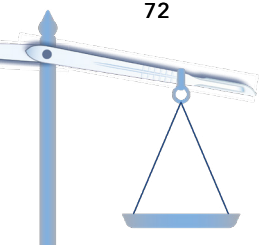
Analizar y describir las reclamaciones por responsabilidad profesional médica en el ámbito de la Cirugía General y del Aparato Digestivo en nuestro entorno, analizando el porcentaje de responsabilidad.

### 3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

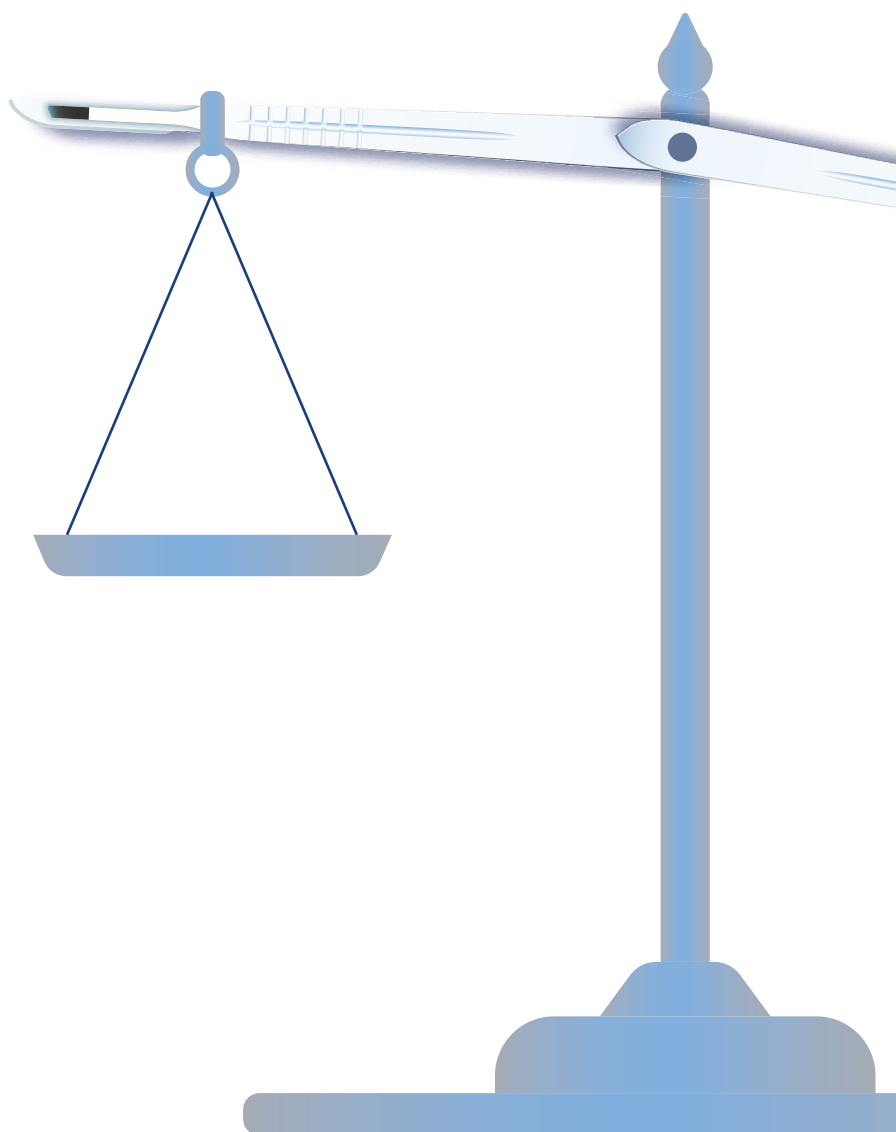
- Analizar las circunstancias en las que se llevan a cabo dichas reclamaciones para extraer recomendaciones que permitan evitarlas.
- Evaluar la influencia del perfil de cada facultativo (características demográficas, experiencia...) en la frecuencia de reclamaciones.







# METODOLOGÍA





## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 DISEÑO

Estudio epidemiológico retrospectivo, descriptivo.

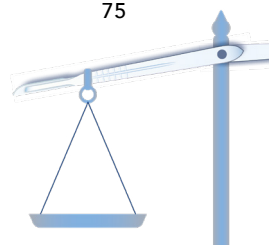
### 4.2 MUESTRA

La muestra a analizar son los expedientes de reclamaciones registrados en el Consejo del Colegio de Médicos de Cataluña (CCMC) desde 2013 hasta 2021, relacionados con la Cirugía General y del Aparato Digestivo. Para la obtención de esta muestra, durante el año 2024 la doctoranda ha tenido acceso a la documentación del SRP de Barcelona.

Para ello, se han firmado documentos de compromiso de confidencialidad, y se ha asegurado la presencia del responsable directo (Dr. Carles Martin Fumadó, uno de los directores de la tesis) durante el tiempo en el que se ha realizado la recogida de datos.

Cada caso de reclamación tiene un expediente registrado en el programa informático del SRP. Dichos expedientes incluyen todos los documentos relacionados con cada caso:

- La reclamación inicial.
- La respuesta inicial del colegio de médicos.
- Informes periciales de los casos.
- Documentación aportada por el reclamante (historia clínica y otros documentos que puedan tener relación con el caso).
- Resolución (civil / judicial) del caso, o bien sobreseimiento del mismo.
- Datos del médico reclamado (aseguranza, documentación).



## 4.3 ESTRUCTURACIÓN DE DATOS

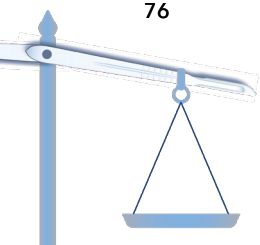
La plataforma elegida para la recogida de datos ha sido Microsoft Excel. Se han confeccionado varios documentos (un total de 10):

1. Hoja de recogida de datos principal.
2. Hoja de expedientes erróneos.
3. Hojas por especialidad: Cirugía bariátrica
4. Cirugía colorrectal
5. Cirugía de mama
6. Cirugía endocrina
7. Cirugía esofagogástrica
8. Cirugía hepatobiliar
9. Cirugía de pared abdominal
10. Otros

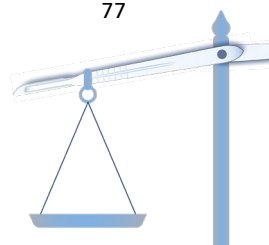
### 4.3.1 Hoja de recogida de datos principal

En la hoja de recogida de datos principal, las filas son expedientes de reclamación, y las columnas son los ítems a analizar. Los ítems recogidos son los siguientes:

1. Número de expediente
2. Año de incoación
3. Año de resolución
4. Sexo del paciente
5. Fecha de nacimiento del paciente
6. Provincia del acto médico reclamado
7. Fecha de conocimiento de la reclamación
8. Número de facultativos reclamados
9. Sexo facultativo
10. Fecha nacimiento facultativo



11. Año de aseguramiento
12. Ámbito asistencial (privado/público/sin datos)
13. Área asistencial (quirófano/urgencias/planta/CCEE)
14. Tipo de actuación (médica/quirúrgica)
15. Tipo de patología (maligna/benigna)
16. Asistencia urgente/no urgente
17. Reclama por error diagnóstico (no diagnóstico/error/retraso/no procede)
18. Reclama por error quirúrgico (error quirúrgico/resultado insuficiente/retraso/no procede)
19. Reclama por manejo clínico (error en medicación/error en dieta/error en cuidados/error en decisión terapéutica/otros/no procede)
20. Reclama por complicación (esperable/no esperable/no procede)
21. Tipo de complicación (técnica quirúrgica/olvido de material/complicación infecciosa/exitus/otros/no procede)
22. Reclama por error de comunicación (falta de información/información incorrecta/trato incorrecto/otros/no procede).
23. Tipo de reclamación (extrajudicial/judicial)
24. Reclamación judicial (civil/penal/contencioso-administrativa/no procede).
25. Praxis riesgo evaluado por la unidad médico legal – UML (sí/no/no procede)
26. Praxis riesgo por experto externo (sí/no/no consta o no procede)
27. Cuantía reclamación en euros
28. Cuantía valorada por la UML en euros
29. Acuerdo extrajudicial (sí/no/no consta)
30. Condena judicial (sí/no/no consta)
31. Sobreseimiento (sí/no/no consta o no procede)
32. Indemnización en euros por acuerdo extrajudicial
33. Indemnización en euros por sentencia judicial
34. Desestimación/renuncia del paciente a seguir reclamando
35. Documento de consentimiento informado correcto
36. Documento de consentimiento informado completo



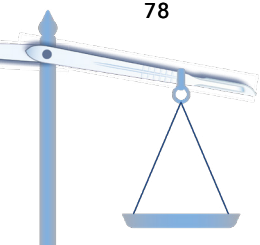
A la hora de realizar recogida de datos en esta hoja de Excel, han surgido algunas complicaciones.

La complicación principal ha sido la dificultad para el hallazgo de ciertos datos en algunos expedientes. Para solventarlo, se hizo inicialmente una primera revisión del conjunto de la muestra en la que se marcaban en amarillo los datos ausentes. Se dedicó una segunda revisión de los expedientes con celdas marcadas en amarillo a buscar estos datos de manera más exhaustiva y en otras áreas del programa, así como con ayuda del Dr. Martín, director de esta tesis, logrando solucionar la mayoría. Los datos que realmente estaban ausentes han quedado marcados en naranja, y datos que en algún momento podrían recuperarse (como fecha de resolución en casos aún no resueltos), en amarillo.

Por otro lado, al diseñar la hoja de Excel no se tuvo en cuenta que en algunos casos se realiza la reclamación a más de un facultativo. Esto se solventó duplicando las filas en las que había más de un médico reclamado, modificando en ellas solamente las columnas relativas a los datos del facultativo. De esta manera, a la hora de hacer el análisis estadístico podrán fusionarse las filas con el mismo número de expediente, o bien separarlas a la hora de analizar las características de los médicos reclamados.

De esta forma, el Excel tiene 351 filas, número correspondiente a la cantidad de facultativos reclamados. El número de expedientes de reclamaciones es 159.

Finalmente, el programa informático del SRP tenía codificados algunos expedientes de otras especialidades como de cirugía general, un total de 35. Estos expedientes se han descartado, reduciendo la N inicial, y añadiendo el sesgo de que existe la posibilidad de que existan expedientes de cirugía general clasificados como de otra especialidad.

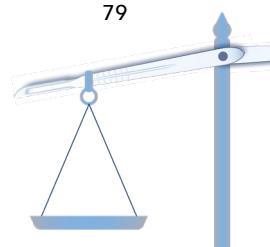


### 4.3.2 Hoja de expedientes erróneos

A lo largo de la recogida de datos, se ha creado una hoja de Excel en la que se han recogido los expedientes que el programa informático había clasificado de forma errónea (35).

### 4.3.3 Hojas por especialidad

Se ha creado una hoja de Excel individual por cada expediente, que incluye el número de expediente y un breve resumen de la causa de la reclamación. El objetivo es poder realizar subanálisis por especialidad de las causas (o tipos de cirugía) más probables de ser subsidiarias de reclamación.





## 4.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

### 4.4.1 Transformación y preparación de los datos

Los datos, inicialmente registrados en una base de datos en Excel, se han transformado al programa Stata para su análisis. Esta transformación ha permitido una organización adecuada de las variables y su posterior tratamiento estadístico.

### 4.4.2 Análisis descriptivo

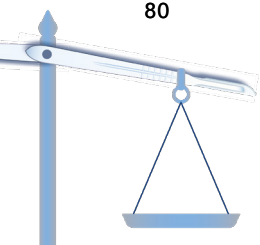
En la fase descriptiva, se han resumido las variables categóricas mediante el recuento de casos válidos y el cálculo del porcentaje correspondiente a cada categoría de respuesta. Para las variables cuantitativas, se han calculado la media, la desviación estándar y el recuento de casos válidos. Estos resúmenes descriptivos han permitido obtener una visión general de las características principales de los datos.

No se han utilizado otras medidas como la mediana o el rango intercuartílico porque esta fase del análisis tenía un enfoque exploratorio y buscaba una visión general homogénea de los datos. Aunque algunas variables no presentaran una distribución normal estricta, se consideró que las desviaciones no eran lo suficientemente relevantes como para justificar un tratamiento diferenciado en esta etapa descriptiva.

### 4.4.3 Análisis inferencial

En la fase inferencial, se han realizado comparaciones entre variables utilizando diferentes pruebas estadísticas, seleccionadas según las características de los datos:

- Para comparar dos variables categóricas, se ha utilizado la prueba de chi cuadrado.



- En el caso de comparar una variable continua entre dos grupos, se ha empleado la prueba t de Student para datos independientes o, cuando las características de la variable continua lo han requerido, su alternativa no paramétrica, la prueba U de Mann-Whitney.
- Para comparar una variable continua entre más de dos grupos, se ha aplicado el análisis de varianza (ANOVA).

Estas pruebas han permitido evaluar las relaciones y diferencias significativas entre las variables, contribuyendo al análisis global de los datos y a la generación de conclusiones relevantes para el estudio.

### 4.4.4 Control de calidad de la base de datos

La base de datos inicial cuenta con 350 registros correspondientes a 221 expedientes. Durante el proceso de revisión, se identifican y corrigen duplicados, registros vacíos y errores en la clasificación de las complicaciones.

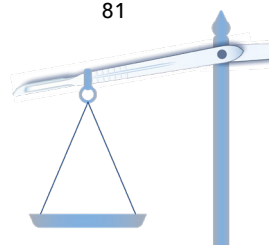
Se eliminan 16 expedientes por corresponder a otras especialidades, estando registrados de manera incorrecta.

Se eliminan asimismo otros 14 expedientes por falta de información relevante.

Finalmente, se conservan un total de 317 registros correspondientes a 191 expedientes. Este proceso garantiza que la información utilizada para el análisis sea coherente y representativa.



*Figura 4. Control de calidad de la base de datos.*



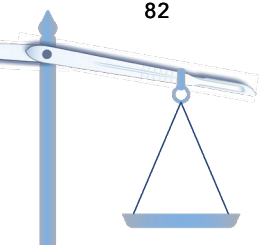
## 4.5 ASPECTOS ÉTICOS O MÉDICO-LEGALES DE LA INVESTIGACIÓN

El proyecto de investigación ha sido presentado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

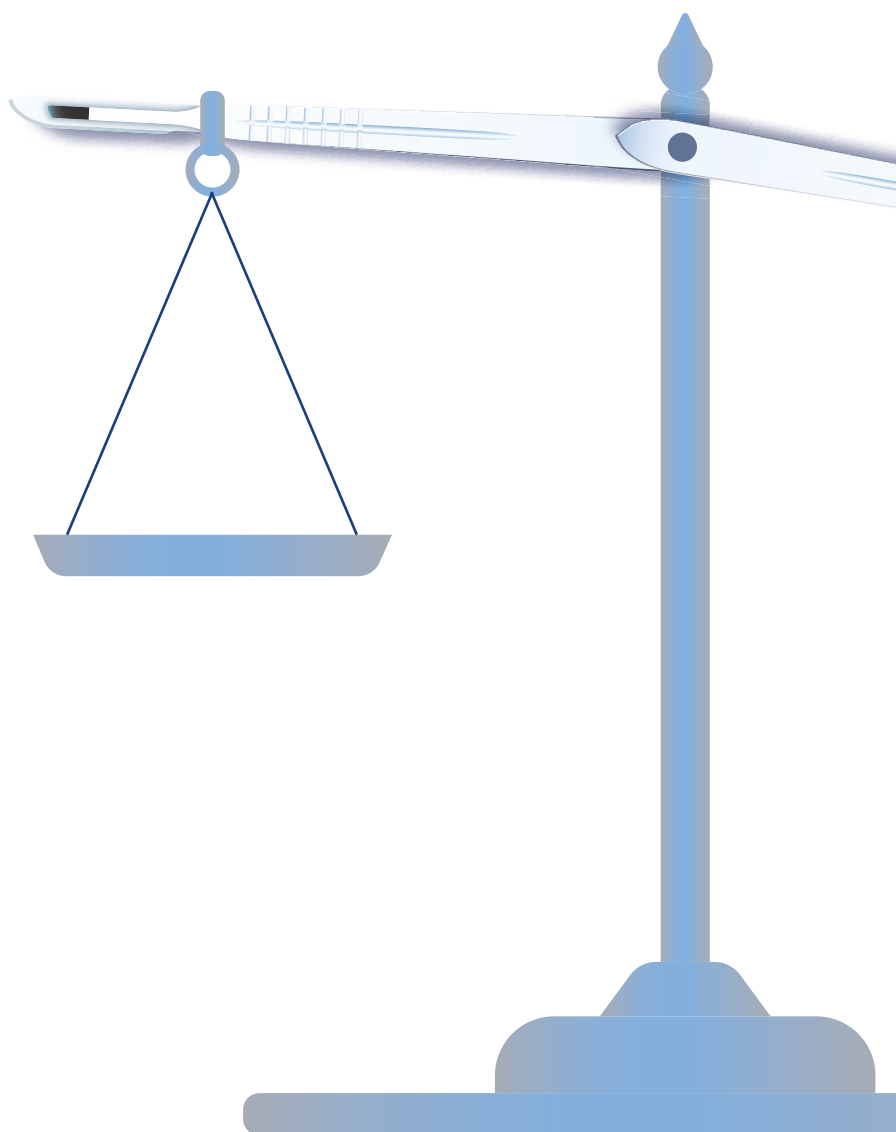
Previamente se firmó un compromiso de confidencialidad, para acceder, en virtud de la realización de la tesis doctoral, a la información del Área de Responsabilidad Civil Profesional del Colegio de Médicos de Barcelona. En el documento se hizo constar que la información será facilitada siempre de forma anonimizada, sin que en ningún caso puedan ser identificadas ni identificables personas físicas, ya sean pacientes, familiares o profesionales intervinientes. Y todo ello, a fin de cumplir con las prescripciones del código deontológico de la profesión así como con la normativa vigente en protección de datos de carácter personal de conformidad con las disposiciones del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 <sup>91</sup>, relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales ya la libre circulación de estos datos, así como a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

## 4.6 CONFLICTOS DE INTERÉS

El proyecto de investigación que se presenta es original y no existen fuentes de financiación que puedan acarrear conflictos de interés.



# RESULTADOS





## 5. RESULTADOS

### 5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

#### 5.1.1 Perfil del reclamante

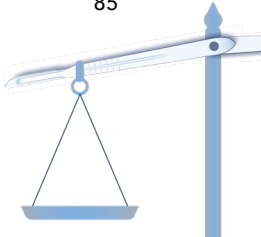
El análisis del perfil de los reclamantes permite identificar características demográficas clave, como el sexo y la edad, que pueden influir en la frecuencia y naturaleza de las reclamaciones en cirugía general. Estos datos ofrecen una visión general de los pacientes que presentan reclamaciones, ayudando a comprender mejor las dinámicas subyacentes en este tipo de conflictos.

#### Sexo del reclamante

El análisis de género muestra que las mujeres representan el 57.59% de los reclamantes, mientras que los hombres constituyen el 42.41%. Esta distribución refleja una mayor proporción de mujeres que presentan reclamaciones en el ámbito de la cirugía general. Este dato se obtiene mediante una tabulación de frecuencias simples, que permite analizar la proporción de cada género en la muestra total.

Sexo Del Paciente	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
Hombre	81	42.41	42.41
Mujer	110	57.59	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 2. Sexo del paciente.



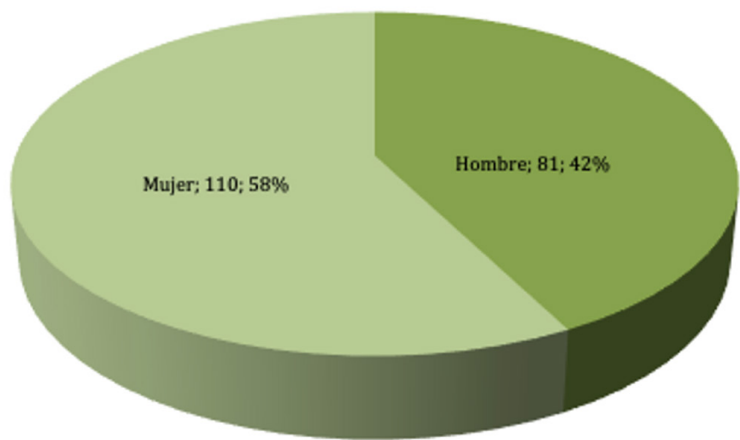


Figura 5. Sexo del reclamante.

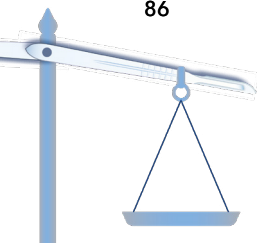
Edad del reclamante

Edad en el momento de incoación del expediente

La edad media de los reclamantes en el momento de la incoación del expediente es de 52 años, con una desviación estándar de 16 años. El rango de edades abarca desde los 12 hasta los 90 años, indicando que las reclamaciones se producen en una amplia variedad de etapas de la vida.

Variable	Observaciones	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Edad	178	52.07865	16.05937	12	90

Tabla 3. Edad del reclamante.



Edad por sexo

Para analizar la relación entre la edad y el sexo de los reclamantes, se realiza un test t de muestras independientes con varianzas iguales. Los resultados muestran medias similares: 52.42 años para los hombres y 51.82 años para las mujeres, con intervalos de confianza del 95% que se solapan ampliamente. El valor p obtenido (0.8077) indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en la edad promedio entre ambos géneros.

T test de dos muestras con varianzas iguales:

Grupo	Obs	Promedio	Desviación Estándar	[Intervalo de Confianza al 95%]
Hombre	77	52.41558	14.81496	49.053, 55.77817
Mujer	101	51.82178	17.01552	48.46271, 55.18086
Combinado	178	52.07865	16.05937	49.7032, 54.4541
Diferencia		0.5938022		-4.213862, 5.401467

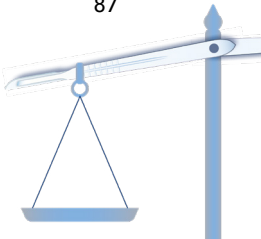
Prueba t:

- Diferencia = Promedio(Hombre) - Promedio(Mujer)
- $t = 0.2438$
- Grados de Libertad = 176

Valores P:

- $H_a: \text{Diferencia} < 0: \Pr(T < t) = 0.5961$
- $H_a: \text{Diferencia} \neq 0: \Pr(|T| > |t|) = 0.8077$
- $H_a: \text{Diferencia} > 0: \Pr(T > t) = 0.4039$

Tabla 4. Edad por sexo.





5.1.2 Perfil del reclamado

Sexo del reclamado

El análisis de género de los facultativos reclamados muestra que los hombres representan el 77.29% de los reclamados, mientras que las mujeres son solamente un 22.71%. Este dato se obtiene mediante una tabulación de frecuencias simples, que permite analizar la proporción de cada género en la muestra total.

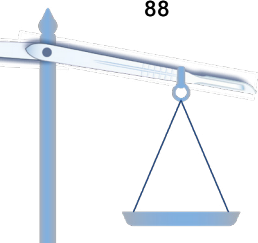
	Hombre	Mujer	Total
Total	245	72	317
	77.29%	22.71%	100.00%

Tabla 5. Sexo del reclamado.

Edad del reclamado

Esta tabla muestra el análisis de la edad de los facultativos reclamados, segmentada por sexo. Se realizó una prueba t de dos muestras con varianzas desiguales para comparar la edad promedio de los facultativos hombres y mujeres. La media de edad de los facultativos hombres (53.39 años) es significativamente mayor que la de las mujeres (40.63 años) , con una diferencia de 12.96 años.

La media de edad total es de 50.44 años.



## RESULTADOS

Prueba t de dos muestras con varianzas iguales:

Grupo	Observaciones	Media	Error Estándar	Desviación Estándar	[Intervalo de Confianza al 95%]
Hombre	206	53.59223	0.7343884	10.54046	52.14431, 55.04016
Mujer	66	40.63636	1.187863	9.650247	38.26404, 43.00869
Combinado	272	50.44853	0.7105831	11.71924	49.04956, 51.84749
Diferencia		12.95597	1.461544		10.0784, 15.83334

Prueba t:

- $t = 8.8645$
- $H_0: \text{diff} = 0$
- Grados de libertad = 270

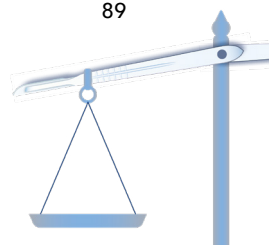
Pruebas de hipótesis:

- $\Pr(T < t) = 1.0000$
- $\Pr(|T| > |t|) = 0.0000$
- $\Pr(T > t) = 0.0000$

**Tabla 6.** Edad del reclamado, segmentada por sexo.

### 5.1.3 Distribución temporal y geográfica

Los expedientes se inician entre los años 2013 y 2020. Se observa un incremento notable en 2015, que concentra el 19.37% de los casos. Este análisis se realiza mediante una tabulación de frecuencias por año de inicio del expediente, que permite observar la evolución temporal de las reclamaciones. En cuanto a la distribución geográfica, el 84.82% de las reclamaciones se localizan en la provincia de Barcelona, seguida por Tarragona con un 7.33%, Girona con un 4.71%, y Lleida con un 3.14%. Esta distribución se analiza también mediante frecuencias, permitiendo identificar las provincias con mayor incidencia.



Año de Incoación Del Expediente	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
2013	29	15.18	15.18
2014	20	10.47	25.65
2015	37	19.37	45.03
2016	29	15.18	60.21
2017	22	11.52	73.71
2018	20	10.47	82.20
2019	15	7.82	90.05
2020	19	9.95	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 7. Año de incoación del expediente.

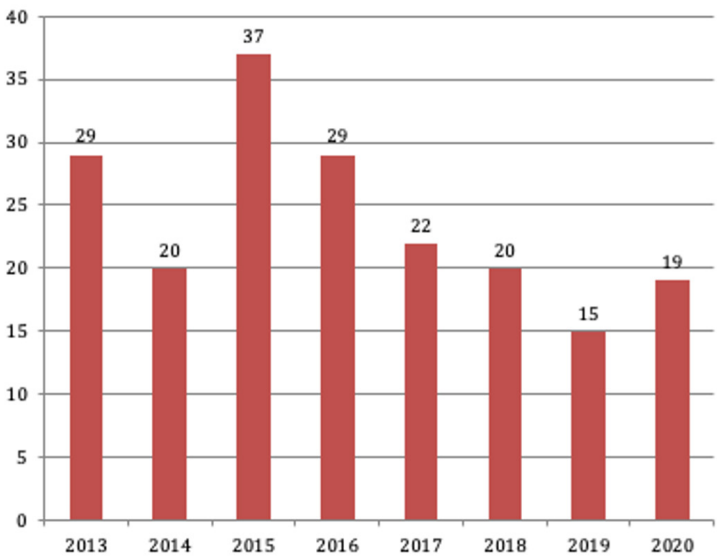
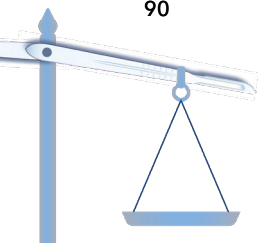


Figura 6. Año de incoación del expediente.



Provincia	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado [%]
Barcelona	162	84.82	84.82
Girona	9	4.71	89.53
Lleida	6	3.14	92.67
Tarragona	14	7.33	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 8. Provincia de la reclamación.

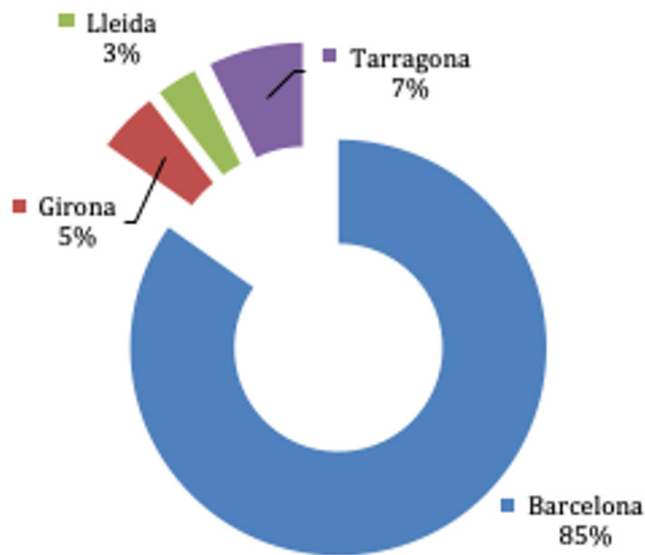
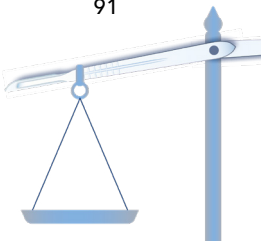


Figura 7. Provincia de la reclamación.



5.1.4 Número de facultativos reclamados

En el 64.40% de los expedientes se reclama contra un único facultativo, mientras que en el 19.90% se involucran dos facultativos y en el 15.71% más de dos. Este análisis se realiza mediante una tabulación de frecuencias simples para observar la distribución de las reclamaciones según el número de facultativos implicados.

Número De Facultativos Reclamados	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
1	123	64.40	64.40
2	38	19.90	84.29
>2	30	15.71	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 9. Número de facultativos reclamados.

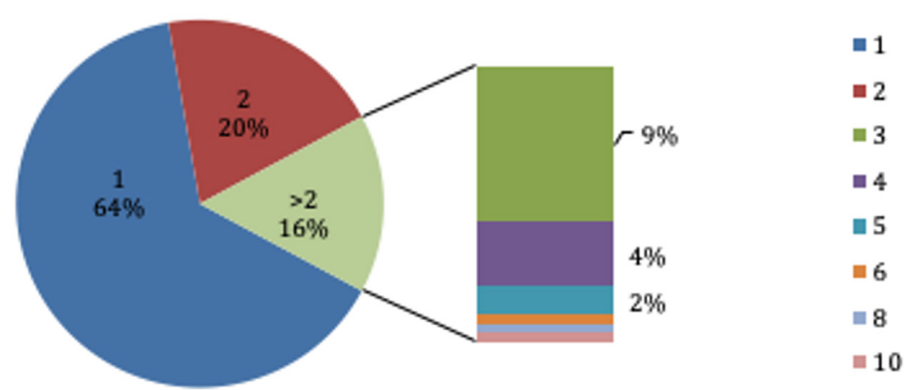
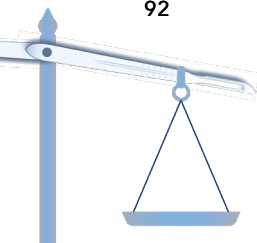


Figura 8. Número de facultativos reclamados.



5.1.5 Ámbito asistencial y área reclamada

El 68.59% de las reclamaciones tienen lugar en el ámbito privado, mientras que el 30.89% ocurren en el ámbito público. Este análisis se lleva a cabo mediante una tabulación de frecuencias que permite comparar la incidencia de reclamaciones entre ambos ámbitos.

En uno de los casos no constaba si la reclamación había sido llevada a cabo en el ámbito público o en el privado.

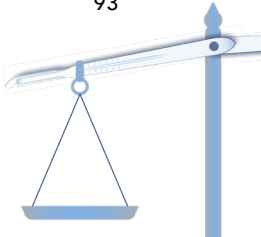
En cuanto a las áreas asistenciales, el 75.39% de las reclamaciones se asocian con procedimientos realizados en quirófanos, seguidas de urgencias con un 11.52%, y hospitalización en planta con un 6.81%. La distribución de las áreas asistenciales también se analiza mediante frecuencias.

Ámbito asistencial	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
(Vacío)	1	0.52	0.52
Privado	131	68.59	69.11
Público	59	30.89	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 10. Ámbito asistencial.

Área asistencial	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
CAP	1	0.52	0.52
CCEE	11	5.76	6.28
Planta	13	6.81	13.09
Quirófano	144	75.39	88.48
Urgencias	22	11.52	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 11. Área asistencial.



5.1.6 Subespecialidades más reclamadas

Las reclamaciones se concentran principalmente en cirugía colorrectal, que representa el 27.75% del total, seguida por cirugía hepatobiliar con un 17.28% y cirugía de pared abdominal con un 14.14%. Este análisis se realiza mediante una tabulación de frecuencias por subespecialidad, lo que permite identificar las áreas quirúrgicas con mayor incidencia de reclamaciones.

Subespecialidad reclamada	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
Cirugía bariátrica	18	9.42	9.42
Cirugía colorrectal	53	27.75	37.17
Cirugía de mama	6	3.14	40.31
Cirugía de pared abdominal	27	14.14	54.45
Cirugía endocrina	9	4.71	59.16
Cirugía esofagogástrica	10	5.24	64.40
Cirugía hepatobiliar	33	17.28	81.68
Otros	35	18.32	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 12. Subespecialidad reclamada.

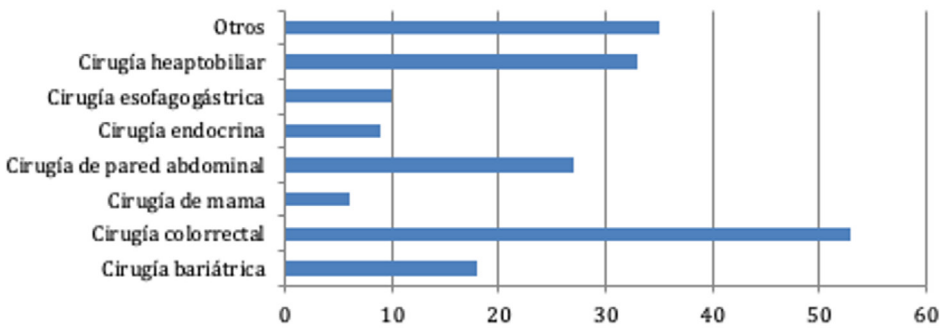
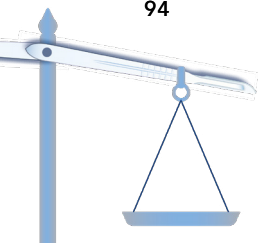


Figura 9. Subespecialidad reclamada.



5.1.7 Tipo de actuación

El 80.10% de las reclamaciones están relacionadas con intervenciones quirúrgicas, mientras que el 19.90% corresponden a actos médicos no quirúrgicos. Este análisis utiliza una tabulación de frecuencias para identificar la proporción de cada tipo de actuación.

Actuación médica/quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
Médica	38	19.90	19.90
Quirúrgica	153	80.10	100.00
Total	191	100.00	

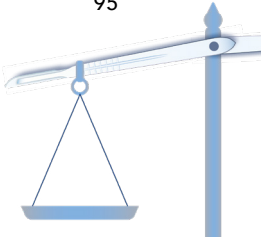
Tabla 13. Actuación médica / quirúrgica.

5.1.8 Benignidad o malignidad de la patología

La mayoría de las reclamaciones, el 80.63%, están relacionadas con patologías benignas, mientras que el 19.37% están asociadas con patologías malignas. Este análisis se realiza mediante una tabulación de frecuencias para comparar la incidencia de las reclamaciones según el tipo de patología.

Tipo de patología	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
Benigna	154	80.63	80.63
Maligna	37	19.37	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 14. Benignidad o malignidad de la patología.





5.1.9 Urgencia de la asistencia

El 74.87% de las reclamaciones están relacionadas con asistencia no urgente, mientras que el 25.13% corresponden a casos de asistencia urgente. Este análisis se realiza mediante una tabulación de frecuencias para observar la distribución de las reclamaciones según la urgencia del acto médico. La diferencia en la proporción de reclamaciones entre ambos tipos de asistencia refleja una mayor prevalencia de reclamaciones en contextos planificados, aunque una proporción considerable también surge en situaciones de urgencia.

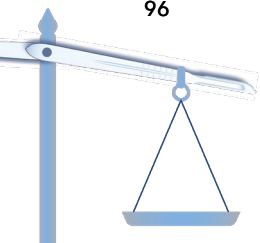
Asistencia	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
No urgente	143	74.87	74.87
Urgente	48	25.13	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 15. Urgencia de la asistencia.

5.1.10 Causas de reclamación

El análisis de las causas de reclamación permite identificar los principales motivos que llevan a los pacientes a presentar quejas en el ámbito de la cirugía general. Estas causas se han agrupado en diferentes categorías que incluyen errores en diagnóstico, errores quirúrgicos, manejo clínico, complicaciones derivadas del acto médico y problemas relacionados con la comunicación. A continuación, se detalla cada una de estas categorías.

En todas ellas se ha incluido una opción denominada "*No procede*", que se marca cuando el caso no corresponde a esa categoría concreta, permitiendo así clasificar cada reclamación en una única causa principal.



Error diagnóstico

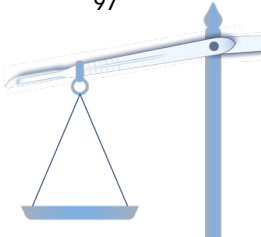
El 7.33% de las reclamaciones se deben a errores en el diagnóstico, mientras que el 8.90% están relacionadas con retrasos en el diagnóstico. Por otro lado, el 1.57% de las reclamaciones se clasifican como casos en los que no se llega a un diagnóstico. El 82.20% de los casos no procede en esta categoría. Este análisis se lleva a cabo mediante una tabulación de frecuencias que permite identificar la proporción de casos en cada subcategoría.

Reclama por Error Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
Error	14	7.33	7.33
No diagnóstico	3	1.57	8.90
No procede	157	82.20	91.10
Retraso	17	8.90	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 16. Reclamación por error diagnóstico.

Error quirúrgico

El 47.12% de las reclamaciones están relacionadas con errores quirúrgicos. Dentro de esta categoría, el 7.33% se deben a resultados considerados insuficientes y el 2.62% a retrasos en la intervención quirúrgica. El 42.93% de los casos no procede en esta categoría. Este análisis utiliza una tabulación de frecuencias para desglosar los tipos de errores quirúrgicos reportados.



Reclama por Error Quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
Error quirúrgico	90	47.12	47.12
No procede	82	42.93	90.05
Resultado insuficiente	14	7.33	97.38
Retraso	5	2.62	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 17. Reclamación por error quirúrgico.

Manejo clínico

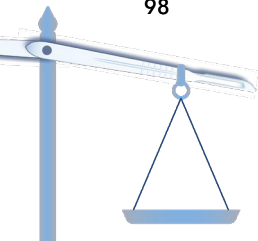
El 12.04% de las reclamaciones están relacionadas con errores en la decisión terapéutica, mientras que el 1.05% corresponden a errores en los cuidados proporcionados. El 86.39% de los casos no procede en esta categoría. Este análisis también se realiza mediante una tabulación de frecuencias para identificar los principales problemas en el manejo clínico.

Reclama por Manejo Clínico	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
Error en cuidados	2	1.05	1.05
Error en decisión terapéutica	23	12.04	13.09
No procede	165	86.39	99.48
Otros	1	0.52	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 18. Reclamación por manejo clínico.

Reclamación por complicación

El 63.87% de las reclamaciones por complicaciones se deben a resultados considerados esperables, mientras que el 15.18% están relacionadas con complicaciones no esperables. El 20.94% de los casos no procede en esta categoría.



Complicación	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
Esperable	122	63.87	63.87
No esperable	29	15.18	79.06
No procede	40	20.94	100.00
Total	191	100.00	

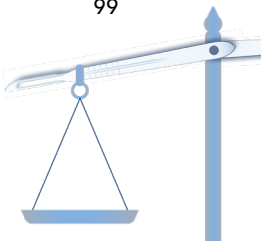
Tabla 19. Reclamación por complicación.

