UAB
Universitat Autònoma de Barcelona

LESIONS CEREBRALS INTRAPART EN NOUNATS RESPONSABILITAT PROFESSIONAL MÈDICA: CONTEXT CATALÀ I ASPECTES JURÍDICS IMPLICATS

Laura Aragonès Rodríguez

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

LESIONS CEREBRALS INTRAPART EN NOUNATS. RESPONSABILITAT PROFESSIONAL MÈDICA: CONTEXT CATALÀ I ASPECTES JURÍDICS IMPLICATS.

Doctoranda:
Laura Aragonès Rodríguez

Directors:
Dr. Josep Arimany Manso
Dr. Carles Martin Fumadó
Dr. Xavier Forcadell Esteller

Tutora:
Dra. Laura Gisbert Gustemps



Barcelona, juny de 2026

UAB Universitat Autònoma de Barcelona

TESI DOCTORAL

LESIONS CEREBRALS INTRAPART EN NOUNATS RESPONSABILITAT PROFESSIONAL MÈDICA: CONTEXT CATALÀ I ASPECTES JURÍDICS IMPLICATS

Doctoranda: **Laura Aragonès Rodríguez**

Directors:

Dr. Josep Arimany Manso
Dr. Carles Martin Fumadó
Dr. Xavier Forcadell Esteller

Tutora:

Dra. Laura Gisbert Gustemps

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

Facultat de Medicina

Barcelona, juny de 2026

CARLES MARTIN FUMADÓ. Doctor en Medicina, amb DNI 46621557M, responsable de la Unitat de Medicina Legal del Servei de Responsabilitat Professional del Col·legi oficial de Metges de Barcelona i Professor Associat del Departament de Medicina, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, de la Universitat Internacional de Catalunya.

CERTIFICA

Que la tesi titulada: **"Lesions cerebrals intrapart en nounats. Responsabilitat professional mèdica: context català i aspectes jurídics implicats"**, de la que és autora **Laura Aragonès Rodríguez**, ha estat realitzada sota la meva direcció i està en condicions de ser presentada per al tràmit de lectura i defensa pública davant del Tribunal corresponent per a l'obtenció del grau de Doctor.

Barcelona, 5 de juny de 2026

CARLES MARTIN FUMADO / num:08354430

Firmado digitalmente por CARLES MARTIN FUMADO / num:08354430
Fecha: 2026.06.05 10:47:55 +02'00'

Dr. Carles Martin Fumadó

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

Facultat de Medicina

UAB

JOSEP ARIMANY MANSO. Doctor en Medicina, con DNI 77287780Y, Director del Área de Praxis y Seguridad Clínica del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y Director del Servicio de Responsabilidad Profesional del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña. Director de la Cátedra UB de Medicina Legal, Responsabilidad Profesional y Seguridad Clínica. Profesor Agregado de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona.

CERTIFICA

Que la tesis titulada: **"Lesions cerebrals intrapart en nounats. Responsabilitat professional mèdica: context català i aspectes jurídics implicats"**, de la que es autora **Laura Aragonès Rodríguez**, ha sido realizada bajo mi dirección y está en condiciones de ser presentada para el trámite de lectura y defensa pública ante el Tribunal correspondiente para la obtención del grado de Doctor.

Barcelona, 5 de junio de 2026

JOSEP ARIMANY MANSO / num:08198561

Signat digitalment per JOSEP ARIMANY MANSO / num:08198561
Data: 2026.06.08 09:49:15 +02'00'

Dr. Josep Arimany Manso

Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal.

Facultad de Medicina

XAVIER FORCADELL ESTELLER. Doctor en Dret, amb DNI 78583282X, advocat i Professor de la Universitat Pompeu Fabra i de la Universitat Rovira i Virgili,

CERTIFICA

Que la tesi titulada: **"Lesions cerebrals intrapart en nounats. Responsabilitat professional mèdica: context català i aspectes jurídics implicats"**, de la que n'és autora **Laura Aragonès Rodríguez**, ha estat realitzada sota la meva direcció i està en condicions de ser presentada pel tràmit de lectura i defensa pública davant el Tribunal corresponent per a l'obtenció del grau de Doctora.

Francesc Xavier Forcadell Esteller - DNI 78583282X (AUT)

Firmado digitalmente por Francesc Xavier Forcadell Esteller - DNI 78583282X (AUT)
Fecha: 2026.06.04 21:58:30 +02'00'

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

Facultat de Medicina

UAB

Al meu pare, per fer-me sempre de far.

AGRAÏMENTS

Al Dr. Josep Arimany Manso, Director del Servei de Responsabilitat Professional del Col·legi de Metges de Barcelona, Director de la Càtedra de Medicina Legal, Responsabilitat Professional i Seguretat Clínica de la Universitat de Barcelona i codirector d'aquesta tesi, per creure en mi, totes les oportunitats, la confiança i els consells.

Al Dr. Carles Martin Fumadó, responsable de la Unitat de Medicina Legal del Servei de Responsabilitat Professional del Col·legi de Metges de Barcelona i codirector d'aquesta tesi pel seu suport constant, paciència infinita i disponibilitat absoluta.

Al Dr. Xavier Forcadell Esteller, advocat, professor de Dret Administratiu de la Universitat Pompeu Fabra i Universitat Rovira i Virgili, i codirector d'aquesta tesi, pel seu assessorament expert i la seva generosa predisposició a compartir els seus coneixements jurídics.

A la Dra. Laura Gisbert Gustemps, psiquiatra i professora de la Universitat Autònoma de Barcelona, pel seu rigor en la tutorització d'aquesta tesi, la seva coordinació i predisposició.

Al Dr. Antoni Bulbena, que fou el Director del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal de la Universitat Autònoma de Barcelona i tutor d'aquesta tesi. Li agraeixo el seu mestratge, saviesa i per damunt de tot, la seva qualitat humana i suport afectuós.

Al Servei de Responsabilitat Professional del CoMB, on treballo i segueixo formant-me, i a tots i cadascun dels meus companys, de qui aprenc cada dia. Tothom qui l'integra ha estat peça clau en l'inici, procés i culminació d'aquesta tesi.

Al Col·legi de Metges i a la seva Presidenta, la Dra. Elvira Bisbe, al seu predecessor, el Dr. Jaume Padrós. El meu sincer agraïment a la Junta de Govern i al Comitè Ètic de Recerca (CER) per la confiança dipositada i pel seu suport institucional decisiu.

A la meva família, als que hi són i als que ja no. A l'antiga i a la nova. Per construir-me com sóc, per viure aquest projecte amb mi com si fos seu i per ser el recolzament més incondicional que tinc.

ABREVIACIONS

AP: Audiència Provincial
CC: Codi Civil
CCMC: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya
CoMB: Col·legi de Metges de Barcelona
CP: Codi Penal
EHIN: Encefalopatia hipòxico-isquèmica neonatal
GiO: Ginecologia i Obstetrícia
NHS: National Health System
PC: Paràlisi Cerebral
PCI: Paràlisi Cerebral Infantil
RCTG: Registre Cardiotocogràfic
RPM: Responsabilitat Professional Mèdica
SAP: Sentència de l'Audiència Provincial
SRP: Servei de Responsabilitat Professional
STC: Sentència del Tribunal Constitucional
STS: Sentència del Tribunal Suprem
STSJ: Sentència del Tribunal Superior de Justícia
TC: Tribunal Constitucional
TS: Tribunal Suprem
TSJ: Tribunal Superior de Justícia

ÍNDEX

RESUM **21**

MARC TEÒRIC **27**

1. INTRODUCCIÓ AL MARC TEÒRIC 27
2. LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL MÈDICA 28
    a. Història i antecedents 28
    b. Definició 30
    c. Tipus de responsabilitat professional mèdica 36
    d. Figures jurídiques i fonaments de la responsabilitat professional mèdica 43
    e. Responsablitat professional mèdica en obstetrícia 52
    f. Asfíxia intrapart i encefalopatia hipòxico isquèmica 56
    g. Paràlisi cerebral 57
    h. Responsabilitat professional per mort neonatal i paràlisi cerebral per asfíxia perinatal 60
    i. Valoració de les indemnitzacions per paràlisi cerebral i mort secundàries a asfíxia perinatal. l'impacte de la llei 5/2025 en la responsabilitat civil mèdica derivada d'anòxies neonatals 63
    j. Literatura científica i experència internacional 65
3. CONCLUSIONS DEL MARC TEÒRIC 68

MARC EMPÍRIC **71**

1. HIPÒTESI 71
2. OBJECTIU GENERAL 72
3. OBJECTIUS ESPECÍFICS 73
4. METODOLOGIA 74
5. APLICABILITAT 78
6. LIMITACIONS 79
7. RESULTATS 80
    7.1. Resultats casuística ccmc 2010-2021 80
        a. Resultats generals 80
        b. Descripció dels casos en els que s'ha concedit indemnització 90
        c. Estudi comparatiu entre els casos amb i sense indemnització 93
        d. Resultats estadístics 96

7.2. Resultats estudi de sentències catalunya 2010-2021 97
a. Resultats generals 97
b. Descripció dels casos en els que s'ha concedit indemnització 107
c. Estudi comparatiu entre els casos amb i sense indemnització 111
d. Resultats estadístics 115

DISCUSSIÓ 119

CONCLUSIONS 131

BIBLIOGRAFIA 135
I. BIBLIOGRAFIA (ARTICLES, LLIBRES I MONOGRAFIES) 135
II. LEGISLACIÓ 140
III. JURISPRUDÈNCIA 142
IV. ALTRES RECURSOS 144

ANNEX 147
ANNEX 1. Signatura codi de bones pràctiques 147
ANNEX 2. Acceptació CER 149

RESUM

RESUM

Objectiu:

Analitzar les reclamacions derivades d'una suposada asfíxia intrapart amb resultat de mort neonatal o paràlisi cerebral a Catalunya, integrant dades clíniques i jurídiques procedents de dues fonts; les reclamacions extrajudicials i judicials del registre del Servei de Responsabilitat Professional (SRP) del Col·legi de Metges de Barcelona (CoMB) (2010–2021) en relació a les reclamacions del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC), i per altra banda, les sentències judicials dictades tant pel Tribunal Suprem, de casos els orígens dels quals són tribunals catalans, com de Jutjats i Tribunals de Catalunya durant el període 2010–2021 de la base de dades jurisprudencial VLEX. L'objectiu ha estat identificar factors de risc, errors assistencials recurrents i patrons indemnitzatoris, així com comparar-los amb l'evidència estatal i internacional.

Material i mètode:

Es va realitzar un estudi retrospectiu descriptiu de 45 casos: 25 registrats pel SRP i 20 sentències judicials de la base de dades jurisprudencial. Es van registrar variables maternes, factors de risc prenatals i intrapart, tipus de part, resultats clínics del nounat, errors assistencials i via de resolució. Es va analitzar la freqüència relativa dels diferents factors i es van comparar els resultats clínics amb les quanties indemnitzatòries. Es van emprar les proves de chi2 o exacta de Fisher segons aplicabilitat per avaluar la relació entre variables categòriques, considerant significatius els valors $p<0,05$.

La present tesi s'ha efectuat sota el més rigorós respecte als aspectes ètics, medicolegals, a la intimitat, confidencialitat i amb les autoritzacions requerides. Els resultats exposats no permeten la identificació de cap pacient, professional ni centre sanitari. L'estudi s'ha efectuat sota el vist i plau i conformitat del CER del CoMB, atorgat en data 29 de gener de 2024 *(ANNEX 2)*.

Resultats:

Els factors de risc més rellevants van ser l'anomalia en el registre cardiotocogràfic (56% al registre del SRP del CoMB; 35% en jurisprudència), la presència de líquid amniòtic amb meconi (32% i 25% respectivament) i el part prolongat (24% al CoMB). Els errors assistencials més freqüents van ser la infravaloració del RCTG (36% al registre del SRP del CoMB; 35% en jurisprudència) i el retard en la indicació de cesària urgent (28% i 40%).

Els resultats clínics mostraren diferències entre grups: la mortalitat neonatal va ser més elevada al registre del CoMB (44%) que en les sentències (10%), mentre que la paràlisi cerebral greu va ser més freqüent en la mostra jurisprudencial (20%).

En el 36% dels casos registrats pel SRP i el 40% de la mostra jurisprudencial es va concedir indemnització. Els factors més rellevants per concedir-la van ser la infravaloració del RCTG (100% al registre CCMC, 62% mostra jurisprudencial) i el retard o no realització d'una cesària (100% registre CCMC, 87% mostra jurisprudencial). Des d'un punt de vista de significació estadística mitjançant prova exacta de Fisher, la comparativa entre ambdós estudis, tant el del registre del CCMC com la mostra jurisprudencial, determina que l'error en la interpretació del RCTG és el factor determinant i significatiu en el registre del CCMC, mentre que en la mostra jurisprudencial aquest es manté com a tendència. Per contra, en l'estudi jurisprudencial el retard en la cesària urgent i el retard de diagnòstic de pèrdua de benestar fetal són factors significatius, i en el registre del CCMC són tendència. Per últim, els factors de risc obstètrics coincideixen com a variables amb poca capacitat discriminant per determinar una indemnització. Aquests resultats evidencien que la responsabilitat no neix de la materialització del risc, sinó del maneig de les complicacions que sorgeixen –responsabilitat subjectiva-.

Les quanties més elevades s'associaren sistemàticament a la paràlisi cerebral greu (fins a 1,6 milions €), mentre que la mort neonatal es compensà amb imports notablement menors (140.000 €). La via predominant de resolució al registre del CCMC fou l'acord extrajudicial (8 de 9 casos indemnitzats), mentre que a la mostra jurisprudencial 8 de 20 sentències van ser condemnatòries.