Tipo de complicación

El 14.21% de las reclamaciones de la muestra son debidas a complicaciones. Dentro de las reclamaciones relacionadas con complicaciones, el 37.70% están asociadas con problemas en la técnica quirúrgica, el 15.71% con fallecimientos (exitus) y el 7.33% con complicaciones infecciosas. Además, el 15.71% se clasifican como “otros” tipos de complicaciones, mientras que un 2.62% se deben al olvido de material quirúrgico. El 20.94% de los casos no procede en esta categoría. Este análisis se realiza mediante una tabulación de frecuencias para identificar la proporción de cada tipo de complicación.

Tipo de complicación	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
Complicación infecciosa	14	7.33	7.33
No procede	41	21.47	28.80
Olvido de material	5	2.62	31.41
Otros	29	15.18	46.60
Técnica quirúrgica	72	37.70	84.29
Éxitus	30	15.71	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 20. Tipo de complicación.



Error de comunicación

El 8.90% de las reclamaciones están relacionadas con la falta de información proporcionada a los pacientes, mientras que el 1.57% se deben a un trato considerado incorrecto. El 89.01% de los casos no procede en esta categoría. Este análisis se realiza mediante una tabulación de frecuencias que permite observar los principales problemas reportados en la comunicación entre los pacientes y los facultativos.

Reclama por error de comunicación	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
Falta de información	17	8.90	8.90
No procede	170	89.01	97.91
Otros	1	0.52	98.43
Trato incorrecto	3	1.57	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 21. Tipo por error de comunicación.

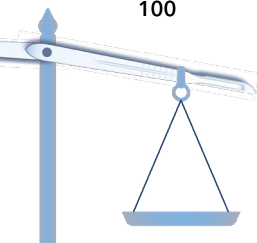
5.1.11 Reclamación extrajudicial o judicial

Las reclamaciones inician de forma extrajudicial en el 61.26% del total de los casos, mientras que las judiciales representan el 38.74%.

Tipo de reclamación	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
Extrajudicial	117	61.26	61.26
Judicial	74	38.74	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 22. Reclamación extrajudicial o judicial.

Si consideramos como judiciales las que finalizan el proceso de esta manera, la cifra disminuye, ya que hay reclamaciones que inician vía judicial y que se resuelven vía extrajudicial. De estas reclamaciones judiciales, el 56.70% son civiles, el 42.27% son penales, y el 1.03% son contencioso-administrativas.



Reclamación judicial	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado [%]
Civil	55	56.70	56.70
Contencioso-administrativa	1	1.03	57.73
Penal	41	42.27	100.00
Total	97	100.00	

Tabla 23. Tipo de reclamación judicial.

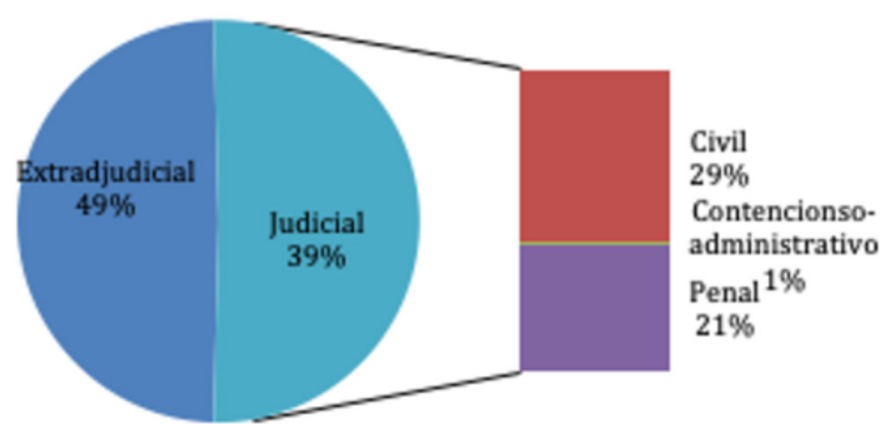


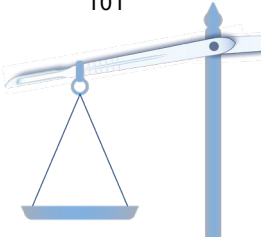
Figura 10. Tipo de reclamación.

5.1.12 Cuantía de las reclamaciones

El análisis de la cuantía de las reclamaciones muestra que, de los 191 casos, el 50.79% tienen una cuantía económica definida. En estos casos, la cuantía reclamada oscila entre un mínimo de 2,021.20 € y un máximo de 1,170,238 €, con una media de 165,559 € y una desviación estándar de 212,439.40 €. Este análisis se basa en estadísticas descriptivas que permiten resumir los valores principales de la muestra.

Variable	Observaciones	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Cuantía	97	165,559	212,434.4	2,021.2	1,170.238

Tabla 24. Cuantía de las reclamaciones, media.



En cuanto a los percentiles, el 25% de las reclamaciones tienen una cuantía igual o inferior a 33,101.14 €, mientras que el 50% no superan los 107,969 €, lo que corresponde a la mediana. Por otro lado, el 75% de las reclamaciones tienen una cuantía igual o inferior a 207,845.80 €. Estos percentiles permiten identificar los valores que dividen a la muestra en tramos, ofreciendo una visión más detallada de la distribución de las cuantías reclamadas y destacando la presencia de casos extremos con cantidades significativamente más altas.

Variable	Observaciones	Percentil	Centil	Binom. interp. (Intervalo de Confianza 95%)
Cuantía	97	25	33,101.14	23,552.84-55,463.47
		50	107,969	76,784.1 - 133,004.8
		75	207,845.8	148,721.5 - 300,301.8

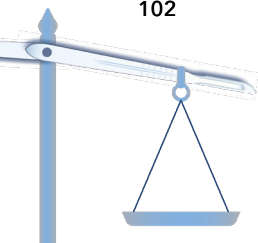
Tabla 25. Cuantía de las reclamaciones, percentil.

5.1.13 Riesgo de la reclamación

Según la Unidad de Medicina Legal (UML), el 44.50% de las reclamaciones presentan un riesgo de mala praxis, mientras que el 54.45% no presentan dicho riesgo. En el 1.05% de los casos, no consta el documento de evaluación del riesgo en la base de datos.

Praxis Riesgo UML	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
No	104	54.45	54.45
No consta	2	1.05	55.50
Sí	85	44.50	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 26. Riesgo UML.



Además, la UML estima una cuantía indemnizatoria en todos los casos. La cuantía UML oscila entre un mínimo de 381.95 € y un máximo de 474,341.70 €, con una media de 72,767.45 € y una desviación estándar de 87,493.87 €. Este análisis permite identificar tanto la proporción de casos con riesgo como las estimaciones económicas asociadas realizadas por la UML.

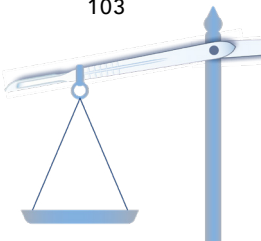
Variable	Observaciones	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Cuantía UML	11	72,767.45	87,493.87	381.95	474,341.7

Tabla 27. Cuantía UML.

En el 13.09% de las reclamaciones, hay un experto externo que determina la existencia de un riesgo de mala praxis. En el 21.99% de los casos, no se identifica riesgo, mientras que en el 64.92% no consta la información correspondiente en la base de datos. Este análisis complementa la evaluación realizada por la UML, permitiendo comparar los resultados obtenidos por diferentes instancias en la valoración del riesgo asociado a las reclamaciones.

Riesgo por experto externo	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
No	42	21.99	21.99
No procede/No consta	124	64.92	86.91
Sí	25	13.09	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 28. Riesgo experto externo.





5.1.14 Resultado de las reclamaciones

En la siguiente tabla se detalla cuántos expedientes se resolvieron en los años analizados.

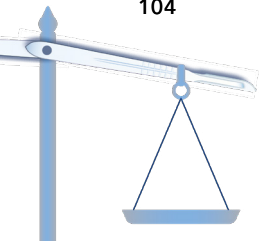
Año de resolución	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
2013	2	1.05	1.05
2014	8	4.19	5.24
2015	15	7.85	13.09
2016	18	9.42	22.51
2017	16	8.38	30.89
2018	35	18.32	49.21
2019	21	10.99	60.21
2020	17	8.90	69.11
2021	24	12.57	81.68
2022	19	9.95	91.62
2023	1	0.52	92.15
-	15	7.85	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 29. Año de resolución.

Por otro lado, de los 191 expedientes, 15 se hallan todavía pendientes de resolución (o no consta la misma).

Estado del expediente	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
Resuelto	176	92.15	92.15
Pendiente/NC	15	7.85	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 30. Estado del expediente.



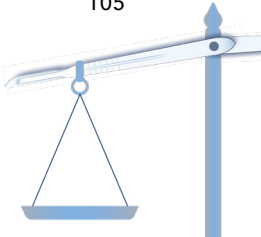
5.1.14.1 Años desde la incoación hasta la resolución de los expedientes

Se realiza un análisis descriptivo de los tiempos transcurridos entre la incoación y la resolución de los expedientes. Los resultados muestran que la mayoría de los casos (35.6%) se resuelven en un periodo de entre 1 y 3 años, mientras que un 28.3% se resuelve en menos de un año. Por otro lado, el 22.5% de los casos tarda entre 3 y 5 años en resolverse, y un 13.6% supera los 5 años.

Tiempo de resolución	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
0	12	6.82	6.82
1	47	26.70	33.52
2	47	26.70	60.23
3	34	19.32	79.55
4	12	6.82	86.36
5	13	7.39	93.75
6	7	3.98	97.73
7	2	1.14	98.86
8	1	0.57	99.43
9	1	0.57	100.00
Total	176	100.00	

Tabla 31. Tiempo de resolución.

Además, se realiza un análisis estadístico adicional que incluye medidas de tendencia central y dispersión. La media de los años transcurridos entre la incoación y la resolución es de 2.43 años. La desviación estándar es de 1.7 años, lo que refleja una variabilidad moderada en los tiempos de resolución. El rango oscila entre un mínimo de 0 años y un máximo de 9 años.



	Observaciones	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Tiempo de resolución	176	2.4375	1.702624	0	9

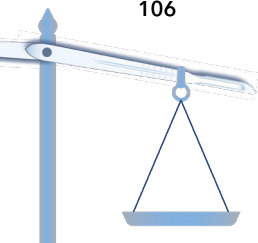
Tabla 32. Tiempo de resolución, media.

5.1.14.2 Años desde la fecha de conocimiento de la reclamación hasta la resolución

A través de un análisis descriptivo, se evalúan los tiempos desde que se conoce la reclamación hasta su resolución. En el 40% de los casos, este periodo es inferior a un año, mientras que el 35% se resuelve en un plazo de entre 1 y 3 años. Por otro lado, un 25% de los expedientes supera los 3 años hasta su resolución.

Conocimiento resolución	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
0	11	5.76	5.76
1	51	26.70	32.46
2	45	23.56	56.02
3	31	16.23	72.25
4	12	6.28	78.53
5	11	5.76	84.29
6	7	3.66	87.96
7	2	1.05	89.01
8	1	0.52	89.53
9	1	0.52	90.05
Sin resolver	19	9.95	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 33. Conocimiento de resolución.



### 5.1.14.3 Desenlace: acuerdo extrajudicial, condena judicial, sobreseimiento, desestimación o renuncia

Se realiza un análisis de frecuencias para determinar el número de casos en cada categoría. En el porcentaje restante, el desenlace no consta o aún se desconoce.

#### **Acuerdo extrajudicial**

En 70 casos (36.65% del total), se alcanzó un acuerdo extrajudicial. Este término incluye tanto acuerdos en casos civiles como en procesos judiciales que no llegan a juicio.

#### **Condena judicial**

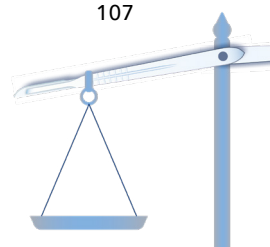
Se registra condena judicial en 9 expedientes (4.71% del total).

#### **Sobreseimiento**

En 35 casos (18.32% del total), los expedientes se sobresean, lo que indica que no se encuentran fundamentos suficientes para continuar con el proceso legal.

#### **Desestimación o renuncia**

En 52 casos (27.23% del total), las reclamaciones son desestimadas o los reclamantes renuncian a continuar con el proceso.



5.1.14.4 Indemnización

Indemnización en euros por acuerdo extrajudicial

Se realiza un análisis descriptivo de las cuantías indemnizatorias acordadas en los casos extrajudiciales. La cantidad mínima registrada es de 1508.79 €, mientras que el máximo alcanza los 532790,6 €. La media de las indemnizaciones es de 72588,21 €, con una desviación estándar de 99159,58 €.

Variable	Observaciones	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Indemnización	64	72588,21	99159,58	1508,79	532790,6

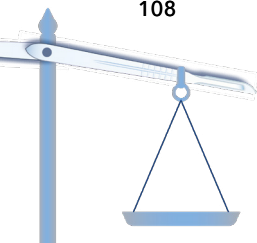
Tabla 34. Indemnización por acuerdo extrajudicial.

Variable	Observaciones	Percentil	Centil	Intervalo de confianza 95%
Indemnización	64	25	11622,86	8437,753 - 19609,56
		50	36030,87	20000 - 57841,82
		75	87500	59468,44 - 150029,5

Tabla 35. Indemnización por acuerdo extrajudicial, percentil.

Indemnización en euros por condena judicial

Se realiza un análisis descriptivo de las indemnizaciones dictadas por condena judicial. En este caso, el monto mínimo registrado es de 3728,28 €, mientras que el máximo asciende a 1020,41 €. La media de las indemnizaciones se sitúa en 202592,7 €, con una desviación estándar de 3728,28 €, lo que refleja una distribución amplia en las cuantías adjudicadas.



## RESULTADOS

Variable	Observaciones	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Indemnización	9	202,592.7	318,133.9	3,728.28	1,020,412

Tabla 36. Indemnización por condena judicial, media.

Variable	Observaciones	Percentil	Centil	Intervalo de confianza 95%
Indemnización	9	25	20,828.5	3,728.28 - 116,557.2*
		50	99,073.2	11,327.31 - 263,093.5
		75	221,182.6	92,622.52 - 1,010,412*

\* El límite inferior (superior) del intervalo de confianza se mantiene en el mínimo (máximo) de la muestra.

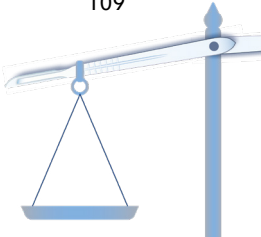
Tabla 37. Indemnización por condena judicial, percentil.

### 5.1.15 Documentos de consentimiento informado

En el 58.12% de los casos se dispone de documentos completos de consentimiento informado, mientras que en el 23.56% estos documentos presentan carencias en datos relevantes relacionados con el tema de la reclamación. En el 18.32% restante, no se ha logrado localizar el documento de consentimiento informado, sin poder determinar la existencia del mismo.

DCI Completo	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado (%)
No	45	25.56	23.56
No consta	35	18.32	41.88
Sí	111	58.12	100.00
Total	191	100.00	

Tabla 38. Documentos de consentimiento informado.

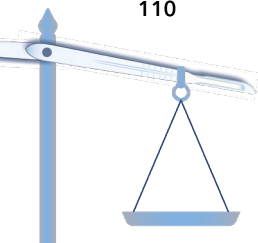


En el análisis de los DCI (documento de consentimiento informado) , se cruza la información sobre si están cumplimentados ("completos") y si incluyen todos los ítems necesarios en relación con la complicación que ha ocurrido ("correctos"). De los 111 documentos completos (58.12% del total), el 100% son correctos, ya que reflejan adecuadamente la complicación que se produjo en el caso. Por otro lado, entre los documentos incompletos, que representan el 23.56% del total, el 73.33% presentan errores o inconsistencias en los ítems necesarios.

En este contexto, se considera que un consentimiento informado es incompleto o incorrecto cuando no incluye complicaciones potenciales descritas en la literatura científica

DCI Completo	DCI Correcto			Total
	No	Sí	No consta	
No	12	33	0	45
	26.67%	73.33%	0.00%	100.00%
No consta	0	111	35	356
	0.00%	100.00%	0.00%	100.00%
Sí	33	111	0	111
	73.33%	100.00%	0.00%	100.00%
Total	45	144	35	191

Tabla 39. Documentos de consentimiento informado.



## 5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

### 5.2.1 Correlación entre edad del reclamante y el reclamado

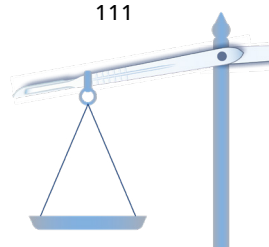
¿Cuanto mayor es el reclamante, más joven es el reclamado? Se observa una correlación inversa baja pero estadísticamente significativa entre la edad del reclamado y la del reclamante, con un coeficiente de correlación de Pearson de  $-0,1342$  ( $p=0,0312$ ). Esto indica que, en general, los reclamantes más jóvenes tienden a presentar reclamaciones contra cirujanos de mayor edad. El análisis se realiza mediante un cálculo de correlación de Pearson.

	Edad reclamante
Edad facultativo	$-0.1342$
	$0.0312$
	258

Tabla 40. Edad facultativo y edad reclamante.

### 5.2.2 Correlación entre el sexo del reclamante y el reclamado

¿Los hombres reclaman más a las mujeres? Los datos muestran que el 26,92% de los reclamantes hombres denuncian a cirujanas mujeres, en comparación con el 18,63% de las reclamantes mujeres que denuncian a cirujanos. Sin embargo, esta diferencia no resulta estadísticamente significativa ( $p=0,078$ ).





RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD MÉDICA RELACIONADAS CON LA CIRUGÍA GENERAL

Sexo del paciente	Facultativo hombre	Facultativo mujer	Total
Hombre	114	42	156
	73.08%	26.92%	100.00%
Mujer	131	30	161
	81.37%	18.63%	100.00%
Total	245	72	317
	77.29%	22.71%	100.00%

Pearson  $\chi^2(1) = 3.1015$  Pr = 0.078

Tabla 41. Sexo del reclamante y reclamado.

Además, los cirujanos hombres reclamados tienen una media de edad significativamente mayor (53,6 años) en comparación con las cirujanas reclamadas (40,6 años), según una prueba t de muestras independientes ( $p < 0,001$ ).

Grupo	Observaciones	Media	Error estándar	Desviación estándar	(Intervalo de Confianza 95%)
Hombre	206	53.59223	0.7343884	10.54046	[52.14431, 55.04016]
Mujer	66	40.63636	1.187863	9.650247	[38.26404, 43.00869]
Total combinado	272	50.44853	0.7105831	11.71924	[49.04956, 51.84749]
Diferencia		12.95587	1.461544		[10.0784, 1583334]

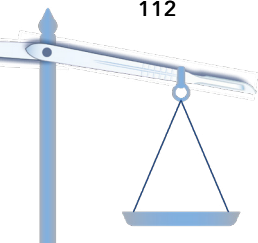
Prueba t:

- $t = 8.8645$
- $H_0: \text{diff} = 0$
- Grados de libertad = 270

Pruebas de hipótesis:

- $\text{Pr}(T < t) = 1.0000$
- $\text{Pr}(|T| > |t|) = 0.0000$
- $\text{Pr}(T > t) = 0.0000$

Tabla 42. Sexo de los reclamados.



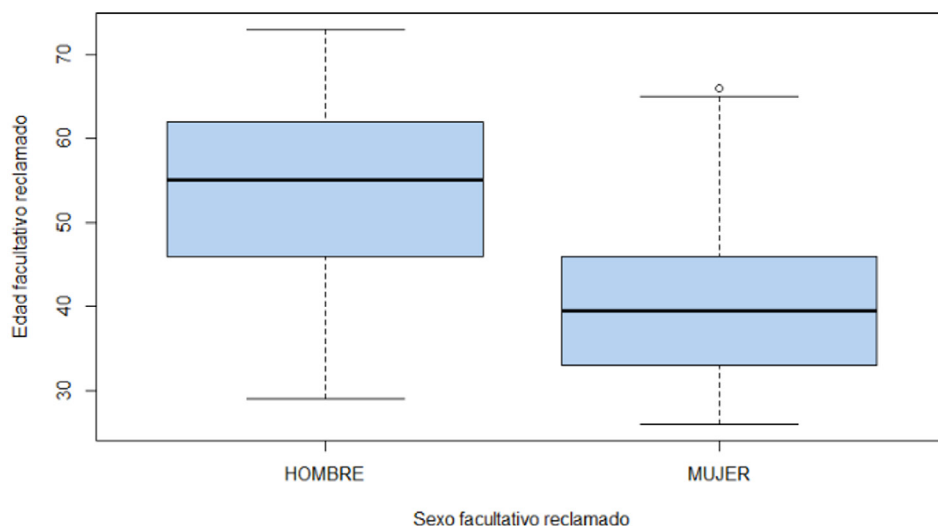
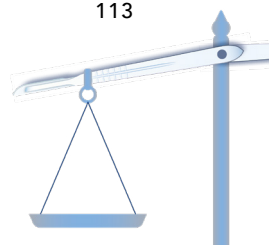


Figura 11. Edad y sexo del facultativo reclamado.

### 5.2.3 Correlación entre las subespecialidades reclamadas y ámbito público o privado

¿Hay patologías que se reclaman más en el ámbito privado? El análisis de chi-cuadrado ( $p=0,286$ ) no muestra diferencias estadísticamente significativas entre las subespecialidades reclamadas y el ámbito asistencial (público o privado). Sin embargo, se observan tendencias relevantes: la cirugía bariátrica tiene más reclamaciones en el ámbito privado (10,7% frente a 5,1%), mientras que la cirugía colorrectal es más reclamada en el ámbito público (35,6% frente a 24,4%). La cirugía esofagogástrica solo tiene reclamaciones en el ámbito privado.



RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD MÉDICA RELACIONADAS CON LA CIRUGÍA GENERAL

Subespecialidad Reclamada	Ámbito Privado	Ámbito Público	Total
Cirugía Bariátrica	14	3	17
	10.69%	5.08%	8.95%
Cirugía Colorrectal	32	21	53
	24.43%	35.59%	27.89%
Cirugía de Mama	4	2	6
	3.05%	3.39%	3.16%
Cirugía de Pared	17	10	27
	12.98%	16.95%	14.21%
Cirugía Endocrina	7	2	9
	5.34%	3.39%	4.74%
Cirugía Esofagogástrica	10	0	10
	7.63%	0.00%	5.26
Cirugía Hepatobiliar	23	10	33
	17.56%	16.95%	17.37%
Otros	24	11	35
	18.32%	18.64%	18.42%
Total	131	59	190
	100.00%	100.00%	100.00%

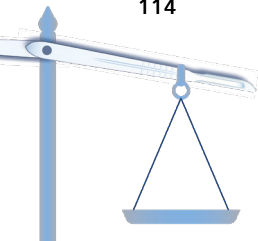
Pearson  $\chi^2(7) = 8.5538$  Pr = 0.286

Tabla 43. Subespecialidad reclamada.

5.2.4 Correlación del resultado de la reclamación con diversas variables

5.2.4.1 Sexo del reclamado

¿La culpabilidad del reclamado está relacionada con su sexo? En esta tabla se analiza si el reclamado es hombre, mujer o parte de un equipo mixto en cada tipo de reclamación, y si estas diferencias son significativas. Para los acuerdos extrajudiciales, el 78,81% de los reclamados son hombres, el 21,19% mujeres y ningún equipo mixto está involucrado. En las condenas judiciales, el 73,33% son hombres, el 26,67% mujeres,



y tampoco hay equipos mixtos. En los casos sobreseídos, el 77,19% son hombres, el 22,81% mujeres, y nuevamente ningún equipo mixto. Estas diferencias no resultan estadísticamente significativas ( $p=0,950$ ), según una prueba de chi-cuadrado.

Resultado	Hombres	Grupo Mixto	Mujeres	Total
Acuerdo Extrajudicial	53	13	4	70
	75.71%	18.57%	5.71%	100.00%
Condena Judicial	6	2	1	9
	66.67%	22.22%	11.11%	100.00%
NO/NC/NO Procede	55	14	8	77
	71.43%	18.18%	10.39%	100.00%
Sobreseimiento	28	5	2	35
	80.00%	14.29%	5.71%	100.00%
Total	142	34	15	191
	74,35%	17.80%	7.85%	100.00%

Pearson  $\chi^2(6) = 2.0632$  Pr = 0.914

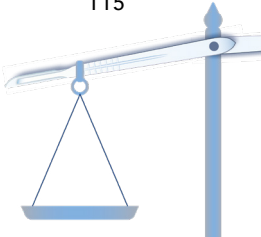
Tabla 44. Resultado de la reclamación - sexo del reclamado.

#### 5.2.4.2 Edad del reclamado

¿La edad del reclamado influye en el resultado de la reclamación? El análisis ANOVA indica diferencias estadísticamente significativas entre la edad de los facultativos y el resultado de las reclamaciones ( $p=0,046$ ). Los reclamados en condenas judiciales tienen una media de edad mayor (56,1 años) en comparación con los acuerdos extrajudiciales (48,3 años).

Resultado	Media	Error estándar	(Intervalo de Confianza 95%)
Acuerdo Extrajudicial	48.33333	1.247843	[52.14431, 55.04016]
Condena Judicial	56.07143	2.144413	[38.26404, 43.00869]
Sobreseimiento	50.90244	1.852752	[49.04956, 51.84749]
NO/NC/NO Procede	51.65138	0.9955197	[10.0784, 1583334]

Tabla 45. Resultado de la reclamación - edad del reclamado.



Fuente	Suma de cuadrados parcial	Error estándar	Grados de libertad	Media cuadrática	F	Prob >F
Modelo	1091.9888	1.247843	3	363.99626	2.70	0.0461
Resultado	1091.9888	2.144413	3	363.99626	2.70	0.0461
Residual	36127.291	1.852752	268	134.80332		
Total	37219.279	0.9955197	271	137.34051		

Tabla 46. Tabla de análisis de varianza.

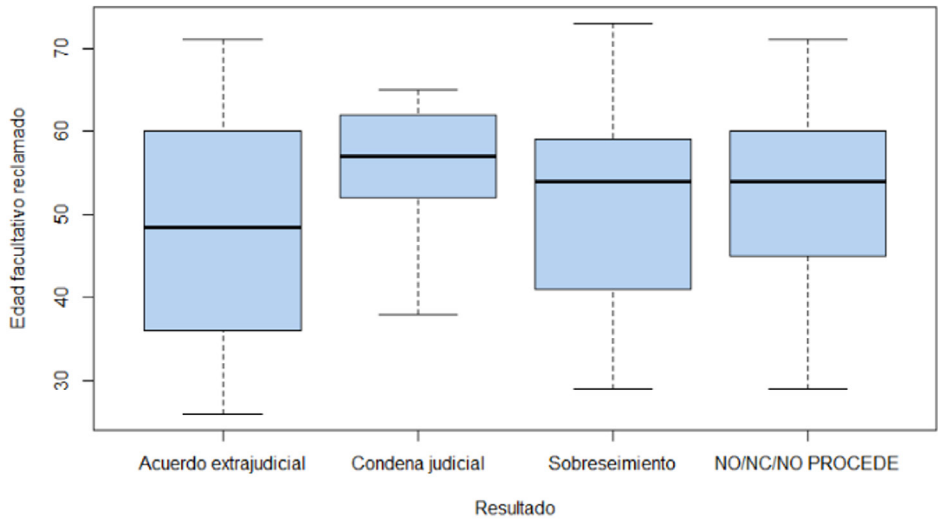
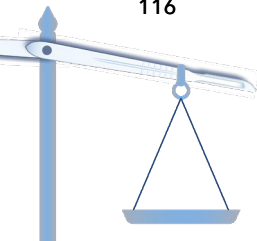


Figura 12. Resultado de la reclamación - edad del reclamado.

### 5.2.4.3 Urgencia de la asistencia

¿La urgencia de la asistencia está relacionada con el resultado de la reclamación? En los acuerdos extrajudiciales, el 74,29% de los casos corresponden a asistencias no urgentes y el 25,71% a urgentes. En las condenas judiciales, el 77,78% de los casos son no urgentes y el 22,22% urgentes. En los sobreseimientos, el 57,14% son no urgentes y el 42,86% urgentes. Finalmente, en los casos de no culpabilidad o no procede, el



## RESULTADOS

83,12% son no urgentes y el 16,88% urgentes. Estas diferencias resultan estadísticamente significativas ( $p=0,034$ ), según una prueba de chi-cuadrado, lo que indica una asociación entre la urgencia de la asistencia y el resultado de la reclamación.

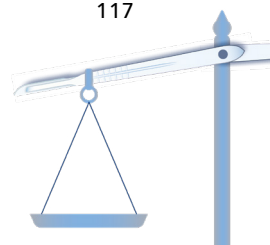
Resultado	No Urgente	Urgente	Total
Acuerdo Extrajudicial	52	18	70
	74.29%	25.71%	100.00%
Condena Judicial	7	2	9
	77.78%	22.22%	100.00%
Sobreseimiento	20	15	35
	57.14%	42.86%	100.00%
NO/NC/NO Procede	64	13	77
	83.12%	16.88%	100.00%
Total	143	48	191
	74.87%	25.13%	100.00%

Pearson  $\chi^2(3) = 8.6821$  Pr = 0.03

**Tabla 47.** Resultado de la reclamación - urgencia de la asistencia.

### 5.2.4.4 Benignidad o malignidad de la patología

¿El tipo de patología afecta el resultado de la reclamación? No se encuentran diferencias significativas en los resultados de las reclamaciones según si la patología es benigna o maligna ( $p=0,157$ ), según la prueba de chi-cuadrado.



## RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD MÉDICA RELACIONADAS CON LA CIRUGÍA GENERAL

Resultado	Benigna	Maligna	Total
Acuerdo Extrajudicial	60	10	70
	85.71%	14.29%	100.00%
Condena Judicial	8	1	9
	88.89%	11.11%	100.00%
Sobreseimiento	30	5	35
	85.71%	14.29%	100.00%
NO/NC/NO Procede	56	21	77
	72.73%	27.27%	100.00%
Total	154	37	191
	80.63%	19.37%	100.00%

Pearson  $\chi^2(3) = 5.2097$  Pr = 0.157

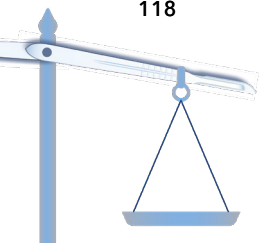
Tabla 48. Resultado de la reclamación - benignidad o malignidad de la patología.

### 5.2.4.5 Ámbito asistencial (público o privado)

¿El ámbito asistencial influye en el resultado de la reclamación? No hay diferencias estadísticamente significativas entre el ámbito asistencial y el resultado de las reclamaciones ( $p=0,560$ ). Este análisis se realiza mediante una prueba de chi-cuadrado.

Resultado	Ámbito Privado	Ámbito Público	Total
Acuerdo Extrajudicial	46	23	69
	66.67%	33.33%	100.00%
Condena Judicial	8	1	9
	88.89%	11.11%	100.00%
Sobreseimiento	23	12	35
	65.71%	34.29%	100.00%
NO/NC/NO Procede	54	23	77
	70.13%	29.87%	100.00%
Total	131	59	190
	68.95%	31.05%	100.00%

Tabla 49. Resultado de la reclamación - ámbito asistencial.



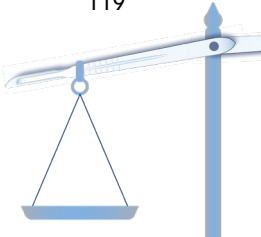
5.2.4.6 Tipo de reclamación

Aquí se aborda la pregunta: ¿el tipo de reclamación afecta su resultado? El análisis de chi-cuadrado ( $p < 0,001$ ) muestra diferencias significativas en los resultados según el tipo de reclamación. El 45% de las reclamaciones extrajudiciales terminan en acuerdo extrajudicial, el 23% de las reclamaciones penales acaban en acuerdo extrajudicial y el 31% en sobreseimiento.

Tipo de Reclamación	Extra Judicial	Judicial	Total
Acuerdo Extrajudicial	53	17	70
	45.30%	22.97%	36.65%
Condena Judicial	3	6	9
	2.56%	8.11%	4.71%
Sobreseimiento	12	23	35
	10.26%	31.08%	18.32%
NO/NC/NO Procede	49	28	77
	41.88%	37.84%	40.31%
Total	117	74	191
	100.00%	100.00%	100.00%

Pearson  $\chi^2(3) = 20.0334$  Pr = 0.000

Tabla 50. Resultado de la reclamación - tipo de reclamación.





RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD MÉDICA RELACIONADAS CON LA CIRUGÍA GENERAL

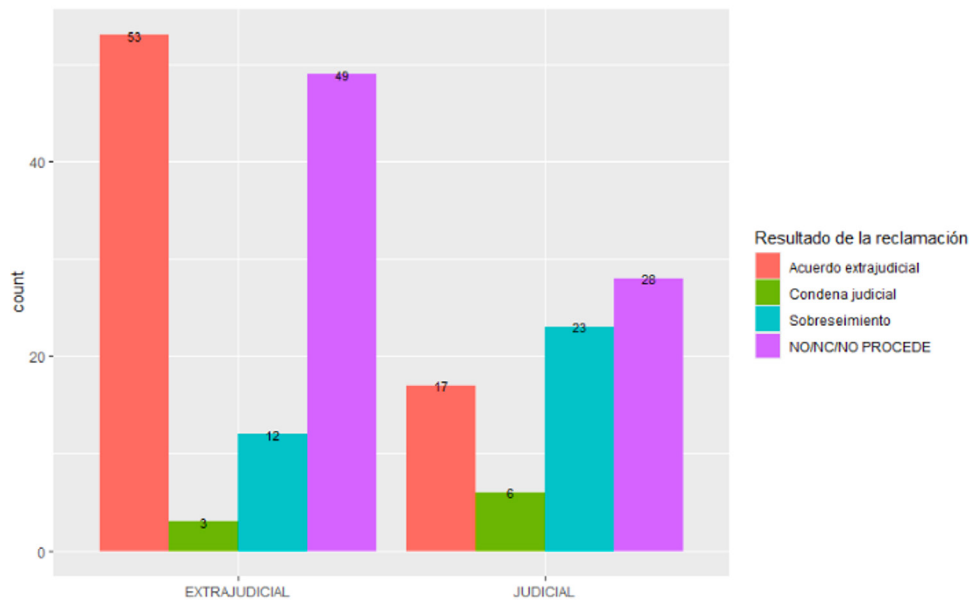


Figura 13. Resultado de la reclamación - tipo de reclamación.

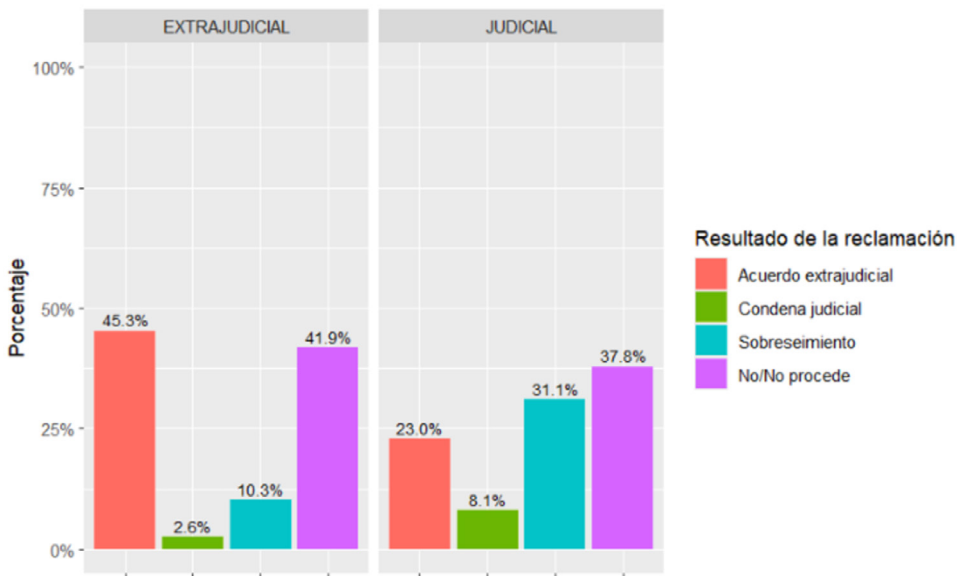
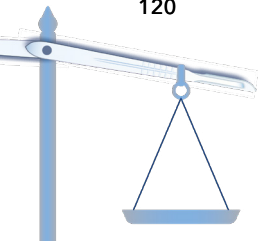


Figura 14. Tipo de reclamación - resultado de la reclamación.



5.2.5 Correlación de la cuantía de la reclamación con diversas variables

5.2.5.6 Urgencia de la asistencia

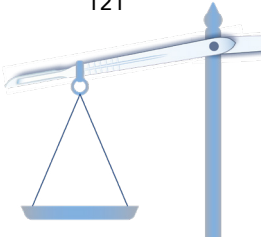
¿La urgencia de la asistencia afecta la cuantía reclamada? En la tabla se observa que en el 50,79% de los casos, la cuantía reclamada es mayor a 0; en el 48,17%, la cuantía es indeterminada; y en el 1,05%, la cuantía no consta. El análisis de esta tabla se realiza mediante una prueba de chi-cuadrado para las proporciones.

Cuantía Reclamación	No Urgente	Urgente	Total
No Consta	2 1.40%	0 0.00%	2 1.05%
Indeterminada	65 45.45%	27 56.25%	92 48.17%
>0	76 53.15%	21 43.75%	97 50.79%
Total	143 100.00%	48 100.00%	191 100.00%

Pearson  $\chi^2(2) = 2.1657$  Pr = 0.339

Tabla 51. Cuantía de la reclamación - urgencia de la asistencia.

En cuanto a las medias, la cuantía media en casos no urgentes es de 156.424,6 €, mientras que en los casos urgentes es de 191.168,3 €, indicando una diferencia de aproximadamente 34.744 €, aunque no significativa. Este análisis se realiza utilizando una prueba t de muestras independientes.



RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD MÉDICA RELACIONADAS CON LA CIRUGÍA GENERAL

Asistencia Urgente	Observaciones	Media	Error estándar	Desviación estándar	(Intervalo de Confianza 95%)
No Urgente	77	156,424.6	22,996.28	201,791.5	[110,623.5, 202,225.6]
Urgente	21	191,168.3	54,445.98	249.502,8	[77,596, 304,740.7]
Combinado	98	163,869.7	21,415.45	212,002.2	[121,365.9, 206,373.4]
Diferencia		-34,743.77	52,342.48	-138,642.8	[69,155.23]

Tabla 52. Cuantía de la reclamación (media) - urgencia de la asistencia.

Adicionalmente, se realiza una prueba de rangos de Wilcoxon para comparar las distribuciones de cuantías entre los casos urgentes y no urgentes. El resultado de esta prueba no muestra diferencias estadísticamente significativas ( $z=-0,935$ ,  $p=0,3497$ ), lo que refuerza la conclusión de que la urgencia no afecta significativamente la cuantía reclamada.

Asistencia	Observaciones	Suma de Rango	Esperado
No Urgente	77	3703.5	3811.5
Urgente	21	1147.5	1039.5
Combinado	98	4851	4851

Varianza no ajustada: 13340.25

Ajuste por empates: -0.77

Varianza ajustada: 13339.48

Prueba de hipótesis:

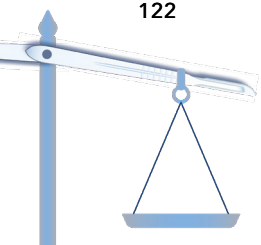
$H_0$ : cuantía (ASISTENCIA NO URGENTE) = cuantía (ASISTENCIA URGENTE)

$z = -0.935$

$\text{Prob} > |z| = 0.3497$

$\text{Prob exacta} = 0.3535$

Tabla 53. Cuantía de la reclamación - urgencia de la asistencia. Prueba de rangos de Wilcoxon.



5.2.5.7 Benignidad o malignidad de la patología.

¿El tipo de patología influye en la cuantía de la reclamación? No hay diferencias significativas en la cuantía según si la patología es benigna o maligna ( $p=0,2477$ ). El análisis se realiza utilizando una prueba t de muestras independientes y una prueba de rangos de Wilcoxon.

Cuantía Reclamada	Patología Benigna	Patología Maligna	Total
No Consta	2 1.30%	0 0.00%	2 1.05%
Indeterminada	76 49.35%	16 43.24%	92 48.71%
>0	76 49.35%	21 56.76%	97 50.79%
Total	154 100.00%	37 100.00%	191 100.00%

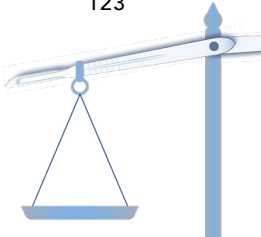
Pearson  $\chi^2(2) = 1.0337$  Pr = 0.596

Tabla 54. Cuantía de la reclamación - benignidad o malignidad de la patología.

Prueba t de dos muestras con varianzas desiguales

Grupo	Observaciones	Media	Error estándar	Desviación estándar	(Intervalo de Confianza 95%)
Benigna	77	161,766.9	25,847.88	226,814.2	[110,286.4, 213,274.4]
Maligna	21	171,579.7	149,711.8	149,711.8	[103,431.7, 239,727.7]
Combinada	98	163,869.7	212,002.2	212,002.2	[121,365.9, 206,373.4]
Diferencia		-9,812.768	-93,575.77	-93,575.77	[73,950.23]

Tabla 55. Cuantía de la reclamación (media) - benignidad o malignidad de la patología.



## RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD MÉDICA RELACIONADAS CON LA CIRUGÍA GENERAL

Prueba de suma de rangos de Wilcoxon para dos muestras (Mann-Whitney)

Tipo de Patología	Observaciones	Suma de Rango	Esperado
Benigna	77	3678	3811.5
Maligna	21	1173	1039.5
Combinada	98	4851	4851

Varianza no ajustada: 13,340.25

Ajuste por empates: -0.77

Varianza ajustada: 13,339.48

Hipótesis nula: cuantía (PATOLOGÍA MALIGNA) = cuantía (PATOLOGÍA BENIGNA)

$z = -1.156$

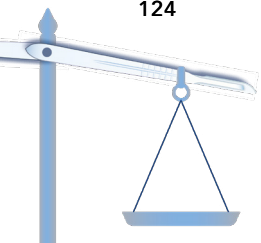
$\text{Prob} > |z| = 0.2477$

$\text{Prob exacta} = 0.2507$

**Tabla 56.** Cuantía de la reclamación - benignidad o malignidad de la patología. Prueba de rangos de Wilcoxon.

### 5.2.5.8 Ámbito asistencial

¿El ámbito asistencial afecta la cuantía de la reclamación? Antes de analizar las cuantías medias, se evalúa si existe una asociación entre el tipo de reclamación y la existencia de una cuantía concreta reclamada ( $>0$ ) mediante una prueba de chi-cuadrado. El análisis indica que el 49,57% de las reclamaciones extrajudiciales tienen una cuantía mayor a 0, el 48,72% son indeterminadas y el 1,71% no consta. Para las reclamaciones judiciales, el 52,70% tienen una cuantía mayor a 0, el 47,30% son indeterminadas y no hay casos en los que la cuantía no conste. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ( $p=0,504$ ).



RESULTADOS

Cuantía Reclamación	Ámbito Privado	Ámbito Público	Total
No Consta	2	0	2
	1.53%	0.00%	1.05%
Indeterminada	57	35	92
	43.51%	59.32%	48.42%
>0	72	24	96
	54.96%	40.68%	50.53%
Total	131	59	190
	100.00%	100.00%	100.00%

Pearson  $\chi^2(2) = 4.6435$  Pr = 0.098

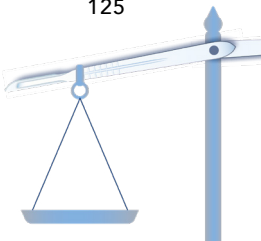
Tabla 57. Cuantía de la reclamación - ámbito asistencial.

En el ámbito público, la cuantía media es de 214.080 €, mientras que en el ámbito privado es de 147.845,3 €. Aunque esta diferencia de 66.234,7 € no resulta estadísticamente significativa ( $p=0,118$ ). El análisis se realiza mediante una prueba t de muestras independientes y una prueba de rangos de Wilcoxon.

Prueba t de dos muestras con varianzas iguales

Grupo	Observaciones	Media	Error estándar	Desviación estándar	(Intervalo de Confianza 95%)
Privado	73	147,845.3	23,107.66	197,431.9	[101,781, 193,909.6]
Público	24	214,080	51,651.16	253,038	[107,231.5, 320,928.6]
Combinado	97	164,233.3	21,634.26	213,072.8	[121,289.6, 207,176.9]
Diferencia		-66,234.73	49,938.61	-165,375.4	[32,905.94]

Tabla 58. Cuantía de la reclamación (media) - ámbito asistencial.



Prueba de suma de rangos de Wilcoxon para dos muestras (Mann-Whitney)

Ámbito Asistencial	Observaciones (Obs)	Suma de Rango (Rank sum)	Esperado (Expected)
Privado	73	3390	3577
Público	24	1363	1176
Combinado	97	4753	4753

Varianza no ajustada: 14,308.00

Ajuste por empates: -0.85

Varianza ajustada: 14,307.15

Hipótesis nula: cuantía (ÁMBITO PRIVADO) = cuantía (ÁMBITO PÚBLICO)

$z = -1.563$

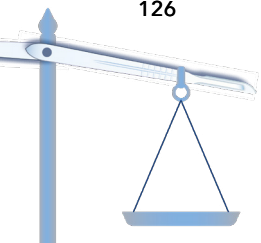
$\text{Prob} > |z| = 0.1180$

$\text{Prob exacto} = 0.1189$

**Tabla 59.** Cuantía de la reclamación - ámbito asistencial. Prueba de rangos de Wilcoxon.

#### 5.2.5.9 Tipo de reclamación

¿El tipo de reclamación influye en la cuantía? Antes de analizar las medias, se evalúa si existe una asociación entre el tipo de reclamación y la existencia de una cuantía reclamada ( $>0$ ), indeterminada o no consta, mediante una prueba de chi-cuadrado. En las reclamaciones extrajudiciales, el 49,57% tienen una cuantía mayor a 0, el 48,72% son indeterminadas y el 1,71% no consta. En las judiciales, el 52,70% tienen una cuantía mayor a 0, el 47,30% son indeterminadas y no hay casos en los que la cuantía no conste. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ( $p=0,504$ ).



RESULTADOS

Cuantía Reclamada	Reclamación Extrajudicial	Reclamación Judicial	Total
No Consta	2	0	2
	1.71%	0.00%	1.05%
Indeterminada	57	35	92
	48.72%	47.30%	48.17%
>0	58	39	97
	49.57%	52.70%	50.79%
Total	117	74	191
	100.00%	100.00%	100.00%

Pearson  $\chi^2(2) = 1.3714$  Pr = 0.504

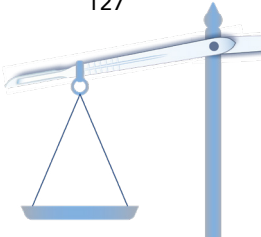
Tabla 60. Cuantía de la reclamación - tipo de reclamación.

Luego, se realiza una prueba t de muestras independientes para comparar las medias de las cuantías. Las reclamaciones judiciales tienen una media de 210.769,6 € y las extrajudiciales de 132.868 €, con una diferencia de 77.901,6 €. Finalmente, la prueba de rangos de Wilcoxon confirma que esta diferencia es estadísticamente significativa ( $p=0,0334$ ).

Prueba t de dos muestras con varianzas desiguales

Grupo	Observaciones	Media	Error estándar	Desviación estándar	[Intervalo de Confianza 95%]
Extrajudicial	59	132,868	23,081.1	177,289.3	[86,666.17, 179,069.8]
Judicial	39	210,769.6	40,193.04	251,005.5	[129,403, 292,136.1]
Combinado	98	163,869.7	21,415.45	212,002.2	[121,365.9, 206,373.4]
Diferencia		-77,901.59	46,348.87	-170,530.3	[14,727.16]

Tabla 61. Cuantía de la reclamación (media)- tipo de reclamación.





## RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD MÉDICA RELACIONADAS CON LA CIRUGÍA GENERAL

Prueba de suma de rangos de Wilcoxon para dos muestras (Mann-Whitney)

Tipo de Reclamación	Observaciones (Obs)	Suma de Rango (Rank sum)	Esperado (Expected)
Extrajudicial	59	2627.5	2920.5
Judicial	39	2323.5	1930.5
Combinado	98	4851	4851

Varianza no ajustada: 18,983.25

Ajuste por empates: -1.09

Varianza ajustada: 18,982.16

Hipótesis nula:  $\text{cuantía}(\text{RECLAMACIÓN EXTRAJUDICIAL}) = \text{cuantía}(\text{RECLAMACIÓN JUDICIAL})$

$z = -2.127$

$\text{Prob} > |z| = 0.0334$

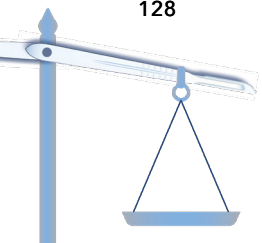
$\text{Prob exacto} = 0.0332$

**Tabla 62.** Cuantía de la reclamación - tipo de reclamación. Prueba de rangos de Wilcoxon.

### 5.2.6 Correlación entre el riesgo estimado y otras variables

#### 5.2.6.1 Riesgo estimado por la UML y por perito externo a la misma

¿Existe relación entre el riesgo estimado por la UML y el del experto externo? El análisis de chi-cuadrado ( $p < 0,001$ ) muestra una asociación significativa entre las evaluaciones de riesgo realizadas por la UML y por un experto externo.



Praxis Riesgo UML	Riesgo por experto externo			Total
	Externo no	Externo no procede	Externo sí	
No	33	67	4	104
	31.73%	64.42%	3.85%	100.00%
	78.57%	54.03%	16.00%	54.45%
No Consta	1	1	0	2
	50.00%	50.00%	0.00%	100.00%
	2.38%	0.81%	0.00%	1.05%
Sí	8	56	21	85
	9.41%	65.88%	24.71%	100.00%
	19.05%	45.16%	84.00%	44.50%
Total	42	124	25	191
	21.99%	64.92%	13.09%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Pearson  $\chi^2(4) = 27.2149$  Pr = 0.000

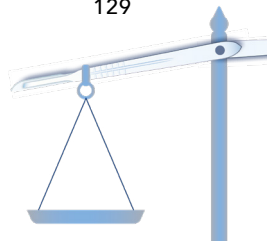
Cramér's V = 0.2669

Tabla 63. Riesgo estimado - cuantía final.

#### 5.2.6.2 Riesgo estimado y cuantía final

¿El riesgo estimado por la UML inicialmente tiene relación con la cuantía de indemnización que finalmente se establece?

La correlación entre el riesgo estimado por la UML y la cuantía final de la reclamación es baja.



RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD MÉDICA RELACIONADAS CON LA CIRUGÍA GENERAL

Grupo	Media	Error estándar	(Intervalo de Confianza 95%)
No	118,680.6	24,857.67	[69,344.98, 168,016.2]
Sí	362,178	86,581.64	[190,337.4, 534,018.6]
No Consta / No procede	127,270.4	20,391.55	[86,798.85, 167,742]

Número de observaciones = 98

R-cuadrado = 0.1727

Error cuadrático medio = 194,843 Adj

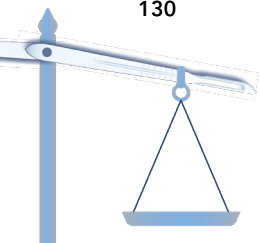
R-cuadrado ajustado = 0.1553

Tabla 64. Riesgo estimado (media) - cuantía final.

Sin embargo, la cuantía reconocida es significativamente mayor cuando existe riesgo estimado por experto externo ( $p < 0,001$ ), según un análisis de regresión lineal.

Fuente	Suma de cuadrados parcial	Grados de libertad	Media cuadrática	F	Prob>F
Modelo	7.531e+11	2	3.766e+11	9.92	0.0001
Riesgo pericial / forense	7.531e+11	2	3.766e+11	9.92	0.0001
Residual	3.607e+12	95	3.796e+10		
Total	4.360e+12	97	4.494e+10		

Tabla 65. Análisis de regresión lineal entre riesgo por experto externo y cuantía final.



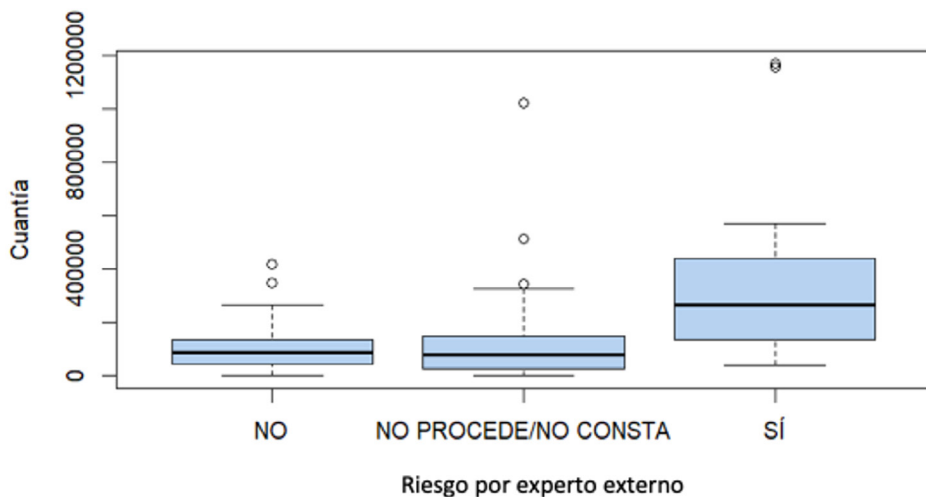
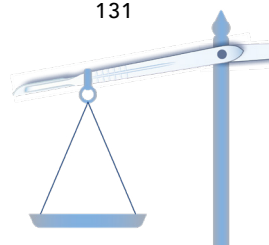


Figura 15. Cuantía y riesgo.

## 5.2.7 Correlación entre documentos de consentimiento informado incompletos o incorrectos y otras variables

### 5.2.7.1 Reclamaciones por falta de información

¿Los documentos de consentimiento informado incompletos están relacionados con reclamaciones por falta de información? El 59% de las reclamaciones por falta de información ocurren en casos donde el consentimiento informado no está completo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,019$ ).



RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD MÉDICA RELACIONADAS CON LA CIRUGÍA GENERAL

Reclama por Error de Comunicación	DCI Completo No	DCI Completo No Consta	DCI Completo Sí	Total
Falta de Información	10	3	4	17
	58.82%	17.65%	23.53%	100.00%
No Procede	35	31	104	170
	20.59%	18.24%	61.18%	100.00%
Otros	0	0	1	1
	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
Trato incorrecto	0	1	2	3
	0.00%	33.33%	66.67%	100.00%
Total	45	35	111	191
	23.56%	18.32%	58.12%	100.00%

Pearson  $\chi^2(6) = 15.2222$  Pr = 0.019

Tabla 66. Documento de consentimiento informado incompleto / incorrecto - reclamaciones por falta de comunicación.

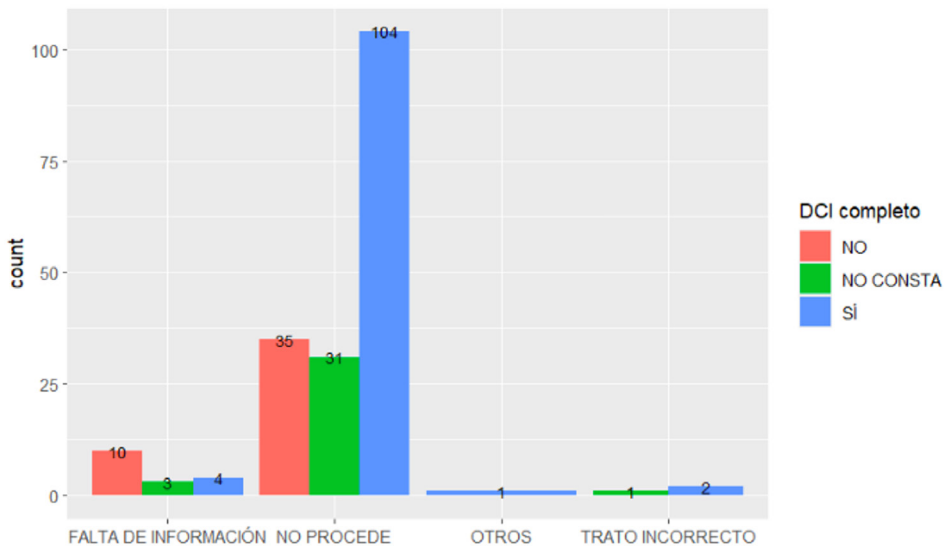
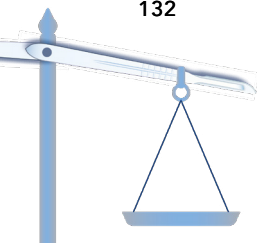


Figura 16. Documento de consentimiento informado incompleto / incorrecto - reclamaciones por falta de comunicación.



RESULTADOS

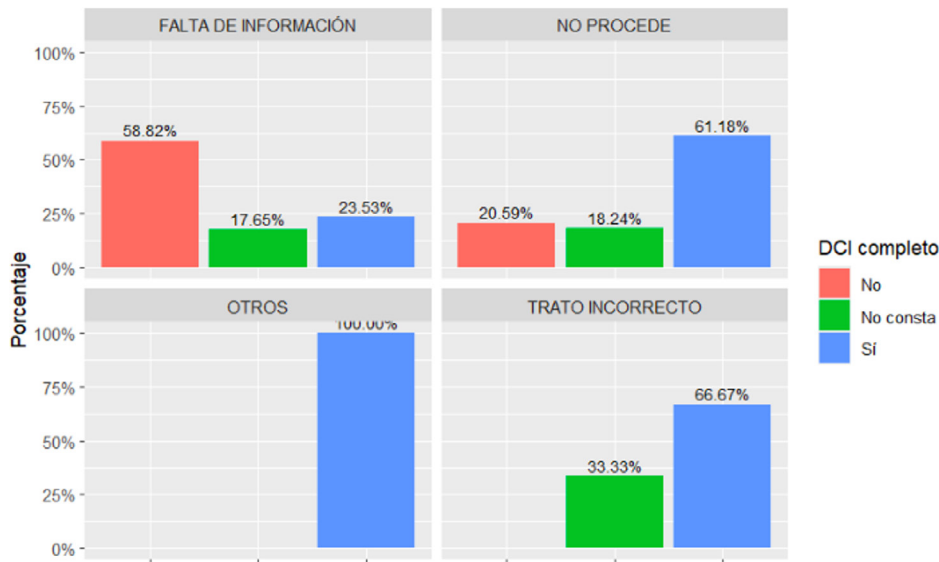


Figura 17. Documento de consentimiento informado incompleto / incorrecto - reclamaciones por falta de comunicación.

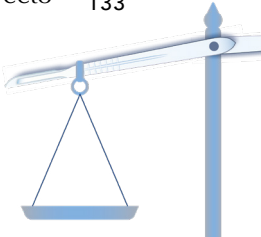
5.2.7.2 Urgencia de la asistencia

¿La urgencia de la asistencia afecta la completitud del consentimiento informado? El consentimiento informado está completo en el 40% de las reclamaciones urgentes, frente al 64% de las no urgentes, de forma significativa ( $p < 0,001$ ).

Asistencia	DCI Completo No	DCI Completo No Consta	DCI Completo Sí	Total
No Urgente	34	17	92	143
	23.78%	11.89%	64.34%	100.00%
Urgente	11	18	19	48
	22.92%	37.50%	39.58%	100.00%
Total	45	35	11	191
	23.56%	18.32%	58.12%	100.00%

Pearson  $\chi^2(2) = 16.6644$  Pr = 0.000

Tabla 67. Documento de consentimiento informado incompleto / incorrecto - urgencia de la asistencia.



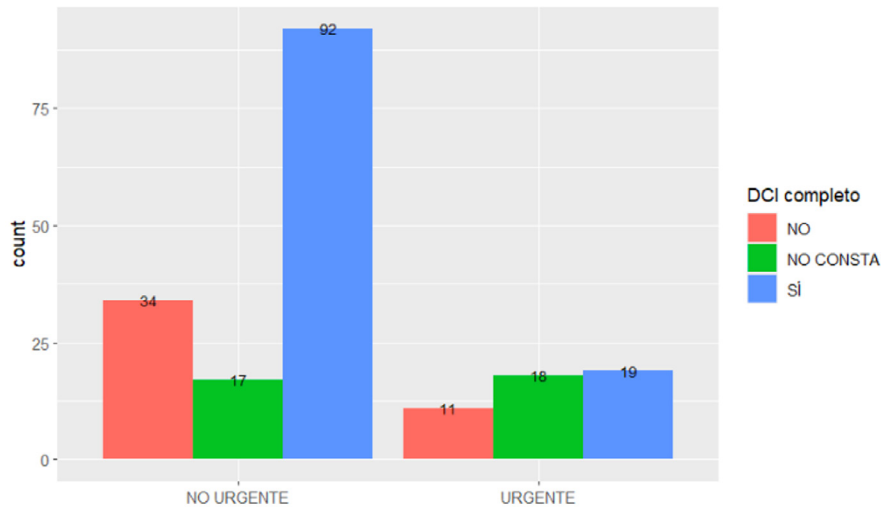


Figura 18. Documento de consentimiento informado incompleto / incorrecto - urgencia de la asistencia.

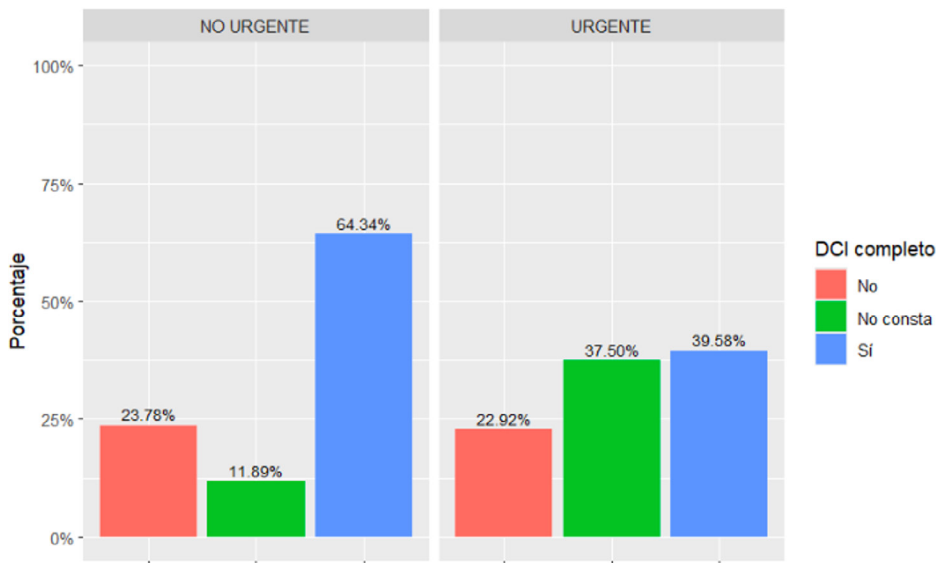
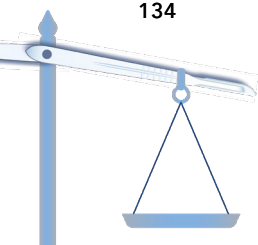


Figura 19. Documento de consentimiento informado incompleto / incorrecto - urgencia de la asistencia.



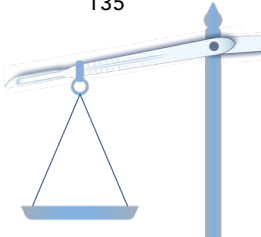
5.2.7.3 Responsabilidad del reclamado

¿Los consentimientos incompletos están relacionados con la responsabilidad del reclamado? Aunque en el 78% de las condenas judiciales el DCI no estaba completo, vs. al 51% en los acuerdos extrajudiciales y al 60% en los casos sobreseídos, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0,193$ ).

Desenlace	DCI Completo No	DCI Completo No Consta	DCI Completo Sí	Total
Acuerdo Extrajudicial	23	11	36	70
	32.86%	15.71%	51.43%	100.00%
Condena Judicial	2	0	7	9
	22.22%	0.00%	77.78%	100.00%
Sobreseimiento	5	9	21	35
	14.29%	25.71%	60.00%	100.00%
NO/NC/NO Procede	15	15	47	77
	19.48%	19.48%	61.04%	100.00%
Total	45	35	111	191
	23.56%	18.32%	58.12%	100.00%

Pearson  $\chi^2(6) = 8.6772$  Pr = 0.193

Tabla 68. Documento de consentimiento informado incompleto / incorrecto - responsabilidad del reclamado.





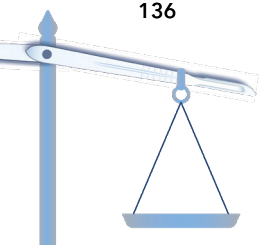
## 5.3 ANÁLISIS DE CASOS CON RESPONSABILIDAD

### 5.3.1 Análisis de casos con condena judicial

Se analizan las causas concretas de los casos en los que se llegó a una condena judicial, es decir, en los que se demostró la culpa del reclamado.

9 casos clínicos derivaron en condena judicial.

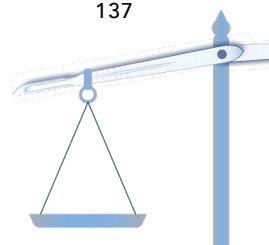
De los 9 casos clínicos, 3 corresponden a la subespecialidad de cirugía colorrectal, 3 a la cirugía hepatobiliar, 1 a cirugía bariátrica, 1 a cirugía de pared abdominal, y 1 se engloba en la categoría “otros”.



## RESULTADOS

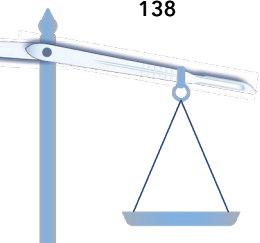
Subespecialidad reclamada	Causa
Cirugía Colorrectal	Incontinencia anal tras esfinterotomía lateral interna y dos drenajes de abscesos perianales. Refractaria a biofeedback y neuroestimulación.
Cirugía Colorrectal	Múltiples complicaciones tras cirugía de plastrón apendicular, que requieren cuatro reintervenciones, incluyendo colectomía e ileostomía, eventroplastia. Condena por retraso diagnóstico de la apendicitis (varias consultas en urgencias).
Cirugía Colorrectal	Sección de arteria iliaca derecha en apendicectomía, que se atribuye a lesión con trócar tras realización de neumoperitoneo con aguja de Verres en vez de técnica de Hasson (paciente delgada con más riesgo).
Cirugía Hepatobiliar	Lesión de vía biliar en colecistectomía, con múltiples complicaciones posteriores (estenosis de anastomosis, resección intestinal).
Cirugía Hepatobiliar	Lesión de vía biliar en colecistectomía, no advertida. Alta hospitalaria. Reintervención tras reingreso. Finalmente, exitus por complicación respiratoria. Condena por daño desproporcionado (no mala praxis).
Cirugía Hepatobiliar	Exitus por shock hemorrágico tras ligadura incorrecta de arteria esplénica en pancreatectomía con esplenectomía.
Cirugía Bariátrica	Síndrome de malabsorción severo con esteatorrea, incontinencia grave, hipoglucemias y déficits vitamínicos tras cirugía bariátrica (segunda intervención por reganancia de peso, llevando a cabo alargamiento de asa biliopancreática).
Cirugía de Pared Abdominal	Perforación intestinal tras intervención de triple hernia (incisional de McBurney + umbilical + inguinal), con resultado de exitus.
Otros	Quemadura tras aplicación de láser por melasma.

Tabla 69. Análisis de casos con condena judicial.



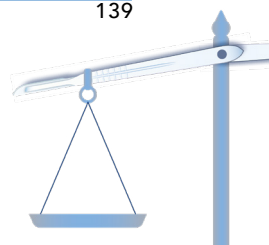
5.3.2 Análisis de casos con acuerdo extrajudicial

Subespecialidad reclamada	Causa
Cirugía Colorrectal	Olvido de gasa en intervención de rectopexia. Exitus en la reintervención.
Cirugía Colorrectal	Perforación intestinal en colonoscopia para polipectomía, siendo finalmente la anatomía patológica benigna.
Cirugía Colorrectal	Lesión ureteral en proctectomía que deriva en nefrectomía y exitus.
Cirugía Colorrectal	Dolor crónico tras apendicectomía por neuroma en la cicatriz.
Cirugía Colorrectal	Lesión de arteria ilíaca al introducir trócar de apendicectomía.
Cirugía Colorrectal	Reparación con rafia que condiciona estenosis posterior, precisando bypass.
Cirugía Colorrectal	Olvido de gasa en apendicectomía.
Cirugía Colorrectal	Olvido de gasa en hemicolectomía derecha.
Cirugía Colorrectal	Retraso diagnóstico de apendicitis que deriva en peritonitis.
Cirugía Colorrectal	Paciente con enfermedad de Crohn que presenta distensión de asas. Se decide observación, con resultado de perforación intestinal que requiere intervención quirúrgica con necesidad de UCI y drogas vasoactivas. En consecuencia, hipoperfusión con amputación de extremidad inferior izquierda y dedos de las manos.
Cirugía Colorrectal	Intervención de Hartmann por diverticulitis perforada; reclaman retraso en el diagnóstico.
Cirugía Colorrectal	Exitus en hemicolectomía derecha por lesión de vena mesentérica.
Cirugía Colorrectal	Necesidad de reintervención por diagnóstico erróneo de localización del tumor.
Cirugía Hepatobiliar	Perforación intestinal en colecistectomía que condiciona shock séptico.
Cirugía Hepatobiliar	Lesión de vía biliar en colecistectomía.
Cirugía Hepatobiliar	Shock hemorrágico por lesión de arteria epigástrica en colecistectomía que conlleva exitus.
Cirugía Hepatobiliar	Perforación intestinal en colecistectomía, que condiciona shock séptico con resultado de exitus.
Cirugía Hepatobiliar	Lesión de vía biliar en colecistectomía.
Cirugía Hepatobiliar	Fragmento de drenaje intraabdominal tras colecistectomía.
Cirugía Hepatobiliar	Perforación yeyunal en colecistectomía.
Cirugía Hepatobiliar	Lesión de vía biliar en colecistectomía. En el DCI no consta dicha complicación.



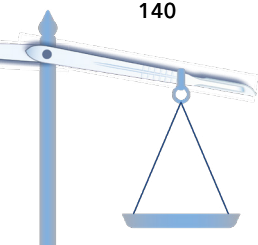
## RESULTADOS

Subespecialidad reclamada	Causa
Cirugía Hepatobiliar	Retraso diagnóstico de perforación duodenal por prótesis biliar colocada por CPRE.
Cirugía Hepatobiliar	Perforación intestinal en colecistectomía que lleva a exitus.
Cirugía Hepatobiliar	Colecistectomía laparoscópica convertida. Perforación yeyunal inadvertida que condiciona shock séptico e ingreso en UCI.
Cirugía Hepatobiliar	Lesión de vía biliar. Posteriormente colangitis que deriva en exitus.
Cirugía Hepatobiliar	Duodenopancreatectomía cefálica y esplenectomía por neoplasia de páncreas. Exitus en postoperatorio inmediato por shock hemorrágico por fracaso de ligadura de arteria esplénica.
Cirugía Hepatobiliar	Quemadura cutánea con la placa en ablación de lesión hepática.
Cirugía Hepatobiliar	Lesión de vía biliar en colecistectomía.
Cirugía Hepatobiliar	Colecistectomía con fuga biliar que requiere reintervención y colocación de prótesis.
Cirugía Hepatobiliar	Sección de arteria hepática con necesidad de reintervención.
Cirugía Hepatobiliar	Coleperitoneo por fístula biliar tras colecistectomía por colecistitis.
Cirugía Bariátrica	Múltiples complicaciones y reintervenciones de bypass gástrico.
Cirugía Bariátrica	Estenosis por banda gástrica.
Cirugía Bariátrica	Necesidad de reintervención por sangrado tras POSE (Primary Obesity Surgery Endoluminal).
Cirugía Bariátrica	Exitus tras cirugía bariátrica sin incidencias. En el tercer día postoperatorio presenta taquicardia y dolor, y en el quinto parada cardiorrespiratoria que no se recupera. En la autopsia se evidencia perforación de víscera hueca.
Cirugía Bariátrica	Hemorragia post sleeve gástrico que requiere ingreso en UCI.
Cirugía Bariátrica	Colocación de balón intragástrico. Reclama por resultado.
Cirugía Bariátrica	Necesidad de retirada de balón intragástrico por molestias.
Cirugía de Pared Abdominal	Dolor crónico tras hernioplastia de Spiegel con indicación dudosa.
Cirugía de Pared Abdominal	Persistencia de hernia supraumbilical tras intervención quirúrgica de la misma.
Cirugía de Pared Abdominal	Lado incorrecto de intervención quirúrgica de hernia inguinal.
Cirugía de Pared Abdominal	Lado incorrecto de intervención quirúrgica de hernia inguinal.
Cirugía de Pared Abdominal	Persistencia de hernia de Spiegel tras intervención quirúrgica de la misma.
Cirugía de Pared Abdominal	Paciente con hernia inguinal izquierda. Se interviene hernia inguinal bilateral, complicándose con necrosis testicular y pérdida de testículo derecho.



## RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD MÉDICA RELACIONADAS CON LA CIRUGÍA GENERAL

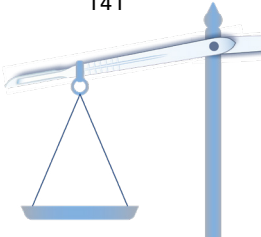
Subespecialidad reclamada	Causa
Cirugía de Pared Abdominal	Abdominoplastia con mal resultado estético (se suma el hecho de que el facultativo no es cirujano plástico).
Cirugía de Pared Abdominal	Orquiectomía por lesión en hernioplastia.
Cirugía de Pared Abdominal	Hematoma tras hernioplastia que acaba en orquiectomía.
Cirugía de Pared Abdominal	Perforación intestinal tras intervención quirúrgica hernia de Spiegel que acaba en exitus.
Cirugía Endocrina	Lesión de nervio recurrente en tiroidectomía.
Cirugía Endocrina	Retraso diagnóstico de tumor tiroideo. En el momento de la intervención quirúrgica, irresecable. Resultado de exitus.
Cirugía Esofagogástrica	Gastrectomía por poliposis. Quemadura con bisturí eléctrico en mano y muñeca.
Cirugía Esofagogástrica	Nissen laparoscópico. Hemorragia digestiva en el postoperatorio, así como disfagia que requiere reintervención para rehacer el Nissen.
Cirugía de Mama	Secuelas estéticas tras resección de fibroadenoma.
Cirugía de Mama	Infección de herida tras intervención quirúrgica de ginecomastia.
Cirugía de Mama	Mastopexia con mal resultado (lateralización de prótesis). En el DCI no consta específicamente esta información.
Otros	Retraso diagnóstico de ictus en urgencias.
Otros	Ausencia de diagnóstico de cinco fracturas costales que deriva en exitus por complicaciones respiratorias.
Otros	Lesión de nervio espinal en exéresis de supuesto lipoma que resulta ser tumor de vaina nerviosa.
Otros	Lesión de nervio espinal derecho en exéresis de conglomerado ganglionar para biopsia.
Otros	Ante no hallazgo de lipoma cervical en quirófano, se extirpa piel normal.
Otros	Perforación intestinal en liposucción realizada por cirujano general.
Otros	Parálisis facial tras exéresis de parótida.
Otros	Perforación intestinal tras legrado uterino.
Otros	Cicatriz queloide y dolor crónico tras resección de verruga plantar.
Otros	Limitación de esfuerzo terapéutico y exitus en isquemia mesentérica en paciente pluripatológica de 88 años.
Otros	Dificultad para extensión de dedo y dolor tras resección de lesión cutánea en quinto metacarpiano.

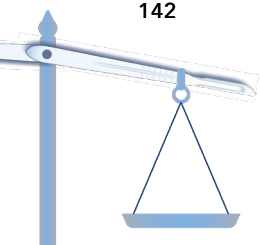


RESULTADOS

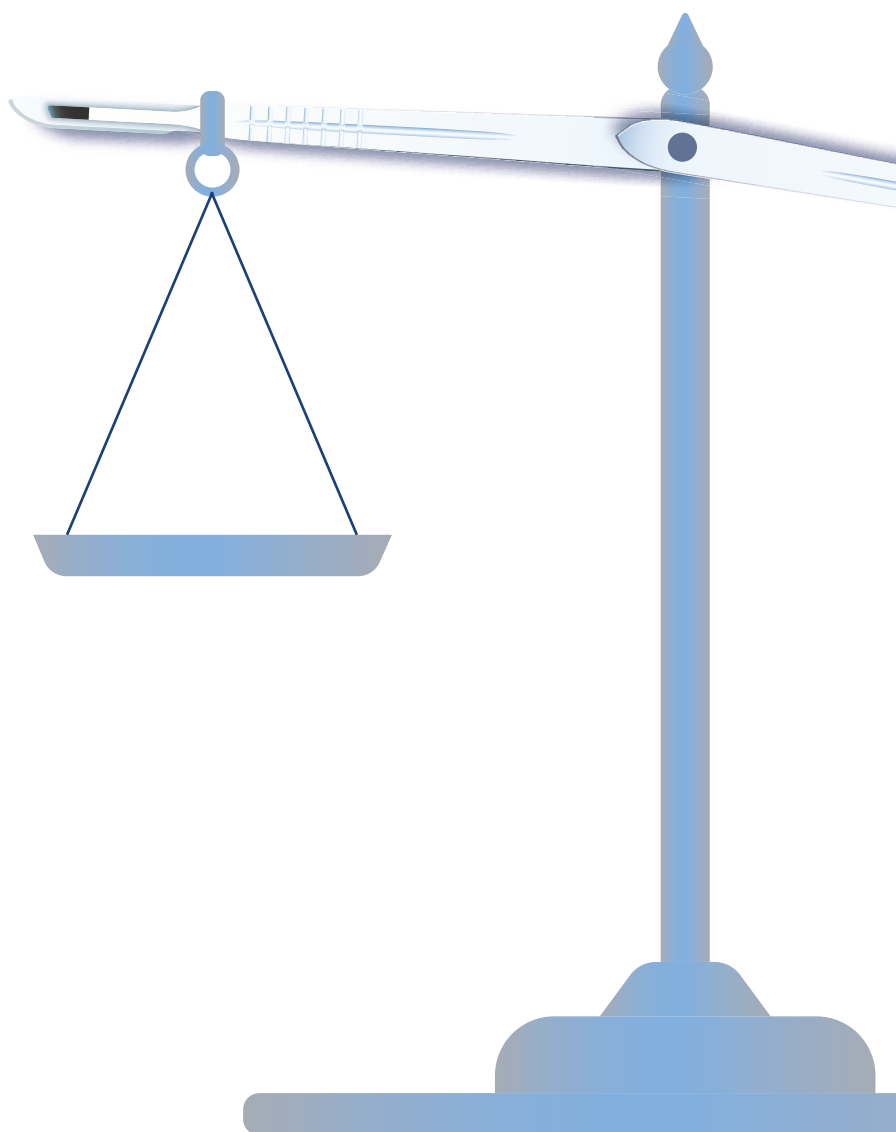
Subespecialidad reclamada	Causa
Otros	No información al paciente tras anatomía patológica de melanoma maligno en exéresis de lesiones en espalda (no se logró contactar, pero se consideró que el paciente no tenía tratamiento posible y no se volvió a intentar).
Otros	Hiperpigmentación tras tratamiento con láser de mancha cutánea.
Otros	Lesión nervio espinal tras exéresis de tumoración escapular.
Otros	Ruptura hepática al colocar drenaje torácico que lleva a exitus.