Discussió:

Els resultats de la comparació amb la literatura científica coincideixen amb articles internacionals, que identifiquen la infravaloració del RCTG i el retard en la resposta obstètrica com els principals motius de reclamació per responsabilitat professional. Les reclamacions per paràlisi cerebral derivada d'una situació d'asfíxia durant el part concentren les indemnitzacions més altes, com també ocorre al Regne Unit, Estats Units, França i Japó. Els estudis nacionals en obstetrícia mostren patrons similars, amb un pes rellevant de l'obstetrícia en el conjunt de reclamacions mèdiques. En el període d'estudi les reclamacions per responsabilitat professional mèdica relacionades amb asfíxia intrapart amb resultat de mort neonatal o de paràlisi cerebral (PC) del registre del CCMC presenten una particular rellevància: malgrat representar menys de 0,70 % del total de reclamacions, concentren gairebé un 3,5 % de l'import global de les quanties indemnitzatòries.

Conclusions:

Les reclamacions per asfíxia intrapart a Catalunya es concentren en factors intrapart evitables, especialment en la interpretació del monitoratge fetal i en la rapidesa de resposta obstètrica. La via extrajudicial es mostra com una opció predominant i més eficient, mentre que l'anàlisi dels procediments judicials presenten sovint manca de dades clíniques objectives. El present estudi posa de manifest la necessitat de reforçar la seguretat clínica-obstètrica mitjançant protocols clars, integrant per exemple la intel·ligència artificial (IA) com a eina de suport a l'hora de prendre decisions clíniques que permetria estandarditzar la interpretació dels registres, formació continuada, així com promoure la resolució extrajudicial de forma àgil i transparent que millori l'atenció amb la contrapart i com a mètode alternatiu a la via judicial de resolució de conflictes.

Paraules clau: responsabilitat professional mèdica, asfíxia intrapart, encefalopatia hipoxico-isquèmia neonatal, paràlisi cerebral, mort neonatal, obstetrícia, indemnització.

MARC TEÒRIC



MARC TEÒRIC

1.INTRODUCCIÓ AL MARC TEÒRIC

L'existència de lesions cerebrals en nounats (lesions perinatals) són baixes tot i la gran incidència d'embarassos de risc que existeix en el nostre context, ja sigui per l'edat de la gestant, per obesitat, prematuritat o per gestació múltiple entre d'altres factors. (*Martin-Fumadó et al, 2020*).

L'asfíxia perinatal és la principal causa de mortalitat neonatal, i constitueix una causa cabdal de discapacitat en la infància. La rellevància de l'asfíxia neonatal no només es limita a l'àmbit mèdic o assistencial, sinó que la problemàtica és transversal: té una gran transcendència social, econòmica i jurídica. Les seqüeles que es deriven d'aquesta condició mèdica són permanents i afecten de forma determinant la qualitat de vida dels infants i les seves famílies.

La incidència de l'asfíxia perinatal varia en funció del context geogràfic i del nivell de recursos sanitaris, els quals operen com a elements de prevenció davant la incertesa clínica. Així doncs, tot i que en països amb sistemes de salut consolidats els recursos minimitzen la incertesa, igualment constitueix un problema transversal i universal. Dins del camp de la responsabilitat professional mèdica, els casos de lesions neonatals relacionats amb asfíxia intrapart representen un percentatge significatiu de les reclamacions judicials i extrajudicials. Aquestes situacions, carregades d'un inevitable component emocional, sovint generen conflictes entre les famílies afectades i els professionals o institucions sanitàries implicades.

Al marc teòric, en primer lloc es farà una introducció a la responsabilitat professional mèdica i en segon lloc, es definiran conceptes mèdics i presentaran l'estat actual del coneixement de l'asfíxia perinatal, així com les implicacions mèdico-legals que se'n deriven.

2. LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL MÈDICA

a. HISTÒRIA I ANTECEDENTS

La responsabilitat professional mèdica en les societats més primitives era gairebé inexistent o mística, doncs les malalties i el seu esdevenir es consideraven un càstig diví, considerant als sanadors mediadors amb la divinitat, de manera que no se'ls podia culpabilitzar de qualsevol contingència esdevinguda en la cura d'algun malalt. Si el pacient no es curava, s'interpretava que la divinitat no havia acceptat l'ofrena, no que el sanador s'hagués equivocat.



Les primeres referències històriques que parlen d'una responsabilitat professional mèdica vénen de la mà del Codi d'Hammurabi, creat a Mesopotàmia el segle XVIII aC a petició del Rei Hammurabi. Aquest Codi, format per un conjunt de més de 250 lleis, dedicava almenys 9 articles a les faltes i els conseqüents càstigs per als metges. Una d'elles era la coneguda com a Llei del Talió ("ull per ull"). Era al mateix reglament on es va fer la primera diferenciació del que ara coneixem com a responsabilitat civil i penal: diferenciava segons la gravetat els càstigs en sancions econòmiques, reservant per a faltes més greus la pèrdua de les dues mans per assegurar la no continuïtat de la pràctica mèdica. Cal destacar que el càstig depenia de la classe social del pacient: si era home lliure, el càstig era físic. Si es tractava d'un esclau, la responsabilitat era patrimonial (pagar el valor de l'esclau al seu amo). (*Dyneley Prince, 1904*).

A l'Antic Egipte, la medicina va evolucionar a una disciplina àmpliament organitzada i codificada, així com les conseqüències dels errors ocasionats en la pràctica mèdica. La responsabilitat professional del facultatiu es regia pel llibre sagrat d'Egipte; que a més establia els mètodes terapèutics a aplicar. De fet, els metges i metgesses egipcis tenien poc marge de decisió en el tractament, doncs s'havien d'atendre minuciosament als mètodes terapèutics definits al llibre sagrat. Ara bé, d'aquesta manera, encara que el resultat no fos l'esperat, no podien incórrer en responsabilitat ni s'imposava cap pena. En aquest llibre es regula l'actuació del metge, i la inobservança de les normes que estipulava podien imposar al metge greus penes, entre les quals la mort. Les normes d'aquest llibre obligaven tant el pacient com el metge. Els metges que seguien rigorosament les normes sempre estaven emparats per la llei, fos quin fos el resultat de la seva actuació. Si s'apartaven de les normes rebien el càstig per no seguir-les. Si el metge seguia el protocol i el pacient moria, era declarat innocent. Si s'hi apartava, era executat. Podem dir que en aquest moment històric tenim el primer rastre del que ara coneixem com a la *lex artis* ad hoc com a paràmetre a utilitzar per apreciar existència de responsabilitat professional mèdica. (*Parreu Alasá, 2001*).

Al final de l'antic Egipte, en el període ptolemaic, cal destacar a Cleòpatra VII. Aquesta s'erigeix com una figura d'interès singular per a la història de la medicina. La seva activitat científica, arrelada a la tradició ptolemaica, destaca per una praxi controvertida que incloïa l'estudi del desenvolupament fetal in vivo en esclaves gestants per determinar el sexe i la maduresa de l'embrió segons l'edat gestacional. Aquesta recerca de coneixement s'estenia a la farmacologia i la toxicologia clínica, on Cleopatra no només va documentar l'ús d'antisèptics i remeis ginecològics, sinó que va perfeccionar verins letals capaços d'induir una mort ràpida i indolora que serien estudiats per Galè o Plutarc. Fins i tot el conegut maquillatge egipci revela una funció mèdica preventiva, ja que l'ús de sals de plom en dosis baixes activava la resposta immunitària ocular, constituint una forma primigènia de profilaxi química contra problemes oftalmològics de l'època. (*Tsoucalas, 2013*).

Cap a l'any 400 aC, el metge Hipòcrates va recollir al Corpus Hipocraticum el manifest ètic nomenat Jurament Hipocràtic. Al llarg dels segles, i encara actualment de forma simbòlica, els metges s'hi adhereixen en finalitzar els estudis del grau en Medicina. Hipòcrates va desvincular la medicina de la màgia, el que va permetre analitzar l'error mèdic des d'una perspectiva humana, no divina.

Durant l'Imperi Romà, la responsabilitat professional del facultatiu quedava regulada mitjançant la Lex Aquilia, on s'estipulava que les penes depenien de la condició de llibertat o esclavitud del pacient. Principalment les penes eren indemnitzacions econòmiques. A Roma es va introduir el concepte de *imperitia* (actualment imperícia, manca de coneixement tècnic). No era necessària la mala fe o el dol per ser castigat, sinó no saber el que s'espera d'un professional de la medicina.

Posteriorment, a la Hispània Visigoda, s'imposaven les penes als metges sobre la base del Codex Visigothorum. Aquest Codex establia penes molt més cruels per als facultatius, sent la més comuna la de posar a disposició de la família del pacient difunt el metge responsable perquè ells mateixos decidissin el càstig. (*King, 1980*).

Centrant-nos a la península ibèrica de l'Edat Mitjana, hi havia diverses normes per regular la professió mèdica. Les tasques del metge eren treballs considerats impurs per als cristians, de manera que estaven relegades als jueus. Els Usatges de Barcelona, establien: "*Que advocats i metges siguin examinats abans que usin de llur ofici*". Al Fuero Juzgo es descrivia com havia de ser l'atenció mèdica i les circumstàncies que cal donar perquè sigui correcta. Entre altres coses, establia que era imprescindible l'existència de testimonis durant l'assistència mèdica. Les Set Partides d'Alfons X el Savi, estipulaven pena per a tot metge que abandonés el tractament d'un pacient un cop iniciat. Les partides diferenciaven les penes per al facultatiu segons si la mort d'un pacient havia estat causada mitjançant dol o culpa. Aquesta diferenciació és el que va permetre que el dret mèdic modern s'hagi desenvolupat.

En el primer cas, el metge era condemnat a l'exili a una illa durant cinc anys, mentre que en el segon cas era condemnat a mort. També es preveia pena per intrusisme professional. (*Arnaldez, 1971*).

En retrospectiva, l'evolució de la responsabilitat mèdica revela un canvi de paradigma fonamental: hem passat del càstig a la prevenció. Mentre que el Codi d'Hammurabi o el *Codex Visigothorum* es centraven en el càstig físic o econòmic del facultatiu (una justícia purament retributiva), les codificacions egípcies i el concepte romà d'*imperitia* van plantar la llavor de l'actual sistema basat en la *lex artis ad hoc*: la convicció que el metge no respon pel resultat, sinó per la qualitat de la seva actuació tècnica. Ja no entenem l'error mèdic com un càstig diví ni com una falta individual, sinó com una fallada en sistemes complexos que cal analitzar i corregir. La *lex artis ad hoc*, que ja intuïm en els llibres sagrats d'Egipte, és ara el pilar que protegeix tant el pacient de la mala pràctica com el metge de responsabilitzar-lo injustament si ha seguit els protocols mèdics.

En definitiva, la història de la responsabilitat mèdica és el relat de com la societat ha buscat l'equilibri entre la llibertat del metge o metgessa i el dret del malalt a una assistència segura. Actualment, aquest equilibri es busca a través de la transparència, la formació continuada i la millora dels processos assistencials, garantint que l'acte mèdic sigui un acte de responsabilitat ètica i tècnica. En l'actualitat, la responsabilitat professional del metge no es regula de forma específica, amb la qual cosa hem d'atendre'ns i guiar-nos per diferents legislacions que s'abordaran més endavant.

b. DEFINICIÓ

La responsabilitat professional mèdica és l'obligació del metge de reparar les conseqüències dels seus actes, omissions i errors que hagin causat un dany o perjudici en l'exercici de la seva professió per incompliment de la lex artis mèdica (*Medallo-Muñiz et al, 2006*).

La lex artis mèdica o lex artis ad hoc es defineix com el nivell de qualitat exigible a l'hora de prestar una assistència mèdica. Es pot definir la lex artis amb caràcter general com l'obligació del professional de la medicina d'actuar amb la deguda diligència, i aquesta es vulnera quan no es realitzen les funcions que les tècniques de la salut, els protocols i estudis científics aconsellen o utilitzen de forma habitual, en aplicació de la deontologia mèdica i el sentit comú (*STSJ Astúries 1654/2006 de 14 de setembre*).

Els elements constitutius de la responsabilitat, i en especial de la responsabilitat professional mèdica, són l'existència d'una obligació, una acció o omissió, un resultat lesiu i relació de causalitat entre l'acció i el resultat lesiu. La doctrina jurisprudencial així ho ha establert en reiterades ocasions:

"La doctrina jurisprudencial ha venido estableciendo como presupuestos básicos para la aplicación del art. 1902 CC los siguientes: a) Una acción u omisión ilícita. B) La realidad y constatación de un daño causado. C) La culpabilidad consistente en no haber guardado la racional y ordinaria cautela que ha de acompañar a todos los actos de los que puedan derivarse daños para terceros, requisito que ha experimentado un proceso de objetivación, fundamentalmente en las actividades que implican o introducen un riesgo o peligro para terceros, a través de expedientes tales como la inversión de la carga de la prueba trasladando al demandado el deber de acreditar que adoptó todos los medios suficientes para evitar la producción del daño apurando la diligencia que le era exigible. D) El nexo de causalidad adecuada entre la acción y el resultado dañoso" (Sentència de la Audiència Provincial de Sòria 8 de juny de 1998).

L'obligació existent a la que hem fet referència és l'element principal de la responsabilitat professional mèdica. És l'obligació que té el metge de complir amb la prestació dels serveis i atencions mèdiques, en definitiva, actuar segons la *lex artis* ad hoc.