Tabla 70. Análisis de casos con acuerdo extrajudicial.





# DISCUSIÓN







## 6. DISCUSIÓN

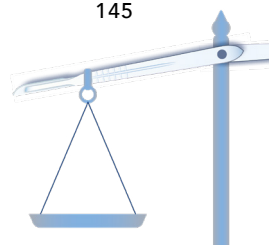
### 6.1 PERFIL DEL RECLAMANTE

Uno de los objetivos de este estudio es establecer un perfil detallado del paciente que decide interponer una reclamación contra el facultativo médico que lo ha atendido en el ámbito de la cirugía general. Se busca analizar si ciertas características demográficas, como el sexo o la edad, pueden influir en la probabilidad de que un paciente tome la decisión de presentar una queja formal.

En la muestra analizada, se observa una ligera mayor representación de mujeres en comparación con los hombres, con un 57.59% frente a un 42.41%. Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa como para afirmar que el sexo sea un factor determinante en la decisión de presentar una reclamación. Nada indica que las mujeres o los hombres sean más propensos a llevar a cabo este tipo de acciones, como tampoco se ha hallado en la literatura existente al respecto<sup>92</sup>.

En lo que respecta a la edad, se observa una gran diversidad en la muestra, con un rango que abarca desde los 12 hasta los 90 años. Al analizar las medias de edad, se aprecia que los hombres reclamantes presentan una edad media de 52.42 años, mientras que, en el caso de las mujeres, la media es de 51.82 años. La similitud entre estos valores, sumada al solapamiento de los intervalos de confianza, refuerza la idea de que la edad tampoco parece ser un factor determinante en la probabilidad de presentar una queja.

Con base en los datos obtenidos en este estudio, no ha sido posible identificar un perfil específico del paciente reclamante en función de sus características demográficas. Ni el sexo ni la edad parecen desempeñar

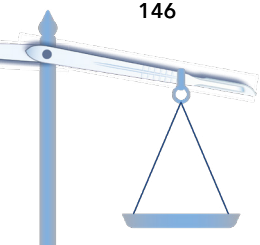


un papel relevante en la decisión de interponer una reclamación contra el facultativo médico.

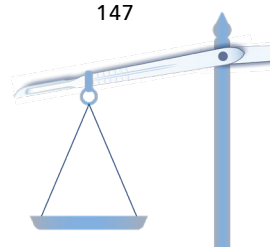
En cuanto a la distribución temporal, los expedientes analizados corresponden al período comprendido entre 2013 y 2020. El incremento puntual observado en 2015, aunque llamativo en términos de porcentaje, no necesariamente indica una tendencia relevante o un cambio significativo en el comportamiento de las reclamaciones. Es probable que esta variación se deba a factores aleatorios o a fluctuaciones normales en la presentación de quejas, sin que ello implique una causa específica que explique el pico registrado en ese año.

En cuanto a la distribución geográfica de las reclamaciones, se observa una marcada predominancia de la provincia de Barcelona (84.82%). Esto se explica tanto por la mayor proporción de cirujanos registrados en el Colegio de Médicos de Barcelona, como por el mayor número de asistencia derivada de una población mayor en número (8.067.454 habitantes en 2024 vs. 861.744 en Tarragona, 451.707 en Lleida y 821.108 en Girona según el Instituto de Estadística de Cataluña <sup>93</sup>). De hecho, en 2023 se realizaron 108749 cirugías en Barcelona <sup>94</sup>, 28911 en Tarragona <sup>95</sup>, 1002 en Lleida <sup>96</sup> y 42375 en Girona <sup>97</sup>.

Por lo tanto, los porcentajes menores en Tarragona, Girona y Lleida reflejan, en parte, la menor proporción de médicos colegiados en Barcelona que ejercen en estas provincias, más que una verdadera diferencia en la incidencia de reclamaciones. Esto debe tenerse en cuenta al interpretar los datos, ya que podrían no ser extrapolables a la totalidad del sistema sanitario catalán o a la distribución real de quejas en cada provincia.



Por lo tanto, aunque los resultados ofrecen una visión interesante de la evolución temporal y geográfica de las reclamaciones en cirugía general, es importante considerar las limitaciones del estudio para evitar interpretaciones erróneas.



## 6.2 PERFIL DEL RECLAMADO

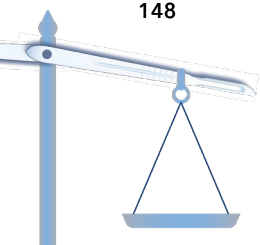
### 6.2.1 Sexo y edad del reclamado

El análisis de sexo de los facultativos reclamados indica que los hombres representan el 77.29% de los casos, mientras que las mujeres constituyen el 22.71%.

La literatura publicada al respecto coincide con el resultado obtenido en la muestra. En 1992, Taragin et al publicaron un estudio en el *American Journal of Surgery* en el cual determinaron que había tres veces más facultativos hombres reclamados que mujeres <sup>98</sup>. En 2016, Studdert et al evidenciaron un 82% de hombres en la muestra de su estudio publicado en el *The New England Journal of Medicine* <sup>99</sup>. Sundel et. al en 2022, corroboran que hay más facultativos hombres reclamados <sup>100</sup>. En España, Perea-Pérez et. al observaron un 76.7% de hombres en su muestra publicada en Revista Clínica Española <sup>84</sup>.

En cuanto a la edad, la prueba t de Student de dos muestras con varianzas desiguales revela que los facultativos hombres tienen una media de edad significativamente mayor (53.39 años) en comparación con las mujeres (40.63 años), con una diferencia de 12.96 años. Esta diferencia estadísticamente significativa sugiere que las cirujanas enfrentan reclamaciones en etapas más tempranas de su carrera, lo que podría estar relacionado con la progresiva incorporación de mujeres a la cirugía general en años recientes.

Esta distribución no puede interpretarse sin considerar el contexto histórico de la profesión médica. Durante décadas, la cirugía y otras especialidades quirúrgicas han estado dominadas mayoritariamente por hombres, lo que inevitablemente sesga la proporción de reclamaciones dirigidas a cada género. Si bien en la actualidad el número de mujeres

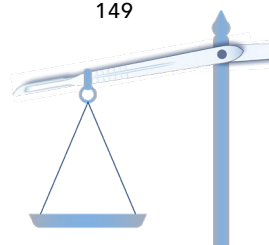


en la medicina ha crecido considerablemente, este cambio demográfico es relativamente reciente y aún no se refleja plenamente en todas las especialidades. En 2024, la media de edad de los médicos colegiados en Cataluña muestra una diferencia notable entre sexos: los hombres tienen una edad promedio de 59.17 años, mientras que la de las mujeres es de 49.17 años. Además, aunque actualmente hay más mujeres colegiadas (aproximadamente 22.000) que hombres (19.000), la mayor edad promedio de los facultativos masculinos indica que la tendencia a la feminización de la profesión se ha consolidado sobre todo en los últimos años. En España, en 2006, las mujeres representaban el 18% de los cirujanos, cifra que llegó a 46.77 % en 2022. Si consideramos solamente los socios junior de la Asociación Española de Cirujanos, las mujeres representan ya un 62.61% <sup>101,102</sup>.

La media de edad total de los facultativos reclamados es de 50.44 años, lo que sugiere que la mayoría de los profesionales involucrados en reclamaciones tienen una trayectoria profesional considerable<sup>103</sup>. Hay que tener en cuenta que esto podría ser porque con los años de experiencia los profesionales atienden a pacientes cada vez más complejos y realizan cirugías más complejas.

La diferencia de edad observada entre hombres y mujeres, nuevamente, puede reflejar la evolución demográfica de la profesión, donde históricamente la presencia femenina ha sido menor y ha ido aumentando con el tiempo. Es esperable que, en ausencia del efecto del sexo, en el futuro la proporción de reclamaciones dirigidas a mujeres aumente a medida que se equilibre la distribución de género en la especialidad.

Este contexto sugiere que la mayor proporción de reclamaciones dirigidas a hombres no necesariamente implica una diferencia en la práctica médica según el sexo, sino que puede deberse a una cuestión de antigüedad y representatividad en la profesión. A medida que las generaciones

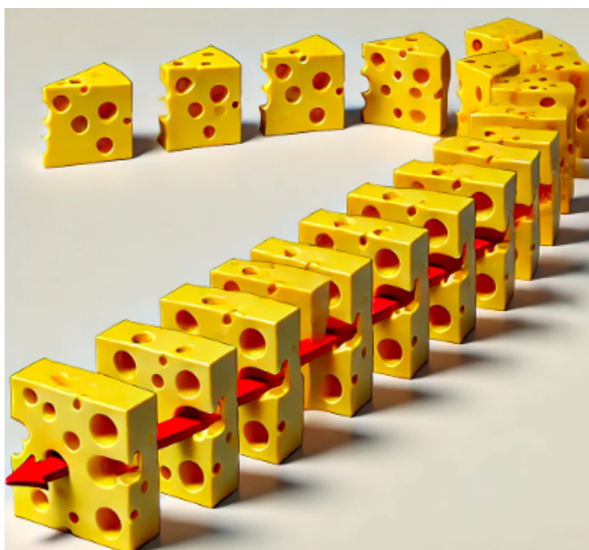


más jóvenes de médicas consolidan su presencia en especialidades quirúrgicas, es posible que la distribución de reclamaciones se equilibre en el futuro.

### 6.2.2 Número de facultativos reclamados

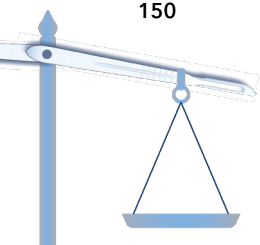
Los resultados muestran que en la mayoría de los casos (64.40%) la reclamación se dirige contra un único facultativo, mientras que en un porcentaje menor (35.61%) se involucran dos o más profesionales.

James Reason propuso la metáfora del "queso suizo" para explicar cómo ocurren errores en



*Figura 20. Metáfora del queso suizo. Imagen creada por IA.*

los sistemas. Según esta analogía, en un sistema complejo, los peligros son mitigados por una serie de barreras diseñadas para evitar daños a las personas. Sin embargo, cada una de estas barreras tiene fallos imprevistos o "agujeros", de ahí la comparación con el queso suizo. Estos agujeros no son fijos, sino que aparecen y desaparecen de manera aleatoria. Cuando, por casualidad, todos los agujeros se alinean, el peligro logra atravesar las barreras, alcanzando al paciente y causando daño<sup>104,105</sup>. Si extrapolamos esta teoría a la práctica médica, la mayoría de eventos adversos deberían ser explicados por errores cometidos por más de una persona.



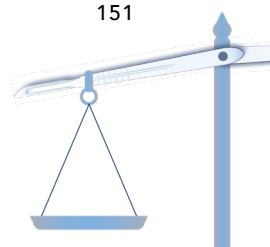
Este dato sugiere que, en la mayoría de las situaciones, los pacientes identifican a un médico como el principal responsable de la situación que motiva la queja, ya sea por haber tomado la decisión clínica, por su intervención directa en el procedimiento o por su papel en la comunicación con el paciente.

Un ejemplo podría ser un caso de olvido de gasa en un procedimiento quirúrgico, en el cual solamente se reclame al cirujano. Sin embargo, para que este hecho ocurra, el resto del equipo debe también haber fallado en detectar el error.

Por otro lado, aproximadamente un 20% de los expedientes involucran a dos médicos y un 15.71% a más de dos. Estos casos sí que podrían estar explicados por la teoría previamente mencionada. En la mayoría de los procedimientos asistenciales participan múltiples especialistas, como cirugías en equipo, valoraciones conjuntas o tratamientos multidisciplinarios. En estos casos, la dificultad de establecer una única responsabilidad puede llevar a que los pacientes o sus representantes incluyan a más de un facultativo en la reclamación.

Además, la implicación de varios médicos en una misma reclamación podría reflejar problemas de comunicación dentro del equipo asistencial o entre el equipo médico y el paciente. Diferencias en los criterios clínicos, falta de consenso en el diagnóstico o tratamiento, o incluso problemas en la transmisión de la información al paciente pueden generar percepciones de mala praxis que derivan en reclamaciones dirigidas a más de un profesional.

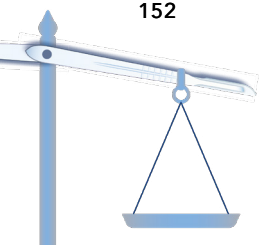
Todo esto resalta la importancia de una adecuada coordinación entre los miembros del equipo sanitario y de una comunicación clara y efectiva con el paciente. Implementar estrategias para mejorar la trazabilidad de las decisiones médicas y reforzar la información proporcionada a los





pacientes podría contribuir a reducir el número de reclamaciones en las que se ven involucrados múltiples facultativos.

Finalmente, puede existir un sesgo por el tipo de muestra del estudio. En las reclamaciones contra CatSalut en el ámbito contencioso-administrativo, las reclamaciones pueden dirigirse contra la Administración por un supuesto error organizativo o sistémico (comiogenia), mientras que en las del CCMC esto no sucede.

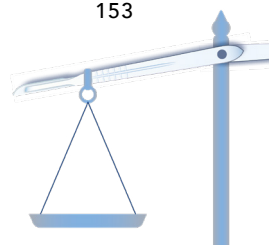


### 6.3 ÁMBITO ASISTENCIAL Y ÁREA RECLAMADA

El hecho de que la mayoría de las reclamaciones de la muestra (68.59%) se presenten en el ámbito privado frente al 30.89% en el público sugiere que existen diferencias en las expectativas y percepciones de los pacientes según el sistema asistencial en el que reciben atención. Este resultado coincide con la literatura existente, en la que predominan las reclamaciones en la medicina privada <sup>85,84</sup>. Una posible explicación es que, en el ámbito privado, los pacientes pueden tener expectativas más altas en relación con la calidad del servicio, los tiempos de espera y los resultados clínicos. Aunque el pago no es directo en la mayoría de los casos, ya que suele realizarse a través de una cuota de mutua, la percepción de estar accediendo a un servicio con mayor rapidez y menor saturación puede generar una mayor exigencia sobre los resultados. Cuando estos no se ajustan a lo esperado, es más probable que el paciente exprese su insatisfacción a través de una reclamación <sup>75</sup>.

La predominancia de la medicina privada en las reclamaciones se aplica también a nivel mundial, en mayor o menor medida, a otras especialidades quirúrgicas, tales como cirugía plástica <sup>106</sup>, ginecología y obstetricia <sup>107</sup> o traumatología <sup>108</sup>.

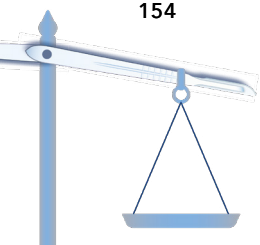
En cuanto a las áreas asistenciales, el quirófano concentra la mayor parte de las reclamaciones (75.39%), lo que es coherente con la naturaleza de la cirugía general, donde los procedimientos quirúrgicos representan el eje central de la actividad médica. Se corresponde, asimismo, con la literatura existente al respecto <sup>109,110,111</sup>. Este dato refuerza la idea de que los resultados postoperatorios, las posibles complicaciones y la gestión de la comunicación pre y postoperatoria son factores clave en la percepción de la atención recibida.



Por su parte, el servicio de urgencias representa un 11.52% de las reclamaciones, lo que podría estar relacionado con la inmediatez con la que deben tomarse decisiones en este contexto, la dificultad para una comunicación detallada y la incertidumbre inherente a los cuadros clínicos que requieren atención urgente. Finalmente, la hospitalización en planta representa un 6.81% de las reclamaciones, un porcentaje menor que podría explicarse por el hecho de que en esta fase el paciente recibe un seguimiento más cercano, permitiendo una mayor resolución de problemas antes de que se conviertan en motivo de queja formal.

Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de la gestión de expectativas en el ámbito privado y la necesidad de optimizar la comunicación con los pacientes en todas las fases del proceso asistencial, especialmente en el contexto quirúrgico, donde la percepción de los resultados juega un papel determinante en la satisfacción y, por tanto, en la probabilidad de presentar una reclamación.

Sin embargo, de la misma forma que en el apartado anterior, podría existir un sesgo por el tipo de muestra, en la que no se ven representadas las reclamaciones realizadas por la vía contencioso-administrativa.



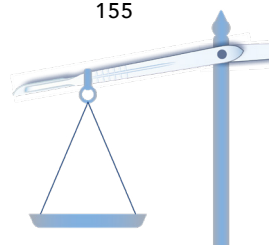
## 6.4 SUBESPECIALIDADES MÁS RECLAMADAS

Los datos obtenidos indican que las reclamaciones en el ámbito de la cirugía general se concentran principalmente en la cirugía colorrectal, representando el 27,75% del total. Maximilian et. al, en *International Journal of Surgery* <sup>112</sup>, coinciden con este resultado. Eş et. al, por otro lado, publican que en la muestra es la tercera patología más reclamada, después de la biliar y la tiroidal <sup>111</sup>.

La segunda patología en la muestra es la cirugía hepatobiliar con un 17,28%, seguida de la cirugía de la pared abdominal con un 14,14%. Esta distribución puede explicarse por varios factores inherentes a la práctica quirúrgica.

En primer lugar, no sorprende que la cirugía colorrectal tenga una presencia destacada en las recomendaciones, dado su papel habitual dentro de la práctica quirúrgica general. Además, en este análisis se han clasificado las apendicitis agudas dentro de la categoría colorrectal, lo que incrementa su representación. El apéndice, según el Registro de Actividad de Atención Especializada del Conjunto Mínimo Básico de Datos de las Altas Hospitalarias de 2022, es la cuarta localización anatómica más frecuente de procedimientos médico-quirúrgicos (2.7%), solamente detrás de la vejiga, la vesícula biliar y el estómago <sup>113</sup>.

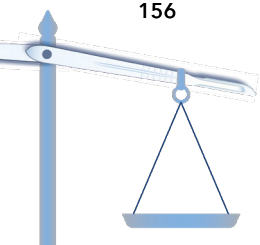
Por otro lado, la cirugía hepatobiliar, que representa el 17,28% de las reclamaciones, incluye procedimientos como la colecistectomía. Este procedimiento, que puede resultar sencillo en muchas ocasiones, en otras puede derivar en una complicación tan grave y temida como la lesión de vía biliar. La lesión iatrogénica de vía biliar es una complicación inherente a la colecistectomía que puede darse hasta en un 0.4-0.6% de los casos, pudiendo suponer hasta el doble en cirugía urgente <sup>114</sup>. Se consideran factores de riesgo para este suceso la colecistitis aguda o crónica, las



cirugías abdominales previas, la obesidad severa o variantes anatómicas de la disposición de los conductos biliares. Como consecuencias se encuentran la morbilidad postoperatoria, reintervenciones, y en casos extremos, una mortalidad que puede alcanzar hasta el 10% en lesiones severas <sup>115</sup>. Esto puede, por ende, ser motivo de reclamación.

En cuanto a la cirugía de la pared abdominal, que abarca el 14,14% de las reclamaciones, se incluyen procedimientos como la reparación de hernias, especialmente las inguinales. Las hernioplastias son intervenciones frecuentes en cirugía general y, aunque generalmente se consideran de bajo riesgo, pueden presentar complicaciones como infección, recurrencias o dolor crónico, que podrían motivar reclamaciones por parte de los pacientes.

Es importante destacar que la categoría "otros" engloba una amplia variedad de procedimientos quirúrgicos menos frecuentes. Es el conjunto de ellos lo que explica su representación en la muestra de reclamaciones.



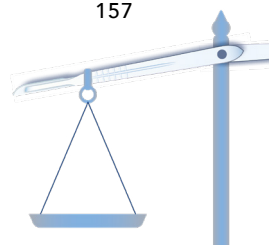
### 6.5 TIPO DE ACTUACIÓN

El hecho de que el 80.10% de las reclamaciones estén relacionadas con intervenciones quirúrgicas es un hallazgo esperable en el contexto de la cirugía general, ya que los procedimientos quirúrgicos conllevan inherentemente un mayor riesgo de complicaciones en comparación con los actos médicos no quirúrgicos <sup>116</sup>. Las cirugías implican múltiples factores que pueden derivar en una reclamación, como errores técnicos, resultados no esperados, complicaciones postoperatorias o incluso problemas en la comunicación de riesgos y expectativas al paciente.

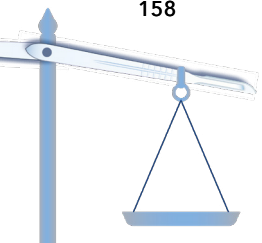
Por otro lado, aunque en menor proporción (19.90%), las reclamaciones derivadas de actos médicos no quirúrgicos también representan un porcentaje relevante. Estas pueden estar vinculadas a errores diagnósticos, manejo inadecuado de patologías quirúrgicas sin intervención, demora en la indicación de cirugía o problemas en la relación médico-paciente. En algunos casos, la falta de claridad en la información proporcionada al paciente sobre su diagnóstico y opciones terapéuticas puede generar insatisfacción y derivar en una queja formal.

Este patrón resalta la importancia de optimizar tanto la seguridad quirúrgica como la comunicación con los pacientes en todo el proceso asistencial. La implementación de protocolos más estrictos de evaluación preoperatoria, el refuerzo de la toma de decisiones compartida y la mejora en la comunicación sobre riesgos y expectativas postoperatorias pueden contribuir a reducir el número de reclamaciones. Además, en el ámbito no quirúrgico, una mayor precisión diagnóstica y una mejor gestión de las expectativas del paciente pueden ayudar a disminuir la percepción de errores o negligencia en la atención médica.

En definitiva, estos resultados refuerzan la necesidad de un enfoque integral en la calidad asistencial que no solo se limite a la precisión



técnica en el quirófano, sino que también contemple la importancia de la relación médico-paciente, la gestión de la información y la prevención de posibles conflictos derivados de la percepción de mala praxis.



### 6.6 TIPO DE PATOLOGÍA

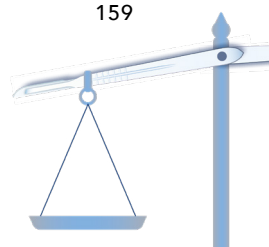
En la muestra analizada, la gran mayoría de las reclamaciones (80.63%) están relacionadas con patologías benignas, mientras que solo el 19.37% corresponden a patologías malignas.

Estos datos se corresponden con los previamente publicados, en los que las reclamaciones por patología benigna predominan <sup>117</sup>.

Esto sugiere que las expectativas de los pacientes y sus familiares juegan un papel clave en la percepción de la atención médica y en la decisión de presentar una reclamación.

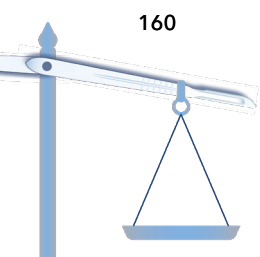
En el contexto de la patología benigna, los pacientes suelen esperar una resolución completa del problema de salud sin mayores complicaciones. Al tratarse de enfermedades que, en principio, no comprometen la vida, tanto los pacientes como sus familiares pueden tener una percepción de menor riesgo y esperar una evolución sin incidentes. Cuando surgen complicaciones inesperadas, efectos adversos o resultados que no cumplen con sus expectativas, la insatisfacción puede ser mayor, lo que podría traducirse en un mayor número de reclamaciones.

Por el contrario, en las patologías malignas, aunque el proceso asistencial es generalmente más complejo y con mayores riesgos inherentes, los pacientes y sus familiares suelen estar más preparados para afrontar complicaciones o desenlaces desfavorables. La gravedad del diagnóstico, junto con una mayor concienciación sobre la agresividad de los tratamientos y su posible impacto, puede generar una mayor aceptación de los riesgos y una menor propensión a la reclamación. Además, en estos casos, es habitual que exista un seguimiento más estrecho y una comunicación más detallada con el equipo médico, lo que podría contribuir a una mejor gestión de las expectativas del paciente y su entorno.





Estos hallazgos ponen de manifiesto la importancia de una adecuada comunicación médico-paciente, especialmente en patologías benignas, donde es fundamental informar de manera clara y realista sobre los riesgos, posibles complicaciones y límites del tratamiento. Una mejor gestión de las expectativas desde el inicio del proceso asistencial podría contribuir a reducir la percepción de error o mala praxis y, en consecuencia, la probabilidad de que se generen reclamaciones.



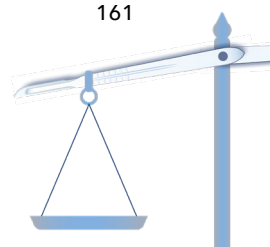
### 6.7 ASISTENCIA URGENTE O NO URGENTE

El hecho de que la mayoría de las reclamaciones (74.87%) estén relacionadas con asistencia no urgente, mientras que solo el 25.13% correspondan a atención en un contexto de urgencia, es un hallazgo que contrasta con lo que inicialmente cabría esperar. En situaciones de urgencia, el tiempo para informar al paciente y su familia es limitado, lo que podría generar una menor comprensión de la situación clínica y sus posibles complicaciones. Este menor margen para la comunicación efectiva podría hacer pensar que habría más reclamaciones en este contexto, debido a malentendidos o expectativas no alineadas con la realidad asistencial.

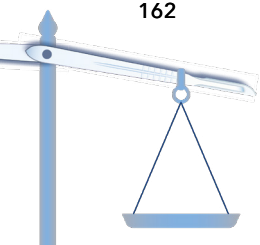
Los resultados de este estudio muestran lo contrario.

Una posible explicación es que, en la cirugía programada, los pacientes y sus familiares pueden tener expectativas más altas sobre el desenlace, esperando una recuperación sin incidentes. Cuando los resultados no son los esperados, o si surgen complicaciones, la percepción de que hubo un error o una deficiencia en la atención puede ser mayor, lo que podría aumentar la probabilidad de reclamaciones. En contraste, en el contexto de la urgencia, el propio carácter crítico de la situación podría influir en una mayor aceptación del riesgo por parte de los pacientes y sus familiares<sup>112</sup>. En estos casos, la prioridad es la resolución inmediata del problema, y el margen para cuestionar la atención médica o considerar otras opciones es menor. Además, en muchas urgencias el paciente puede estar en una condición clínica grave que impide un análisis detallado de la situación en tiempo real, lo que también podría contribuir a una menor frecuencia de reclamaciones.

Sin embargo, si nos remitimos a los datos de cirugía urgente y programada en Cataluña, en 2017 se realizaron 771.736 cirugías programadas y



80.046 cirugías urgentes <sup>118</sup>. Dicho de otra forma, solamente un 10.37% de las cirugías fueron urgentes (teniendo solamente en cuenta las cirugías que requirieron hospitalización, 77.35% fueron programadas y 22.65% urgentes). Al calcular la tasa relativa de reclamación en función del volumen de cirugías realizadas, se observa que las cirugías urgentes tienen una tasa un 11% superior a su peso en el total de procedimientos (TRR  $\approx 1.11$ ), mientras que en las cirugías programadas la tasa es ligeramente inferior a la esperada (TRR  $\approx 0.97$ ). Esto indica que, proporcionalmente, se presentan más reclamaciones tras cirugías urgentes que tras cirugías programadas, lo cual concuerda con lo que cabría esperar inicialmente. Por lo tanto, teniendo en cuenta este dato, sí que hay más reclamaciones en procedimientos urgentes respecto a los programados, lo cual concuerda con lo que cabría esperar.



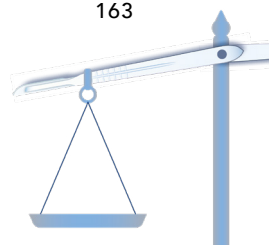
### 6.8 CAUSAS DE RECLAMACIÓN

El análisis de las causas de reclamación en cirugía general permite identificar patrones que pueden ser clave para mejorar la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

En la muestra analizada, la mayoría de las reclamaciones están relacionadas con errores quirúrgicos (47.12%), similar a resultados descritos, como en el estudio Turco publicado por Eş et. al <sup>119</sup>, en el estudio Holandés publicado por de Vries et. al <sup>120</sup>, o en el Estadounidense de Fabri et. al <sup>121</sup>. Esto refuerza la idea de que las expectativas de los pacientes en relación con los resultados quirúrgicos juegan un papel fundamental en la decisión de presentar una queja.

El hecho de que una gran proporción de las reclamaciones por complicaciones (63.87%) se deban a resultados considerados esperables sugiere que, en muchos casos, el problema no radica en la actuación médica en sí, sino en la percepción del paciente sobre lo que debería haber ocurrido. Este dato pone de manifiesto la importancia de una adecuada comunicación médico-paciente antes y después de la cirugía, asegurando que se expliquen de manera clara y realista los riesgos inherentes a cada procedimiento. Asimismo, la presencia de un porcentaje significativo de complicaciones no esperables (15.18%) resalta la necesidad de seguir mejorando los protocolos quirúrgicos y el seguimiento postoperatorio para reducir la aparición de eventos adversos inesperados.

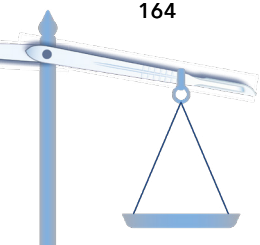
En cuanto a las reclamaciones relacionadas con el diagnóstico, aunque representan un porcentaje menor en comparación con otras categorías (7.33% de errores diagnósticos, 8.90% por retrasos y 1.57% por diagnóstico no realizado), siguen siendo un motivo relevante de reclamación. Los retrasos en el diagnóstico pueden tener consecuencias clínicas importantes, especialmente en patologías quirúrgicas donde el



tiempo de intervención es crítico. Esto sugiere la necesidad de optimizar los procesos diagnósticos, mejorar la coordinación entre equipos médicos y garantizar una mayor precisión en la detección temprana de patologías quirúrgicas.

El estudio publicado por la Dra. Ross (Grupo *The Doctors Company*, California) en 2023, analiza los tipos de reclamaciones relacionadas con el diagnóstico, coincidiendo en que la mayoría de los casos son por retraso o error en el mismo. Define, asimismo, que el 30% suceden en planta de hospitalización, el 24% en consulta y el 19% durante la intervención quirúrgica <sup>122</sup>. L Kwan et. al, en un estudio realizado en Canadá, coinciden en que la mayoría de errores diagnósticos se dan en la planta (complicaciones postoperatorias no detectadas), y concluyen que los principales factores que contribuyen a estos errores son la toma de decisiones clínicas y los fallos en la comunicación. En algunos casos, confiar en la intuición implica la presencia de sesgos cognitivos, lo que lleva al cirujano a enfocarse en un diagnóstico incorrecto o a fallar o retrasar la solicitud de una prueba diagnóstica. El uso de guías clínicas o de un sistema de apoyo a la toma de decisiones ayuda a los profesionales a reducir la variabilidad en sus respuestas <sup>123</sup>. Magowan et. al subrayan que muchas de las reclamaciones aúnan error quirúrgico con retraso diagnóstico, refiriéndose a retraso de identificación de complicaciones intraoperatorias (por ejemplo, una perforación intestinal inadvertida en una cirugía laparoscópica) <sup>60</sup>.

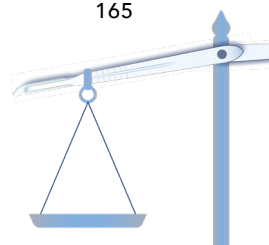
El manejo clínico también aparece como un motivo de reclamación, con un 12.04% de los casos relacionados con errores en la decisión terapéutica y un 1.05% con errores en los cuidados proporcionados. Aunque estos porcentajes son menores, indican que existen oportunidades de mejora en la toma de decisiones clínicas y en la continuidad de la atención postoperatoria para reducir la percepción de mala praxis o de tratamientos inadecuados. En este contexto, la inteligencia artificial se perfila como



una herramienta prometedora para apoyar a los profesionales en la toma de decisiones clínicas más seguras y fundamentadas. Por ejemplo, algoritmos de IA como el desarrollado por el sistema de salud Mount Sinai en Nueva York han demostrado ser capaces de predecir complicaciones postoperatorias a partir del análisis de historias clínicas electrónicas, ayudando a anticipar riesgos y optimizar la planificación del cuidado <sup>124</sup>. No obstante, su implementación debe abordarse con precaución, asegurando que complemente, y no sustituya, el juicio clínico, y que se utilice con criterios éticos, validación científica y supervisión profesional adecuada.

Por otro lado, los problemas de comunicación representan un 8.90% de las reclamaciones, con la falta de información como el principal motivo, seguida de un 1.57% debido a un trato considerado incorrecto. Si bien estos valores no son los más elevados, la comunicación deficiente sigue siendo un factor clave que puede influir en la insatisfacción del paciente y en su decisión de presentar una reclamación, lo cual es común a todas las especialidades médicas. La percepción de que no se ha proporcionado suficiente información sobre la enfermedad, el procedimiento quirúrgico o las posibles complicaciones puede generar desconfianza y aumentar la probabilidad de que un paciente busque vías formales de queja.

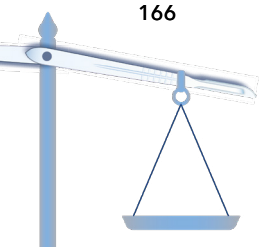
Según diversos estudios, ofrecer una disculpa sincera y una comunicación transparente tras un evento adverso en cirugía puede reducir la probabilidad de este tipo de reclamaciones. Como ejemplo, la iniciativa "Sorry Works!"<sup>125</sup> publicada en 2006 en Kentucky promovía la divulgación completa y disculpas como estrategia para disminuir litigios y mejorar la relación médico-paciente. Posteriormente, el National Health Service en Reino Unido, mediante la regulación del deber de franqueza o *duty of candour*, estableció en 2014 el deber legal de transparencia y honestidad con el paciente o con sus familiares ante cualquier evento adverso. Este sistema favorece las cartas de disculpa, sin ser estas admisiones de culpa.



La Alianza de Massachusetts para la Comunicación y Resolución ante un Error Médico (MACRMI) de Estados Unidos, ha desarrollado asimismo el programa CARE (Communication, Apologize, Resolution), que, sin embargo, solo compromete a los hospitales adheridos voluntariamente.<sup>126</sup> Las investigaciones sugieren que las disculpas adecuadas pueden influir positivamente en la percepción del paciente y reducir la intención de presentar demandas<sup>127</sup>. Esto refuerza la recomendación de que los profesionales de la salud adopten prácticas de comunicación abierta y ofrezcan disculpas cuando ocurran complicaciones, como medida para prevenir reclamaciones en el ámbito quirúrgico<sup>128, 129</sup>.

No obstante, es una recomendación que hay que considerar con precaución según el contexto. La comunicación de los eventos adversos está completamente determinada por el marco legal vigente en cada país. En contextos distintos al nuestro, esta comunicación se beneficia del llamado privilegio legal, considerándose un primer paso hacia la reparación y en un entorno de seguridad jurídica para el profesional. En cambio, en España, no solo no existe esta protección, sino que la información y disculpa pueden acarrear responsabilidades profesionales<sup>130</sup>.

Igualmente, estos resultados sugieren que, si bien los errores técnicos y las complicaciones quirúrgicas son las principales causas de reclamación, la falta de comunicación y la gestión de expectativas desempeñan un papel crucial en la percepción del paciente sobre la calidad de la atención recibida. Mejorar la comunicación pre y postoperatoria, reforzar los protocolos de seguridad quirúrgica y optimizar la toma de decisiones clínicas podrían ser estrategias clave para reducir la incidencia de reclamaciones en cirugía general.



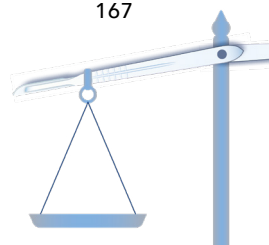
## 6.9 CUANTÍA DE LAS RECLAMACIONES

La indemnización para las víctimas de negligencia médica en España no está regulada por una norma específica que establezca criterios uniformes de compensación <sup>131,132</sup>. Como resultado, la cuantía de la indemnización puede variar según el juzgado o tribunal que conozca el caso, incluso en situaciones con hechos similares.

Ante la ausencia de un marco normativo que determine de manera clara la valoración económica de los daños sufridos, los juzgados y tribunales suelen recurrir, con carácter orientativo, al baremo establecido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre <sup>133</sup>, que regula la valoración de los daños y perjuicios en accidentes de tráfico. Este baremo se emplea como referencia para estimar las indemnizaciones en casos de negligencia médica, proporcionando un criterio común en la cuantificación del perjuicio sufrido por el paciente.

El análisis de la cuantía económica reclamada inicialmente (no necesariamente la posteriormente establecida) en cirugía general en esta muestra revela una amplia variabilidad en las cantidades reclamadas, con un rango que va desde 2,021.20 € hasta 1,170,238 €. La media de 165,559 €, junto con una desviación estándar de 212,439.40 €, sugiere que existen reclamaciones con valores excepcionalmente altos, lo que genera una distribución muy dispersa. Esta variabilidad se debe a que los daños reclamados pueden ser muy distintos según la naturaleza del caso, el tipo de secuelas, la edad del paciente o el impacto vital y funcional de la complicación sufrida.

La mediana de 107,969 € indica que en la mitad de las reclamaciones se solicita una cuantía inferior a esta cifra, mientras que el percentil 75 (207,845.80 €) muestra que una cuarta parte de los casos implican montos considerablemente elevados. Esto sugiere que, aunque la mayoría



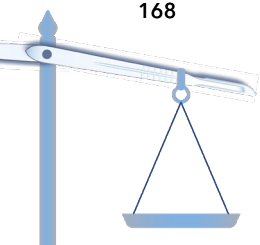


de las reclamaciones se concentran en valores más moderados, existen algunos casos con demandas económicas muy altas, lo que podría estar relacionado con situaciones de mayor gravedad, como complicaciones severas, reclamaciones cuya cuantía indemnizada suele ser más alta incluso que en los casos de exitus con responsabilidad.

Estos resultados reflejan la variabilidad existente en la cuantificación por parte de los reclamantes de las indemnizaciones por negligencia médica en cirugía general, en un contexto en el que no existe un marco normativo específico que estandarice estos valores. La dispersión observada en las cuantías reclamadas y la ausencia de una referencia legal clara sugieren que la determinación económica de los daños depende de múltiples factores, entre ellos las pretensiones de los reclamantes y/o sus abogados, el tipo de daño, y la disponibilidad de criterios orientativos, como el baremo de accidentes de tráfico. La valoración del tribunal no suele tener mayor efecto en la cuantía reclamada, sino en la resolución cuando existe.