L'acció o omissió és el segon element constitutiu de la responsabilitat. És aquella acció o omissió en la que concorre error, culpa o imprudència. Són accions o omissions que s'aparten de la *lex artis* ad hoc, és a dir, de la pràctica considerada com a correcta i admesa per la comunitat científica en aquell moment històric concret, tenint en compte les circumstàncies de temps i lloc en les que es realitza l'actuació mèdica. En definitiva, si s'han aplicat els mitjans necessaris en la seva obligació cap al pacient.

El resultat lesiu és un altre element bàsic per poder apreciar-se responsabilitat professional. Sense dany, no existeix responsabilitat. L'acció o omissió ha d'haver causat un dany o perjudici al pacient. Aquest dany no es limita exclusivament a les lesions físiques, sinó que abasta també els perjudicis psíquics, morals i patrimonials que el pacient pugui haver experimentat, com ara el lucre cessant (pèrdua de guanys), les despeses derivades de tractaments addicionals (dany emergent) o la pèrdua de la seva qualitat de vida. La jurisprudència ha insistit reiteradament en que, fins i tot quan s'acredita una infracció de la lex artis ad hoc, si d'aquesta infracció no se'n deriva un dany efectiu i constatable per al pacient, no es pot generar una obligació d'indemnitzar. La relació de causalitat entre la conducta mèdica i el dany produït es converteix, per tant, en un vincle ineludible que ha de ser provat perquè la responsabilitat pugui ser declarada.

Per últim, la relació de causalitat. El dany ha de ser conseqüència directa d'una acció o omissió negligent ocasionada durant l'exercici professional. Tal i com estableix reiterada jurisprudència del Tribunal Suprem, entre d'altres la STS 475/2013, de 3 de juliol de 2013, el criteri d'imputació de responsabilitat de l'article 1.902 del Codi Civil es fonamenta en la culpabilitat i exigeix del pacient la demostració de la relació de causalitat i de la culpa en

el sentit de que ha de quedar plenament acreditat en el procés que l'acte mèdic o quirúrgic enjudiciat va ser realitzat amb infracció o no subjecció a les tècniques mèdiques o científiques exigibles pel mateix. La prova del nexe de causalitat resulta imprescindible, tant si s'opera en el camp de la responsabilitat subjectiva com en el de l'objectiva, i ha de resultar d'una certesa probatòria i no de meres conjectures, deduccions o probabilitats. (*SSTS 11 de febrero de 1998, de 30 de junio de 2000, de 24 de noviembre de 2005, de 10 de junio 2008, de 3 de Julio de 2013).*

L'anàlisi dels elements que constitueixen la RPM s'ha vist profundament influenciat per les millores de protocols en seguretat del pacient. La seguretat del pacient com a disciplina té com a figura cabdal el cirurgià Lucian L. Leape, pioner en defensar que l'error mèdic s'ha d'abordar des de la teoria dels sistemes: mitjançant estudis com el *Harvard Medical Practice Study* (1991), Dr. Leape va demostrar que la majoria d'errors són fruit de fallades organitzatives i no de la manca de perícia individual (*Leape, 1994*).

En aquest sentit publicava Linda Kohn l'any 1999 l'informe de l'Institut de Medicina dels EUA, *To Err Is Human*. El document informava de la mortalitat hospitalària per errors evitables d'entre 44.000 i 98.000 persones anuals, i trencava amb la visió tradicional de la culpa individual (*Kohn et al, 1999; Clos, 2013*). Des d'aleshores, i especialment amb la creació de l'Aliança Mundial per a la Seguretat del Pacient de l'OMS el 2004, la Seguretat Clínica s'ha consolidat com una condició essencial de l'exercici mèdic. Es defineix com el conjunt de processos i valors destinats a reduir els riscos a un mínim acceptable, prevenint danys evitables i mitigant-ne els efectes quan es produeixen (*World Health Organization [WHO], 2004*). Així, en l'actualitat, la responsabilitat professional no es pot destriar d'aquest deure de seguretat, que configura l'estàndard d'una assistència de qualitat.

Com s'ha dit, l'anàlisi dels elements constitutius de la responsabilitat s'ha vist influenciat pel concepte de Seguretat del Pacient. Tot i aquest canvi de paradigma, l'increment de reclamacions, fenomen conegut com a *malpractice crisis*, ha obligat diversos països a reformar els seus marcs legals per frenar la medicina defensiva i l'augment de litigis.

Abans que res, cal contextualitzar el model català d'assegurament de la RPM. Creat l'any 1993 pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) i el Servei Català de la Salut (CatSalut), és un sistema de contractació col·lectiva i adhesió voluntària pioner a Europa. Es tracta d'una aliança estratègica entre el col·lectiu mèdic i l'Administració que precisament va néixer per uniformitzar cobertures, guanyar eficiència econòmica i centralitzar la defensa jurídica a través del Servei de Responsabilitat Professional (SRP) del CoMB. Malgrat les crisis del sector assegurador i l'augment de la litigiositat que han deixat concursos deserts en altres territoris, el model català ha mantingut la seva sostenibilitat mitjançant una política activa de *risk management* i una transició controlada entre entitats asseguradores, consolidant-se com un referent d'èxit en la gestió de riscos sanitaris (*Morales, 2022*).

Mentre que a Espanya s'observa una certa estabilització de les reclamacions, degut a la *malpractice crisis* altres jurisdiccions s'han vist obligats a legislar al respecte. França, mitjançant la Llei Kouchner (*Llei Koucher, 2002*), va revolucionar el sector creant les Comissions Regionals de Conciliació (CRCI) i un sistema d'indemnització pública (ONIAM) que, en determinats supòsits, permet rescabalar el dany sense necessitat de provar la culpa. S'abordarà més endavant. En una línia similar, el Regne Unit, a través del NHS Resolution, prioritza els acords extrajudicials i l'aprenentatge derivat de les reclamacions. També s'abordarà més endavant.

Per altra banda, Itàlia ha hagut de redefinir el marc penal i civil amb la Llei Gelli-Bianco (*Legge n. 24/2017 [Llei Gelli-Bianco], 2017*), introduint protocols més estrictes a l'hora de resoldre si hi ha o no mala praxi, i els Estats Units han impulsat la *Tort Reform* per limitar les indemnitzacions i reduir els costos del sistema assegurador (*American Academy of Actuaries, 2009*). A Austràlia també s'han instaurat límits màxims a les indemnitzacions que el pacient pot rebre per conceptes subjectius com el dany moral, i més, abans d'anar a judici s'obliga a acudir a una mediació per intentar arribar a l'acord extrajudicial. En el mateix sentit, als Emirats Àrabs Units, quan un pacient presenta una reclamació abans d'acudir als tribunals sempre serà revisada per un comitè d'experts que decidirà si hi ha o no mala praxi (*Ketsekioulafis et al., 2026*).

Aquestes estratègies internacionals demostren que la Seguretat del Pacient és una condició essencial de l'exercici mèdic que busca equilibrar la protecció del pacient amb la seguretat jurídica del professional, tal com reconeix la OMS (Organització Mundial de la Salut) en situar la seguretat clínica com a pedra angular de la qualitat assistencial (*Arimany, Bruguera, 2025*).

Aquesta tendència global cap a la desjudicialització i l'aposta per la seguretat jurídica, tot i que no de forma específica per la RPM, ha tingut el seu reflex més recent a l'Estat Espanyol. El legislador espanyol ha fet un pas per integrar aquest esperit pactista amb la nova Llei Orgànica 1/2025, de 2 de gener, de mesures en matèria d'eficiència del Servei Públic de Justícia, i les reformes associades com la Llei 5/2025, de 24 de juliol. Si bé no es tracten de lleis específiques en aquest àmbit, definitivament poden ajudar a que es doni un escenari més pactista. La primera, en general, pretén afavorir el pacte extrajudicial i reflecteix la voluntat de fer més eficient l'Administració de Justícia. Busca instaurar una nova cultura de resolució de conflictes, on la via judicial esdevingui l'últim recurs i no el primer. Un paràgraf molt paradigmàtic de la seva exposició de motius, és el següent:

"Dejando clara la indiscutible importancia constitucional del ejercicio de la potestad jurisdiccional por los jueces y tribunales, con la introducción de estos mecanismos, ya consolidados en el derecho comparado, se cumple la máxima de la Ilustración y del proceso

codificador: que antes de entrar en el templo de la Justicia, se ha de pasar por el templo de la concordia. En efecto, se trata de potenciar la negociación entre las partes, directamente o ante un tercero neutral, partiendo de la base de que estos medios reducen el conflicto social, evitan la sobrecarga de los tribunales y pueden ser igualmente adecuados para la solución de la inmensa mayoría de las controversias en materia civil y mercantil".

En l'àmbit de la RPM, especialment en aquells supòsits de danys greus pels que es preveu una quantia indemnitzatòria elevada – en essència, de l'especialitat d'obstetrícia-, aquesta nova filosofia adquireix una rellevància estratègica fonamental. L'argumentació per afavorir els pactes extrajudicials en aquests escenaris es basa en tres pilars que emanen de l'esperit de la llei: la predictibilitat, l'eficiència i la protecció integral de la víctima.

1. La Cerca de la Predictibilitat i la Seguretat Jurídica

Un dels principals obstacles per assolir acords ha estat històricament la incertesa sobre la quantia d'una futura condemna judicial. Les reformes legislatives aborden directament aquest problema en consolidar i actualitzar el sistema de valoració de danys personals, contingut principalment en el *Texto refundido Ley de responsabilidad civil y seguro circulación vehículos a motor* (RDL 8/2004), que s'utilitza de manera anàloga en casos de responsabilitat sanitària.

- Objectivació del Dany: La llei perfecciona un barem que objectiva la reparació del dany (Article 33) desglossant conceptes com el perjudici personal bàsic, el particular i el patrimonial (dany emergent i lucre cessant). En casos de lesions greus, com les derivades d'una anòxia perinatal amb seqüeles que requereixen ajuda de tercera persona, les taules proporcionen un marc de càlcul molt més definit (arts. 110 i 113).
- Mecanisme d'Actualització: La Llei 5/2025 introdueix una modificació clau: la vinculació de l'actualització anual de les quanties a l'Índex de Preus al Consum (IPC). Aquest canvi, que busca garantir la reparació íntegra del dany mantenint el poder adquisitiu de la indemnització, elimina una font de discordança i proporciona a les parts (especialment a les asseguradores) una eina clara per calcular el valor present d'una futura condemna.

En una reclamació per responsabilitat professional mèdica derivada d'una anòxia neonatal, amb alta probabilitat de condemna, la negociació esdevé una opció més racional que no pas un procés judicial llarg i costós.

2. L'Eficiència del Sistema: Reducció de Costos i Dilacions

L'esperit de la Llei Orgànica 1/2025 és clarament desjudicialitzador. Per a la part perjudicada, l'acord extrajudicial garanteix una reparació molt més ràpida. En molts casos de danys severs, la rapidesa en la percepció de la indemnització és crucial per a la qualitat de vida del pacient i la seva família. Evitar el periple judicial suposa un estalvi de patiment i incertesa. Per al professional, la institució i l'asseguradora, el pacte permet mitigar costos i tancar el sinistre de manera eficient.

La llei incentiva aquest camí amb mecanismes concrets, com la Disposició final catorzena: modifica la llei 35/2006 de l'IRPF per establir l'exempció fiscal de les indemnitzacions obtingudes mitjançant acords de mediació o altres mitjans adequats de solució de controvèrsies (MASC), sempre que intervingui un tercer neutral i s'elevi a escriptura pública, fins a la quantia resultant del barem. Aquest és un incentiu fiscal directe i molt potent per la víctima.

3. La Protecció Integral de la Víctima com a Eix Central

Més enllà de l'eficiència, el nucli de la reforma és garantir una tutela efectiva dels drets del perjudicat. Un sistema que retarda la reparació durant anys és, en si mateix, un sistema que falla parcialment en el seu objectiu.

- Procediments de Reclamació Prèvia: La normativa ja estableix un procediment de reclamació extrajudicial previ a la via judicial que obliga l'asseguradora a presentar una resposta motivada. Les noves lleis reforcen la importància d'aquesta fase prejudicial com un espai real de negociació i no com un mer tràmit formal.
- Foment de la Mediació: La llei promou activament la mediació com a via per resoldre aquestes controvèrsies oferint un entorn estructurat i confidencial on les parts, amb l'ajuda d'un mediador, poden explorar solucions que fins i tot poden anar més enllà d'una simple compensació econòmica.

En definitiva, la Llei Orgànica 1/2025 i les reformes concurrents no són només un conjunt de normes processals, sinó una declaració d'intencions: transformar la gestió del conflicte. En escenaris de responsabilitat professional mèdica amb alta probabilitat de condemna i quanties elevades, la llei crea un ecosistema jurídic on el pacte extrajudicial passa a ser la solució més lògica, eficient i estratègica per a totes les parts implicades. Ho fa augmentant la seguretat jurídica sobre les quanties, reduint els costos i dilacions del procés judicial i, sobretot, posant al centre del sistema la necessitat d'una reparació ràpida i efectiva per a la família reclamant.

c. TIPUS DE RESPONSABILITAT PROFESSIONAL MÈDICA

Responsabilitat Civil

La responsabilitat civil es defineix com a l'obligació de tota persona de reparar els danys i perjudicis que ocasioni a algú o en el patrimoni d'un tercer. Ve regulada al Codi Civil Espanyol (CC). Així doncs, la responsabilitat civil mèdica és el deure per part del facultatiu de reparar el dany causat durant l'exercici de la seva professió.