Asimismo, la falta de un monto concreto en casi la mitad de las reclamaciones (solo el 50.79% de las reclamaciones tiene una cuantía inicialmente definida), indica que el proceso de cuantificación no siempre es inmediato, pudiendo estar condicionado por la evolución del caso y por la búsqueda de reconocimiento de la responsabilidad antes de la estabilización lesional del daño. Esta incertidumbre en la determinación de las indemnizaciones refuerza la importancia de contar con criterios más homogéneos en la valoración del daño y de mejorar la gestión de expectativas de los pacientes, factores que pueden influir en la percepción de la calidad asistencial y en la propensión a reclamar.

Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de desarrollar estrategias que minimicen la ocurrencia de eventos adversos que puedan derivar en reclamaciones de alto impacto económico. Además,

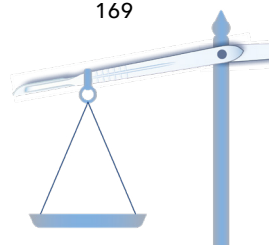


refuerzan la idea de que la percepción de daño y su cuantificación varían ampliamente entre los pacientes, dependiendo no solo de la gravedad del caso, sino también de factores subjetivos como la percepción de la calidad asistencial, la comunicación con el equipo médico y la gestión de expectativas.

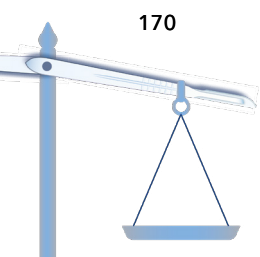
Por otro lado, el análisis de las indemnizaciones en los casos de acuerdo extrajudicial y condena judicial muestra diferencias significativas tanto en las cuantías promedio como en la variabilidad de los montos. En los acuerdos extrajudiciales, la indemnización media es de 65,432 €, con una desviación estándar de 54,870 €. En contraste, las condenas judiciales presentan una media de 120,345 € y una desviación estándar de 95,678 €, lo que indica una mayor dispersión en los montos adjudicados por vía judicial, lo cual se podría atribuir a que las condenas dependen del daño, el cual es mayor en los casos de condena judicial.

La diferencia en los valores medios entre ambas formas de resolución puede explicarse por varios factores. En los acuerdos extrajudiciales, las partes suelen negociar montos más controlados para evitar los costos y la incertidumbre de un juicio. Además, es probable que en muchos de estos casos las indemnizaciones sean menores porque la carga probatoria no siempre es concluyente, lo que lleva a pactos intermedios antes de llegar a una resolución judicial.

Por otro lado, las condenas judiciales tienden a presentar montos más elevados, lo que podría deberse a que solo los casos con mayor solidez probatoria llegan a esta instancia. La presencia de una resolución judicial también implica que se han reconocido daños de mayor magnitud o responsabilidad clara por parte del facultativo o la institución sanitaria. El hecho de que el monto mínimo en las condenas judiciales (10,000 €) sea significativamente superior al de los acuerdos extrajudiciales (1,500 €) refuerza la idea de que los casos que llegan a juicio suelen involucrar reclamaciones más sustanciales.



La elevada desviación estándar en ambas categorías sugiere una gran heterogeneidad en la cuantificación de los daños, lo que podría depender de múltiples factores como la gravedad del daño, la duración de las secuelas o la capacidad del reclamante para justificar económicamente el perjuicio sufrido.



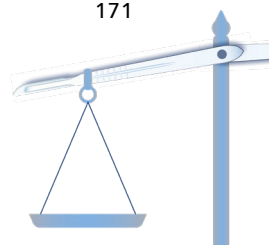
## 6.10 RIESGO DE LA RECLAMACIÓN

El análisis de las reclamaciones desde la perspectiva de la Unidad de Medicina Legal (UML) indica que en un 44.50% de los casos se ha identificado un riesgo médico de defecto de praxis, mientras que en el 54.45% no se ha detectado dicho riesgo. Esto sugiere que, aunque una proporción considerable de reclamaciones podría estar fundamentada en errores médicos, la mayoría no presentan evidencias claras de mala praxis, lo que refuerza la hipótesis de que muchas quejas pueden estar relacionadas con expectativas no cumplidas, complicaciones esperables o problemas en la comunicación médico-paciente.

La cuantificación indemnizatoria estimada por la UML en los casos con riesgo de mala praxis muestra una gran variabilidad, con cifras que oscilan entre 381.95 € y 474,341.70 €. La media de 72,767.45 € y su elevada desviación estándar (87,493.87 €) reflejan la existencia de casos con cuantificaciones significativamente altas, probablemente asociadas a secuelas graves o incapacidades derivadas del acto médico.

Respecto a las cifras publicadas en la literatura española, Perea-Pérez et al., en 2013, publicaron un estudio que analizaba las sentencias relacionadas con la responsabilidad médica en España, en cuya muestra la indemnización media era de 83.457,5€. Sin embargo, los casos eran todos civiles, en segunda instancia <sup>134</sup>. En la muestra publicada por Arimany-Manso et al. en el mismo año, la media fue de 66.636€ <sup>135</sup>.

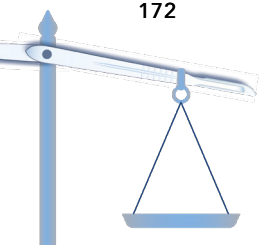
En cuanto a la evaluación por parte de expertos médicos en el ámbito reclamado, solo en el 13.09% de las reclamaciones se confirma la existencia del riesgo, previamente evaluado por los miembros de la UML, mientras que en el 21.99% se descarta. Sin embargo, en el 64.92% de los casos no consta información de expertos externos en la base de datos; si



no se requieren consultas especializadas, esta valoración no se solicita, lo que explica la falta de información en un número elevado de casos.

En el SRP los expertos externos a la UML hacen dos tipos de valoraciones: un informe interno, que solo tiene valor para la UML; y un informe pericial, que se presenta en el juzgado. Cabe decir que en el SRP también se evalúa el riesgo jurídico de las reclamaciones (lo hace el letrado encargado de la reclamación). Debido al ámbito de actuación del SRP, el riesgo jurídico (que conlleva factores distintos al médico) tiene más valor que el propio riesgo médico.

Este hallazgo pone de manifiesto que las reclamaciones pueden originarse en múltiples contextos y no siempre están asociadas a una acción judicial. Además, resalta la necesidad de seguir optimizando la comunicación con los pacientes, dado que una proporción significativa de los casos analizados no parecen estar vinculados a mala praxis propiamente dicha. El desarrollo de estrategias para mejorar la gestión de expectativas, el consentimiento informado y la comunicación postoperatoria podría ser clave para reducir el volumen de reclamaciones y mejorar la percepción de la atención en cirugía general.

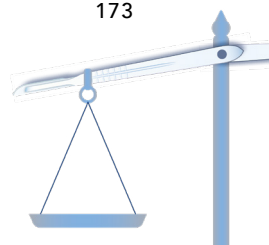


### 6.11 RESOLUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES

El análisis de los tiempos transcurridos entre la incoación y la resolución de los expedientes de reclamación en cirugía general muestra una variabilidad significativa, con un promedio de 2.43 años y una desviación estándar de 1.7 años. Aunque la mayoría de los casos (63.9%) se resuelven en un plazo de hasta 3 años, un porcentaje relevante de reclamaciones se prolonga más, con un 22.5% que requieren entre 3 y 5 años y un 13.6% que superan los 5 años. La duración del proceso puede estar influenciada por la complejidad del caso, la vía legal seguida (extrajudicial, civil o penal) y la carga de trabajo de las instancias encargadas de gestionar estas reclamaciones.

El análisis de los tiempos desde que se conoce la reclamación hasta su resolución muestra que el 40% de los casos se resuelven en menos de un año y el 35% en un plazo de entre 1 y 3 años. Sin embargo, un 25% de los expedientes aún requieren más de 3 años hasta su resolución. Este retraso puede generar incertidumbre tanto para los pacientes como para los profesionales implicados, prolongando el impacto emocional y dificultando la recuperación de la confianza en la relación médico-paciente.

La existencia de casos con tiempos de resolución prolongados sugiere la necesidad de revisar los procedimientos administrativos y periciales para identificar posibles puntos de mejora en la eficiencia del sistema. La implementación de mecanismos de mediación más ágiles y una optimización de los procesos legales podrían contribuir a reducir la carga que supone para ambas partes una reclamación prolongada en el tiempo.



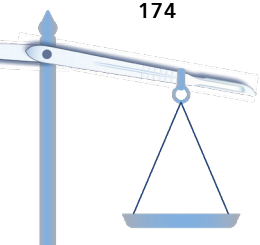
## 6.12 DESENLACE DE LAS RECLAMACIONES

El análisis de la resolución de las reclamaciones en cirugía general muestra una distribución variada de los desenlaces, con un porcentaje significativo de casos que no llegan a una condena judicial. El acuerdo extrajudicial se alcanza en el 36.65% de los casos, lo que indica que una parte considerable de los conflictos se resuelve mediante negociación antes de llegar a una sentencia, o incluso antes de judicializarse. Este tipo de resolución puede deberse a la voluntad de ambas partes de evitar los costos y la duración de un proceso judicial, así como a la posibilidad de alcanzar una compensación sin necesidad de litigios prolongados.

La condena judicial se registra en el 4.71% de los expedientes, lo que representa una proporción relativamente baja en comparación con otras formas de resolución. Esto sugiere que, aunque las reclamaciones pueden estar motivadas por una percepción de daño, no siempre se encuentran evidencias suficientes para justificar una condena. Factores como la complejidad de los casos médicos, la dificultad para establecer la relación de causalidad en los resultados adversos y la interpretación de los peritajes pueden influir en este resultado.

Con base en los datos proporcionados, se puede observar que la suma de los casos con algún tipo de responsabilidad —ya sea mediante acuerdo extrajudicial (36.65%) o condena judicial (4.71%)— representa un total del 41.36% de las reclamaciones. Esta proporción desestima la hipótesis de que más del 50% de los casos conllevan algún tipo de responsabilidad, revelando que, en realidad, la mayoría de las reclamaciones no concluyen con una atribución formal de responsabilidad.

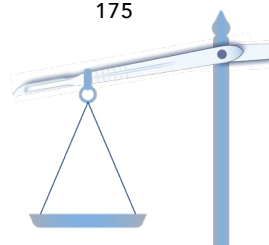
El sobreseimiento de los expedientes ocurre en el 26.8% de los casos, lo que indica que en más de una cuarta parte de las reclamaciones no se hallan fundamentos suficientes para continuar con el proceso legal. Esto



refuerza la idea de que muchas reclamaciones pueden estar motivadas por la insatisfacción del paciente o su familia, pero sin una base jurídica o técnica que justifique una acción legal sostenida.

Las desestimaciones o renunciaciones representan el 19.6% de los casos, lo que implica que una proporción relevante de reclamantes decide no continuar con el proceso, ya sea por falta de pruebas, asesoramiento legal o porque la situación se resuelve de manera informal. Esta categoría podría incluir reclamaciones que, tras una evaluación inicial, no se consideran viables o que los propios demandantes deciden abandonar por diversas razones.

Estos datos reflejan la complejidad del proceso de reclamación en cirugía general y la diversidad de desenlaces que pueden presentarse. La existencia de un alto porcentaje de sobreseimientos y acuerdos extrajudiciales resalta la importancia de mejorar la comunicación médico-paciente y la gestión de expectativas, lo que podría reducir la judicialización de los conflictos en este ámbito.





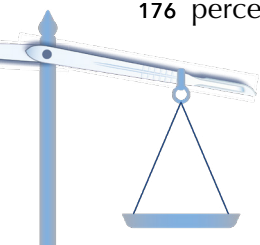
## 6.13 DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El análisis de los documentos de consentimiento informado revela que, aunque en el 58.12% de los casos se dispone de documentos completos y correctamente cumplimentados, existe un 23.56% en los que estos presentan carencias en datos relevantes y un 18.32% en los que no se ha logrado localizar el documento. Estos hallazgos ponen en evidencia la importancia de la adecuada documentación del consentimiento informado como una herramienta clave en la gestión de reclamaciones médicas. La correcta elaboración y archivo de estos documentos no solo garantiza que el paciente esté informado de los riesgos y beneficios del procedimiento, sino que también protege al profesional sanitario ante posibles conflictos legales. En este sentido, la presencia de documentación incompleta o la ausencia total del consentimiento informado pueden suponer un desafío importante en la resolución de disputas médicas, afectando tanto a la percepción del paciente como a la capacidad de defensa del equipo médico ante reclamaciones.

El cruce de datos entre la disponibilidad y la calidad del consentimiento informado muestra que, cuando el documento está completo, siempre incluye los ítems necesarios en relación con la complicación ocurrida, lo que indica una correcta elaboración en los casos donde se conserva el registro. Sin embargo, en los documentos incompletos, el 73.33% presentan errores o inconsistencias en los ítems relevantes para la complicación reclamada, lo que sugiere una relación entre la falta de información en el consentimiento informado y la posibilidad de conflicto.

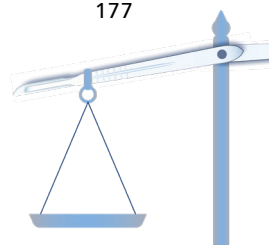
La ausencia o deficiencia del documento de consentimiento informado es un error médico de comunicación e información, regulado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica <sup>136</sup>. Puede ser un factor determinante en la

176 percepción de mala praxis por parte del paciente y su entorno, ya que uno



de los errores médicos más frecuentes es la falta de comunicación con paciente o familiares <sup>137</sup>. Aunque la existencia de complicaciones médicas no implica necesariamente una negligencia, la falta de un documento adecuado puede hacer que el paciente o sus familiares sientan que no fueron debidamente informados sobre los riesgos del procedimiento, aumentando así la probabilidad de una reclamación <sup>138,139</sup>.

Estos resultados subrayan la necesidad de reforzar la cumplimentación rigurosa del documento de consentimiento informado, asegurando que se detallen todas las posibles complicaciones relevantes para cada intervención. Una de las estrategias que podría contribuir a este objetivo es la capacitación continua del personal sanitario en relación con la importancia del consentimiento informado, asegurando que se comprenda su papel fundamental no solo como garante legal de que la información ha sido trasladada correctamente, sino también en la relación médico-paciente <sup>140</sup>. La estandarización de estos documentos y la implementación de protocolos más estrictos para su almacenamiento y accesibilidad podrían contribuir a reducir el número de reclamaciones vinculadas a deficiencias en la información proporcionada al paciente. Además, la digitalización de los consentimientos informados y su integración en los sistemas electrónicos de salud permitiría un acceso más eficiente y seguro a estos registros, facilitando su consulta en caso de necesidad y reduciendo el riesgo de extravío o deterioro de la documentación en formato físico. En esta línea, cabe destacar el creciente interés por parte de las sociedades científicas en el desarrollo y promoción de documentos de consentimiento informado estandarizados, específicos para cada especialidad, como herramienta para mejorar la calidad de la información proporcionada al paciente y garantizar una mayor seguridad jurídica tanto para el profesional como para la institución.

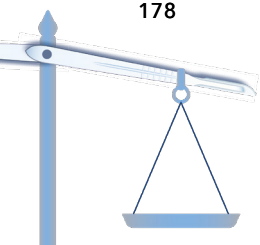


## 6.14 CORRELACIÓN ENTRE EDAD Y SEXO DE RECLAMANTE Y RECLAMADO

El análisis de la relación entre la edad del reclamante y la del reclamado muestra una correlación inversa baja pero estadísticamente significativa. Aunque el coeficiente de correlación de Pearson de  $-0,1342$  indica una asociación débil, su significación estadística sugiere que existe una tendencia en la que los pacientes más jóvenes tienden a reclamar contra cirujanos de mayor edad. Esta observación podría estar relacionada con la percepción de autoridad o confianza que los pacientes más jóvenes pueden depositar en profesionales con mayor experiencia, lo que, en caso de un desenlace inesperado, podría traducirse en una mayor insatisfacción cuando el resultado no cumple con sus expectativas. También es posible que los cirujanos más experimentados, debido a su trayectoria, acumulen un mayor número de intervenciones y, por ende, una mayor probabilidad de recibir reclamaciones a lo largo del tiempo.

Además, se observa que los cirujanos hombres reclamados tienen una media de edad significativamente mayor (53,6 años) en comparación con las cirujanas reclamadas (40,6 años), según una prueba t de muestras independientes ( $p < 0,001$ ). Este hallazgo podría estar vinculado a diferencias en la distribución de género según la experiencia profesional en cirugía general.

En cuanto a la relación entre el género del reclamante y el del reclamado, los datos sugieren que los hombres presentan reclamaciones contra cirujanas en un 26.92% de los casos, mientras que las mujeres lo hacen en un 18.63%. Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa, lo que indica que no se puede concluir con certeza que los hombres reclamen más a las cirujanas que las mujeres. El valor del Odds Ratio (1,61) sugiere una posible tendencia, pero su intervalo de confianza



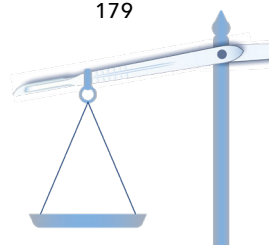
amplio (0,94-2,75) refleja una falta de precisión en la estimación, lo que impide establecer una relación concluyente.

La literatura difiere con el hecho de que las mujeres sean más reclamadas que los hombres. Estudios como el publicado en 2024 en la revista *American Journal of Surgery* por Margaret H Sundel et al., concluyen que en su medio (Maryland, Estados Unidos), los hombres reciben más reclamaciones en cirugía general, sin diferir entre si son reclamados por hombres o por mujeres<sup>100</sup>. Kiran Gupta et al. corroboran esta conclusión en su estudio de la Universidad de California publicado en la revista *Journal of Patient Safety and Risk Management*<sup>141</sup>. Takashi Watari et al en 2020 en *PLOS ONE*<sup>142</sup> y David M. Studdert en 2016 en *The New England Journal of Medicine* publican el mismo resultado, si bien se refieren a la comunidad médica en general y no solo a los cirujanos<sup>99</sup>.

Además, la literatura científica ha documentado que las profesionales sanitarias mujeres suelen demostrar una mayor competencia comunicativa y una orientación más centrada en el paciente en comparación con los profesionales varones (Roter et al., 2002<sup>143</sup>; Jefferson et al., 2013<sup>144</sup>). En este sentido, resultaría interesante analizar si el género del profesional influye en la frecuencia de reclamaciones motivadas por déficit de información o por un consentimiento informado insuficiente.

Estos resultados invitan a reflexionar sobre la influencia de factores como la percepción de autoridad, la experiencia del profesional y el sesgo de género en la presentación de reclamaciones.

La diferencia en la edad promedio de los cirujanos reclamados según su género sugiere que las cirujanas enfrentan reclamaciones en etapas más tempranas de su carrera, lo que podría estar influenciado por diversos factores, incluyendo la distribución demográfica de los cirujanos según su edad y género, así como posibles diferencias en la percepción de los

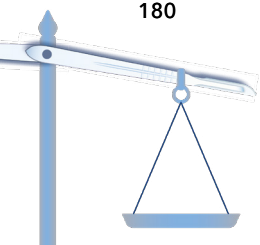


pacientes sobre la experiencia y competencia de los profesionales en función de su género.

La edad media de los facultativos reclamados en la literatura es más similar a la media de los facultativos hombres reclamados en la muestra presentada que a la de las mujeres. El estudio finlandés publicado en *Patients Safety in Surgery* en 2023 por Maiju Welling y Annika Takala, el intervalo de edad con más reclamaciones fue de 45 a 65 años <sup>145</sup>. Studdert et al. obtienen una media de edad en su muestra de 48.6 años. Asimismo, la media publicada en el estudio de Ciofu en 2011 era de 45 años <sup>146</sup>.

En España, en 2006, las mujeres representaban el 18% de los cirujanos. Para 2019, la Asociación Española de Cirujanos registraba un aumento de hasta el 41% <sup>147</sup>, persistiendo, sin embargo, en una cifra inferior a la de los hombres. Este hecho se mantiene a nivel mundial; en 2017, sólo el 20.3% de los cirujanos estadounidenses eran mujeres.

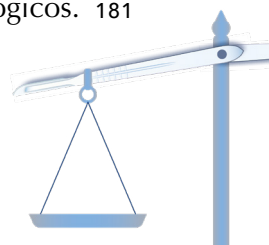
Todo esto hace que haya que interpretar con sumo cuidado todos los datos relevantes al género en cuanto al perfil del facultativo reclamado, sin poder llegar a conclusiones clínicamente relevantes en esta muestra.



### 6.15 CORRELACIÓN ENTRE LAS SUBESPECIALIDADES RECLAMADAS Y ÁMBITO PÚBLICO O PRIVADO

El análisis detallado de la distribución de las reclamaciones según el ámbito asistencial no revela diferencias estadísticamente significativas entre las distintas subespecialidades quirúrgicas y el sector en el que se atienden los pacientes ( $p=0,286$ ). Sin embargo, aunque los datos no permitan establecer conclusiones firmes desde el punto de vista estadístico, se han identificado tendencias que pueden resultar de interés para comprender mejor cómo ciertos procedimientos quirúrgicos presentan una mayor susceptibilidad a reclamaciones en función del contexto en el que se realizan. Esta información puede ser clave para el desarrollo de estrategias orientadas a la reducción de conflictos legales y a la mejora de la experiencia del paciente.

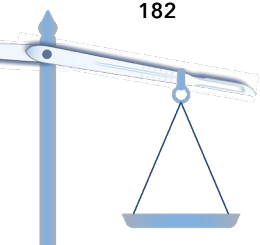
Uno de los hallazgos más llamativos es la diferencia en la distribución de reclamaciones en cirugía bariátrica entre los sectores privado y público. En concreto, se observa que en el ámbito privado el porcentaje de reclamaciones asciende al 10,7%, mientras que en el sector público esta proporción se reduce significativamente al 5,1%. Si bien es posible que este dato sea en parte debido a un sesgo por la  $n$  reducida de esta muestra, este patrón sugiere que la concentración de procedimientos bariátricos en centros privados podría influir en el número de reclamaciones registradas. Es probable que la mayor oferta de cirugía bariátrica en el sector privado esté motivada por la demanda de los pacientes, quienes, al asumir los costos del procedimiento, pueden tener expectativas más elevadas en relación con los resultados tanto funcionales como estéticos. Hay que tener en cuenta también la posibilidad de que en el ámbito privado se realicen técnicas bariátricas en un ámbito no experto ni multidisciplinar, tales como la gastrectomía vertical, técnica a priori más sencilla pero que puede presentar complicaciones. Adicionalmente, la cirugía bariátrica suele implicar cambios profundos en la calidad de vida del paciente, abarcando aspectos físicos, emocionales y psicológicos. 181



Como consecuencia, cualquier resultado que no cumpla plenamente las expectativas del paciente puede ser percibido de manera negativa, lo que incrementa la probabilidad de que se presenten reclamaciones. Además, este tipo de intervención conlleva riesgos y complicaciones inherentes, que pueden contribuir a un mayor nivel de insatisfacción cuando las expectativas iniciales no se cumplen.

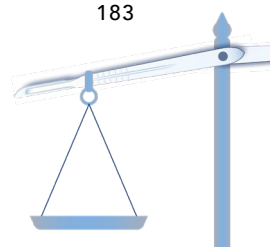
En contraste con la cirugía bariátrica, la cirugía colorrectal muestra una tendencia opuesta en la distribución de reclamaciones entre los ámbitos asistenciales. En este caso, el porcentaje de reclamaciones en el sector público es del 35,6%, mientras que en el ámbito privado se reduce al 24,4%. Esta diferencia puede explicarse por varios factores. La cirugía colorrectal incluye tanto procedimientos programados como cirugías de urgencia, lo que implica que una gran parte de estos casos sean atendidos en hospitales públicos, especialmente aquellos que funcionan como centros de referencia para patologías complejas. El hecho de que muchas enfermedades colorrectales, como el cáncer colorrectal, requieran tratamientos prolongados y multidisciplinarios puede generar múltiples puntos de contacto con el sistema de salud, lo que, a su vez, aumenta la posibilidad de insatisfacción en diferentes etapas del proceso asistencial. Además, la elevada carga asistencial que caracteriza al sistema público podría influir en la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención recibida, lo que contribuiría al mayor número de reclamaciones registradas en este ámbito.

En el caso de la cirugía esofagogástrica, se observa un patrón peculiar, ya que todas las reclamaciones identificadas en el estudio corresponden al ámbito privado. Sin embargo, es importante destacar que el número total de casos es relativamente bajo ( $n=10$ ), lo que impide extraer conclusiones a partir de estos datos. La ausencia de reclamaciones en el sector público podría explicarse por diversos factores, entre ellos, un menor volumen de procedimientos realizados en esta área o una distribución aleatoria de los



casos, más que por una diferencia real en la percepción del riesgo o en la satisfacción del paciente.

Aunque el análisis estadístico no muestra una diferencia significativa en términos globales, las tendencias observadas sugieren que el tipo de cirugía y las expectativas individuales de los pacientes pueden desempeñar un papel relevante en la distribución de las reclamaciones entre el ámbito público y privado. No obstante, es fundamental considerar que el tamaño de la muestra analizada en este estudio puede influir en los resultados y que algunas diferencias podrían deberse a variaciones aleatorias. Para poder establecer conclusiones más sólidas sobre la relación entre la subespecialidad quirúrgica y el ámbito asistencial en el que se presentan las reclamaciones, sería necesario realizar un estudio con un mayor volumen de casos. Esto permitiría identificar con mayor precisión los factores que influyen en la generación de reclamaciones y desarrollar estrategias específicas para mejorar la calidad de la atención y minimizar los conflictos legales en el ámbito quirúrgico.





## 6.16 CORRELACIÓN ENTRE LA RESPONSABILIDAD DEL RECLAMADO CON DIVERSAS VARIABLES

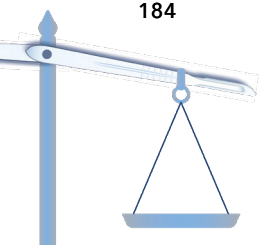
### 6.16.1 Sexo del reclamado

El análisis de la relación entre el sexo del reclamado y el desenlace de la reclamación muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la proporción de acuerdos extrajudiciales, condenas judiciales o sobreseimientos ( $p=0,950$ ). En todas las categorías analizadas, la mayoría de los reclamados son hombres, lo que es esperable dado que en la cirugía general en nuestro entorno hay una mayor proporción de cirujanos hombres en comparación con mujeres.

En los acuerdos extrajudiciales, el 78,81% de los reclamados son hombres y el 21,19% mujeres, mientras que, en las condenas judiciales, el 73,33% de los reclamados son hombres y el 26,67% mujeres. En los casos sobreseídos, la distribución es similar, con un 77,19% de hombres y un 22,81% de mujeres.

El hecho de que no se encuentren diferencias significativas sugiere que el sexo del reclamado no influye en la probabilidad de llegar a un acuerdo, ser condenado o que la reclamación se sobresea. Esto indica que la resolución de las reclamaciones está determinada por otros factores, como la naturaleza del caso, la evidencia disponible o la vía legal utilizada, en lugar de estar condicionada por el género del profesional implicado.

Dado que el número de cirujanas en cirugía general sigue siendo menor que el de cirujanos, la diferencia en la proporción de reclamados por sexo puede estar reflejando esta distribución más que una tendencia específica en los resultados de las reclamaciones. Sería interesante



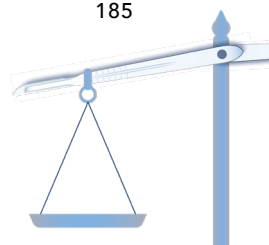
analizar si estas proporciones cambian con el tiempo a medida que aumenta la representación femenina en la especialidad.

Asimismo, de cara a futuras investigaciones, sería relevante estudiar si el género del juez que interviene en la resolución de los casos podría influir en el sentido del fallo o en la valoración de los hechos, especialmente en relación con el género del profesional investigado. La incorporación de estadísticas al respecto permitiría explorar si existen sesgos implícitos o patrones diferenciados en las decisiones judiciales cuando el reclamado es hombre o mujer.

### 6.16.2 Edad del reclamado

El análisis de la relación entre la edad del facultativo reclamado y el desenlace de la reclamación muestra diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,046$ ) según el análisis ANOVA. En particular, los profesionales que resultan condenados judicialmente tienen una media de edad mayor (56,1 años) en comparación con aquellos cuya reclamación se resuelve mediante acuerdo extrajudicial (48,3 años). Una de las posibilidades es que este resultado esté influenciado más por el tiempo de ejercicio profesional y la mayor exposición acumulada a procedimientos quirúrgicos complejos que por un efecto real de la edad en la probabilidad de ser condenado.

Los cirujanos de mayor edad han realizado un mayor número de intervenciones a lo largo de su carrera, lo que aumenta la posibilidad de haber enfrentado reclamaciones en algún momento. Además, los casos que llegan a condena judicial pueden ser aquellos en los que se consideran errores más evidentes o situaciones con mayor impacto clínico y legal, lo que podría estar asociado a la experiencia profesional y al tipo de procedimientos realizados.



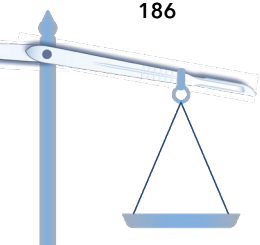
Por otro lado, el hecho de que los acuerdos extrajudiciales sean más frecuentes entre facultativos más jóvenes podría sugerir una mayor disposición a resolver los conflictos fuera del ámbito judicial o reflejar una estrategia de defensa diferente entre los profesionales de distintas generaciones. Otra explicación puede ser que los cirujanos más jóvenes tienden a realizar procedimientos menos complejos, por lo que la probabilidad de complicaciones graves que deriven en reclamaciones es menor.

### 6.16.3 Urgencia de la asistencia

No está demostrada una clara relación entre la cirugía urgente y la mala praxis <sup>148</sup>. En esta muestra, sin embargo, el análisis de la relación entre la urgencia de la asistencia y el desenlace de la reclamación muestra diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,034$ ), lo que sugiere que el contexto en el que se presta la atención médica puede influir en el resultado de la reclamación.

Inicialmente, cabría esperar que las reclamaciones derivadas de la asistencia urgente tuvieran más probabilidades de resolverse con acuerdos o condenas, dado que en estos casos hay menos tiempo para informar al paciente y su familia sobre las posibles complicaciones <sup>149</sup>, lo que podría generar una mayor percepción de falta de información o mala praxis. Sin embargo, los datos muestran lo contrario: en los acuerdos extrajudiciales y condenas judiciales, la mayoría de los casos corresponden a asistencia no urgente (74,29% y 77,78%, respectivamente).

Una posible explicación es que en la cirugía programada los pacientes y sus familiares tienen expectativas más altas sobre el resultado del procedimiento, lo que puede aumentar la insatisfacción cuando ocurre una complicación, incluso si esta era un riesgo conocido. Además, en estos casos hay más tiempo para evaluar la asistencia médica prestada y



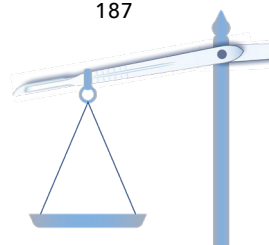
para valorar la pertinencia de una reclamación, lo que podría hacer que los pacientes perciban una mayor posibilidad de éxito en su reclamación.

En contraste, en los casos sobreseídos, la proporción de reclamaciones derivadas de asistencia urgente es notablemente mayor (42,86%). Esto sugiere que en situaciones de urgencia se tiende a considerar que las condiciones en las que se prestó la asistencia fueron más difíciles, lo que podría favorecer la desestimación de la reclamación. La presión del tiempo en la toma de decisiones, la gravedad del paciente y la falta de opciones alternativas pueden ser factores que lleven a una mayor tolerancia a las complicaciones en este contexto.

Por otro lado, en los casos en los que no se considera culpabilidad o en los que la reclamación no procede, se observa una mayor proporción de asistencias no urgentes (83,12%) en comparación con urgentes (16,88%). Esto podría indicar que, aunque la cirugía programada genera más reclamaciones, muchas de ellas no prosperan tras una revisión detallada del caso.

El hecho de que las diferencias sean estadísticamente significativas indica que el tipo de asistencia influye en la percepción de responsabilidad y en el desenlace de la reclamación. Sin embargo, el resultado obtenido es contrario a la expectativa inicial de que la urgencia aumentara la probabilidad de reclamaciones con desenlaces adversos para el reclamado.

Analizar en profundidad los factores que llevan a que la asistencia no urgente se asocie con más acuerdos y condenas podría aportar más información sobre cómo influyen las expectativas y la comunicación en la resolución de estos procesos.



### 6.16.4 Benignidad o malignidad de la patología

El análisis de la relación entre el tipo de patología y el desenlace de la reclamación no muestra diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,157$ ), lo que indica que, en términos generales, el hecho de que la patología sea benigna o maligna no parece influir en el resultado final del proceso.

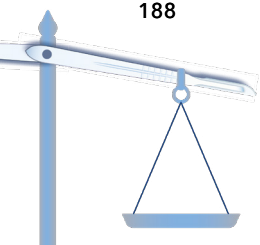
Dado que en patologías malignas las expectativas del paciente y su entorno suelen estar más alineadas con la posibilidad de complicaciones o desenlaces adversos, cabría esperar que las reclamaciones que sí tienen lugar en estos casos fueran más propensas a condenas o acuerdos indemnizatorios. Por otro lado, en patologías benignas, donde la percepción de riesgo es menor, los desenlaces desfavorables podrían generar una mayor insatisfacción.

Sin embargo, los datos de la muestra no reflejan una diferencia significativa en la resolución de los casos según el tipo de patología.

### 6.16.5 Ámbito asistencial (público o privado)

El análisis de la relación entre el ámbito asistencial (público o privado) y el desenlace de la reclamación no muestra diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,560$ ).

Aunque se observa que en el ámbito privado se registran un mayor número de reclamaciones respecto al público, esto no implica necesariamente que exista una mayor responsabilidad o negligencia por parte de los facultativos en ese sector. Esto es coherente con el hecho de que la actuación quirúrgica es la misma, incluso en muchos casos el personal también es el mismo, y lo que cambian son las expectativas del paciente



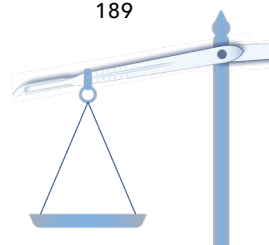
respecto al procedimiento realizado y todos los aspectos relacionados con el mismo.

### 6.16.6 Tipo de reclamación

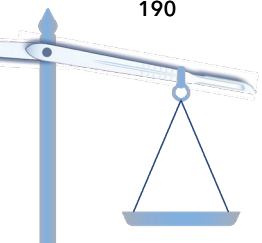
El análisis de la relación entre el tipo de reclamación y su resultado muestra diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ), lo que indica que el marco en el que se presenta la reclamación influye en su desenlace.

Las reclamaciones extrajudiciales tienen una alta probabilidad de resolverse mediante un acuerdo, con un 45% de los casos terminando en esta vía. Esto sugiere que en este tipo de reclamaciones las partes suelen estar más abiertas a la negociación y a evitar un proceso judicial prolongado, lo que puede deberse a diversos factores, como la voluntad de ambas partes de evitar los costos y tiempos de un litigio o la posibilidad de alcanzar una compensación sin necesidad de una resolución judicial formal.

Por otro lado, las reclamaciones penales presentan un patrón diferente. Solo el 23% terminan en un acuerdo extrajudicial, mientras que el 31% son sobreesididas, lo que indica que una parte significativa de los casos no avanza en el proceso penal. Esto podría estar relacionado con los requisitos más estrictos para que una reclamación penal prospere, dado que la mala praxis en el ámbito penal debe cumplir criterios más exigentes en cuanto a dolo o negligencia grave. En el caso de asuntos que podrían resolverse por la vía penal, un acuerdo extrajudicial evita, además, la posibilidad de una inhabilitación del profesional, por lo que este tipo de resolución puede aportar también esta ventaja adicional. El sobreesimiento puede, a su vez, reflejar la falta de pruebas suficientes para demostrar responsabilidad penal o la consideración de que el caso no reúne los elementos necesarios para ser llevado a juicio.



Estos resultados reflejan que el camino que sigue una reclamación influye en su resolución final. Mientras que las reclamaciones extrajudiciales tienden a derivar con mayor frecuencia en acuerdos, las penales tienen una mayor probabilidad de no prosperar o de resolverse de manera diferente.



### 6.17 CORRELACIÓN ENTRE LA CUANTÍA DE LA RECLAMACIÓN CON OTRAS VARIABLES

En este apartado, la expresión “cuantía de la reclamación” hace referencia a la cantidad económica solicitada inicialmente por el reclamante, que no necesariamente corresponde a la cuantía final reconocida tras la resolución del caso. Esta cifra puede verse influida por múltiples factores subjetivos, como las expectativas personales o la percepción del daño sufrido. Aunque no representa un valor objetivo ni definitivo, puede interpretarse, en ciertos casos, como un indicador indirecto de la gravedad percibida del incidente por parte del reclamante, lo que justifica su análisis en relación con otras variables.

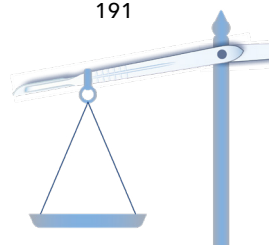
#### 6.17.1 Urgencia de la asistencia

El análisis de la relación entre la urgencia de la asistencia y la cuantía reclamada muestra que, aunque la media de las cuantías reclamadas en los casos urgentes (191.168,3 €) es superior a la de los casos no urgentes (156.424,6 €), esta diferencia de aproximadamente 34.744 € no es estadísticamente significativa. Tanto la prueba t de muestras independientes como la prueba de rangos de Wilcoxon confirman que no existen diferencias significativas entre ambas distribuciones ( $p=0,3497$ ).

Estos hallazgos refuerzan la idea de que la determinación económica de una reclamación responde a múltiples factores más allá del carácter urgente o programado de la asistencia.

#### 6.17.2 Tipo de patología

El análisis de la relación entre el tipo de patología y la cuantía reclamada no muestra diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,2477$ ), según los resultados de la prueba t de Student de muestras independientes y la





prueba de rangos de Wilcoxon. Esto indica que, en términos generales, el hecho de que la patología sea benigna o maligna no parece influir en la cuantificación económica de la reclamación.

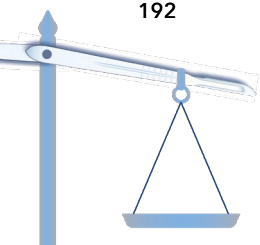
Dado que las patologías malignas suelen estar asociadas a un peor pronóstico y a tratamientos más complejos, cabría esperar que las reclamaciones derivadas de estos casos estuvieran vinculadas a cuantías más elevadas. Sin embargo, los datos no reflejan esta diferencia, lo que sugiere que otros factores, como la gravedad de la complicación o la percepción del daño sufrido, pueden desempeñar un papel más determinante en la determinación económica de la reclamación.

También es posible que, en patologías malignas, la expectativa de riesgo sea mayor tanto para el paciente como para su familia, lo que podría influir en una menor percepción de responsabilidad directa del médico en los desenlaces adversos. En cambio, en patologías benignas, donde se espera una resolución sin secuelas graves, las complicaciones pueden generar una mayor insatisfacción y derivar en reclamaciones con cuantías similares a las de patologías malignas.