El seu origen, pot ser contractual o bé extracontractual. La responsabilitat civil contractual (1.101 i ss CC) és l'obligació de reparar el dany causat en cas que una de les parts incompleixi una de les seves obligacions establertes contractualment. Per tant, es parteix de l'existència d'un contracte *inter partes*. La responsabilitat civil extracontractual (1.902 CC) és l'obligació de reparar el dany causat a algú que no tenia el deure de suportar-lo, sense que existeixi relació contractual entre ambdues parts. Encara que no hi hagi cap contracte que reguli la relació entre les parts, el responsable del dany ha d'indemnitzar a la víctima pels danys i perjudicis causats. (*Código Civil, 1889*)

La responsabilitat civil mèdica pot ser de caràcter contractual o extracontractual, depenent de la relació establerta entre el metge i el pacient.

La més comú en relacions metge-pacient de les que es deriva responsabilitat, és l'extracontractual, doncs la relació contractual amb el pacient s'acostuma a establir amb la Clínica on es presta l'assistència mèdica, el que automàticament fa que la relació amb el metge sigui de caràcter extracontractual. Com hem dit queda prevista a l'article 1.902 del CC; "*el que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado*".

El criteri d'imputació de l'article 1.902 del CC es fonamenta en la culpabilitat ("*interviniendo culpa o negligencia*") i exigeix del pacient la demostració de la relació o nexe de causalitat i de la culpa o negligència en l'acció o omissió del facultatiu; ha de quedar plenament acreditat que l'acte mèdic o quirúrgic va ser realitzat amb infracció o no subjecció a les tècniques mèdiques o científiques exigibles, sense seguir la *lex artis* mèdica. És a dir, la càrrega de la prova la tindrà el demandant, en aquest cas, el pacient. Aquesta és la norma general en responsabilitat civil, tot i que s'adverteixen algunes excepcions que poden comportar una inversió de la càrrega de la prova, que comportarà que sigui el facultatiu qui hagi de demostrar la inexistència de relació de causalitat o de culpa o negligència. El Tribunal Suprem ha anat establint una tendència que permet atribuir la càrrega de provar determinats fets a la part que disposés dels mitjans de prova o més facilitat a accedir-hi o per demostrar-ho. És a dir, el Jutge o Tribunal pot invertir la càrrega de la prova a l'hora de resoldre si considera que la

part demandada disposa de més facilitat probatòria o disponibilitat probatòria. Invertirà la càrrega de la prova, per exemple, quan s'apreciï l'existència de dany desproporcionat.

Per últim, a banda de la responsabilitat civil contractual i extracontractual, existeix una categoria autònoma que és la responsabilitat civil derivada de delicte, és a dir, la responsabilitat civil que es deriva d'apreciar-se responsabilitat penal. Es tracta d'una responsabilitat de naturalesa civil però el seu origen és penal. Neix quan un fet constitueix delicte i a la vegada genera danys indemnitzables. Està regulada a l'article 109 del Codi Penal, que estableix que l'execució d'un fet descrit per la Llei com a delicte obliga a reparar, en els termes previstos per les lleis, els danys i perjudicis causats per aquest. El perjudicat, en aquest cas el pacient, podrà optar exigir la responsabilidad civil davant la jurisdicció civil, o bé directament per la penal en el mateix procés.

En definitiva, el pilar fonamental sobre el qual descansa la responsabilitat civil del metge o metgessa és la naturalesa de la seva obligació: una obligació de mitjans, no de resultats. El metge no ha de garantir la curació, sinó aplicar diligentment el seu coneixement científic conforme la lex artis ad hoc, que actua com a guia de la seva actuació.

Per tant, la responsabilitat no neix del resultat lesiu sinó de la demostració de que el professional es va apartar de l'estàndard de diligència. Conseqüentment la càrrega de la prova recau inequívocament sobre qui al·lega el dany. Si bé és cert que existeix el principi de facilitat i disponibilitat probatòria o figures jurisprudencials que ho modulen, no constitueixen una presumpció de culpa automàtica. Són excepcions que requereixen una anàlisi rigorosa i no eximeixen de la necessitat de demostrar el nexe de causalitat entre l'actuació mèdica i el resultat lesiu.

En definitiva, la responsabilitat civil mèdica ha de distingir entre un error culpós del metge i els riscos propis de la medicina. El seu objectiu últim és garantir la justícia, el que inclou la protecció del professional que ha actuat conforme a la ciència i la consciència.

Responsabilitat Penal

La responsabilitat penal és el deure de fer front a les conseqüències penals de la comissió d'un delicte, conseqüències establertes al Codi Penal (CP). És a dir, una persona serà penalment responsable per aquells fets que siguin constitutius de delicte i que estiguin tipificats al Codi Penal com a tals. Són delictes les accions o omissions doloses o imprudents penades per la llei (art. 10 CP).

Des de la reforma instaurada amb la Llei Orgànica 1/2015 de 30 de març, que modificava la Llei Orgànica 10/1995 del Codi Penal, en la que entre altres modificacions s'eliminaven les

antigues faltes, en l'actualitat el CP classifica els delictes en tres categories en funció de la naturalesa i durada de la pena associada. Segons l'article 33 del CP, la distinció és la següent:

- Delictes Greus: aquells castigats amb una pena greu:
  - Presó superior a 5 anys.
  - Inhabilitació absoluta.
  - Inhabilitacions especials per un temps superior a 5 anys.

- Delictes Menys Greus: els castigats amb una pena menys greu:
  - Presó de 3 mesos a 5 anys.
  - Inhabilitació especial fins a 5 anys.
  - Multa de més de 3 mesos.

- Delictes Lleus: Són aquells castigats amb una pena lleu:
  - Multa de fins a 3 mesos.
  - Localització permanent d'1 dia a 3 mesos.
  - Treballs en benefici de la comunitat d'1 a 30 dies.

Es podrà apreciar responsabilitat penal pel facultatiu reclamat quan s'apreciï en la seva conducta dol o imprudència. Això succeirà quan es consideri que l'actuació mèdica constitueix una infracció de la llei voluntària, imprudent o negligent.

El dol és la consciència i voluntat d'una persona per realitzar una o vàries accions que suposin un dany o perjudici a una altra persona.

La imprudència és la manera d'actuar amb consciència del perill que pot comportar el resultat acompanyat d'una actuació descuidada. Es caracteritza com una forma de culpa no dolosa. S'aprecia imprudència quan no complim amb la norma al no actuar amb diligència i que aquesta forma d'actuar comporti un dany. No s'ha de confondre amb el dol, doncs la diferència radica en la manca d'intencionalitat de cometre el resultat lesiu. S'ha de tractar d'una acció o omissió no intencionada que infringeixi un deure de cura, és a dir que es tracta d'una situació que es podria haver previst i evitat i que ha causat un dany a un tercer o a un bé protegit per la llei.

En l'àmbit mèdic normalment el delicte comès pel facultatiu en el transcurs de la seva professió serà per imprudència professional mèdica. El delicte per imprudència professional mèdica requereix d'una acció o omissió no dolosa (és a dir, no intencionada), que comporta una infracció del deure de cura, és a dir, es podrien haver previst les conseqüències de la conducta o el resultat lesiu, però no va ser possible degut a la inadvertència o negligència del facultatiu. Caldrà doncs una absència de la deguda atenció en la realització de l'acte, un dany

derivat d'aquesta inobservança i per últim una relació causal entre el dany i l'acció o omissió. *(Código Penal, 1995).* La imprudència professional mèdica doncs, és la inobservança de les regles d'actuació més bàsiques que venen marcades per la lex artis ad hoc.

El CP distingeix entre la imprudència greu i la imprudència menys greu. La imprudència greu es produeix quan s'incompleix la norma de cura més bàsica que un ciutadà té al seu càrrec. En l'àmbit mèdic, es produeix quan s'infringeixen les normes més fonamentals de lex artis mèdica. Assenyala el Tribunal Suprem (TS) que existeix imprudència a l'actuació mèdica quan *"se infringen u omiten las más elementales precauciones y cautelas que exige la lex artis, que sea algo imperdonable o indisculpable en un facultativo, esto es, conducta descuidada de un médico del que resulte un proceder irreflexivo, falta de adopción de cautelas de generalizado uso; en cuyo caso habría imprudencia profesional, no tanto por error, sino por dejación, abandono y descuido inexcusable". (STS de 10 de desembre del 2010).*

En essència, els delictes per imprudència greu que poden afectar al professional sanitari, són el delicte de lesions imprudents (art. 152 del CP) i el delicte d'homicidi imprudent (art.142 del CP).

1. Delictes per imprudència greu:

Estableix l'article 142 del CP que el que per imprudència greu causés la mort a altri, serà castigat, com a reus d'homicidi imprudent, amb la pena de presó d'un a quatre anys. Si l'homicidi s'hagués comès per imprudència professional, s'imposarà a més a més la pena d'inhabilitació especial per l'exercici de la professió, ofici o càrrec per un període de tres a sis anys.

Estableix l'article 152 que el que per imprudència greu causés una lesió de les previstes a l'article 147 (lesió que menyscabés la integritat corporal o la seva salut física o mental sempre que la lesió requereixi objectivament per a la seva sanitat, a més a més d'una primera assistència facultativa, tractament mèdic o quirúrgic), una lesió de les previstes a l'article 149 (lesió que causés la pèrdua o inutilitat d'un òrgan o membre principal o sentit, impotència, esterilitat o greu deformitat, una greu malaltia somàtica o psíquica o la mutilació genital), o una lesió de les previstes a l'article 150 (lesió que causés la pèrdua o inutilitat d'un òrgan o membre no principal, o la deformitat), comportarà la pena de presó de tres a sis mesos, d'un a tres anys o de sis mesos a dos anys respectivament, i a més a més, en tots ells la inhabilitació professional per un període de sis mesos a quatre anys.

En definitiva, pel que fa a la responsabilitat penal en l'àmbit mèdic, la figura central és la imprudència professional, definida per la infracció de la *lex artis ad hoc*. No

es castiga el resultat advers per si mateix, sinó l'actuació negligent que s'aparta del deure de cura exigible. Aquesta responsabilitat no es limita a les lesions, sinó que abasta figures delictives de gran entitat com l'homicidi per imprudència i l'omissió del deure de socors, sancionant no només l'acció incorrecta, sinó també la inacció davant d'un perill manifest. Un aspecte fonamental és que tota condemna penal comporta, de manera inherent, la responsabilitat civil derivada del delicte. Aquesta dualitat assegura que el sistema no només imposa una sanció punitiva, sinó que també busca la reparació integral del dany causat a la víctima, tant en l'esfera material com moral. D'aquesta manera, el marc jurídic estableix un doble mecanisme: d'una banda, exigeix als professionals de la salut un estàndard de diligència rigorós per protegir la vida i la salut dels pacients i, de l'altra, garanteix a les víctimes una via per a la restauració de l'equilibri personal i patrimonial que el delicte ha trencat.

2. Delictes per imprudència menys greu:

Els delictes per imprudència menys greu els constituiran totes aquelles conductes negligents que no poden considerar-se greus. Els delictes per imprudència professional menys greu que pot afectar al professional sanitari, són:

Homicidi per imprudència menys greu (142.2 CP). Estableix l'article que el que per imprudència menys greu causés la mort a altri, serà castigat amb la pena de multa de tres mesos a divuit mesos. El delicte previst en aquets article només és perseguible mitjançant denúncia del pacient o del seu representant legal.

Lesions per imprudència menys greu (152.2 CP). Estableix l'article que el que per imprudència menys greu causés alguna de les lesions previstes a l'article 147.1 del CP, serà castigat amb una pena de multa de un a dos mesos, i si es tractés de les lesions previstes als articles 149 i 150, serà castigat amb la pena de multa de tres mesos a dotze mesos. El delicte previst en aquets apartat només serà perseguible mitjançant denúncia del pacient o el seu representant legal.

3. Delicte d'omissió del deure de Socors:

El delicte d'omissió del deure de Socors del professional sanitari es troba regulat a l'article 196 del CP. El tipus bàsic es troba a l'Article 195 del CP. Aquest delicte sanciona qui no socorre una persona que es troba desemparada i en un perill manifest i greu, sempre que pugui fer-ho sense risc propi ni de tercers. Si no pot prestar auxili directament, no demana amb urgència auxili a altres persones. És un delicte d'omissió; es castiga la inacció, la passivitat, amb independència de si es produeix el resultat lesiu.

Aquest tipus penal té un agreujant que afecta al professional sanitari previst a l'article 196 del CP. Aquest castiga el professional que, estant obligat a fer-ho, denega assistència sanitària a qui ho necessita. La condició indispensable és que d'aquesta denegació o abandonament se'n derivi un risc greu per a la salut de les persones.

Article 196

El professional que, estant-ne obligat, denegués assistència sanitària o abandonés els serveis sanitaris quan de la denegació o abandonament es derivés un risc greu per a la salut de les persones, serà castigat amb penes de l'article precedent en la seva meitat superior i amb la d'inhabilitació especial per la professió, càrrec públic o ofici, per un temps de sis mesos a tres anys.

Aquest subtipus es caracteritza per:

- La posició de garant del metge, qui té una obligació legal i deontològica d'actuar.
- La sanció és superior a la del tipus bàsic i inclou la inhabilitació especial per a l'exercici de la professió, càrrec o ofici.
- L'element subjectiu del delicte requereix de dol, és a dir, consciència i voluntat de no ajudar tot i saber el risc que la seva inacció genera.