Estos resultados sugieren que la cuantificación económica de las reclamaciones no depende únicamente del diagnóstico de base, sino de otros factores como el tipo de intervención, la naturaleza del daño percibido y las expectativas del paciente respecto al procedimiento.

### 6.17.3 Ámbito asistencial

El análisis de la relación entre el ámbito asistencial y la cuantía reclamada no muestra diferencias estadísticamente significativas. La prueba de chi-cuadrado indica que la proporción de reclamaciones con una cuantía económica concreta no varía entre las reclamaciones extrajudiciales y judiciales ( $p=0,504$ ). Asimismo, la cuantía media de las reclamaciones



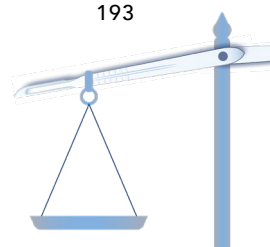
en el ámbito público (214.080 €) es superior a la del ámbito privado (147.845,3 €), pero esta diferencia de 66.234,7 € no alcanza significación estadística ( $p=0,118$ ), según la prueba t de muestras independientes y la prueba de rangos de Wilcoxon.

El hecho de que las reclamaciones en el ámbito público presenten cuantías medias más altas podría estar relacionado con el tipo de procedimientos realizados en este sector, que pueden incluir cirugías de mayor complejidad y pacientes con patologías más avanzadas. Sin embargo, dado que la diferencia no es estadísticamente significativa, no se puede afirmar que el ámbito asistencial tenga un impacto real en la cuantificación económica de las reclamaciones.

Estos resultados sugieren que la cuantía reclamada depende más de la gravedad del caso y del tipo de complicación que del sector en el que se haya prestado la asistencia. Aunque el ámbito público tiende a presentar reclamaciones con montos más elevados, la variabilidad dentro de cada grupo hace que esta diferencia no sea concluyente.

### 6.17.4 Tipo de reclamación

El análisis de la relación entre el tipo de reclamación y la cuantía reclamada muestra que, aunque la proporción de reclamaciones con una cuantía económica concreta no varía significativamente entre los casos extrajudiciales y judiciales ( $p=0,504$ ), sí se observa una diferencia estadísticamente significativa en las cuantías medias reclamadas. Las reclamaciones judiciales presentan una cuantía media de 210.769,6 €, mientras que las extrajudiciales tienen una media de 132.868 €, con una diferencia de 77.901,6 € que resulta significativa según la prueba de rangos de Wilcoxon ( $p=0,0334$ ).

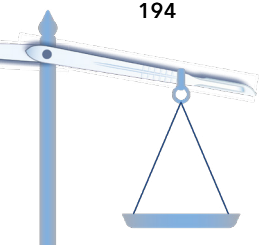


Este resultado sugiere que, cuando las reclamaciones avanzan hacia la vía judicial, las cuantías reclamadas tienden a ser mayores. Es posible que los casos que llegan a juicio correspondan a situaciones en las que los reclamantes consideran que tienen una base más sólida para exigir una indemnización elevada o a situaciones en las que la negociación extrajudicial no ha alcanzado el monto esperado. Además, en un proceso judicial, es probable que se busque justificar económicamente tanto el daño directo como otros factores asociados, como la incapacidad laboral, los costes médicos adicionales o el daño moral, lo que podría explicar el incremento en las cuantías reclamadas.

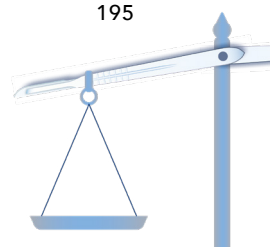
Otro aspecto a considerar es que, en ocasiones, los casos que llegan a la vía judicial pueden ser aquellos en los que la gravedad del daño es mayor, ya sea por la magnitud de las secuelas, por la existencia de complicaciones significativas o por el impacto que han tenido en la vida del paciente. La mayor severidad de estos casos podría justificar la solicitud de indemnizaciones más elevadas, tanto por el perjuicio sufrido como por la necesidad de cubrir tratamientos prolongados o la pérdida de calidad de vida. En este sentido, la relación entre el tipo de reclamación y la cuantía reclamada no solo refleja una estrategia legal, sino también la posible correspondencia entre la gravedad del caso y el monto solicitado.

Por el contrario, en las reclamaciones extrajudiciales, donde el objetivo suele ser llegar a un acuerdo sin necesidad de un litigio, las cuantías pueden ser menores, ya sea porque las partes buscan una resolución más rápida, porque establecen límites de compensación dentro de un marco negociado, o porque no se exageran las pretensiones económicas.

Estos resultados reflejan que el tipo de procedimiento legal seguido por el reclamante influye en la cuantía reclamada, lo que podría deberse tanto a la naturaleza del conflicto como a las estrategias utilizadas en cada vía de resolución. Además, la mayor cuantía observada en los



casos judicializados podría estar vinculada a la gravedad de los daños alegados, reforzando la idea de que los procesos más complejos y con mayor impacto en el paciente tienden a derivar en reclamaciones más elevadas.



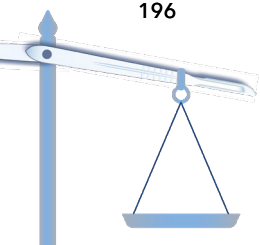
## 6.18 CORRELACIÓN ENTRE EL RIESGO ESTIMADO Y OTRAS VARIABLES

### 6.18.1 Riesgo estimado por la UML y los especialistas externos

El análisis de la relación entre las evaluaciones de riesgo realizadas por la Unidad de Medicina Legal y los especialistas externos muestra una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) según la prueba de chi-cuadrado. Esto indica que las valoraciones de ambas instancias tienden a estar alineadas, reflejando un alto grado de concordancia en la estimación del riesgo de mala praxis en las reclamaciones analizadas.

Dado que ambas unidades emplean criterios médicos para evaluar la existencia de posibles negligencias, es esperable que sus conclusiones sean consistentes en la mayoría de los casos. Sin embargo, pueden existir diferencias en la metodología o en el peso otorgado a ciertos factores en cada evaluación, lo que podría explicar la existencia de casos en los que sus valoraciones no coincidan completamente. Estas diferencias podrían basarse, asimismo, en el mayor conocimiento específico del acto médico reclamado, o en aspectos como el grado de actualización en guías de práctica clínica o en la literatura científica relevante.

La correlación observada entre las evaluaciones de riesgo y la responsabilidad final es respaldada por estudios previos. Investigaciones han demostrado que los resultados de las reclamaciones por mala praxis médica guardan una relación considerable con la calidad de la atención proporcionada, según la evaluación de otros profesionales médicos. En concreto, los médicos no son condenados en entre el 80 % y el 90 % de los juicios en los que la evidencia de negligencia es débil, en aproximadamente el 70 % de los casos con evidencia intermedia y, sorprendentemente, en cerca del 50 % incluso cuando la evidencia de negligencia es considerada fuerte. Esta tendencia pone de manifiesto la



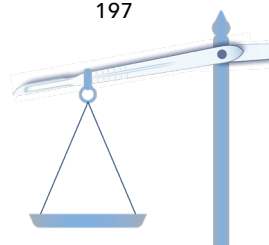
complejidad inherente a los procesos de valoración de la praxis médica y sugiere que la existencia de un daño no implica automáticamente responsabilidad penal o civil. Además, entre el 80 % y el 90 % de las reclamaciones consideradas defendibles se desestiman o se cierran sin ningún tipo de compensación económica, lo cual subraya la importancia de un análisis riguroso y objetivo en cada caso y cuestiona la idea generalizada de que la reclamación médica conduce habitualmente a una condena o indemnización <sup>150</sup>. Estos hallazgos sugieren que las evaluaciones realizadas por la UML son predictivas de la responsabilidad final determinada en los casos de mala praxis.

No obstante, es importante reconocer que, aunque existe una correlación significativa, no todas las evaluaciones de riesgo coinciden con el desenlace final de las reclamaciones. Por lo tanto, aunque las evaluaciones de las unidades médico-legales ofrecen una estimación valiosa sobre la probabilidad de responsabilidad, no determinan de manera absoluta el resultado final de las reclamaciones por mala praxis. Es esencial considerar otros factores extrínsecos que pueden influir en el desenlace de las reclamaciones, subrayando la complejidad inherente al proceso de determinación de responsabilidad en el ámbito médico-legal.

### 6.18.2 Riesgo estimado y cuantía final

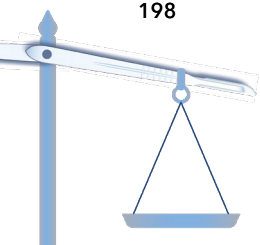
El análisis de la relación entre el riesgo estimado y la cuantía final de la reclamación muestra que, aunque la correlación entre el riesgo evaluado por la Unidad de Medicina Legal y la cuantía reconocida es baja (0,2669), la presencia de un riesgo valorado por un experto externo sí se asocia con una indemnización significativamente mayor ( $p < 0,001$ ) según el análisis de regresión lineal.

Sin embargo, esta diferencia no implica necesariamente que la estimación del riesgo por experto externo influya directamente en la cuantía de la



indemnización. Más bien, el resultado puede explicarse por el hecho de que solo se realiza una evaluación externa a la UML en los casos más dudosos. Por lo tanto, la relación observada entre el riesgo externo y la cuantía reconocida podría deberse a un sesgo de selección.

Sería de especial interés analizar el grado de correspondencia entre la cuantía estimada por la UML y la cantidad finalmente fijada en los casos que concluyen mediante acuerdo extrajudicial o por sentencia condenatoria. Este análisis permitiría evaluar en qué medida las valoraciones de experto externo iniciales influyen o se alinean con los resultados económicos finales del proceso, ya sea en el marco de una negociación o de una resolución judicial. Asimismo, podría aportar información valiosa sobre la coherencia entre los criterios técnico-médicos de estimación del daño y las decisiones adoptadas por los tribunales o las partes implicadas en un acuerdo, identificando posibles desviaciones, ajustes o factores modificadores en la resolución del caso.



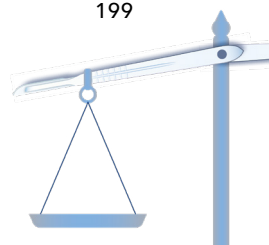
### 6.19 CORRELACIÓN ENTRE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS INCOMPLETOS O INCORRECTOS Y OTRAS VARIABLES

#### 6.19.1 Reclamaciones por falta de información

El análisis muestra una relación estadísticamente significativa ( $p=0,019$ ) entre la presencia de documentos de consentimiento informado incompletos y las reclamaciones por falta de información, ya que el 59% de estas reclamaciones ocurren en casos donde el consentimiento no estaba correctamente cumplimentado. Para considerar un consentimiento informado como incompleto, se ha considerado como tal si las complicaciones más comunes del procedimiento no estaban reflejadas o si la complicación específica que ocurrió en el caso concreto no estaba incluida en el documento.

La ausencia de información detallada sobre los riesgos del procedimiento puede ser un factor determinante en la percepción de los pacientes sobre la calidad de la comunicación con el profesional <sup>151,152</sup>. Un documento incompleto puede generar incertidumbre sobre los posibles desenlaces y dar lugar a la sensación de que el paciente no fue informado de manera suficiente <sup>153,154</sup>.

Desde el punto de vista legal, la autorización para realizar una intervención quirúrgica depende de la información proporcionada al paciente; de modo que, si dicha información es incorrecta o insuficiente, el consentimiento estará viciado y, en consecuencia, carecerá de validez <sup>155</sup>. De hecho, hay estudios que reportan que hasta en un 40% de los casos, el paciente firma el consentimiento sin haberlo leído <sup>156,157</sup>. Esto alerta sobre un posible sesgo en la evaluación realizada en este estudio de la relación entre consentimiento informado y posibilidad de reclamación, ya que puede ser que haya casos en los que, pese a existir un documento





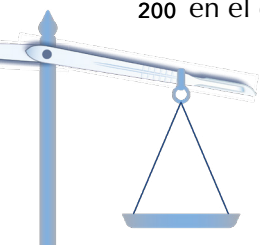
de consentimiento informado correctamente cumplimentado, el paciente reclame a causa de haber recibido información incompleta. Sin embargo, este hecho solamente acentuaría el resultado obtenido, por lo que reafirma la relación entre documento de consentimiento informado incorrecto y reclamación.

Dado que el consentimiento informado no solo tiene un valor legal sino también comunicativo, su correcta cumplimentación podría ayudar a alinear las expectativas del paciente con los posibles desenlaces del procedimiento. Long et.al publicaron en la revista *Journal of the American College of Surgeon* un estudio en el que grabaron 90 conversaciones cirujano-paciente previas a la cirugía, realizando una evaluación posterior de las mismas. En dicho estudio se concluye que los cirujanos suelen abordar los elementos del consentimiento informado con los pacientes antes de intervenciones de alto riesgo. Sin embargo, con frecuencia no se detienen a analizar en profundidad aspectos específicos de la toma de decisiones informada, tales como el papel activo del paciente en la elección, su estilo de vida, la incertidumbre inherente, la comprensión de la información o sus preferencias personales <sup>158</sup>.

En las especialidades quirúrgicas, este documento cobra una especial relevancia, dado el carácter invasivo de los procedimientos a realizar. Según Veerman et.al, hasta el 80% de las reclamaciones relacionadas con déficits en el consentimiento informado corresponden a procedimientos relacionados con la cirugía <sup>157</sup>. Es, además, un motivo de reclamación en aumento en los últimos años <sup>159</sup>.

Estos hallazgos resaltan la importancia de que los consentimientos informados sean completos y específicos para cada procedimiento, abarcando todos los riesgos relevantes y garantizando la plena comprensión del paciente. De este modo, se reducirían muchas reclamaciones legales y se incrementaría la satisfacción del paciente, fortaleciendo la confianza

200 en el equipo médico.

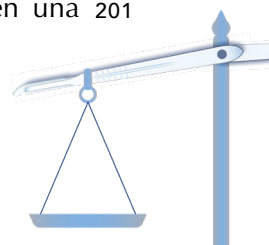


### 6.19.2 Urgencia de la asistencia

El análisis muestra que la completitud del documento de consentimiento informado es significativamente menor en los casos de asistencia urgente en comparación con los no urgentes (40% vs. 64%,  $p < 0,001$ ). Esto sugiere que en el contexto de urgencias existe una mayor probabilidad de que el consentimiento informado no esté correctamente cumplimentado, lo que puede deberse a las limitaciones de tiempo inherentes a este tipo de atención.

En situaciones de urgencia, la prioridad es tomar decisiones médicas rápidas, lo que puede reducir el margen para una explicación detallada de los riesgos y complicaciones del procedimiento, que además son más frecuentes que en la cirugía programada<sup>160,161</sup>. A esto se suma la alta presión asistencial a la que se ven sometidos los facultativos en los servicios de urgencias, reduciendo el tiempo disponible para dedicar a cada paciente<sup>162</sup>. La firma del consentimiento puede quedar reducida a un trámite rápido sin una discusión extensa, o incluso en algunas circunstancias puede no ser posible obtener un consentimiento formal y detallado. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, refleja que en situaciones de urgencia en las que no sea posible firmar el documento de consentimiento informado “los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad”<sup>136</sup>.

Por el contrario, en los procedimientos programados hay más tiempo para proporcionar información estructurada, resolver dudas y garantizar que el paciente comprenda completamente los riesgos del procedimiento. Esto facilita la cumplimentación adecuada del consentimiento informado y reduce la probabilidad de que sea considerado incompleto en una eventual reclamación.

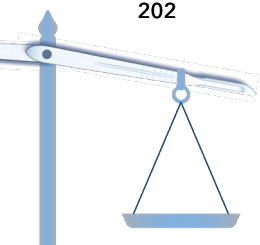


Estos hallazgos evidencian que el contexto de urgencias, con sus limitaciones temporales y la presión asistencial, afecta negativamente la calidad y exhaustividad del consentimiento informado. Este déficit no solo incrementa el riesgo de reclamaciones legales por mala praxis, sino que también pone en tela de juicio la adecuada comunicación de los riesgos a los pacientes. Por ello, resulta imperativo implementar medidas y protocolos que permitan equilibrar la necesidad de respuestas rápidas con el derecho fundamental del paciente a una información clara y completa, fortaleciendo así tanto la seguridad jurídica como la calidad de la atención médica.

### 6.19.3 Responsabilidad del reclamado

El análisis de la documentación del documento de consentimiento informado en las reclamaciones médicas muestra que, aunque la proporción de documentos de consentimiento incompletos es mayor en los casos con condena judicial (78%) en comparación con los acuerdos extrajudiciales (51%) y los sobreseimientos (60%), esta diferencia no es estadísticamente significativa ( $p=0,193$ ). Sin embargo, la alta presencia de documentos de consentimiento incompletos en casos donde el reclamado asume algún grado de responsabilidad (ya sea a través de una condena o un acuerdo extrajudicial) sugiere que la correcta cumplimentación de este documento es un factor relevante en el proceso de reclamación.

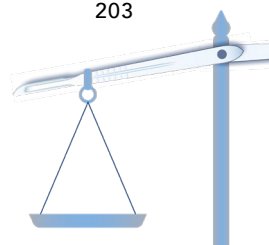
Si bien la ausencia o insuficiencia del documento de consentimiento informado no es el único criterio determinante en la decisión judicial, su deficiencia puede fortalecer la percepción de mala praxis. La falta de un documento de consentimiento bien elaborado puede hacer que el paciente no comprenda completamente los riesgos del procedimiento, lo que podría incrementar la probabilidad de presentar una reclamación en caso de una complicación inesperada. Desde un punto de vista legal, el consentimiento informado no exime al médico de una posible



responsabilidad penal, pero su existencia bien documentada puede influir en la valoración de la actuación del profesional y en la viabilidad de la reclamación.

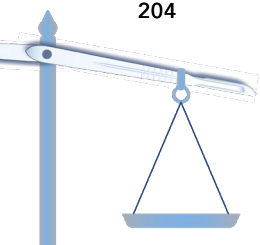
El documento de consentimiento informado no solo es una formalidad administrativa, sino que cumple una doble función: por un lado, garantiza el derecho del paciente a conocer los riesgos de la intervención y a participar activamente en la toma de decisiones sobre su salud; por otro, protege al médico al servir como garante de que la información fue debidamente proporcionada. En procedimientos judiciales, la ausencia de este documento puede dar lugar a indemnizaciones por daño moral, incluso en aquellos casos en los que la actuación médica haya seguido la *lex artis*. La jurisprudencia española ha señalado que la falta de un consentimiento informado adecuado puede ser considerada una infracción de la *lex artis* y dar lugar a compensaciones económicas, independientemente de que la actuación médica haya sido correcta<sup>163,164</sup>. Desde esta perspectiva, surge la cuestión de si la omisión del consentimiento informado constituye en sí misma una forma de mala praxis. La jurisprudencia ha establecido que la obligación de recabar el documento de consentimiento informado del paciente forma parte de la *lex artis*, y su incumplimiento puede ser considerado un supuesto de mala praxis, ya sea por una omisión total o por exclusiones parciales, como la falta de información sobre riesgos específicos o alternativas terapéuticas. De este modo, no se trata únicamente de evaluar si el procedimiento médico fue realizado con diligencia, sino también de determinar si el paciente participó activamente en la decisión mediante un consentimiento válido y completo<sup>165</sup>.

Además, la documentación escrita del consentimiento informado adquiere especial relevancia en disputas legales en las que el paciente niega haber sido informado de ciertos riesgos. En estos casos, un consentimiento detallado y correctamente cumplimentado puede servir como prueba de



que la información se proporcionó de manera adecuada. En contraste, la ausencia de este documento deja margen para interpretaciones subjetivas que pueden perjudicar la defensa del profesional.

Los resultados de este análisis refuerzan la importancia de garantizar la correcta elaboración y archivo del consentimiento informado, no solamente como un requisito legal, sino como una herramienta clave en la gestión del riesgo legal en la práctica médica. Su adecuada implementación puede reducir la percepción de falta de información y, en consecuencia, disminuir la probabilidad de que una reclamación prospere en el ámbito judicial.



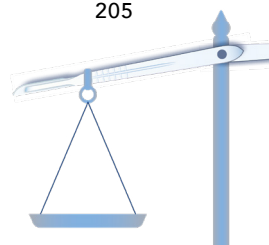
### 6.20 CASOS CON CONDENA JUDICIAL

En el análisis realizado se identificaron un total de nueve casos (4.71% del total que finalizaron con una condena judicial, lo cual representa un número relativamente bajo en comparación con el total de reclamaciones revisadas. Esto pone de manifiesto una realidad observada de forma general en el ámbito de la responsabilidad médica: aunque las reclamaciones por presunta mala praxis o daño relacionado con la atención sanitaria no son infrecuentes, es poco común que se resuelvan mediante una sentencia condenatoria. No obstante, los casos que sí llegan a juicio y terminan en condena suelen presentar elementos particularmente graves o evidencias claras de responsabilidad.

De las 9 condenas, 8 fueron vía civil y 1 vía penal.

Tres de los casos analizados pertenecen a la subespecialidad de Cirugía Colorrectal, una de las áreas quirúrgicas en las que con más frecuencia se reportan complicaciones postoperatorias que pueden derivar en reclamaciones.

El primer caso está relacionado con una paciente que, tras una esfinterotomía lateral interna y dos drenajes de abscesos perianales, desarrolló incontinencia anal como secuela. La paciente fue sometida posteriormente a tratamientos como biofeedback y neuroestimulación, sin lograr mejoría clínica significativa. La indemnización en euros, vía civil, fue de 171551,37€. Aunque esta complicación está recogida en la literatura médica y se encontraba especificada en el consentimiento informado, la gravedad del resultado final fue tal que se determinó la existencia de responsabilidad por parte del profesional que llevó a cabo la intervención. La sentencia planteó interrogantes clínicos y éticos que podrían trasladarse a otros casos similares: ¿era técnicamente posible evitar dicha complicación? ¿Podría haberse concienciado más a paciente y familia de la posibilidad de este suceso?

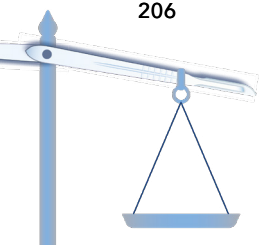


El segundo caso se refiere a un paciente que presentó múltiples complicaciones tras una intervención quirúrgica realizada por un plastrón apendicular. En este caso, el eje de la reclamación fue el retraso diagnóstico de la apendicitis, que provocó que, en el momento de su detección, la inflamación ya hubiera evolucionado a un plastrón. La indemnización en este caso, vía civil, fue de 127521,86€. Esta condición incrementa la dificultad técnica de la cirugía y eleva el riesgo de aparición de complicaciones. El retraso diagnóstico, en este caso, conlleva una evidente responsabilidad en sí mismo. Pero además, surge una reflexión asistencial: ¿hubiera sido más prudente optar inicialmente por un tratamiento conservador del plastrón, con la idea de diferir la cirugía hasta que el proceso inflamatorio se resolviera en mayor medida? Tal vez, un abordaje más conservador habría reducido la probabilidad de complicaciones graves y, en consecuencia, podría haber evitado el litigio.

La tercera y última condena judicial en la categoría de cirugía colorrectal fue en un caso en el que se seccionó la arteria iliaca derecha en una apendicectomía. Se atribuyó a lesión con un trócar tras realización de neumoperitoneo con aguja de Verres en vez de técnica de Hasson. La indemnización, vía civil, fue de 99073,2€. En la sentencia se consideró que, al estar la paciente delgada, esta técnica para realizar el neumoperitoneo e introducir los primeros trócares tiene más riesgo que la técnica abierta de Hasson. Sería interesante revisar si en algún hospital existe algún protocolo al respecto, ya que la elección de la técnica de neumoperitoneo suele ser a criterio del cirujano, y no es infrecuente utilizar la aguja de Verres de forma sistemática.

Otros tres casos corresponden a la categoría de Cirugía Hepatobiliar.

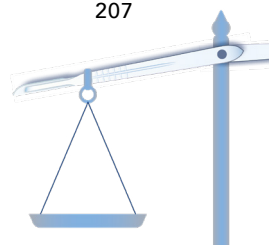
Dos de los casos corresponden a lesiones de vía biliar. Esta complicación es frecuentemente reclamada; si bien es habitual explicarla antes de la



cirugía y reflejarla en el consentimiento informado, sus secuelas son tan graves que resulta motivo de reclamación. En ambos casos la condena es por daño desproporcionado. Las indemnizaciones, vía civil, fueron de 270813,86€ y 9577,09 respectivamente. Por lo tanto, por mucho que sea una complicación descrita en la literatura que puede suceder sin determinarse mala praxis como tal, podemos ver que puede ser perfectamente motivo de condena, difícilmente evitable de otra forma que analizando en profundidad el resto de las características de cada caso concreto.

El tercer caso es un paciente que falleció en el postoperatorio inmediato de una pancreatectomía, por ligadura incorrecta de la arteria esplénica. Se trata de un caso con evidente responsabilidad por fallo técnico y consecuencias ominosas, difícilmente defendible. Concluyó con una condena penal con una indemnización de 88577,11€. Una manera de evitarlo podría ser intensificar la formación de los cirujanos con experiencia y aumentar la supervisión de los cirujanos en formación, para minimizar los fallos técnicos.

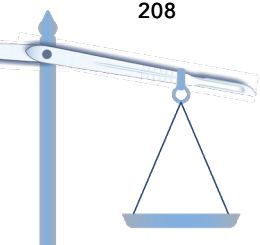
El siguiente caso de condena judicial corresponde a la categoría de Cirugía Bariátrica. Se trata de un paciente previamente portador de una intervención bariátrica (bypass gástrico en Y de Roux), con pérdida insuficiente de peso. Con objetivo de aumentar la pérdida de peso, se llevó a cabo una reconfección del bypass alargando el asa biliopancreática. Esto derivó en síndrome de malabsorción severo con esteatorrea, incontinencia grave, hipoglucemias y déficits vitamínicos. La condena, vía civil, implicó una indemnización de 1.020.411,59€. Es complejo evaluar si en este caso concreto se sopesó con el paciente el riesgo de dichas secuelas, presente siempre al aumentar el componente malabsortivo de la cirugía con objetivo de aumentar la pérdida de peso. ¿Podría una mejor comunicación haber evitado esta condena? ¿Habría aceptado el paciente esta cirugía siendo consciente de las posibles secuelas?





Un caso más de condena judicial se originó en el contexto de la Cirugía de Pared Abdominal, concretamente en una intervención que abordaba simultáneamente tres hernias: una incisional de McBurney, una umbilical y una inguinal. Durante la cirugía se produjo una perforación intestinal no advertida, lo que conllevó un shock séptico que terminó en fallecimiento. La indemnización, vía civil, fue de 32079,92€. Este tipo de complicación, aunque conocida, debe ser detectada intraoperatoriamente para evitar consecuencias fatales. Este caso invita a la reflexión sobre la necesidad de un chequeo minucioso de las asas intestinales antes de cerrar el campo quirúrgico, así como de una vigilancia postoperatoria más intensa ante signos clínicos de deterioro precoz.

Finalmente, se registró una condena judicial en un caso correspondiente al ámbito de la medicina estética, que fue realizado por un cirujano general. En dicho caso, la aplicación incorrecta de un tratamiento con láser derivó en una quemadura cutánea significativa. La indemnización, vía civil, fue de 3.728,28€. Aunque en medicina estética no existe una obligación de resultados, sino de medios, es evidente que las expectativas del paciente están muy ligadas al resultado final. El error técnico en la aplicación del láser, que resultó en una quemadura visible, fue suficiente para que se determinara responsabilidad profesional. Este caso subraya la necesidad de una formación específica y actualizada en procedimientos estéticos, incluso para profesionales médicos habilitados legalmente para realizarlos.



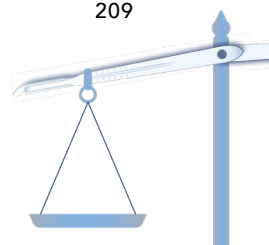
### 6.21 CASOS CON ACUERDO EXTRAJUDICIAL

En este apartado se analizan los 69 casos que finalizaron mediante un acuerdo extrajudicial, lo cual sugiere la posibilidad de existencia de responsabilidad médica, aunque sin llegar a juicio. Este tipo de resolución indica que, ya sea por la gravedad de las secuelas, por posibles fallos asistenciales o por la dificultad de defensa del caso, se consideró más adecuado alcanzar una solución consensuada entre las partes implicadas. Se trata, por tanto, de situaciones en las que la institución o el profesional sanitario implicado aceptó negociar una compensación, evitando así un pronunciamiento judicial.

El análisis se organiza, como en el apartado anterior, por subespecialidades quirúrgicas.

#### 6.21.1 Cirugía Colorrectal (12 casos)

La mayoría de los casos en esta especialidad implican complicaciones quirúrgicas graves, muchas de ellas previsibles, pero que derivaron en secuelas importantes. Se incluyen casos de olvido de material quirúrgico (como gasas), lesiones vasculares (como la arteria ilíaca), lesiones ureterales y perforaciones intestinales, tanto durante cirugía como en procedimientos diagnósticos como la colonoscopia. Destaca también un caso de diagnóstico erróneo de la localización de un tumor, que obligó a una reintervención. Otras situaciones incluyen retrasos diagnósticos, como en el caso de una apendicitis que evolucionó a peritonitis, o un paciente con enfermedad de Crohn cuya observación inicial derivó en una perforación intestinal y amputación secundaria por hipoperfusión. La variedad de los casos muestra cómo tanto errores técnicos como de juicio clínico pueden derivar en complicaciones con consecuencias legales. Los casos son los siguientes:



1. **Gasoma tras rectopexia. Exitus en la reintervención.**

La complicación fue fatal, llevando al fallecimiento del paciente en la reintervención. Esta situación puede ser evitable mediante recuento riguroso de instrumental y gasas, y aplicación estricta del Checklist quirúrgico.

2. **Perforación intestinal en colonoscopia para polipectomía. Anatomía patológica benigna.**

La indicación de la polipectomía puede ser discutible si el riesgo supera el beneficio. Se podría haber considerado la vigilancia endoscópica en lugar de la resección inmediata. La comunicación con el paciente sobre los riesgos también es clave.

3. **Lesión ureteral en proctectomía, que deriva en nefrectomía y exitus.**

Lesión grave durante cirugía pélvica compleja. La identificación intraoperatoria del uréter es obligatoria en este tipo de intervenciones. Quizá el uso de técnicas como la cistoscopia o sondaje ureteral previo podría haber ayudado a evitarla.

4. **Dolor crónico tras apendicectomía por neuroma en la cicatriz.**

Complicación poco frecuente pero conocida. La resección del neuroma y seguimiento por unidad del dolor podrían ser clave. Informar al paciente de este riesgo ayudaría a mitigar la percepción de mala praxis.

5. **Lesión de arteria ilíaca al introducir trócar en apendicectomía.**

Se podría haber considerado elegir la técnica abierta (Hasson), más segura en pacientes delgados o con antecedentes quirúrgicos.

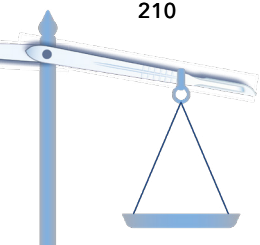
6. **Olvido de gasa en apendicectomía.**

De nuevo, podría haber sido evitable mediante recuento sistemático y aplicación del checklist quirúrgico.

7. **Olvido de gasa en hemicolectomía derecha.**

8. **Retraso diagnóstico de apendicitis que deriva en peritonitis.**

Protocolos de reevaluación y uso temprano de imagen podrían



haber evitado el retraso y el consecuente aumento de gravedad de la enfermedad.

**9. Paciente con enfermedad de Crohn en el que se evidencia dilatación de asas. El tratamiento conservador lleva a perforación intestinal.**

En pacientes de alto riesgo, como los inmunosuprimidos, la vigilancia debe ser muy estrecha. Criterios más estrictos de intervención quirúrgica podrían haber evitado la catástrofe.

**10. Retraso en diagnóstico de diverticulitis perforada.**

La sospecha clínica y el uso precoz de imagen en pacientes con dolor abdominal podrían haber permitido un manejo más temprano.

**11. Exitus en hemicolectomía por lesión de vena mesentérica.**

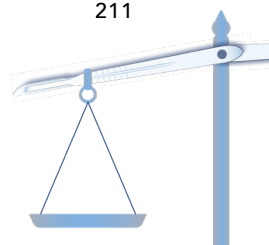
Complicación intraoperatoria grave. La experiencia del cirujano y la preparación preoperatoria, incluyendo mapeo vascular si hay sospecha de anomalías, podrían reducir este riesgo.

**12. Reintervención por diagnóstico erróneo de localización tumoral.**

Error en la planificación quirúrgica. Una mejor correlación entre endoscopia, TC y marcaje preoperatorio puede evitar estos casos.

### 6.21.2 Cirugía Hepatobiliar (18 casos)

Esta es la especialidad con mayor número de acuerdos extrajudiciales. Predominan las lesiones de la vía biliar durante colecistectomías, una de las complicaciones más temidas y reclamadas, incluso cuando han sido explicadas previamente. Algunos casos terminan en colangitis, necesidad de reintervención o incluso exitus. También se identifican múltiples perforaciones intestinales o yeyunales, así como lesiones vasculares, como la sección accidental de la arteria epigástrica o hepática. Se documentan, además, retrasos diagnósticos de perforaciones y presencia de material retenido (como drenajes). Uno de los casos incluye una quemadura cutánea durante un procedimiento de ablación hepática. Estos ejemplos reflejan la complejidad técnica de esta subespecialidad



y el impacto que pueden tener errores tanto de ejecución como de vigilancia postoperatoria.

1. **Perforación intestinal en colecistectomía que condiciona shock séptico.**

Complicación grave que requiere identificación intraoperatoria inmediata. El reconocimiento precoz y revisión sistemática del campo quirúrgico al finalizar la cirugía podría haber evitado el desenlace.

2. **Lesión de vía biliar en colecistectomía.**

Complicación técnica conocida y descrita en la literatura, que por su gravedad lleva con frecuencia al paciente a reclamar. Todas las medidas de seguridad para intentar evitarla deberían aplicarse, tales como la consecución de la visión crítica de seguridad de Strasberg o la utilización de recursos como el verde de indocianina.

3. **Lesión de arteria epigástrica con shock hemorrágico y exitus.**

Se trata de una complicación descrita, que sin embargo es poco habitual que termine de forma fatal. Precauciones como la utilización de trócares sin cuchilla o la transiluminación previa a introducirlos podrían reducir la incidencia de la misma.

4. **Perforación intestinal en colecistectomía, con sepsis y fallecimiento.**

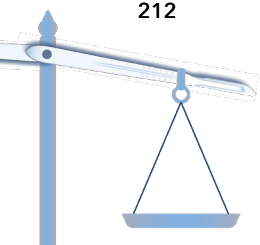
El reconocimiento intraoperatorio del daño intestinal es clave. El seguimiento estrecho en el postoperatorio también puede permitir intervención precoz si no se detecta en quirófano.

5. **Nueva lesión de vía biliar.**

Se reitera la necesidad de técnicas de identificación anatómica rigurosas.

6. **Olvido de fragmento de drenaje intraabdominal.**

Asegurarse de la integridad del drenaje tras su retirada de forma sistemática podría evitar esta complicación.



**7. Perforación yeyunal durante colecistectomía.**

Esta complicación podría reducirse mediante una disección cuidadosa y solucionado precozmente gracias a una revisión final del campo.

**8. Lesión no documentada de vía biliar.**

La ausencia de registro en el DCI dificulta la defensa médica. Documentar exhaustivamente los hallazgos y complicaciones es fundamental.

**9. Retraso en diagnóstico de perforación duodenal por CPRE.**

El seguimiento post-CPRE debe incluir monitorización activa de signos de peritonitis. La detección precoz puede salvar la vida del paciente.

**10. Nueva perforación intestinal con resultado de exitus.**

Situación similar a las anteriores: vigilancia postoperatoria y revisión cuidadosa del campo quirúrgico pueden marcar la diferencia.

**11. Colecistectomía convertida con perforación yeyunal inadvertida.**

**12. Lesión de vía biliar con colangitis y fallecimiento.**

**13. Exitus tras duodenopancreatectomía por ligadura fallida de arteria esplénica.**

Cirugías de alta complejidad requieren experiencia y apoyo multidisciplinar. Revisar ligaduras antes del cierre podría prevenir complicaciones fatales.

**14. Quemadura cutánea por placa en ablación hepática.**

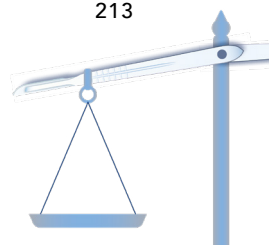
Verificar la colocación adecuada de la placa de retorno y su correcto contacto con la piel reduce este riesgo.

**15. Fuga biliar tras colecistectomía con necesidad de reintervención.**

La revisión exhaustiva sistemática del campo quirúrgico antes de finalizar la cirugía podría reducir la incidencia de esta complicación. Sin embargo, en ocasiones es difícilmente evitable.

**16. Sección de arteria hepática.**

Precaución extrema en disección hiliar. El conocimiento anatómico y la experiencia reducen esta posibilidad.



**17. Coleperitoneo por fístula biliar tras colecistectomía.**

Sellado inadecuado de los conductos biliares. Revisar cuidadosamente antes de cerrar.

**18. Nueva lesión de vía biliar.**

**6.21.3 Cirugía Bariátrica (7 casos)**

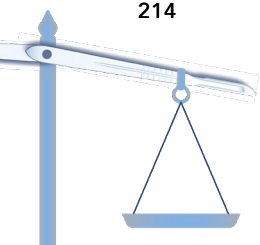
En esta categoría se recogen complicaciones tanto de procedimientos primarios como de revisiones bariátricas. Hay casos de múltiples reintervenciones, sangrados postoperatorios y complicaciones graves como perforación de víscera hueca con desenlace fatal. También se incluyen complicaciones de procedimientos menos invasivos como la colocación de balón intragástrico, que en dos ocasiones motivó reintervención o molestias relevantes. La mayoría de estos casos comparten una misma línea de análisis: ¿se explicó adecuadamente el riesgo de estas complicaciones al paciente? ¿Existía una indicación clara y adecuada para los procedimientos realizados?

**1. Múltiples complicaciones y reintervenciones tras bypass gástrico.**

Este tipo de evolución puede reflejar tanto una técnica quirúrgica compleja como una inadecuada selección del paciente. Un abordaje multidisciplinar preoperatorio riguroso, con evaluación nutricional, psicológica y médica, es fundamental para minimizar el riesgo de complicaciones. Las expectativas del paciente deben ser cuidadosamente gestionadas.

**2. Estenosis secundaria a banda gástrica.**

Complicación conocida. Puede prevenirse con una técnica quirúrgica precisa, evitando tensiones excesivas. El seguimiento estrecho con posibilidad de ajustes progresivos puede reducir la aparición de esta complicación. También es importante informar adecuadamente al paciente sobre la posibilidad de estenosis y la necesidad de controles periódicos.



3. **Hemorragia tras POSE (Primary Obesity Surgery Endoluminal) que requiere reintervención.**

La experiencia del equipo con técnicas endoluminales es clave. Una evaluación cuidadosa del riesgo hemorrágico antes del procedimiento y la preparación de protocolos de actuación rápida en caso de sangrado pueden marcar la diferencia.