La naturalesa del delicte d'omissió del deure de socors i el delicte d'imprudència professional és completament diferent. L'omissió del deure de socors castiga la inactivitat o passivitat i requereix dol. No es requereix un resultat de lesió o mort per a la seva consumació, només la creació del risc greu. El delicte d'imprudència professional - lesions o homicidi imprudent-, castiga una acció o omissió negligent, no dolosa. El professional actua, però negligentment i de manera incorrecta, infringint la *lex artis* ad hoc i causant un resultat lesiu.

En resum, en l'omissió es retreu la voluntat de no intervenir, mentre que en la imprudència es retreu la falta de diligència en la intervenció.

La distinció entre els delictes per imprudència i el d'omissió del deure de socors, radica en que els primers són delictes de resultat. Castiguen la causació d'un dany (mort o lesions) a través d'una acció o omissió negligent. La conducta és activa (o una omissió que equival a una acció) però realitzada sense la diligència deguda. El focus està en la falta de cura en una actuació que produeix un resultat lesiu. En canvi, l'omissió del deure de socors és un delicte d'omissió. No castiga la causació d'un resultat, sinó la inacció o la passivitat davant una situació de perill per a una altra persona. El delicte es consuma pel simple fet de no actuar quan existeix el deure de fer-ho.

L' element subjectiu en els delictes per imprudència és la negligència. El professional sanitari no vol produir el resultat lesiu, però aquest es produeix per la seva falta de diligència. L'element subjectiu en el delicte d'omissió del deure de socors és el dol. El professional sanitari ha de ser conscient de la situació de perill greu i manifest per a la víctima i, tot i així, decideix voluntàriament no prestar auxili.

Responsabilitat Patrimonial

La responsabilitat patrimonial fa referència a la responsabilitat de l'Administració pública que es deriva de l'actuació d'un funcionari públic en l'exercici de les seves funcions. És el tipus de responsabilitat en la que es pot incórrer si l'assistència mèdica defectuosa es va prestar pel sistema públic de salut si el dany causat ha sigut conseqüència d'un mal funcionament dels serveis públics. La reclamació s'interposarà en via administrativa, i en cas de disconformitat amb la resolució, es podrà accedir a la jurisdicció contenciós-administrativa mitjançant la interposició d'un recurs contenciós-administratiu. Aquesta via està regulada principalment per les següents lleis:

- Llei 39/2015, del procediment administratiu comú de les Administracions Públiques.
- Llei 40/2015, del règim jurídic del sector públic.
- Llei 29/1998, reguladora de la jurisdicció contenciós-administrativa.

Els requisits per tal que pugui apreciar-se responsabilitat patrimonial, són l'existència d'un dany efectiu, avaluable i individualitzat, que el dany sigui conseqüència d'un funcionament normal o anormal dels serveis públics, que no existeixi el deure legal de suportar aquest dany per part de la víctima i una relació de causalitat entre l'actuació sanitària i el perjudici sofert.

L'article 106.2 de la Constitució Espanyola (*Constitución Española, 1978*) configura el sistema de responsabilitat patrimonial de les administracions públiques (AAPP), que té com a requisits, com bé avala reiterada jurisprudència, que (*entre d'altres, STS Sala 3ª de 10 d'octubre de 1998, 14 d'abril de 1999 i 7 de febrer de 2006*);

a) El particular pateixi una lesió als seus béns o drets, lesió que ha de ser real, concreta i susceptible d'avaluació econòmica,
b) Que la lesió sigui antijurídica, en el sentit que el perjudicat no tingui obligació de suportar-la,
c) Que la lesió sigui imputable a l'Administració i conseqüència del funcionament normal o anormal dels serveis públics, i
d) Que, per tant, existeixi una relació de causa efecte entre el funcionament del servei i la lesió.

Tot i que la responsabilitat de l'Administració és objectiva, la jurisprudència ha matisat aquest principi en l'àmbit sanitari. La clau no és només el dany, sinó si l'actuació mèdica es va ajustar a la *lex artis ad hoc*, és a dir, al conjunt de coneixements, tècniques i protocols acceptats per la ciència mèdica en el moment dels fets. Això fa que l'administració també tingui una obligació de mitjans, no resultats. El pacient té la càrrega de la prova. No obstant això, els tribunals han flexibilitzat aquesta regla en l'àmbit sanitari a través de la "facilitat probatòria". Com que l'Administració té accés a la història clínica i als mitjans tècnics, se li exigeix que provi que la seva actuació va ser diligent i conforme a la *lex artis*.

d. FIGURES JURÍDIQUES I FONAMENTS DE LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL MÈDICA

- ***Lex artis ad hoc***

S'ha exposat que la lex artis ad hoc és la vara de mesurar la diligència en l'actuació mèdica. Com a estàndard de bona pràctica mèdica acceptat per la comunitat científica en un moment i lloc determinats, és el criteri utilitzat per valorar si l'actuació d'un professional mèdic ha estat correcta en un cas concret.

La lex artis ad hoc – anomenada "ad hoc" per posar en valor que s'adapta a les circumstàncies específiques de cada cas, tenint en compte el moment històric, recursos disponibles, estat del pacient-, és fonamental pels jutges i tribunals a l'hora de resoldre casos per responsabilitat professional mèdica. En primer lloc, com s'ha comentat, serveix com a paràmetre de valoració pel jutge o jutgessa, qui no és expert en medicina i li proporciona el criteri tècnic necessari per determinar si l'actuació del metge ha estat diligent. Si el metge ha seguit les normes i protocols establerts, en definitiva, ha respectat la lex artis ad hoc, no se li podrà imputar responsabilitat. Tenint en compte que en l'exercici de la professió mèdica, en general, s'ha de complir amb una obligació de mitjans, la lex artis ad hoc és essencial per valorar si el metge va fer us de tots els mitjans i si ha aplicat correctament els procediments i tècniques mèdiques acceptades per la comunitat científica, en definitiva, si ha complert amb la seva obligació de mitjans. Degut a que el metge no pot garantir un resultat concret, doncs no està al seu abast, el que ha de fer és comprometre's a utilitzar tots els seus coneixements i aplicar-los amb la màxima diligència.

La manera que té el jutge o jutgessa de valorar si una actuació mèdica s'ha dut a terme en compliment de la lex artis ad hoc, és amb la pràctica de la prova pericial. Els pèrits, normalment proposats per les parts –a excepció del pèrit judicial, nomenat pel propi jutjat a petició de part o d'ofici-, seran qui explicaran al jutge o tribunal quina era la pràctica correcta pel cas concret. El jutge, en virtut del principi de lliure valoració de la prova, ponderarà de

forma autònoma i raonada l'informe pericial, sense estar obligat a seguir la mateixa tesis. El jutge pot acceptar o rebutjar els informes pericials presentats per les parts, i escollir, sota el seu major criteri, basat en la lògica i raonabilitat, quin li mereix més credibilitat. L'article 348 de la LEC estableix que el tribunal valorarà els dictàmens pericials segons les regles de la sana critica, i entre d'altres, la STS de 21 de juliol de 2016 assenyala que la LEC atorga naturalesa de prova pericial a les pericials de part. Afegeix que el Tribunal al valorar la prova mitjançant dictamen de pèrits, haurà de ponderar entre altres coses, els raonaments que continguin els dictàmens i els que s'hagin formulat a l'acte del judici durant l'interrogatori, podent no acceptar un resultat d'un dictamen o acceptar-lo, o inclús acceptar el resultat d'un dictamen per estar millor fonamentat que un altre (*STS de 10 de febrer de 1.994*). El Tribunal haurà també de tenir en compte les conclusions conformes i majoritàries que resultin tant dels dictàmens emesos per pèrits designats per les parts com dels dictàmens emesos pels pèrits designats pel Tribunal, motivant la seva decisió quan no estigui d'acord amb les conclusions majoritàries dels dictàmens (*STS de 4 de desembre de 1.989*). Un altre factor a ponderar pel Tribunal haurà de ser el rigor de les operacions pericials, analitzant tant els mitjans i instruments utilitzats com la solidesa de les dades que sustenten els dictàmens (*STS de 28 de gener de 1.995*). El Tribunal també haurà de ponderar, al valorar els dictàmens, la competència professional dels pèrits que els hagin emès que n'avalin la seva objectivitat, com ara la seva designació judicial.

- **Obligació de mitjans**

L'obligació del metge és, generalment, una obligació de mitjans, no de resultats, el que comporta que la responsabilitat professional del facultatiu no es basarà en l'èxit o el fracàs del tractament aplicat, sinó en el fet d'haver actuat segons la lex artis ad hoc. Entre d'altres, destaquem la STS de 27 de setembre de 2010 o la de 19 de juliol de 2013, que estableixen que la distinció entre obligació de mitjans i de resultats no és possible mantenir-la en l'exercici de l'activitat mèdica, a excepció de que el resultat es garanteixi –que en l'exercici de la medicina, no és possible-, inclús en els supòsits més pròxims a la medicina voluntària -com seria la cirurgia plàstica i estètica- que a la necessària o assistencial. Obligació del facultatiu és posar a disposició del pacient els mitjans adequats, i en especial oferir la informació necessària en els termes que exigeix la llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat (*Llei General de Sanitat, 1986*), tenint en compte que els metges actuen sobre persones, amb alteracions o sense de la salut, i que la intervenció mèdica està subjecta, com totes, al component aleatori propi de la mateixa. El contrari suposaria posar a càrrec del metge una responsabilitat de naturalesa objectiva, doncs se'l responsabilitza exclusivament pel resultat de l'acte mèdic, equiparant el dany al resultat no volgut ni esperat al marge de qualsevol valoració sobre culpabilitat i relació de causalitat, que, en definitiva, impediria demostrar l'existència d'una actitud mèdica perfectament ajustada a la lex artis.

Destaquem la Sentència del TS de 18 de febrer de 2015, que cita la de 10 de desembre de 2010, que exposa que en una medicina de mitjans la presa de decisions clíniques està generalment basada en el diagnòstic que s'estableix a través de proves encaminades a demostrar o rebutjar una sospita o hipòtesi de partida, proves que seran de major utilitat com més precoçment puguin identificar o descartar la presència d'una alteració. Així doncs implica un doble ordre: en primer lloc és obligació del metge realitzar totes les proves diagnòstiques necessàries, atenent a l'estat de la ciència mèdica en el moment, de tal forma que, realitzades les comprovacions que el cas requereixi, només el diagnòstic que presenti un error de notòria gravetat o unes conclusions absolutament errònies, pot servir de base per declarar-ne la seva responsabilitat, de la mateixa manera que en el supòsit de que no s'haguessin practicat totes les comprovacions o exàmens exigits o exigibles. En segon lloc, que no es pot qüestionar el diagnòstic inicial per l'evolució posterior donada la dificultat que entranya encertar el correcte, tot i haver posat per la seva consecució tots els mitjans disponibles, doncs en tot pacient existeix un marge d'error independentment de les proves que es realitzen.

Així doncs, el metge no garanteix la curació del malalt, però sí està obligat a la utilització de les tècniques més adequades d'acord amb l'estat actual de la ciència mèdica i les circumstàncies concurrents en cada cas. La mateixa doctrina han seguit altres països del nostre entorn.

- **Dany desproporcionat**

La primera sentència del Tribunal Suprem que va aplicar aquesta teoria en responsabilitat professional mèdica, va ser la Sala 1ª del Tribunal Suprem, de 2 de desembre de 1996, que va establir: *"asimismo, debe establecerse que no obstante ser la profesión médica una actividad que exige diligencia en cuanto a los medios que se emplean para la curación o sanación, adecuados según la lex artis ad hoc, no se excluye la presunción desfavorable que pueda generar un mal resultado, cuando éste por su desproporción con lo que es usual comparativamente, según las reglas de la experiencia y del sentido común, revele inductivamente la penuria negligente de los medios empleados, según el estado de la ciencia y el descuido en su conveniente y temporánea utilización". (STS de 2 de desembre de 1996).*

És a dir, quan es causa un dany anormal o terapèuticament incompatible amb la intervenció mèdica d'acord amb les normes de l'experiència, opera una presumpció de nexe causal entre el dany i l'actuació del metge, de manera que aquest queda obligat a acreditar que el dany no guarda tal relació causal amb la seva actuació. Cas contrari, si no aconsegueix demostrar-ho, quedarà provada la seva culpa o negligència, donant per fet que si no hagués estat per l'actuació negligent del metge no s'hagués produït el dany. D'aquesta manera es va adoptar a la jurisprudència i doctrina espanyoles la doctrina de *res ipsa loquitur* del Common Law, de la *prova prima facie o anscheinbeweis* del dret alemany, de la norma *id quod plerumque accedit* o *criteri de la normalitat* de la tradició jurídica italiana i de la *faute virtuelle*, del dret francès.

Es requereix doncs d'un esdeveniment advers la naturalesa del qual, segons l'estat de l'experiència, únicament pot tenir lloc mitjançant culpa o negligència del facultatiu i que el dany s'ha d'haver ocasionat sota control exclusiu del metge.