4. **Exitus tras cirugía bariátrica sin incidencias aparentes.**

En este caso, la perforación de víscera hueca fue detectada postmortem. Recalca la importancia de una vigilancia clínica intensiva en el postoperatorio temprano. Signos como taquicardia o dolor abdominal deben motivar la realización de pruebas diagnósticas inmediatas. El umbral para reintervenir debe ser bajo ante síntomas persistentes.

5. **Hemorragia tras gastrectomía vertical con ingreso en UCI.**

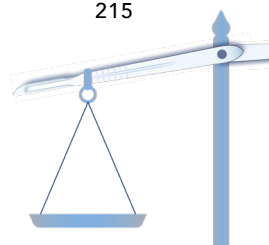
La verificación intraoperatoria minuciosa de la línea de sutura, el uso de refuerzos mecánicos o biológicos y la vigilancia estrecha postoperatoria pueden prevenir o detectar precozmente esta complicación.

6. Colocación de balón intragástrico con resultado insatisfactorio.

El consentimiento informado debe incluir la posibilidad de ausencia de resultados relevantes en términos de pérdida de peso. Se debe reforzar la educación del paciente sobre los límites del tratamiento y su papel en el proceso de pérdida ponderal.

7. Retirada del balón intragástrico por intolerancia.

Complicación frecuente. La selección de pacientes debe ser cuidadosa, y es necesario disponer de seguimiento estrecho tras la colocación para detectar y manejar precozmente los síntomas de intolerancia.

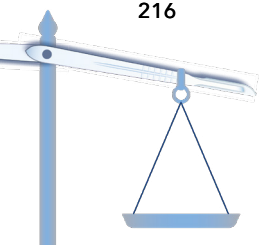




#### 6.21.4 Cirugía de Pared Abdominal (10 casos)

Entre los casos de esta categoría se encuentran complicaciones comunes como persistencia de hernia tras intervención, dolor crónico y malos resultados estéticos, pero también errores más graves como intervenciones realizadas en el lado incorrecto y lesiones testiculares que derivan en orquiectomía. Dos de los casos terminaron en exitus: uno por perforación intestinal inadvertida y otro por complicación testicular grave. La existencia de errores de lateralidad resalta la necesidad de reforzar las prácticas de seguridad quirúrgica (como el “checklist” quirúrgico) y protocolos de marcaje preoperatorio.

1. **Dolor crónico tras hernioplastia de Spiegel con indicación dudosa.**  
La adecuada indicación quirúrgica es clave para prevenir complicaciones, si bien son complicaciones posibles y descritas. En casos con hallazgos dudosos, puede ser preferible una segunda opinión o seguimiento antes de intervenir.
2. **Persistencia de hernia supraumbilical tras intervención.**  
Puede indicar una técnica quirúrgica inapropiada o defecto en la fijación de la malla. Revisar las técnicas empleadas y los materiales utilizados es esencial.
3. **Lado incorrecto en intervención de hernia inguinal.**  
Error grave evitable mediante protocolo de verificación preoperatoria y marcaje del lado a intervenir. El uso estricto del checklist quirúrgico podría haberlo evitado.
4. **Segundo caso de intervención en lado incorrecto.**  
La repetición de este error refuerza la necesidad de implantar medidas de seguridad efectivas y auditables.
5. **Persistencia de hernia de Spiegel tras cirugía.**  
Puede derivar de una reparación insuficiente. Es importante evaluar si la técnica elegida fue la adecuada para el tamaño y localización del defecto.



6. **Necrosis testicular tras intervención bilateral no indicada.**

La indicación debe basarse en criterios clínicos objetivos. Intervenir una hernia no diagnosticada conlleva riesgos innecesarios. Es fundamental documentar con claridad la justificación de la intervención bilateral.

7. **Abdominoplastia con mal resultado estético.**

El consentimiento informado debe dejar constancia de los objetivos realistas del procedimiento. Además, si el profesional no es especialista en cirugía plástica, debe valorarse si está adecuadamente capacitado para este tipo de intervenciones.

8. **Orquiectomía por lesión en hernioplastia.**

Complicación grave. La disección cuidadosa y la identificación anatómica clara del cordón espermático son medidas preventivas clave.

9. **Hematoma post hernioplastia que termina en orquiectomía.**

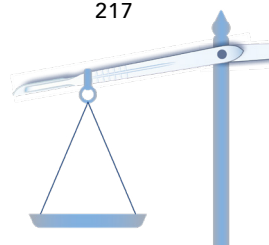
Una vigilancia postoperatoria estrecha podría haber permitido el drenaje precoz del hematoma y evitar la progresión hacia isquemia testicular.

10. **Perforación intestinal en hernia de Spiegel con resultado de exitus.**

La revisión final del campo quirúrgico antes del cierre podría haber detectado la lesión. La sospecha clínica precoz en el postoperatorio es también fundamental para reducir la morbilidad.

### 6.21.5 Cirugía Endocrina (2 casos)

Uno de los casos fue una lesión del nervio recurrente durante una tiroidectomía, complicación conocida, pero que puede implicar alteraciones importantes de la voz. El segundo corresponde a un retraso diagnóstico de un tumor tiroideo, que en el momento de la intervención resultó irsecable y conllevó la muerte del paciente. Este tipo de situaciones remarcan la importancia del seguimiento riguroso de los hallazgos clínicos y radiológicos que puedan sugerir malignidad.



### 1. **Lesión del nervio recurrente en tiroidectomía.**

Complicación conocida, aunque de alto impacto funcional. La identificación visual sistemática del nervio y el uso de neuromonitorización intraoperatoria pueden reducir el riesgo. Es esencial informar claramente sobre esta posibilidad en el consentimiento.

### 2. **Retraso diagnóstico de tumor tiroideo irresecable. Resultado de exitus.**

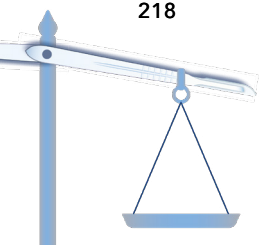
La vigilancia clínica y ecográfica debe ser rigurosa cuando existen nódulos tiroideos sospechosos. Las demoras en la derivación a cirugía pueden condicionar una pérdida de oportunidad terapéutica. El trabajo coordinado entre atención primaria, endocrinología y cirugía es fundamental.

## 6.21.6 Cirugía Esofagogástrica (2 casos)

Uno de los casos implicó una quemadura accidental en extremidad superior durante una gastrectomía, probablemente por el uso del bisturí eléctrico. El otro fue una complicación del procedimiento de Nissen laparoscópico, que derivó en hemorragia digestiva y disfagia persistente, lo que motivó una reintervención. Aunque no son frecuentes, estas complicaciones pueden tener un impacto funcional y emocional significativo en los pacientes.

### 1. **Gastrectomía por poliposis. Quemadura con bisturí eléctrico en mano y muñeca.**

Este tipo de lesión accidental puede evitarse con una adecuada colocación del paciente, control estricto del campo operatorio y comprobación de la funcionalidad del instrumental eléctrico. Además, el uso de dispositivos con sistemas de seguridad añadidos podría prevenir este tipo de quemaduras.



### 2. **Nissen laparoscópico. Hemorragia digestiva en el postoperatorio y disfagia que requiere reintervención.**

La técnica quirúrgica precisa es esencial en funduplicaturas para evitar complicaciones como la disfagia. La calibración con sonda intraoperatoria y una disección meticulosa pueden minimizar estos riesgos. La hemorragia podría estar relacionada con puntos de sutura o vasos no controlados adecuadamente, por lo que una revisión minuciosa antes del cierre es clave.

### 6.21.7 Cirugía de Mama (3 casos)

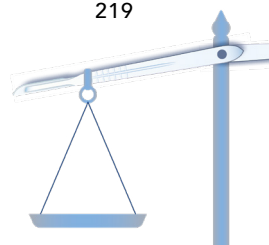
Los casos en esta categoría están relacionados con secuelas estéticas no deseadas, infecciones postquirúrgicas y resultados cosméticos insatisfactorios. La especial sensibilidad que rodea las intervenciones mamarias —muchas de ellas con finalidad estética o reconstructiva— hace que las expectativas del paciente jueguen un papel fundamental a la hora de valorar el resultado y tomar decisiones legales posteriores.

#### 1. **Secuelas estéticas tras resección de fibroadenoma.**

En procedimientos que, aunque sean simples, afectan el aspecto estético de la mama, es fundamental valorar la localización de la incisión y el volumen a resecar. Una buena planificación preoperatoria, así como el uso de técnicas oncoplásticas cuando sea posible, podrían mejorar los resultados. Es igualmente clave gestionar bien las expectativas del paciente.

#### 2. **Infección de herida tras intervención quirúrgica de ginecomastia.**

Aunque las infecciones son complicaciones conocidas, su incidencia puede disminuirse con una técnica quirúrgica cuidadosa, profilaxis antibiótica adecuada y seguimiento estrecho. Informar al paciente sobre los signos de alarma y las medidas de higiene postoperatoria también contribuye a reducir riesgos.



### 3. **Mastopexia con mal resultado (lateralización de prótesis).**

El resultado estético desfavorable puede estar relacionado con un mal posicionamiento intraoperatorio o elección inadecuada de la técnica o del tipo de prótesis. Es clave documentar de forma clara en el consentimiento informado que se trata de una cirugía con cierto grado de subjetividad en cuanto a resultados, y que pueden necesitarse retoques posteriores. Otra cuestión a plantear es si el hecho de que la mastopexia fuera llevada a cabo por un cirujano general en vez de un cirujano plástico influyó en el resultado.

### 6.21.8 Otros (15 casos)

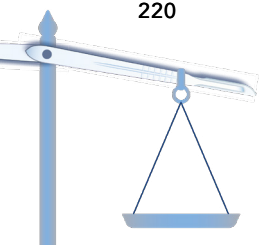
Este grupo incluye casos de diferentes áreas quirúrgicas o procedimientos no quirúrgicos realizados por cirujanos. Aparecen diagnósticos omitidos (como fracturas costales o melanoma), lesiones nerviosas durante biopsias o extirpaciones, quemaduras, perforaciones intestinales tras procedimientos como legrados o liposucciones, e incluso complicaciones fatales como una ruptura hepática al colocar un drenaje torácico. También se documentan casos con fallos en la información al paciente o errores de juicio en la atención urgente. La diversidad de estos casos sugiere la necesidad de reforzar tanto los protocolos asistenciales como la comunicación efectiva con el paciente.

#### 1. **Retraso diagnóstico de ictus en urgencias.**

Los signos de ictus pueden ser sutiles, por lo que es imprescindible contar con protocolos de sospecha y respuesta rápida. La formación continua del personal que trabaje en urgencias (incluyendo el personal quirúrgico) podría evitar estas situaciones.

#### 2. **Ausencia de diagnóstico de cinco fracturas costales, derivando en exitus por complicaciones respiratorias.**

Una exploración clínica detallada y el uso de pruebas de imagen adecuadas ante traumatismos torácicos podrían haber permitido



una detección precoz. La infravaloración del dolor torácico es un error frecuente.

3. **Lesión de nervio espinal en exéresis de supuesto lipoma, que resultó ser tumor de vaina nerviosa.**

La realización de pruebas de imagen preoperatorias (ecografía o RMN) habría permitido identificar la naturaleza del tumor y planificar una resección segura.

4. **Lesión de nervio espinal derecho en biopsia ganglionar.**

La cirugía en zonas anatómicamente complejas exige un conocimiento anatómico preciso. La biopsia ganglionar puede ser una cirugía cuya complejidad es infravalorada.

5. **Extirpación de piel normal al no hallarse el lipoma diagnosticado.**

La marcación preoperatoria exacta y la confirmación con imagen pueden evitar este tipo de errores. También es importante confirmar hallazgos clínicos antes de iniciar la cirugía.

6. **Perforación intestinal en liposucción realizada por cirujano general.**

La liposucción requiere experiencia específica. El conocimiento de los planos anatómicos y la técnica depurada son esenciales para evitar perforaciones. Este caso plantea la necesidad de delimitar claramente las competencias profesionales.

7. **Parálisis facial tras exéresis de parótida.**

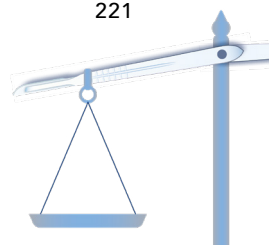
La parotidectomía implica riesgo de lesión del nervio facial. Su identificación y monitorización intraoperatoria pueden reducir la probabilidad de secuelas neurológicas.

8. **Perforación intestinal tras legrado uterino.**

Complicación poco frecuente pero grave. Puede prevenirse con una técnica cuidadosa, evitando instrumentaciones forzadas. La sospecha clínica postoperatoria debe ser inmediata ante dolor o signos de irritación peritoneal.

9. **Cicatriz queloide y dolor crónico tras resección de verruga plantar.**

Aunque se trata de una intervención menor, deben explicarse



bien las posibles secuelas, especialmente en pacientes con predisposición a cicatrización patológica.

**10. Limitación de esfuerzo terapéutico y exitus en isquemia mesentérica en paciente de 88 años.**

La decisión de limitar tratamientos debe estar documentada y consensuada con el paciente o sus representantes, asegurando la comprensión de la situación por todas las partes.

**11. Dificultad para extensión de dedo tras resección de lesión cutánea en mano.**

Cualquier cirugía en zonas funcionales debe considerar el riesgo de afectación estructural. La planificación y técnica quirúrgica deben priorizar la preservación funcional.

**12. No se informó al paciente del diagnóstico de melanoma maligno.**

Es esencial garantizar mecanismos efectivos de comunicación del resultado de anatomía patológica. La trazabilidad de la información es un componente crítico de la seguridad del paciente.

**13. Hiperpigmentación tras tratamiento con láser de mancha cutánea.**

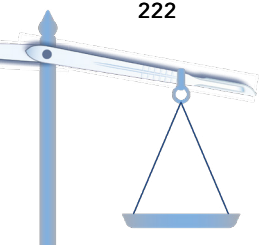
Debe advertirse claramente sobre la posibilidad de resultados estéticos no deseados. El tipo de piel del paciente y el fototipo deben valorarse para ajustar el tratamiento.

**14. Lesión del nervio espinal tras exéresis de tumoración escapular.**

La cercanía del tumor a estructuras nerviosas debe evaluarse preoperatoriamente. La cirugía en estas zonas requiere experiencia específica y, en algunos casos, soporte neurofisiológico.

**15. Ruptura hepática al colocar drenaje torácico, con resultado de exitus.**

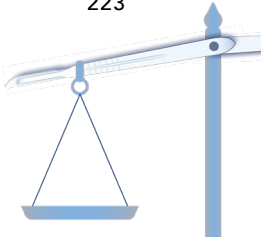
Este caso evidencia la importancia del conocimiento anatómico y de técnicas seguras de colocación de drenajes. El control radiológico o ecoguiado podría haber evitado la complicación.



6.22 RESUMEN COMPARATIVO: CONDENA JUDICIAL VS. ACUERDO EXTRAJUDICIAL

Aspecto	Condena Judicial	Acuerdo Extrajudicial
Número total de casos	9	70
Especialidad más afectada	Cirugía Colorrectal (3 casos)	Cirugía Hepatobiliar (18 casos)
Complicación más frecuente	Lesión quirúrgica grave (vasos, vísceras)	Lesión de vía biliar en colecistectomía
Casos con resultado de éxitus	4	Más de 15
Errores técnicos destacados	Lesión vascular, fallo en técnica de acceso, ligadura arterial incorrecta	Lesión de vía biliar, perforación intestinal, errores de lateralidad
Errores de juicio clínico	Retrasos diagnósticos (apendicitis, plastrón)	Retrasos diagnósticos (perforación, tumor, ictus)
Consentimiento informado insuficiente o mal gestionado	2 casos donde se cuestiona si se informó bien al paciente	Presente en múltiples casos, especialmente en cirugía bariática y estética
Ámbitos no quirúrgicos incluidos	1 (cirugía estética con quemadura)	Varios (urgencias, dermatología, procedimientos estéticos menores)

Tabla 71. Condena judicial vs. acuerdo extrajudicial.





Los casos que terminaron en condena judicial suelen presentar una combinación de tres elementos: una complicación grave, una actuación cuestionable desde el punto de vista técnico o diagnóstico, y la imposibilidad de demostrar una correcta praxis o información al paciente. En estos, la defensa profesional se ve limitada, y el juez considera acreditada la responsabilidad médica.

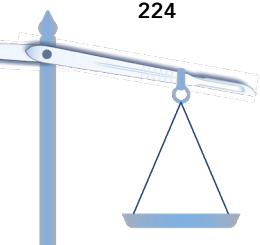
Destacan especialmente lesiones vasculares (como la sección de arteria ilíaca o esplénica), retrasos en el diagnóstico que condicionan complicaciones quirúrgicas y casos donde el documento de consentimiento informado fue insuficiente ante complicaciones severas.

Los casos extrajudiciales son mucho más numerosos y abarcan una variedad mayor de especialidades, complicaciones y contextos clínicos. Aunque no hay una resolución judicial firme, el hecho de llegar a un acuerdo implica que las partes —por prudencia, riesgo de juicio o reconocimiento de un posible error— aceptan una compensación.

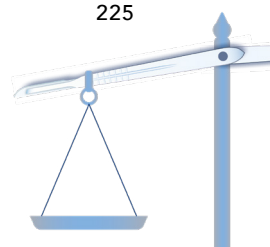
La Cirugía Hepatobiliar, con 18 casos, sobresale por la frecuencia de lesiones de la vía biliar, muchas veces explicadas, pero con secuelas graves. También es notoria la presencia de errores técnicos evitables (olvidos de material, errores de lateralidad, complicaciones por mala técnica), y casos donde el daño fue desproporcionado para la intervención realizada.

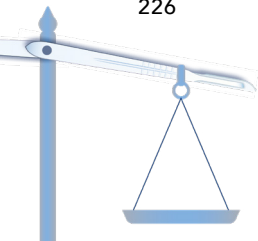
### Reflexiones:

- El retraso diagnóstico aparece como causa frecuente tanto en condenas como en acuerdos.
- La lesión de víscera hueca o vía biliar es un hilo conductor en muchos casos con desenlace adverso.
- La gestión del documento de consentimiento informado parece ser una herramienta clave para la defensa, pero también un punto débil en muchos de los casos revisados.

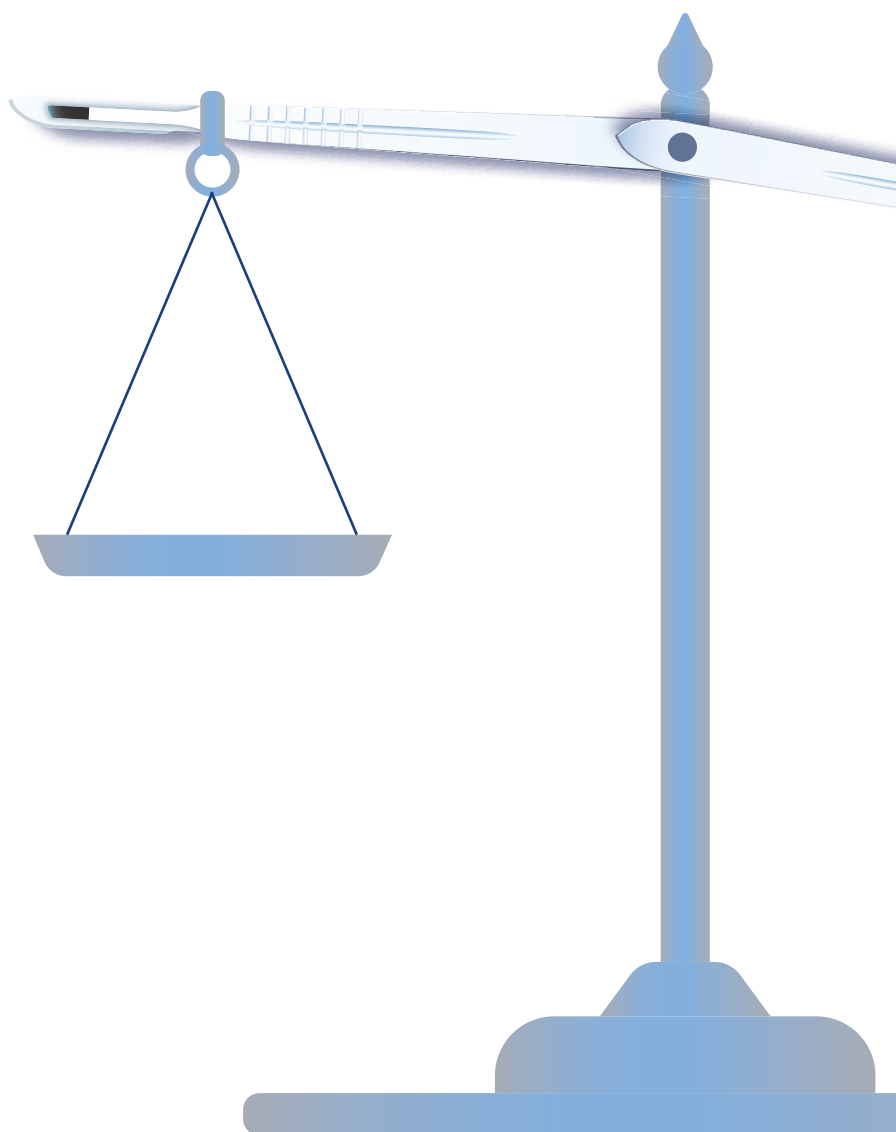


- El resultado estético o funcional percibido como insatisfactorio en cirugía no oncológica (bariátrica, mamaria, estética) también se vincula con reclamaciones, aunque a menudo sin fallo técnico evidente.





# CONCLUSIONES





## 7. CONCLUSIONES

### 1. Baja incidencia relativa de responsabilidad profesional

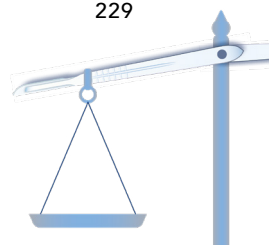
- La hipótesis inicial (más del 50% con responsabilidad) no se confirma.
- Solo el 41.36% de los casos presentan algún tipo de responsabilidad (36.65% acuerdos extrajudiciales + 4.71% condenas judiciales).
- Resultado positivo: la mayoría de las reclamaciones no derivan en responsabilidad formal.

### 2. Factores asociados al acto médico

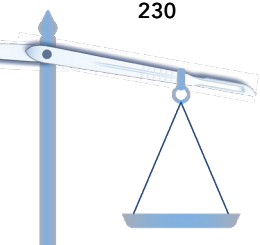
- Mayor riesgo de reclamación en:
  - Cirugías urgentes
  - Patologías benignas
  - Ámbito privado
- Los errores quirúrgicos son la causa más frecuente, pero se destaca:
  - La falta de información al paciente, como factor evitable.
  - La calidad del consentimiento informado es clave para prevenir conflictos y mejorar la relación médico-paciente.

### 3. Perfil sociodemográfico del reclamante y del profesional

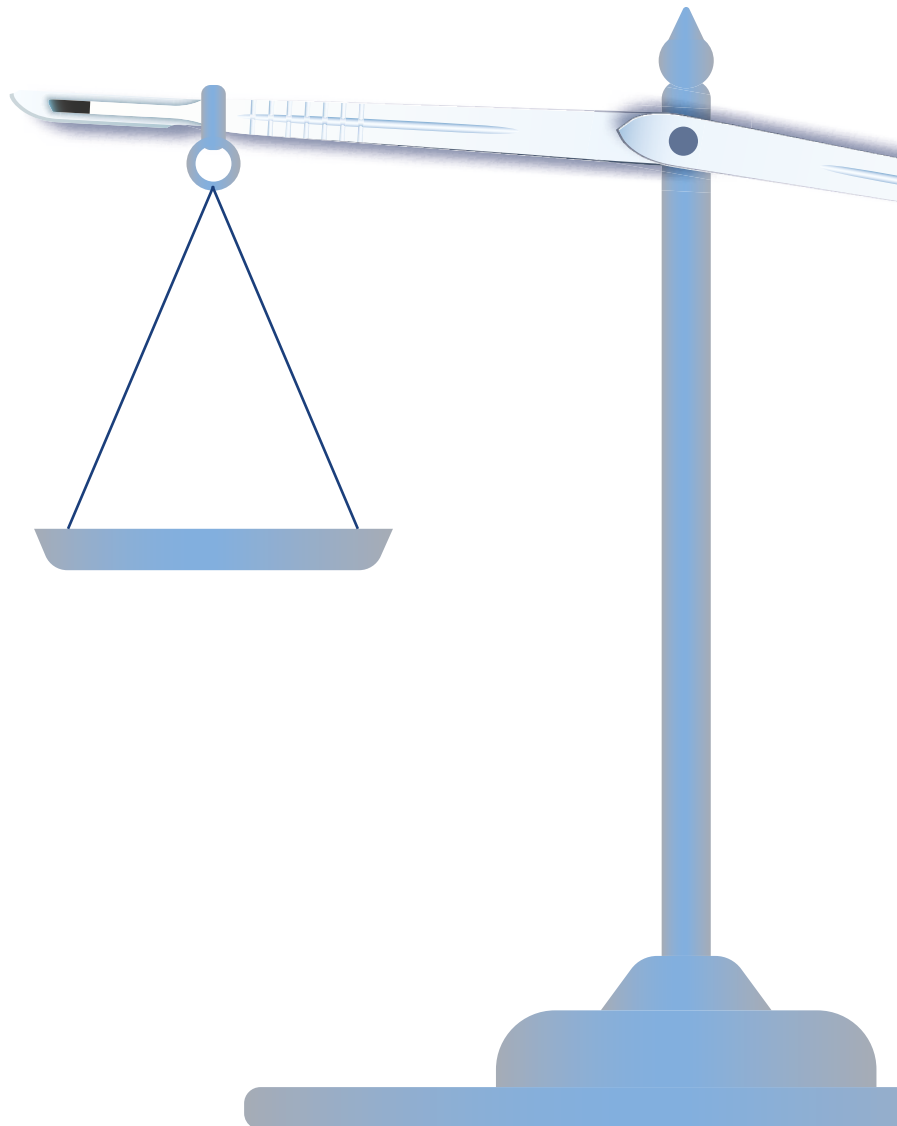
- Mayor número de reclamaciones presentadas por mujeres.
- Mayor frecuencia de profesionales reclamados que son hombres.
- Estos datos pueden estar sesgados por la distribución sociodemográfica del personal médico.
- Factores como el género, edad o experiencia se consideran estructurales y de difícil modificación.
- Su influencia no parece ser determinante en el origen de las reclamaciones.



En conjunto, los resultados de este trabajo refuerzan la necesidad de promover medidas orientadas a mejorar la calidad de la información asistencial, optimizar la gestión del riesgo sanitario, y fortalecer la comunicación médico-paciente. Estas estrategias pueden contribuir de forma efectiva a reducir la conflictividad legal, especialmente en especialidades quirúrgicas complejas como la Cirugía General y del Aparato Digestivo.



# **LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**



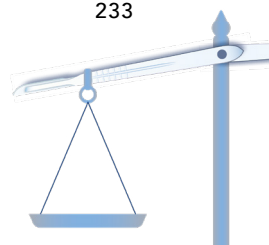




## 8. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Este estudio presenta una serie de limitaciones que deben ser consideradas a la hora de interpretar sus resultados. En primer lugar, la principal restricción metodológica radica en la fuente de obtención de los datos. La recopilación se ha centrado exclusivamente en los casos de reclamaciones presentadas contra profesionales médicos asegurados a través del Consell del Col·legi de Metges de Catalunya (CCMC). Esta limitación implica que no se han incluido en el análisis aquellos casos correspondientes a facultativos que se encuentran asegurados mediante otras entidades aseguradoras. Cabe señalar que, de los aproximadamente 50.000 médicos colegiados en Cataluña, son 26.000 <sup>80</sup> los que están asegurados en el CCMC. Existen profesionales jubilados, que no ejercen, sin seguro adicional a la póliza de la sanidad pública, o con otro seguro. En consecuencia, existe un porcentaje de profesionales, difícil de determinar de forma exacta, cuya posible implicación en reclamaciones no ha sido contemplada en el presente estudio, lo que podría afectar a la representatividad global de los datos analizados.

Asimismo, otro aspecto limitante a destacar es que muchas de las variables consideradas en este estudio están sujetas a la influencia de múltiples factores contextuales, tanto individuales como estructurales. Por ello, los resultados obtenidos deben ser interpretados con la debida cautela, teniendo siempre presente la complejidad inherente a la realidad clínica y legal. Conscientes de esta circunstancia, se ha procurado abordar en el apartado de discusión los posibles factores de confusión que podrían interferir en la correcta interpretación de los datos, así como sus implicaciones para la práctica médica.

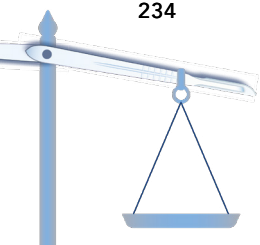


Otra de las limitaciones importantes de este trabajo es el reducido tamaño muestral (n), lo cual podría introducir un sesgo en la generalización de los resultados. Una estrategia posible para incrementar el tamaño de la muestra habría sido extender el periodo temporal analizado. No obstante, esta decisión también habría conllevado riesgos metodológicos, como la introducción de sesgos vinculados a los cambios en la práctica clínica a lo largo del tiempo, así como a la evolución de la percepción y expectativas tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes respecto a la atención médica.

Además, es preciso señalar que la extrema confidencialidad exigida en el manejo de los datos ha supuesto una dificultad adicional. La recolección de la información solo ha podido realizarse en un lugar específico, durante horarios concretos y bajo estricta supervisión. Estas condiciones han generado un proceso más prolongado de obtención de datos, lo que ha provocado un retraso en la publicación del presente estudio y ha impedido incluir datos más recientes que reflejaran con mayor fidelidad la realidad actual.

De cara al futuro, sería deseable poder llevar a cabo un análisis más exhaustivo y abarcador, que incluyera datos procedentes de todas las aseguradoras que operan en el ámbito catalán, así como en el territorio nacional o incluso a nivel europeo. Sin embargo, es previsible que el acceso a esta información resulte más complejo que en el caso del CCMC, tanto por razones logísticas como por cuestiones legales y administrativas. A pesar de ello, se trata de una línea de investigación prioritaria si se desea mejorar la validez externa de los estudios sobre reclamaciones médico-legales.

Otra vertiente de análisis potencialmente enriquecedora sería la segmentación de los datos por subespecialidades médicas. Esta estrategia permitiría la elaboración de recomendaciones específicas adaptadas

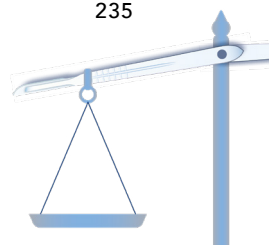


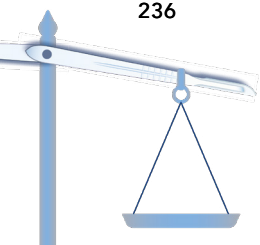
a cada ámbito clínico, superando el enfoque generalista actual y favoreciendo una mejora más eficaz de la práctica profesional en función de los riesgos inherentes a cada especialidad.

Asimismo, en el contexto actual, la Inteligencia Artificial (IA) se está consolidando como una herramienta de gran valor en el ámbito clínico. Su aplicación no solo se limita al diagnóstico y tratamiento, sino que también está demostrando su utilidad en tareas administrativas y en la gestión de la información médica. En este sentido, sería de gran interés explorar cómo la IA podría influir en la relación médico-paciente, así como su posible capacidad para optimizar procesos clínicos, reducir errores humanos y, en consecuencia, disminuir la probabilidad de que se presenten reclamaciones por mala praxis.

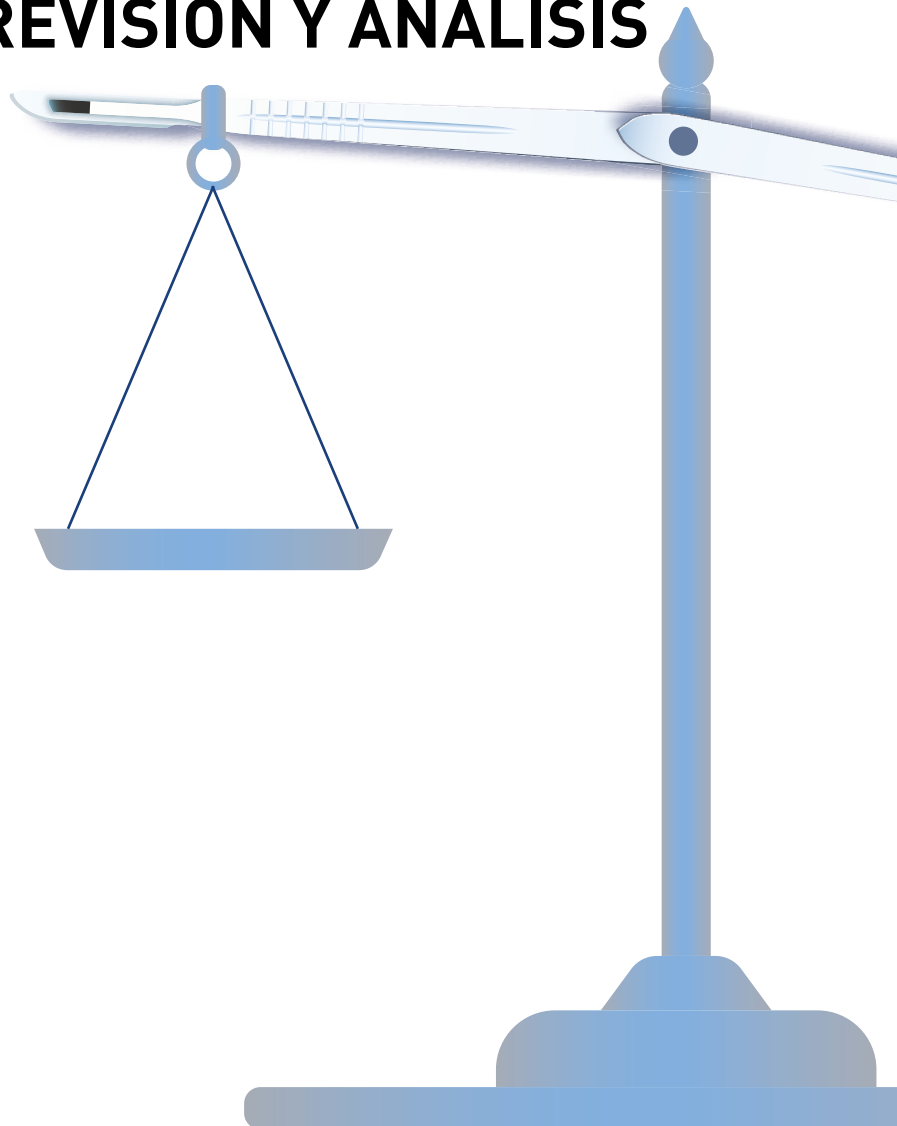
Por último, a lo largo de este trabajo se ha puesto especial énfasis en la importancia de la formación continua de los facultativos, tanto en términos de capacitación clínica, que permita minimizar la posibilidad de error, como en lo que respecta a la promoción de una cultura de responsabilidad profesional. Una propuesta futura relevante podría consistir en identificar de manera específica los cursos y programas formativos más recomendables para cada especialidad médica, con el fin de proporcionar una guía clara y personalizada que contribuya a la mejora de la calidad asistencial y a la reducción de riesgos legales.

En cualquier caso, es fundamental recordar que, si bien es imprescindible trabajar constantemente en la mejora de la seguridad clínica, la calidad asistencial y la relación entre el médico y el paciente, no se debe perder de vista que el error forma parte de la condición humana. Como ya se ha señalado en otros contextos, "*to err is human*", y esta premisa debe estar siempre presente al analizar la complejidad del ejercicio de la medicina y sus posibles consecuencias.





# **VALORACIÓN PERSONAL. PARA QUÉ ME HA SERVIDO ESTA REVISIÓN Y ANÁLISIS**



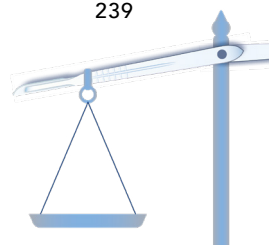


## 9. VALORACIÓN PERSONAL. PARA QUÉ ME HA SERVIDO ESTA REVISIÓN Y ANÁLISIS

La realización de esta tesis sobre las reclamaciones por responsabilidad profesional en cirugía general ha supuesto, para mí, mucho más que un ejercicio académico. Ha constituido una oportunidad de reflexión profunda sobre la práctica quirúrgica y sus implicaciones éticas, legales y humanas. Como adjunta de primer año en cirugía general, este trabajo me ha permitido adquirir una perspectiva más amplia y consciente de la responsabilidad que implica nuestra labor diaria.

Uno de los aspectos que más he interiorizado a lo largo del proceso ha sido la trascendencia de la comunicación médico-paciente. En numerosas ocasiones, los conflictos y reclamaciones no se originan únicamente por el desenlace clínico, sino por una percepción de falta de información, cercanía o comprensión por parte del profesional sanitario. Esta revisión me ha hecho comprender que una comunicación clara, empática y continuada no solo mejora la relación terapéutica, sino que constituye un elemento clave en la seguridad del paciente y en la prevención de incidentes.

De igual modo, el análisis de los casos de reclamación me ha permitido valorar la importancia del consentimiento informado como un proceso y no como un mero documento. Involucrar al paciente en la toma de decisiones, asegurarse de que comprende los riesgos, beneficios y alternativas, y adaptar la información a sus necesidades y circunstancias, son elementos esenciales para ejercer una medicina responsable, respetuosa y segura.

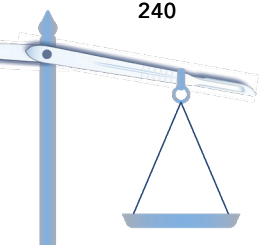




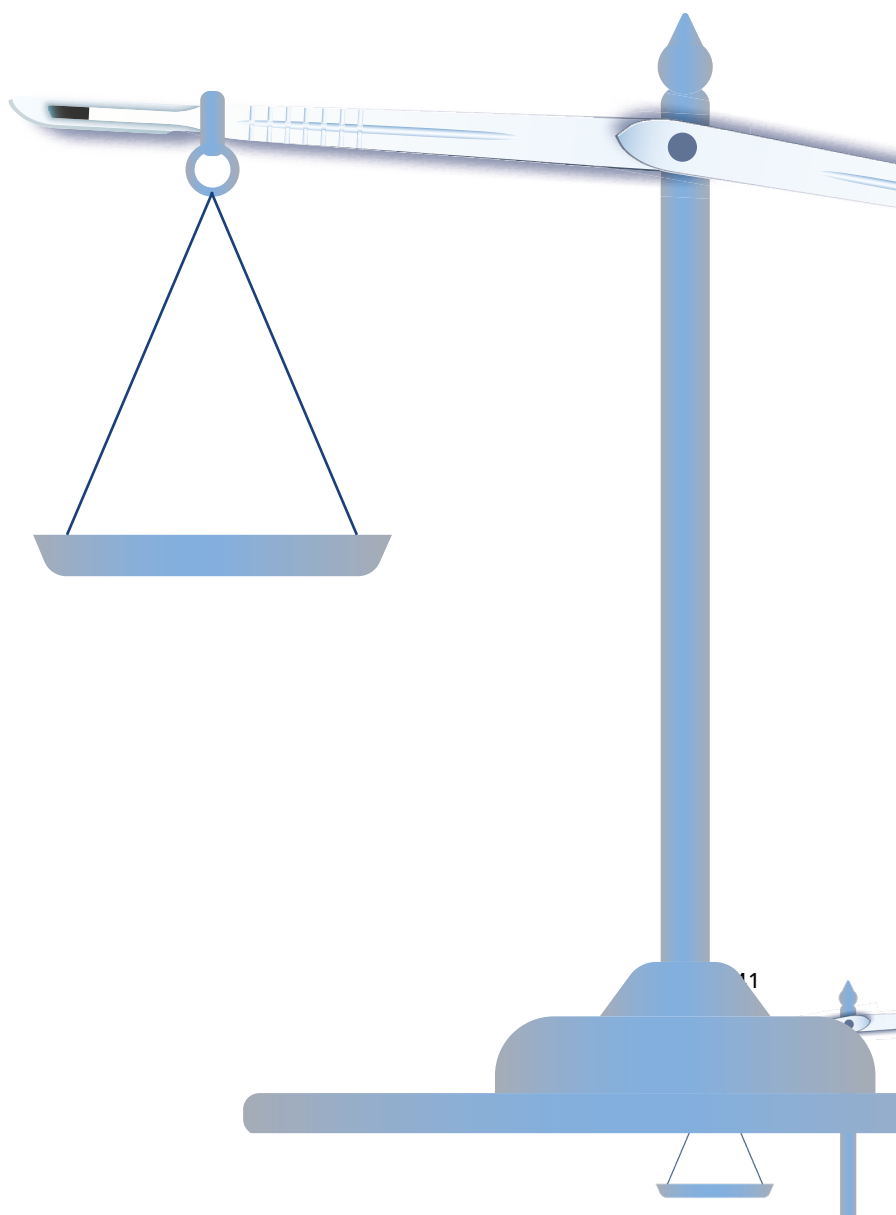
Este trabajo también me ha sensibilizado sobre la necesidad de revisar cuidadosamente cada una de las decisiones clínicas y procedimientos que llevamos a cabo. La práctica quirúrgica está sujeta a una alta complejidad, y la atención al detalle, el seguimiento riguroso de protocolos, así como la evaluación continua de nuestras propias actuaciones, son fundamentales para minimizar errores y mejorar resultados.