A Espanya aquesta doctrina ha tingut una gran acollida en l'àmbit de la responsabilitat mèdico-sanitària, el que ha donat lloc a moltes discrepàncies en la seva aplicació. En aquest sentit, la Sentència del Tribunal Suprem de la Sala 1ª de 31 de gener de 2003, que determinava la responsabilitat d'un cirurgià que va intervenir quirúrgicament a un pacient d'hemorroides sagnants i fissura anal, quedant unes seqüeles d'incontinència anal parcial. Al respecte, el magistrat Marín Castán va emetre un vot particular la fonamentació del qual s'ha instaurat en la doctrina d'aquesta figura. És el següent:

"En cuanto a la doctrina jurisprudencial del "resultado desproporcionado" como elemento que justifica una inversión de la carga de la prueba desplazando sobre el médico o cirujano demandado la demostración de su propia diligencia, es necesario precisarla en sus justos términos como una técnica correctora que exime al paciente de tener que probar el nexo causal y la culpa de aquéllos cuando el daño sufrido no se corresponda con las complicaciones posibles y definidas de la intervención enjuiciada. De ahí que, con arreglo a esa misma doctrina no pueda calificarse de "resultado desproporcionado" el daño indeseado o insatisfactorio pero encuadrable entre los riesgos típicos de la intervención, esto es, entre las complicaciones que sean posibles aun observando el cirujano toda la exigencia exigible y aplicando la técnica apropiada (…). De otro modo, es decir, si se cae en un excesivo reduccionismo que minimice el elemento de la culpa embebeciéndolo en el nexo causal, como igualmente podría hacerse, dando un paso más, en el de la acción u omisión, se desvaloriza esta materia hasta despojarla de lo que para nuestro Derecho Civil constituye la clave del juicio de responsabilidad. Pues bien, de someter los hechos probados a las anteriores consideraciones jurídicas resulta la desestimación de los dos motivos examinados, porque si la técnica quirúrgica aplicada por el demandado fue la adecuada y no la alegada en la demanda como desfasada, si la intervención no dañó el nervio del esfínter, si la lesión muscular del esfínter externo es consustancial o inherente a la técnica quirúrgica aplicada y si, en fin, los trastornos esfinterinos no son descartables tras este tipo de intervenciones, influyendo en ellos factores incluso psicológicos, la imputación del daño al cirujano demandado como "resultado desproporcionado" equivale a hacerle responsable de un riesgo típico pese a haber probado lo correcto de su intervención; en suma, a identificar riesgo típico con resultado desproporcionado". (STS de 31 de gener de 2003).

Quan s'apreciï per part del jutjat l'existència de dany desproporcionat, es produirà el que es coneix com la inversió de la càrrega de la prova. L'existència d'aquesta figura jurídica ve

determinada per la norma general en la responsabilitat civil mèdica. L'article 217 de la LEC determina que qui té la càrrega de provar uns fets, és aquell que reclama el compliment de l'obligació, és a dir, la part demandant.

"2. Corresponde al actor y al demandado reconviniente la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda y de la reconvención.

3. Incumbe al demandado y al actor reconvenido la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos a que se refiere el apartado anterior."

Així doncs, en un procediment per responsabilitat professional mèdica, correspon al demandant la prova dels fets constitutius de la seva pretensió, és a dir, de la negligència o culpa del metge i la relació causal entre aquesta i el dany ocasionat. (*Arbesú, 2016*).

Hem de matisar, però, que la norma distributiva de la càrrega de la prova no respon a uns principis inflexibles, sinó que s'han d'adaptar a cada cas, segons la naturalesa dels fets afirmats o negats i la disponibilitat o facilitat per a provar de la que disposa cada part. (*Sentències del Tribunal Suprem de 23 de setembre de 1986, 18 de maig i 15 de juliol de 1988, 17 de juny i 23 de setembre de 1989*).

La inversió de la càrrega de la prova es constitueix com una excepció al principi general. Aquesta doctrina vol solucionar el problema que sorgeix quan un dels litigants es troba en una situació probatòria difícil i que pot causar-li indefensió.

L'apreciació d'un dany desproporcionat per part del Jutge crea una presumpció desfavorable a la lex artis *as hoc* i desvirtua al professional, no al pacient (*STS 18 de febrer de 1997*). No és més que una manifestació de la doctrina res ipsa loquitur –la cosa parla per si mateixa-, en el sentit que el resultat parla per si sol, implica que alguna cosa s'ha fet malament que provoca que el demandat hagi de provar la diligència en la seva actuació mèdica. (*Uriarte Cordón, 2007*).

- **Pèrdua d'oportunitat**

La teoria o doctrina de la pèrdua d'oportunitat, amb orígens que es situen a França i a Regne Unit, fa referència al supòsit en que el comportament del demandat fa perdre a la víctima la possibilitat d'obtenir un benefici o d'evitar un dany. (*Medina, 2007, p.130*). En la mesura que ens trobem en un escenari d'incertesa causal, aquesta teoria o doctrina permet indemnitzar a la víctima amb una fracció del dany final, doncs el benefici que hauria pogut obtenir era només possible, i el dany podria haver-se o no evitat. En els últims anys aquesta doctrina ha vingut aplicant-se en el camp de la responsabilitat professional mèdica.

La pèrdua d'oportunitat s'aprecia quan una acció o omissió negligent d'un professional sanitari no ha causat directament un dany final al pacient, com seria una lesió o la mort, però sí que la seva actuació ha reduït la probabilitat d'un resultat favorable o ha augmentat la probabilitat d'un resultat perjudicial per la salut del pacient. Cas d'apreciar-se una pèrdua d'oportunitat, no s'indemnitzarà per un dany final, sinó per la pèrdua d'oportunitat d'evitar-lo, cas que l'actuació del professional sanitari hagués sigut diferent. Partim d'una situació d'incertesa causal motivada per l'existència de factor aleatoris que poden incidir en la producció del resultat final. (*Medina, 2007, p. 88*). En la majoria de reclamacions per pretesa mala praxi mèdica, no es pot assegurar amb certesa que, fins i tot amb una actuació correcta, el pacient hagués sobreviscut o s'hagués curat. Aquesta figura doncs, resol aquesta incertesa valorant aquesta pèrdua: l'oportunitat d'obtenir un resultat millor. Es tracta d'una figura creada jurisprudencialment, definida pel Tribunal Suprem com la incertesa sobre que l'actuació mèdica omesa pogués haver evitat o millorat el deficient estat de salut del pacient, amb la conseqüent entrada en joc a l'hora de valorar el dany de dos elements de difícil concreció: el grau de probabilitat de que l'actuació hagués produït un efecte beneficiós i el grau, entitat i abast d'aquest. (*STS de 19 d'octubre de 2011, recurs de cassació nº 5893/2006, STS Sala 3ª de 14 d'octubre 2014, Desestima el recurso de casación contra STSJ Comunidad de Madrid 119/2013, 7 de febrero de 2013)*. Aquesta privació d'expectatives, denominada per la nostra jurisprudència "pèrdua d'oportunitat", es concreta en que és suficient certa probabilitat de que l'actuació mèdica pogués evitar el dany, encara que no es pugui afirmar amb certesa, per reconèixer-la en una xifra que estimativament tingui en compte la pèrdua de possibilitat de curació que el pacient va patir com a conseqüència d'un retard de diagnòstic, per exemple, doncs encara que la incertesa en els resultats és consubstancial en la pràctica de la medicina (circumstància que explica la inexistència d'un dret a la curació), els ciutadans han de comptar amb la garantia de que almenys seran tractats amb diligència i aplicant els mitjans i instruments que la ciència mèdica posa a disposició de les administracions sanitàries. (*STS Sala Tercera 23 de setembre de 2010, STS Sala Tercera de 7 de setembre de 2005, STS Sala Tercera de 26 de juny de 2008, STS Sala Tercera de 25 de juny de 2010.*

Els Tribunals han assenyalat reiteradament que la indemnització ha de limitar-se al valor de l'oportunitat perduda i no al dany total patit pel pacient. (*TSJ de la Comunitat de Madrid, Sala Contenciós-Administrativa nº 994/2021, del 13 de desembre de 2021; TSJ de Castella i Lleó, Sala Contenciós-Administrativa nº 199/2029, del 4 de novembre de 2019; TSJ de Canàries, Sala Contenciós-Administrativa nº 563/2020, del 8 d'octubre de 2020).*

Pel que fa als requisits per aplicar aquesta doctrina, la jurisprudència exigeix la concurrència de varis elements per apreciar l'existència d'una pèrdua d'oportunitat indemnitzable. Aquests són:

1. La incertesa causal. Ha d'existir una situació en la que no es pugui establir amb certesa el nexe causal entre l'actuació mèdica i el dany final, però sí una probabilitat significativa de que una actuació diferent hagués pogut evitar o mitigar el dany. (*TSJ de Andalucía, Sala Contencioso-Administrativo n.º 3884/2020 del 22 de diciembre de 2020; TSJ de Navarra, Sala Contencioso-Administrativo n.º 206/2024 del 10 de julio de 2024).*
2. Una probabilitat real i significativa. No n'hi ha prou amb una mera probabilitat abstracta, s'ha d'acreditar que existia una probabilitat real i rellevant d'obtenir un millor resultat. (*TSJ de Castilla y León, Sala Contencioso-Administrativo n.º 113/2019 del 20 de mayo de 2019).*
3. Una privació d'expectatives. L'actuació mèdica ha d'haver privat al pacient d'una alternativa de tractament o d'una expectativa raonable de curació o millora. (*TSJ de Comunidad de Madrid, Sala Contencioso-Administrativo n.º 464/2021 del 04 de junio de 2021).*
4. Per últim, una indemnització proporcional. La quantia d'indemnització ha d'ajustar-se a la probabilitat de millora perduda, no al dany total. (*TSJ de Cataluña, Sala Contencioso-Administrativo n.º 3370/2022, del 30 de septiembre de 2022; TSJ de Navarra, Sala Contencioso-Administrativo n.º 199/2018, del 29 de mayo de 2018).*

Així doncs, el seu fonament rau en la incertesa sobre el nexe causal entre la conducta o assistència mèdica i el resultat lesiu, el que fa que sigui impossible determinar amb certesa si, actuant segons la lex artis mèdica, el pacient hagués evitat el dany. És per això que la indemnització es quantifica en funció de la probabilitat d'èxit perduda. Aquesta pèrdua d'oportunitat, s'apreciarà, en essència, en 2 supòsits: quan ha existit defecte d'informació, quan l'omissió del facultatiu priva al pacient de la possibilitat de rebutjar la intervenció, i conseqüentment, les seqüeles que en deriven, i per altra banda, quan ha existit un error o retard de diagnòstic i el conseqüent retard en el tractament, en el que la suposada negligència mèdica priva al pacient de determinades expectatives de milloria o curació. (*Santos, 2024*).

1. Defecte d'informació

El consentiment informat ha d'entendre's com una part molt important de l'acte assistencial i dins d'un procés gradual de comunicació en la relació clínica amb el pacient (*Torres, 2008*). La llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, d'àmbit estatal, així com la llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica, d'àmbit autonòmic, que complementa i desenvolupa la llei estatal, regulen el dret del pacient a rebre informació comprensible, veraç i adequada sobre el seu estat de salut. Partint d'aquesta premissa, i essent que el deure d'informació constitueix un element més de la lex artis, quan el pacient no ha estat degudament informat, ja sigui de forma oral, ja sigui de forma escrita, pot apreciar-se un defecte d'informació que

pot comportar responsabilitat civil. El defecte d'informació s'aprecia quan no es compleixen els requisits legals i jurisprudencials del deure d'informar, establerts principalment a la Llei 41/2002 i a la llei 21/2000. (*Llei 41/2002, 2002; Llei 21/2000, 2000*).

La pèrdua d'oportunitat que s'indemnitza en aquests casos no es centra en el resultat final de l'acte mèdic, sinó amb el dany moral derivat de la privació de la llibertat d'elecció. Es té en compte que el pacient, al no disposar de tota la informació de la que té dret, no va poder exercir amb llibertat la seva autonomia. S'indemnitza la pèrdua de possibilitat del pacient d'haver pogut optar per rebutjar el tractament o triar una alternativa a aquest. Quan s'aprecia un defecte en la informació subministrada, normalment el Tribunal indemnitzarà en un 50% de la valoració del dany que correspondria a una mala praxis degudament acreditada. Així s'ha establert jurisprudencialment pel Tribunal Suprem en múltiples sentències, entre d'altres, la Sentència del Tribunal Suprem nº 948/2011 de data 16 de gener de 2012, Magistrat Ponent Seijas Quintana:

"En definitiva, existe una evidente incertidumbre causal en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haber sido informado el paciente, en base a lo cual y dentro del ámbito de la causalidad material o física que resulta de la sentencia, es posible hacer efectivo un régimen especial de imputación probabilística que permite reparar en parte el daño, como es la pérdida de oportunidad, que toma como referencia, de un lado, el daño a la salud sufrido a resultas de la intervención y, de otro, la capacidad de decisión de un paciente razonable que valora su situación personal y decide libremente sustraerse o no a la intervención quirúrgica sin el beneficio de conocer las consecuencias para su salud una vez que estas ya se han producido. Ello exige una previa ponderación de aquellas circunstancias más relevantes desde el punto de vista de la responsabilidad médica, que en el caso se concretan en una intervención clínicamente aconsejable, en la relación de confianza existente entre paciente- médico, en su estado previo de salud, el fracaso del tratamiento conservador, las complicaciones de escasa incidencia estadística y en las consecuencias que se derivaron de la misma; todo lo cual permite cuantificar la indemnización en 254.977,45 euros a favor del Sr. Pedro Enrique y en la cantidad de 9.586,49 euros a favor de cada uno de los restantes codemandantes, es decir, un 50% de lo que hubiera correspondido por una mala praxis médica acreditada, tomando como referencia la misma que recoge la sentencia de la Audiencia, mediante la aplicación del baremo, que no ha sido cuestionada".