Asimismo, he reafirmado el valor del trabajo en equipo como pilar de la actividad quirúrgica. La coordinación entre los distintos profesionales, la confianza mutua y la cultura de apoyo y aprendizaje compartido son imprescindibles para mantener un entorno clínico seguro y eficiente. La gestión adecuada de los factores humanos y organizativos es, sin duda, un factor determinante en la prevención de eventos adversos.

Finalmente, esta revisión me ha hecho más consciente de la necesidad de fomentar una actitud proactiva de mejora continua. Todos los profesionales sanitarios, independientemente de nuestra experiencia o posición, debemos asumir el compromiso de formarnos constantemente, de ser críticos con nuestra práctica y de participar en iniciativas que promuevan la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Solo desde ese enfoque responsable, ético y colaborativo podremos contribuir a reducir el número de reclamaciones y, lo que es más importante, a evitar que los errores se repitan.



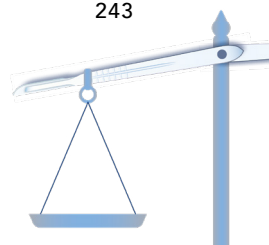
# BIBLIOGRAFÍA



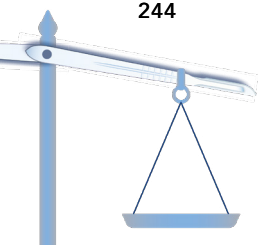


## 10. BIBLIOGRAFÍA

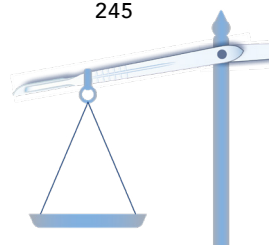
1. Gargantilla-Madera P, Pintor-Holguín E. La cirugía en los tiempos de El Quijote. FEM. 2016;19(6):313–4.
2. Alcalá Sanz J, Alcalá Sanz A, Ahumada Bilbao J, Morilla Segura M. Breve historia de la cirugía. Hitos en el desarrollo de la cirugía moderna. Rev Esp Podol. 2012;23:176-82.
3. Rueda Pérez JM. Nacimiento de la cirugía española moderna en el siglo XVIII. Rev Hispanoam Hernia. 2013;1(3):113-6.
4. Llovet Delgado JJ. Las reclamaciones judiciales por mala praxis médica. Rev Sanid Hig Pública. 1993;67(4):315-23.
5. Buzzacchi L, Scellato G, Ughetto E. Frequency of medical malpractice claims: The effects of volumes and specialties. Soc Sci Med. 2016;170:152-60.
6. Vera Carrasco O. Aspectos éticos y legales en el acto médico. Rev Méd Paz. 2013;19(2):73-82.
7. Aparisi S, Carlos J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. 2010;(22):121-57.
8. García Pérez MÁ. Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. Rev Adm Sanit Siglo XXI. 2006;4(2):341-56.
9. Gisbert Grifo MS, Gisbert Jordá T, Hernández Gil Á. Responsabilidad profesional del médico. En: Medicina legal y toxicología. Elsevier España; 1983. p. 120-4.
10. Juan Antonio Gisbert Calabuig | Real Academia de la Historia [Internet]. [citado 2024 oct 21]. Disponible en: <https://dbe.rah.es/biografias/42457/juan-antonio-gisbert-calabuig>
11. Galván-Meléndez MF, González-Hernández JA, Vargas-Salazar R, Meléndez-Hurtado CD, Camacho-Sánchez M, Hernández-García L del C. Responsabilidad profesional en el ejercicio de la medicina. Rev Méd MD. 2015;6.7(1):32-7.



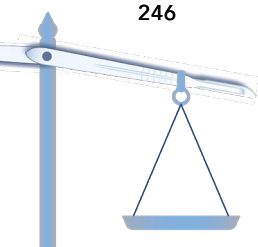
12. Arimany Manso J. Responsabilitat professional mèdica i seguretat clínica. Col·legi de Metges de Barcelona; 2019.
13. Seijas Quintana JA. Sentencia del Tribunal Supremo núm. 583/2010, de 27 de septiembre. Recurso de casación núm. 2224/2006. Roj: STS 4725/2010. ECLI: ES:TS:2010:4725. Sala de lo Civil. Madrid: Tribunal Supremo; 2010.
14. Profesional U. Obligación de medios del médico, no de resultados [Internet]. Blog de Uniteco. 2012 [citado 2024 oct 19]. Disponible en: <https://www.unitecoprofesional.es/blog/obligacion-de-medios/>
15. Bádenas Boldó J. Evolución jurisprudencial sobre responsabilidad médica: comentario a la STS 828/2021, de 30 de noviembre (un caso de cirugía estética). Actual Juríd Iberoam. 2021;18:518-35.
16. Arimany Manso J, Barbería Marcalain E, Martín Fumadó C, Pujol Robinat A, Bruguera Cortada M, Pera Bajo FJ, et al. Bicentenario del nacimiento del profesor Dr. Pere Mata i Fontanet. Rev Esp Med Leg. 2011;37(3):87-9.
17. Responsabilidad profesional médica: factores de riesgo no asistencial en las demandas por mala praxis. Rev Méd Paz. 2017;23(2):3-5.
18. Asociación El Defensor del Paciente. Memoria 2023. Madrid: El Defensor del Paciente; 2023.
19. Redacción Médica. Diferencias entre responsabilidad penal y civil médica [Internet]. [citado 2024 oct 19]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/faqs-responsabilidad-legal-medica/diferencias-entre-responsabilidad-penal-responsabilidad-civil-medica>
20. BOE. Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa. Boletín Oficial del Estado, núm. 167, de 14 de julio de 1998. p. 23516-68.
21. Organización Médica Colegial de España. Código de Deontología Médica. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2022.
22. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Codi de Deontologia. 3ª ed. Barcelona: CoMB; 2022.



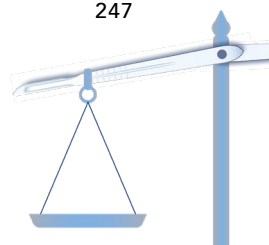
23. González Hernández R. Responsabilidad extracontractual y contractual: barrera entre ambas. *Anu Juríd Econ Ecur*. 2013;46:203-14.
24. Couceiro A. [The levels of health justice and the distribution of resources]. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29(Suppl 3):61-74.
25. Medallo-Muñiz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(4):152-6.
26. Real Academia Española. Lex artis – Diccionario panhispánico del español jurídico [Internet]. [citado 2024 oct 9]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/lex-artis>
27. Ricardo SA, Gian Carlo LR. Responsabilidad médica. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2010;22(1):127-37.
28. Rodríguez JAS. La lex artis como estándar de la práctica clínica. *Folia Humanística*. 2021;2(6):1-23.
29. Clínica Universidad de Navarra. Negligencia – Diccionario médico [Internet]. <https://www.cun.es>. [citado 2024 oct 11]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/negligencia>
30. Burgos Portillo RB. La responsabilidad médica. *Rev Méd Paz*. 2014;20(2):3-4.
31. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*. 1995 nov 24;281:33987-4058.
32. Real Academia Española. Delito – Diccionario del estudiante [Internet]. 2024 [citado 2024 oct 19]. Disponible en: <https://www.rae.es/diccionario-estudiante/delito>
33. Aibar C, Aranaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? *An Sist Sanit Navar*. 2003;26(2):195-209.
34. Definición.de. Culpa – Definicion.de [Internet]. [citado 2024 oct 16]. Disponible en: <https://definicion.de/culpa/>
35. Sarabia MÁ. Res ipsa loquitur y daño desproporcionado en la responsabilidad médica. *Anales de Derecho*. 2016 dic 28;34(2):1-22.



36. Berbell C. ¿En qué consiste la doctrina de «la cosa habla por sí misma»? [Internet]. Conflegal. 2017 [citado 2024 oct 10]. Disponible en: <https://conflegal.com/20170111-consiste-la-doctrina-la-cosa-habla-misma/>
37. Sentencia del Tribunal Supremo. Sala de lo Civil. nº 815/2012, de 20 de diciembre de 2012. ECLI: ES:TS:2012:815. Madrid: Tribunal Supremo; 2012.
38. Responsabilidad sanitaria: la pérdida de oportunidad [Internet]. LawAndTrends. 2024 [citado 2024 oct 10]. Disponible en: <http://www.lawandtrends.com/noticias/administrativo/responsabilidad-sanitaria-la-perdida-de-oportunidad-1.html>
39. Belzuz Abogados. La doctrina de la pérdida de oportunidad en el ámbito de las negligencias médicas [Internet]. [citado 2024 oct 10]. Disponible en: <https://www.belzuz.com/es/publicaciones/en-espanol/item/11392-doctrina-perdida-de-oportunidad-negligencias-medicas-espana.html>
40. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev Méd Clín Las Condes. 2017;28(5):785-95.
41. Losardo R, Herrera R. Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. Rev Asoc Méd Argent. 2018;131:25-30.
42. Mark JJ. El Código de Hammurabi [Internet]. Enciclopedia de la Historia del Mundo. [citado 2024 oct 19]. Disponible en: <https://www.worldhistory.org/trans/es/1-19882/el-codigo-de-hammurabi/>
43. Chun J, Bafford AC. History and background of quality measurement. Clin Colon Rectal Surg. 2014;27(1):5.
44. González-Hermoso F. Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. Cir Esp. 2001;69(6):591-603.
45. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
46. McElroy LM, Woods DM, Yanes AF, Skaro AI, Daud A, Curtis T, et al. Applying the WHO conceptual framework for the International Classification for Patient Safety to a surgical population. Int J Qual Health Care. 2016;28(2):166-74.

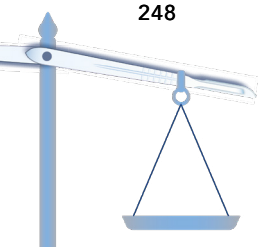


47. Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ, Forman-Hoffman VL, Levi BH, Rosenthal GE. Reporting medical errors to improve patient safety: a survey of physicians in teaching hospitals. *Arch Intern Med*. 2008;168(1):40-6.
48. Herrera R, Mora E, Yamaguchi-Díaz LP. Nuestra experiencia respecto del estudio IBEAS, retos y perspectivas. *Rev CONAMED*. 2018;4(sept-oct):35.
49. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Rev Calid Asist*. 2005;20(4):216-22.
50. ASRS. CALLBACK Special Edition 2011 – Dr. Charles E. Billings [Internet]. 2011 [citado 2024 oct 16]. Disponible en: [https://asrs.arc.nasa.gov/publications/callback/cb\\_CharlesEBillings.html](https://asrs.arc.nasa.gov/publications/callback/cb_CharlesEBillings.html)
51. Ministerio de Sanidad y Política Social. El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
52. Ministerio de Sanidad - Gobierno de España. SiNASP - Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente [Internet]. [citado 2024 oct 16]. Disponible en: <https://sinasp.es/>
53. World Health Organization. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Geneva: WHO; 2009 Jan.
54. Wikinski JAG, Piaggio A, Papagni H. Riesgo quirúrgico, riesgo anestésico y riesgo terapéutico como eximentes de responsabilidad jurídica. *Rev Argent Anesthesiol*. 2002;137-65.
55. Vila Sánchez M, de Andrés Ibáñez JA. [Morbidity and mortality in the clinical practice of anesthesiology and resuscitation. An updated review and recommendations for our country]. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 1987;34(3):196-205.
56. Dronkers WJ, van Rees JM, Klemann D, Buis DR, Amelink QJMA, Grünhagen DJ, et al. Surgical specialists face higher a risk for malpractice compared to their non-surgical colleagues. *Sci Rep*. 2024;14(1):30310.
57. Parés D, Jimeno J, Ibaceta S, Hermoso J, Sánchez-Pradell C, Vallverdú H, et al. Variación en las reclamaciones dirigidas a un Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo tras un cambio estructural y funcional hospitalario. *Cir Esp*. 2012;90(5):322-7.

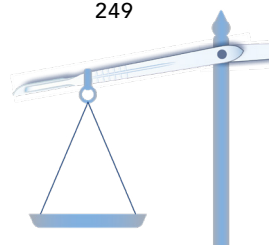




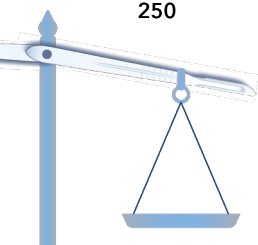
58. Perea Pérez B, Santiago Sáez A, Labajo González E, Albarrán Juan ME, Dorado Fernández E, García Martín ÁF, et al. El médico ante los tribunales: análisis de las sentencias judiciales relacionadas con la responsabilidad profesional médica en España. *Rev Esp Med Leg*. 2013;39(4):130-4.
59. Bruguera M, Viger M, Bruguera R, Benet J, Arimany J. Alleged malpractice claims related to gastrointestinal endoscopy. Analysis of casuistics over 22 years. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34(4):248-53.
60. Magowan D, Evans M, Burton L, Smith L. Medicolegal claims in general surgery: a 10-year retrospective review of claims against the NHS in England. *Ann R Coll Surg Engl*. 2023;105(7):664-71.
61. Bori G, Gómez-Durán EL, Combalia A, Trilla A, Prat A, Bruguera M, et al. Seguridad clínica y reclamaciones por responsabilidad profesional en Cirugía Ortopédica y Traumatología. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2016;60(2):89-98.
62. Arimany-Manso J, Benet-Travé J, Bruguera-Cortada M, Torné-Escasany R, Klamburg-Pujol J, Gómez-Durán EL. Procedimientos quirúrgicos objeto de reclamación por presunto defecto de praxis. *Med Clin (Barc)*. 2014;142:47-51.
63. Pérez DG, Robinat AP, García JC, Berenguer AE, Fariñas AV, Muñiz JM. Denuncias por responsabilidad profesional médica en Barcelona (2004-2009). Análisis médico-forense. *Rev Esp Med Leg*. 2020;46(2):56-65.
64. Giordano J. Medical malpractice: a physician's guide. *J Vasc Surg*. 1996;23(2):381.
65. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med*. 2011;365(7):629-36.
66. Bohnen JD, Lillemoe KD, Mort EA, Kaafarani HMA. When things go wrong: the surgeon as second victim. *Ann Surg*. 2019;269(5):808-9.
67. Col·legi Oficial de Metges de Girona. Quaderns de Bona Praxi. Girona: COMG; 2023. (Col·lecció Quaderns de Bona Praxi; núm. 103).
68. Ministerio de Sanidad y Consumo. Orden SCO/1260/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. *Boletín Oficial del Estado*. 2007 may 8; Sec. 3:19864-73.



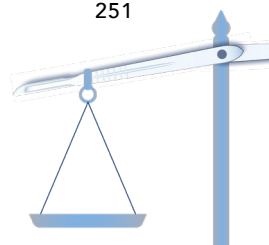
69. Ministerio de Sanidad y Consumo. Orden SCO/1260/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Boletín Oficial del Estado. 2007 may 8; Sec. 3:19864-73.
70. Parés D, Durán E, Hermoso Bosch J, Comajuncosas J, Gris P, López Negre JL, et al. Lista de espera en Cirugía General y Digestiva: expectativas del paciente, calidad de vida durante la espera y grado de satisfacción. Rev Calid Asist. 2013;28(5):300-6.
71. Arimany-Manso J, Benet-Travé J, Bruguera-Cortada M, Torné-Escasany R, Klamburg-Pujol J, Gómez-Durán EL. Procedimientos quirúrgicos objeto de reclamación por presunto defecto de praxis. Med Clin (Barc). 2014;142:47-51.
72. Cocanour CS. Informed consent: it's more than a signature on a piece of paper. Am J Surg. 2017;214(6):993-7.
73. Pallocci M, Treglia M, Passalacqua P, Tittarelli R, Zanovello C, De Luca L, et al. Informed consent: legal obligation or cornerstone of the care relationship? Int J Environ Res Public Health. 2023;20(3):2118.
74. Smith MK, Carver T. Montgomery, informed consent and causation of harm: lessons from Australia or a uniquely English approach to patient autonomy? J Med Ethics. 2018;44(6):384-8.
75. Ekmekci PE, Güner MD, Toman N, Karaca G, Karakoyunlu B, Çatal R, et al. Does content of informed consent forms make surgeons vulnerable to lawsuits? Asian J Surg. 2020;43(3):497-503.
76. Aranaz-Andrés JM, Ruiz-López P, Aibar-Remón C, Requena-Puche J, Agra-Varela Y, Limón-Ramírez R, et al. Sucesos adversos en cirugía general y de aparato digestivo en los hospitales españoles. Cir Esp. 2007;82(5):268-77.
77. Sociedad Española de Cirugía. Guía de Gestión Clínica en Cirugía. Madrid: Asociación Española de Cirujanos; 2010.
78. Jefatura del Estado. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado. 2003 nov 22;280:41442-58.



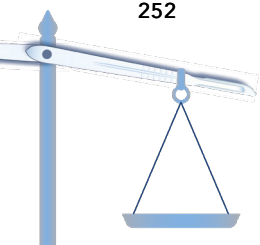
79. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL. La gestión de la responsabilidad profesional médica desde el colectivo de la profesión médica y enfocada a la seguridad clínica. *Rev Esp Med Leg*. 2013;39(4):142-8.
80. Meditecnologia. Responsabilitat Civil i Serveis Asseguradors [Internet]. CoMB. [citado 2025 feb 18]. Disponible en: <https://www.ccmc.cat/ca/serveis/rc>
81. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Aubia-Marimon J. Malpractice claims by specialty in a non-US setting. *Gac Sanit*. 2013;27(1):92-3.
82. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Aubia-Marimon J. Malpractice claims by specialty in a non-US setting. *Gac Sanit*. 2013;27(1):92-3.
83. Pellino IM, Pellino G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. *Updat Surg*. 2015;67(4):331-7.
84. Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, Labajo-González E, Albarrán-Juan ME, Sánchez-Sánchez JA. Consecuencias de las reclamaciones judiciales sobre los médicos afectados. *Rev Clínica Esp*. 2011;211(1):17-22.
85. Balch CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN, Colaiano JM, Satele DV, Sloan JA, et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *J Am Coll Surg*. 2011;213(5):657-67.
86. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*. 2010;251(6):995-1000.
87. Gómez-Durán EL, Vizcaíno-Rakosnik M, Martín-Fumadó C, Klamburg J, Padrós-Selma J, Arimany-Manso J. Physicians as second victims after a malpractice claim: an important issue in need of attention. *J Healthc Qual Res*. 2018;33(5):284-9.
88. Arimany-Manso J, Vizcaíno M, Gómez-Durán EL. El síndrome clínico judicial: el impacto de los procedimientos judiciales en los médicos. *Med Clínica*. 2018;151(4):156-60.
89. Vizcaíno Rakosnik M. El médico como segunda víctima en los casos de reclamación por presunta responsabilidad profesional por mala praxis. *Universitat Internacional de Catalunya*; 2021.



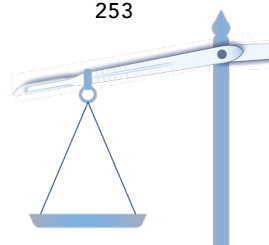
90. Agrest A. El síndrome clínico judicial. *Medicina (Mex)*. 2012;72:185-6.
91. BOE. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. *Boletín Oficial del Estado*. 2016 may 4;L119:1-88.
92. Moreira H, Magalhães T, Dinis-Oliveira R, Taveira-Gomes A. Forensic evaluation of medical liability cases in general surgery. *Med Sci Law*. 2014;54(4):193-202.
93. Idescat. Estimaciones de población. Cataluña. Institut d'Estadística de Catalunya; 2025.
94. Govern.cat. Barcelona tanca l'any 2023 reduint un 67% la llista d'espera per a intervencions quirúrgiques que estan fora de termini. Generalitat de Catalunya; 2025.
95. Casas L. Rècord d'intervencions quirúrgiques a la Regió Sanitària del Camp de Tarragona durant el 2023 [Internet]. Tarragona Ràdio; 2024 [citado 2025 abr 8]. Disponible en: <https://www.tarragonaradio.cat/record-dintervencions-quirurgiques-a-la-regio-sanitaria-del-camp-de-tarragona-durant-el-2023/>
96. Espín S. Lleida va tancar el 2024 amb un rècord de 10.000 persones en espera per a operacions [Internet]. Segre.com; 2025 [citado 2025 abr 8]. Disponible en: [https://www.segre.com/ca/lleida/250131/lleida-tancar-2024-amb-10-000-persones-llista-d-espera-per-intervencions-quirurgiques\\_709882.html](https://www.segre.com/ca/lleida/250131/lleida-tancar-2024-amb-10-000-persones-llista-d-espera-per-intervencions-quirurgiques_709882.html)
97. L'activitat quirúrgica dels hospitals de la Regió Sanitària Girona assoleix xifres rècord durant el 2023 [Internet]. Govern.cat; 2025 [citado 2025 abr 8]. Disponible en: <https://govern.cat/salaprensa/notes-prensa/579762/l-activitat-quirurgica-dels-hospitals-de-la-regio-sanitaria-girona-asseleix-xifres-record-durant-el-2023>
98. Taragin MI, Wilczek AP, Karns ME, Trout R, Carson JL. Physician demographics and the risk of medical malpractice. *Am J Med*. 1992;93(5):537-42.
99. Studdert DM, Bismark MM, Mello MM, Singh H, Spittal MJ. Prevalence and characteristics of physicians prone to malpractice claims. *N Engl J Med*. 2016;374(4):354-62.



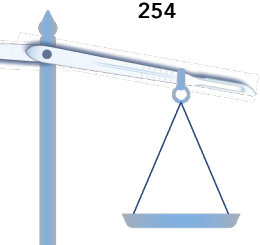
100. Sundel MH, Blackburn KW, Seyoum N, Morton C, Swartzberg A, Bafford AC. Lessons in liability: examining medical malpractice suits against general surgeons in Maryland. *Am J Surg.* 2023;225(4):748-52.
101. Cote Estrada L. La mujer cirujana y la cirugía académica. *Cir Esp.* 2023;101(2):123-6.
102. Asociación Española de Cirujanos. Memoria de actividades 2023. Madrid: Asociación Española de Cirujanos; 2024.
103. Seabury S, Chandra A, Lakdawalla D, Jena AB. On average, physicians spend nearly 11 percent of their 40-year careers with an open, unresolved malpractice claim. *Health Aff (Millwood).* 2013;32(1):111-9.
104. Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press; 1991. 320 p.
105. Perneger TV. The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor? *BMC Health Serv Res.* 2005;5:71.
106. Sarmiento S, Wen C, Cheah MA, Lee S, Rosson GD. Malpractice litigation in plastic surgery: can we identify patterns? *Aesthet Surg J.* 2020;40(6):NP394-401.
107. Taylor B, Cleary S. A retrospective, observational study of medicolegal cases against obstetricians and gynaecologists in South Africa's private sector. *South Afr Med J.* 2021;111(7):661-7.
108. Grandizio LC, Barreto Rocha DF, Hayes D, Warnick EP, Doyle CM, Suk M, et al. An analysis of formal patient complaints, risk, and malpractice events involving orthopedic trauma surgeons during a 10-year period. *Orthopedics.* 2023;46(2):121-7.
109. Rogers SO, Gawande AA, Kwaan M, Puopolo AL, Yoon C, Brennan TA, et al. Analysis of surgical errors in closed malpractice claims at 4 liability insurers. *Surgery.* 2006;140(1):25-33.
110. Cohen AJ, Lui H, Zhang M, Cheema B, Patino G, Kohn MA, et al. Rates of serious surgical errors in California and plans to prevent recurrence. *JAMA Netw Open.* 2021;4(5):e217058.
111. Eş H, Özer Y, Liman Z, Ahmet Necati Ş. General surgery malpractice claims in Turkey. *Romanian J Leg Med.* 2017;25(3):272-8.



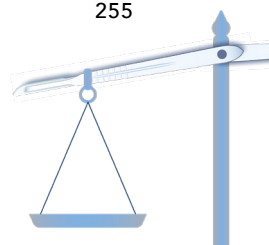
112. Johnston M, Fitzgerald JEF, Bînguă A, Wild J. Consent-related litigation claims in general surgery: a retrospective analysis of 16 years of NHS Litigation Authority malpractice cases: 0115. *Int J Surg*. 2013;11(8):648.
113. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud. Registro de Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD): actividad y resultados de la hospitalización en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.
114. Moghul F, Kashyap S. Bile duct injury. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
115. Abbasoğlu O, Tekant Y, Alper A, Aydın Ü, Balık A, Bostancı B, et al. Prevention and acute management of biliary injuries during laparoscopic cholecystectomy: expert consensus statement. *Turk J Surg*. 2016;32(4):300-5.
116. Manekk RS, Gharde P, Gattani R, Lamture Y. Surgical complications and its grading: a literature review. *Cureus*. 2022;14(5):e24963.
117. Gambardella C, Polistena A, Sanguinetti A, Patrone R, Napolitano S, Esposito D, et al. Unintentional recurrent laryngeal nerve injuries following thyroidectomy: is it the surgeon who pays the bill? *Int J Surg*. 2017;41(Suppl 1):S55-9.
118. Idescat. Institut d'Estadística de Catalunya. Actividad quirúrgica y obstétrica. Por tipo de concierto. Cataluña: Idescat; 2025.
119. Özer Y. General surgery malpractice claims in Turkey. *Romanian J Leg Med*. 2017;25(3):272-8.
120. de Vries EN, Eikens-Jansen MP, Hamersma AM, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. Prevention of surgical malpractice claims by use of a surgical safety checklist. *Ann Surg*. 2011;253(4):624-8.
121. Fabri PJ, Zayas-Castro JL. Human error, not communication and systems, underlies surgical complications. *Surgery*. 2008;144(4):557-63.
122. Jaqueline Ross, Soulsby K. Understanding diagnosis-related medical malpractice claims with indemnities over 1 million. Departamento de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos de The Doctors Company, TDC Group. 2023.



123. Kwan JL, Calder LA, Bowman CL, MacIntyre A, Mimeault R, Honey L, et al. Characteristics and contributing factors of diagnostic error in surgery: analysis of closed medico-legal cases and complaints in Canada. *Can J Surg*. 2024;67(1):E58-65.
124. Windreich Department of Artificial Intelligence and Human Health [Internet]. Icahn School of Medicine. 2022 [citado 2025 abr 4]. Disponible en: <https://icahn.mssm.edu>
125. Wojcieszak D, Banja J, Houk C. The Sorry Works! Coalition: making the case for full disclosure. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2006;32(6):344-50.
126. Aragonés L, Hunter A, Martin-Fumadó C, Arimany-Manso J. Nuevas perspectivas en la resolución del error médico: National Health Service Resolution y CARE. *An Sist Sanit Navar*. 2019;42(1):115-8.
127. Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, Barbería E, Ferrer F, Sala J, et al. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. *Rev Clínica Esp*. 2012;212(4):198-205.
128. Dahan S, Ducard D, Caeymaex L. Apology in cases of medical error disclosure: thoughts based on a preliminary study. *PLoS One*. 2017;12(7):e0181854.
129. Robbennolt JK. Apologies and medical error. *Clin Orthop*. 2009;467(2):376-82.
130. P, Corbella J, Rodrigo C, Comas M, Sala M, Castells X. Análisis de las barreras y oportunidades legales-éticas de la comunicación y disculpa de errores asistenciales en España. *Gac Sanit*. 2016;30(2):117-20.
131. Atlas Abogados. Indemnización por negligencia médica en el 2024 [Internet]. 2024 [citado 2025 feb 28]. Disponible en: <https://www.atlasabogados.com/indemnizacion-por-negligencia-medica-en-el-ano-2024/>
132. Bueno RM. Tabla Indemnizaciones por negligencia médica 2023. RMB [Internet]. 2023 [citado 2025 feb 28]. Disponible en: <https://www.rafaelmartinbueno.es/tabla-indemnizaciones-negligencia-medica-2023/>

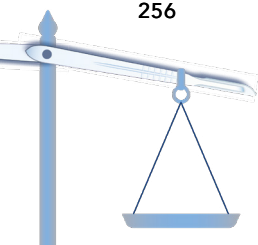


133. Jefatura del Estado. Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Boletín Oficial del Estado. 2015 sep 23;Sec. 1:84473-979.
134. Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, Labajo-González ME, Albarrán-Juan ME, Dorado-Fernández E, García-Martín ÁF. El médico ante los tribunales: análisis de las sentencias judiciales relacionadas con la responsabilidad profesional médica en España. *Rev Esp Med Leg*. 2013;39(4):130-4.
135. 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):92-3.
136. BOE. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado. 2002 nov 15;274:40126-32.
137. Fan XS, Shi X, Tang WH. Misbehaviors, bad outcomes and malpractice claims against general surgeons. *Asian J Surg*. 2022;45(12):2852-3.
138. Patel C. Informed consent and Montgomery implications for clinical practice. *Medicine (Baltimore)*. 2024;52(7):406-8.
139. Lagoo J, Berry WR, Miller K, Neal BJ, Sato L, Lillemoe KD, et al. Multisource evaluation of surgeon behavior is associated with malpractice claims. *Ann Surg*. 2019;270(1):84-90.
140. Fernández-Quesada C, Marchena-Gómez J, Hernández-Romero J. Consentimiento informado en cirugía de urgencias. *Cir Esp*. 2005;78(3):204.
141. Gupta K, Romero V, Grenon V, Sarkar U. Malpractice rates are lower for women physicians than men physicians. *J Patient Saf Risk Manag*. 2024;29(4):189-94.
142. Watari T, Tokuda Y, Mitsubashi S, Otuki K, Kono K, Nagai N, et al. Factors and impact of physicians' diagnostic errors in malpractice claims in Japan. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237145.
143. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. 2002;288(6):756-64.

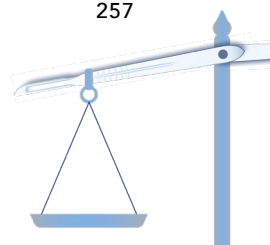


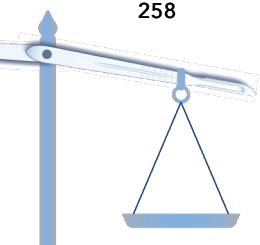


144. Jefferson L, Bloor K, Spilsbury K. Exploring gender differences in the working lives of UK hospital consultants. *J R Soc Med*. 2015;108(5):184-91.
145. Welling M, Takala A. Patterns of malpractice claims and compensation after surgical procedures: a retrospective analysis of 8,901 claims from the Finnish patient insurance registry. *Patient Saf Surg*. 2023;17(1):3.
146. CIOFU DC. The frequency and severity of medical malpractice claims: high risk and low risk specialties. *Maedica*. 2011;6(3):230-1.
147. Cote Estrada L. La mujer cirujana y la cirugía académica. *Cir Esp*. 2023;101(2):123-6.
148. Stewart RM, Johnston J, Geoghegan K, Anthony T, Myers JG, Dent DL, et al. Trauma surgery malpractice risk. *Ann Surg*. 2005;241(6):969-77.
149. Wong KE, Parikh PD, Miller KC, Zonfrillo MR. Emergency department and urgent care medical malpractice claims 2001–15. *West J Emerg Med*. 2021;22(2):333-8.
150. Peters PG. Twenty years of evidence on the outcomes of malpractice claims. *Clin Orthop*. 2009;467(2):352-7.
151. Raab EL. The parameters of informed consent. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 2004;102:225-32.
152. Kay R, Siriwardena AK. The process of informed consent for urgent abdominal surgery. *J Med Ethics*. 2001;27(3):157-61.
153. Ekmekci PE, Güner MD, Toman İN, Karaca G, Karakoyunlu B, Çatal R, et al. Does content of informed consent forms make surgeons vulnerable to lawsuits? *Asian J Surg*. 2020;43(3):497-503.
154. Grauberger J, Kerezoudis P, Choudhry AJ, Alvi MA, Nassr A, Currier B, et al. Allegations of failure to obtain informed consent in spinal surgery medical malpractice claims. *JAMA Surg*. 2017;152(6):e170544.
155. Acea B. El consentimiento informado en el paciente quirúrgico. Reflexiones sobre la Ley Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes. *Cir Esp*. 2005;77(6):321-6.

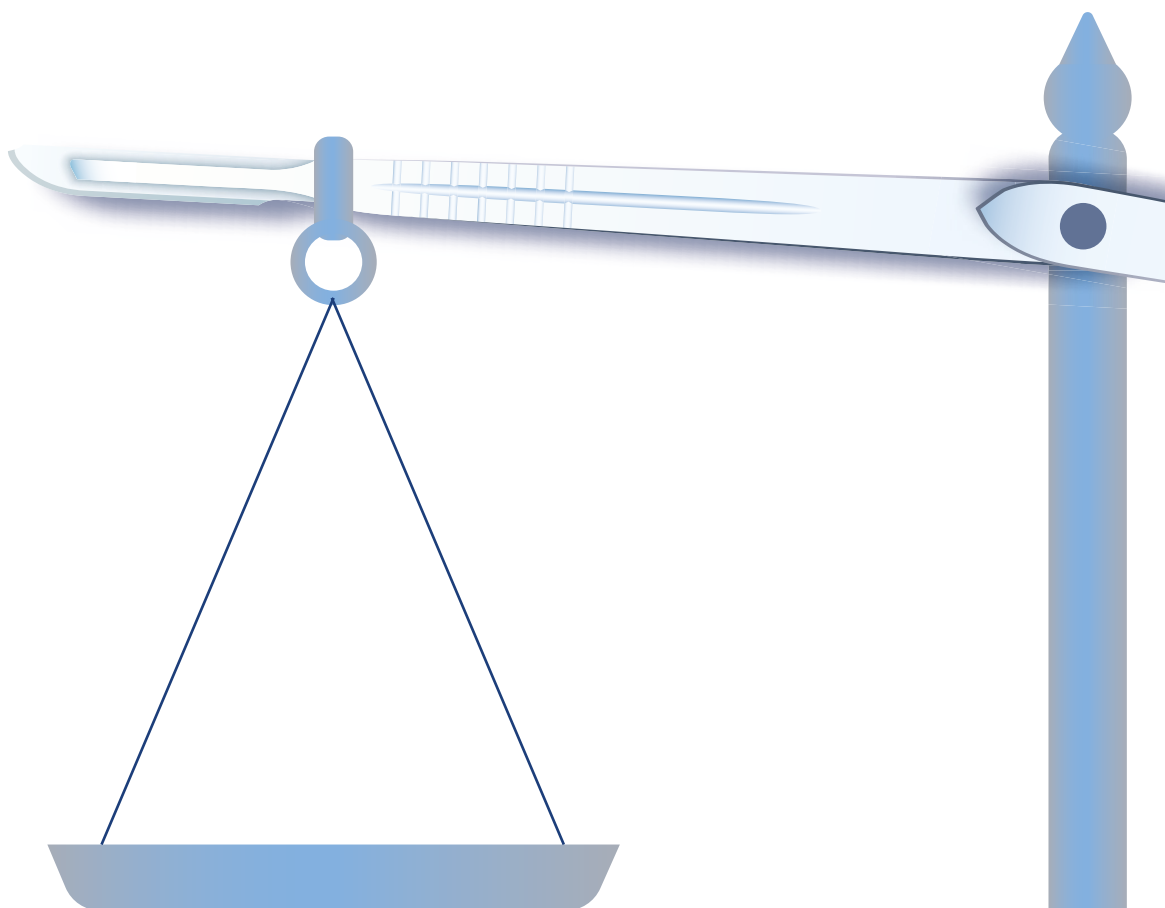


156. Basukala S, Shrestha O, Thapa N, Karki S, Pandit A, Thapa BB, et al. How informed is informed consent? Evaluating the quality of informed consent among surgical patients in a tertiary care hospital in Nepal. *PLoS One*. 2023;18(7):e0288074.
157. Veerman MM, van der Woude LA, Tellier MA, Legemaate J, Scheltinga MR, Stassen LPS, et al. A decade of litigation regarding surgical informed consent in the Netherlands. *Patient Educ Couns*. 2019;102(2):340-5.
158. Long KL, Ingraham AM, Wendt EM, Saucke MC, Balentine C, Orne J, et al. Informed consent and informed decision-making in high-risk surgery: a quantitative analysis. *J Am Coll Surg*. 2021;233(3):337-45.
159. Ainsworth N, Hussain MI, Houten R, Martin AP, Toh S, Rao C, et al. Informed consent failures: National Health Service Resolution data. *Br J Surg*. 2023;110(8):993-5.
160. Mullen MG, Michaels AD, Mehaffey JH, Guidry CA, Turrentine FE, Hedrick TL, et al. Risk associated with complications and mortality after urgent surgery vs elective and emergency surgery. *JAMA Surg*. 2017;152(8):768-74.
161. Negruț RL, Coțe A, Maghiar AM. A retrospective analysis of emergency versus elective surgical outcomes in colon cancer patients: a single-center study. *J Clin Med*. 2024;13(21):6533.
162. Feinstein MM, Adegboye J, Niforatos JD, Pescatore RM. Informed consent for invasive procedures in the emergency department. *Am J Emerg Med*. 2021;39:114-20.
163. Barceló Doménech J. Consentimiento informado y responsabilidad médica. *Actual Jurid Iberoam*. 2018;(8):279-96.
164. Lamo de Espinosa Vázquez de Sola E. La responsabilidad penal y el consentimiento informado. *Derecho Salud*. 2019;29(Extra 1):50-65.
165. Cadenas Osuna D. El consentimiento informado y la responsabilidad médica. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 2018. 44 p. (Cuadernos de Derecho Privado; núm. 83).









**UAB**

Universitat Autònoma de Barcelona