2. Error o retard de diagnòstic o de tractament

L'error o el retard de diagnòstic pot generar responsabilitat professional sempre que s'apreciï un dany derivat del mateix, i que es demostri que el professional no va actuar d'acord amb la

lex artis ad hoc. Si aquest retard va provocar la pèrdua de la possibilitat de rebre un tractament que afavorís un millor pronòstic pel pacient, s'indemnitzarà la pèrdua d'oportunitat d'haver pogut optar a sotmetre's-hi. En aquests casos, la indemnització no es calcularà tenint en compte la totalitat del dany final sofert pel pacient, sinó el dany generat per la reducció de les probabilitats d'un resultat favorable: caldrà valorar si el dany hagués estat menor cas d'haver tingut un diagnòstic correcte o precoç. La pèrdua d'oportunitat esdevé indemnitzable quan el pacient es veu privat de la possibilitat d'un tractament que hauria pogut millorar la seva qualitat de vida, reduir seqüeles o allargar la seva supervivència.

Aquesta doctrina ha estat aplicada amb freqüència per la Sala Tercera del Tribunal Suprem, en supòsits d'error o retard en el diagnòstic i posterior tractament, conseqüència moltes vegades de la no realització o realització tardana de les proves necessàries per a detectar la malaltia. En aquest casos el pacient ha patit un dany cert, però no és possible determinar amb certesa si l'actuació del facultatiu en va ser la causa, doncs l'existència de factors aleatoris propis de la medicina impedeix que pugui saber-se si, d'haver existit un diagnòstic o tractament correcte precoç, el resultat hagués sigut el mateix. Existeix en aquells supòsits en els que és dubtosa l'existència de nexe causal o concorre una evident incertesa sobre la mateixa. *(SSTS 8548/2012; STS 462/2018)*. El Suprem posa de manifest a més, que si no hi ha incertesa causal, no es pot parlar de pèrdua d'oportunitat. (*STS 4697/2012)*. No estem davant d'un dany autònom i diferent al dany corporal final, sino davant d'una fórmula que permet imputar responsabilitat al demandat en proporció a la probabilitat de que hagi causat el dany. (*Santos, 2024*).

La pèrdua d'oportunitat en el retard de diagnòstic prenatal o error de diagnòstic durant el control ecogràfic és conegut com a *Wrongful Birth*. L'existència del diagnòstic prenatal com a mètode de detecció d'una malformació del fetus, juntament amb el principi d'autonomia de la gestant i el dret a l'avortament regulat a la Llei Orgànica 2/2010, de Salut Sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, comporten que l'error o retard en el diagnòstic prenatal comporti una pèrdua d'oportunitat indemnitzable per la gestant. El seu fonament radica en la pèrdua d'oportunitat de decidir si sotmetre's a pràctiques abortives, al no diagnosticar-se a temps una patologia al *nasciturus* prèviament detectable. Aquesta acció intenta protegir els valors essencials de la llibertat, autonomia i autodeterminació de la dona. (*Aragonès et al, 2016*).

e. RESPONSABLITAT PROFESSIONAL MÈDICA EN OBSTETRÍCIA

Tant a nivell internacional com en el nostre context, la subespecialitat d'obstetrícia fa front a les indemnitzacions d'import més elevat degut a la profunda càrrega emocional i impacte social que comporta qualsevol dany en l'àmbit del naixement. Això fa que sigui una especialitat que sempre està en el punt de mira. (*Chandra et al, 2005; Arimany et al, 2013*). Moltes de les reclamacions per responsabilitat professional mèdica en l'àmbit de l'obstetrícia comporten indemnitzacions conegudes com a "catastròfiques". En el nostre context, el concepte "d'indemnitzacions catastròfiques" i la seva anàlisi tenen com a precedent un treball efectuat al SRP del CoMB, en el que es van definir les *indemnitzacions catastròfiques* com aquelles amb un import d'indemnització superior al 200.000€. (*Arimany et al, 2016*).

Segons un estudi retrospectiu i jurisprudencial de sentències dictades pels òrgans superiors del sistema judicial espanyol, del període 1987 a 2013, es van localitzar 85 sentències de la via penal sobre ginecologia i obstetrícia, la probabilitat de condemna en esdeveniments relacionats amb el part va ser del 36,6%. El 69,2% dels casos de denúncies en via penal per dany cerebral van acabar amb condemna i amb les indemnitzacions econòmiques més elevades. En via civil es van localitzar 431 casos, dels quals el 56,6% van acabar amb una sentència condemnatòria. La lesió cerebral permanent és la variable amb més pes en el resultat d'una sentència condemnatòria. Les indemnitzacions més elevades es van donar en obstetrícia, i en aquesta especialitat la possibilitat de condemna va ser del 57,7%. Els casos amb la indemnització més elevada va ser pels casos de lesions o mort al recent nascut, amb indemnitzacions superiors als 300.000€. (*García, 2017, a*). Els danys al fetus o recent nascut com el dany cerebral permanent i la mort, representen les situacions de major risc de condemna en l'especialitat d'obstetrícia. A més, són les que comporten les indemnitzacions més elevades de l'especialitat (*García, 2017, b*).

Les lesions cerebrals en nounats també han estat objecte de preocupació en organismes tan rellevants com, per exemple, l'NHS (National Health Service, el Servei Nacional de Salut de Regne Unit). L'NHS Resolution (NHSR), abans anomenat NHS Litigation Authority, és l'organisme públic del Regne Unit que gestiona, en nom del NHS, les reclamacions que tenen origen en suposades assistències mèdiques defectuoses. Les funcions principals del NHS Resolution són gestionar reclamacions per negligència mèdica investigant casos, negociant acords i defensant el NHS als Tribunals. A més a més, fa un treball de prevenció de futurs incidents aprenent dels errors, identificant patrons i emetent recomanacions de seguretat clínica. L'NHSR indemnitza a tots aquells reclamants que han patit un dany antijurídic conseqüència de l'actuació d'un facultatiu no ajustada a la *lex artis*. Com que es tracta d'una institució pública agregada al propi NHS, les indemnitzacions es concedeixen mitjançant diner públic. El NHSR té un equip dedicat exclusivament a les reclamacions de l'especialitat d'obstetrícia degut a les elevades indemnitzacions relacionades amb aquesta especialitat, i en concret, a les originades per assistències defectuoses que han comportat

lesions cerebrals durant el part. A més a més, tots els hospitals del NHS tenen instaurada l'obligació de comunicar al NHSR tots els incidents relacionats amb la maternitat produïts des de l'1 d'abril de 2017, a través de l'anomenat Early Notification Scheme. La majoria de comunicacions són per anòxia perinatal. Un cop n'és coneixedor, l'NHSR ho estudia i si considera que és un cas de risc, contacta *motu proprio* amb els familiars i se'ls proposa ser indemnitzats, sense esperar reclamació prèvia. De moment, la comunicació a l'NHSR només és obligatòria en l'àrea d'obstetrícia. Les reclamacions en obstetrícia durant el període 2016/2017 van suposar el 10% de les rebudes, però el valor d'aquestes constituïa el 50% del valor total (valor total: £4.370.300.000). En la resta d'especialitats, el deure de comunicació de l'error és amb el pacient, anomenat *Duty of Candour* (o deure de sinceritat). (*Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2014)*. És una obligació legal per a tots els proveïdors de serveis de salut a Regne Unit, que obliga a la transparència de cara al pacient i familiars quan alguna cosa surt malament, s'adverteix un error o es causa un dany. Un cop el pacient n'és coneixedor, és aquest qui decidirà si presentar o no la reclamació. (*Aragonès et al, 2018*).

Figure 4: The number of clinical negligence claims received in 2016/17 by specialty

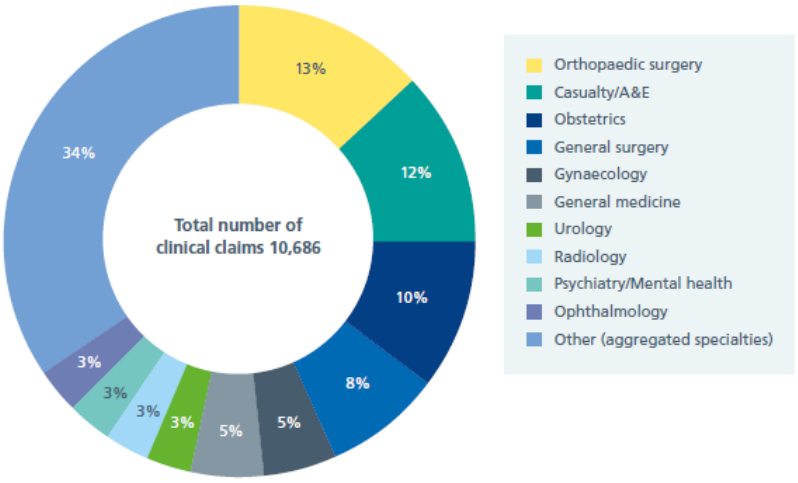
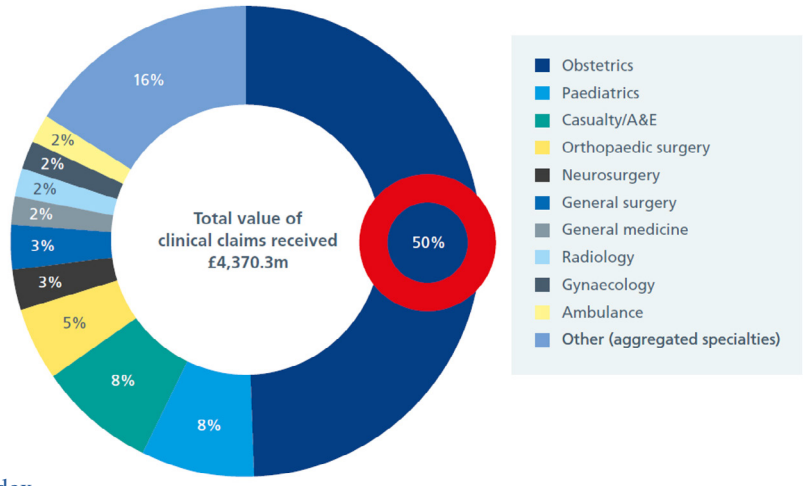


Figure 5: The value of clinical negligence claims received in 2016/17 by specialty



(Font: Five years of Cerebral Palsy Claims: A thematic review of NHS Resolution Data. Magro, 2017)

En definitiva, el model del Regne Unit a través de l'NHS Resolution representa un canvi de paradigma en la gestió de la mala praxi obstètrica. Mentre que en la majoria d'especialitats preval el Duty of Candour —que trasllada la iniciativa de reclamar al pacient—, en el cas de les lesions cerebrals neonatals el sistema actua d'ofici. Aquest esquema busca agilitzar les indemnitzacions per a unes famílies que s'enfronten a costos de cura altíssims. L'objectiu final és doble: garantir una reparació justa sense necessitat de procediments judicials prolongats i reduir la incidència d'anòxies perinatals mitjançant la identificació precoç de patrons d'error en el sistema sanitari.

- **La violència obstètrica**

A l'abordar la responsabilitat professional mèdica en l'àmbit de la obstetrícia, hem de destacar-ne un tipus molt concret: aquella que es deriva de la coneguda com a violència obstètrica. La violència obstètrica és un tipus de violència sobre la dona que té lloc en l'àmbit de l'atenció mèdica durant l'embaràs, part i post part i es caracteritza per un tracte deshumanitzat i paternalista en el que destaca la sobremedicació i l'excés terapèutic i el poc respecte al procés fisiològic natural de l'embaràs. (*Organització de les Nacions Unides -ONU-, 2019*). L'apreciació de violència obstètrica en l'actuació mèdica, el que també comporta una infracció de la lex artis mèdica, pot comportar responsabilitat professional mèdica. Recentment s'adverteix un increment de reclamacions judicials i extrajudicials per suposada violència obstètrica, i tot i que és degut a una confluència de factors; es considera que essencialment és degut a que en l'actualitat existeix una major conscienciació social que ha permès que moltes dones identifiquin com a violència experiències que abans tenien normalitzades. En concret, a Catalunya, des de l'any 2022, el Servei Català de la Salut fa seguiment a les reclamacions vinculades a la violència obstètrica i a l'atenció sexual i reproductiva als centres del sistema sanitari públic. Fins l'any 2024 es van rebre un total de 333 queixes (*García Morales, 2026*).

Com va assenyalar l'Organització Mundial de la Salut l'any 2024, *"el maltractament, la negligència o la manca de respecte durant el part poden constituir-se en una violació dels drets humans fonamentals de les dones, descrits en les normes i els principis internacionals de drets humans"*.

La violència obstètrica es pot manifestar a través de diverses conductes:

- A través de la pràctica de maniobres no consentides o innecessàries, com seria la maniobra Kristeller durant el part o la pràctica de episiotomies o cesàries sense una justificació mèdica clara o consentiment informat de la gestant.
- Transmetent informació tècnica de forma poc clara i accessible, el que en dificulta la comprensió per part de la dona. La informació és fonamental per tal que la dona pugui prendre decisions lliures i informades sobre el seu propi cos.

- La patologització de processos fisiològics, tractant l'embaràs i part com malalties, quan això provoca la pràctica de intervencions o pauta de medicació innecessària.
- Un excés de cesàries sense indicació mèdica real, en l'exercici d'una medicina defensiva davant el mínim risc d'asfíxia durant el part.

Tot i que a l'Estat Espanyol no existeix una regulació específica sobre la violència obstètrica, el dret de les dones a no patir-la té fonament en un conjunt de normativa que protegeixen la dignitat i els drets de les dones en l'àmbit sanitari. En essència, el fonament legal seria el següent:

- La CE (Constitució Espanyola, 1978):

  - L'article 10 de la CE reconeix la dignitat de la persona i el lliure desenvolupament de la personalitat. La decisió sobre el propi cos s'hi emmarca.
  - L'article 15 de la CE garanteix el dret a la integritat física i moral, pel que qualsevol agressió al cos innecessària o efectuada sense consentiment atempta contra aquest dret.
  - L'article 43 de la CE garanteix el dret a la protecció de la salut.

- Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica (*Llei 41/2002, 2002*), d'àmbit estatal, així com la llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica, (*llei 21/2000, 2000*) d'àmbit autonòmic. Com hem dit, aquestes lleis consagren el consentiment informat com dret fonamental del pacient, i per tant, de la dona gestant. Qualsevol actuació en l'àmbit de la salut requereix del consentiment lliure, voluntari i informat de la persona afectada, i això exigeix haver rebut la informació adequada amb caràcter previ.

- Llei Orgànica per la igualtat efectiva de homes i dones (*LO 3/2007, 2007*), llei estatal. El seu article 27 obliga a les administracions públiques a garantir un igual dret a la salut per a homes i dones. A nivell autonòmic, tenim la catalana 17/2015, que adapta i amplia el marc general anterior a la realitat social de Catalunya.

- Llei 17/2020, de 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a eradicar la violència masclista. Aquesta és pionera en incorporar els concepte de violència obstètrica com a forma de violència masclista.

En definitiva, la violència obstètrica tot i no tenir una definició jurídica explícita es fonamenta en la pròpia CE i legislació sobre autonomia del pacient i igualtat entre homes i dones. L'augment en els últims anys de les reclamacions per suposada violència obstètrica obeeix a un canvi social profund on les dones reclamen el seu dret a decidir sobre els seus processos fisiològics com són l'embaràs i el part i a rebre un tracte digne i respectuós.

f. ASFÍXIA INTRAPART I ENCEFALOPATIA HIPÒXICO ISQUÈMICA



Dra. Virginia Apgar, pediatra i anestesista, experta en obstetrícia contra la mortalitat infantil.

L'asfíxia perinatal és l'agressió produïda al fetus o nounat per manca d'oxigen i/o perfusió tissular inadequada, sovint associada amb acidosis làctica i hipercàpnia. Aquesta definició no és operativa en la clínica, doncs es tenen en compte diferents criteris com poden ser alteracions en la freqüència cardíaca fetal, presència de líquid amniòtic meconial, acidosi metabòlica, baixes puntuacions al test d'Apgar (examen clínic que es realitza al recent nascut després del part, tenint en compte 5 paràmetres: to muscular, esforç respiratori, freqüència cardíaca, reflexes, color de la pell), signes clínics de lesió cerebral post-asfíctica, manifestacions clíniques extra-neurològiques – principalment el fracàs per iniciar moviments respiratoris després del naixement-, etc. En aquests criteris es barregen els conceptes de patiment fetal agut o distrès fetal o estat fetal no tranquil·litzador i encefalopatia hipòxica-isquèmica. Segons els protocols de la Associació Espanyola de Pediatria (AEPD), l'asfíxia perinatal és una condició complexa, essent el seu diagnòstic de vegades dubtós o confús. (*García-Alix et al, 2005; Antonucci et al, 2014*).

L'encefalopatia hipòxica-isquèmica neonatal aguda (EHIN) és el dany cerebral produït per una anòxia cerebral intensa i persistent després d'un episodi d'asfíxia perinatal, caracteritzada per deteriorament de l'estat d'alerta, alteracions del to muscular i reflexos, i convulsions en casos greus. Es classifica en lleu, moderada i severa; la forma moderada i severa pot generar seqüeles permanents o mort. Cal diferenciar la EHIN d'altres encefalopaties hipòxico-isquèmiques (EHI), que es poden donar de forma prenatal durant la gestació i que també poden presentar una clínica similar però no seria conseqüència d'una asfíxia intrapart (*American College of Obstetricians and Gynecologists & American Academy of Pediatrics, 2014*).

La incidència de l'EHIN és d'1 per mil naixements al nostre entorn i constitueix la principal causa de mortalitat neonatal i morbiditat en nounats a terme, responsable del 20% dels

casos de paràlisi cerebral (PC) i, després de la prematuritat severa, del problema neurològic neonatal més rellevant (*Garcia-Alix et al, 2009*).

En els protocols de neonatologia, *en concret «Asfíxia intraparto y encefalopatia hipóxico-isquémica» de García-Alix*, al capítol *«Asfíxia intraparto y encefalopatia hipóxico-isquémica»*, es destaca la dificultat per establir un diagnòstic precís d'asfíxia basant-se en indicadors tradicionals com el test d'Apgar o el PH de cordó, ja que aquests són imprecisos i inespecífics. El terme asfíxia perinatal i la seva implicació en la discapacitat dels nounats es restringeix als casos que presentin indicadors perinatals d'asfíxia (com el Test d'Apgar baix, pH baix, aigües meconials, RCTG patològic, etc.) i, a més a més, presentin una encefalopatia aguda neonatal i en últim lloc una afectació hipòxico-isquèmica d'almenys un altre òrgan. En definitiva, l'asfíxia és la causa o esdeveniment patogen, i l'encefalopatia hipòxico isquèmica aguda neonatal és la manifestació clínica neurològica resultant d'aquesta agressió. Es subratlla en els mateixos protocols que és habitual que es judicialitzin aquests casos. Les famílies acostumen a al·legar que la condició del nadó és deguda a una deficient actuació per a detectar o prevenir l'asfíxia intrapart. No obstant, adverteixen:

- L'inici, la duració i altres factors que determinen la gravetat de l'agressió són en la majoria dels casos, desconeguts.

- Els criteris perinatals que suggereixen asfíxia no són prova de que la lesió cerebral s'hagi originat durant el part.

- Molts nounats amb criteris d'asfíxia perinatal tenen antecedents prenatals que podrien haver contribuït a l'EHIN.

g. PARÀLISI CEREBRAL

La paràlisi cerebral (PC) es defineix com un grup heterogeni de trastorns permanents del desenvolupament, del moviment i de la postura, que causen una limitació de l'activitat i que són atribuïbles a una agressió no progressiva en el cervell en desenvolupament del fetus o del lactant. Encara que les lesions són permanents, les manifestacions clíniques poden evolucionar amb l'edat, especialment en relació amb el creixement, la plasticitat cerebral i les intervencions terapèutiques. (*Vitrikas, 2020*). La incidència de nounats amb PC és de 2,3/1000 naixements, augmentant fins a 10/1000 en nadons prematurs o de baix pes. (*Oskoui et al, 2013; Stanley et al, 2000*).

A Espanya, les dades són similars a les d'altres països europeus. (*Garcia-Alix et al, 2009).* Malgrat els avenços en l'assistència obstètrica i neonatal, la supervivència de prematurs extrems i d'infants amb patologies greus ha contribuït a mantenir aquestes xifres.

S'han desenvolupat diverses classificacions per descriure la PC. La més utilitzada a l'àmbit clínic és la basada en la topografia o localització i el to muscular: (*National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2020; Patel et al, 2020).*

- **Espàstica:** la més freqüent, pot ser hemiplegia, diplègia o quadriplègia.
- **Discinètica:** caracteritzada per moviments involuntaris.
- **Atàxica:** marcada per problemes de coordinació i equilibri.
- **Mixta:** combina trets de diferents tipus.

La PC rarament es presenta de manera aïllada. Les comorbiditats més freqüents inclouen: (*American College of Obstetricians and Gynecologists & American Academy of Pediatrics, 2014).*

- Discapacitat intel·lectual (en el 50-60% dels casos).
- Epilèpsia (30-40%).
- Trastorns de conducta i dificultats d'aprenentatge.
- Trastorns de la parla i del llenguatge.
- Alteracions visuals i auditives.

Aquest conjunt de factors contribueix a la càrrega assistencial i social que comporta la malaltia.

La causa o etiologia de la PC és complexa i multifactorial. En la majoria dels casos, la causa específica és desconeguda; la lesió cerebral pot produir-se abans, durant o poc després del naixement. Causes habituals de PC són: prematuritat severa, corioamnionitis, infeccions maternes, restricció del creixement fetal, gestacions múltiples i factors genètics (més del 30% dels casos) (*Korzeniewski et al, 2018; MacLennan et al, 2015; Zouvelou et al, 2019; Hakami et al, 2019; Pearson et al, 2019; Yoon et al 2003; Moreno-De-Luca, 2021*).

En aquests casos, la PC no seria atribuïble a una mala praxi obstètrica. Una causa rellevant de paràlisi cerebral és l'encefalopatia hipòxica-isquèmica neonatal (EHIN) per asfíxia perinatal, que representa menys del 20% dels casos i seria la principal causa en què es podria adduir mala praxi obstètrica.

Els esdeveniments que provoquen anòxia poden ocórrer de forma aïllada, però les evidències donen suport a la "teoria dels dos cops" (*two-hit theory*), segons la qual els nounats exposats a un entorn intrauterí advers són més vulnerables a un segon esdeveniment advers perinatal. (*Leviton et al, 2013).* Durant el part, el fetus és especialment susceptible a nous esdeveniments agressius, i també s'han descrit casos amb múltiples esdeveniments agressius/cops (*multiple hit theory*). A més, factors genètics poden augmentar el risc d'anòxia en el part. (*Magro, 2017; Korzeniewski et al, 2016; MacLennan, 1999).*

S'han establert criteris de consens internacional (International Task Force) per determinar la relació causal entre l'asfíxia i la paràlisi cerebral. (*Phelan et al, 2011*).

Aquests criteris són:

Criteris essencials:

CRITERIS ESSENCIALS	DESCRIPCIÓ
Acidosi metabòlica	pH <7 i excés de base <-12 mmol/L en sang de cordó o nounat primers instants de vida
EHIN	El nounat ha de presentar una EHIN de grau moderat o sever
Tipus de PC	La seqüela ha de ser específicament quadriplegia espàstica o de tipus discinètica
Exclusió d'altres causes de PC	Cal descartar traumatismes, infeccions, trastorns genètics i malformacions cerebrals

En l'àmbit de la RPM, aquests criteris són fonamentals. Són el llindar mínim. Sense ells, no hi ha asfíxia. Si falta un d'aquests quatre elements, no es pot provar el nexe causal entre l'assistència al part i la lesió. Els primers quatre criteris essencials tenen una correlació del 94-100% amb asfíxia aguda neonatal. (*MacLennan, 1999*).

Criteris no específics que suggereixen hipòxia aguda o crònica:

CRITERIS NO ESPECÍFICS	INDICADORS CLÍNICS RELLEVANTS
Esdeveniments sentinella	Esdeveniments aguts i greus: ruptura uterina, prolapse de cordó umbilical o despreniment de placenta (hemorràgia antepart)
Monitoratge fetal	Bradicàrdia sobtada: caiguda dràstica i mantinguda de la freqüència cardíaca fetal immediatament després de l'esdeveniment sentinella
Vitalitat al néixer	Apgar molt baix: puntuació inferior a 4 als 5 minuts de vida
Estat del nounat	Fallada multisistèmica: quan l'asfíxia afecta a altres òrgans a banda del cervell (ronyons, cor, fetge)
Neuroimatge precoç	Signes d'edema cerebral o hemorràgia detectats mitjançant ecografia o ressonància en els primers 5 dies de vida

Aquests indicadors serveixen per descartar que el problema fos "crònic" (que el nadó patís alguna patologia amb anterioritat). A diferència dels essencials, aquests són de suport. La seva presència reforça que l'asfíxia ha estat aguda i intrapart. En resum, cas de tenir els criteris essencials, es confirma que el dany és per asfíxia durant el part. Si a més a més també es tenen els no específics, en tenim la prova definitiva.

h. RESPONSABILITAT PROFESSIONAL PER MORT NEONATAL I PARÀLISI CEREBRAL PER ASFÍXIA PERINATAL

Les reclamacions per responsabilitat professional mèdica derivades de lesions neonatals durant el part acostumen a basar-se en que l'actuació obstètrica no va detectar a temps signes de patiment fetal ni va intervenir de manera adequada. Entre els errors més citats hi ha:

- Interpretació incorrecta del registre cardiotocogràfic.
- Retard en la indicació de cesària urgent.
- Ús inadequat de tècniques instrumentals.
- Deficiències en la reanimació neonatal.

Estudis actuals confirmen que la majoria de casos de PC no són atribuïbles a errors mèdics en el part, encara que alguns casos de PC sí podrien ser evitables. Les indemnitzacions relacionades amb PC evitable representen un percentatge molt elevat del cost total per reclamacions, com demostra l'experiència del Regne Unit -50% del total de les indemnitzacions per suposada mala praxi mèdica, són de l'especialitat d'obstetrícia, període 2016-2017. (*Magro, 2017*).

Històricament, es creia que la paràlisi cerebral era majoritàriament causada per asfíxia intrapart, associada a complicacions en el part. A partir dels anys 60, la monitorització cardíaca fetal va ser utilitzada per detectar possible hipòxia, correlacionant bradicàrdies amb risc de dany cerebral. Aquesta pràctica es va convertir en criteri de bona praxis en procediments judicials per responsabilitat professional mèdica, tot i la manca d'evidència científica. A la vegada, la presència d'alteracions en la monitorització cardíaca prèvia al part en casos de PC sense haver realitzat una cesària a temps podia representar el principal motiu de condemna (*Johnson et al, 2011*); (*Sartwelle et al, 2015*); (*Anderson, 2013*).

Les evidències actuals indiquen que la PC habitualment no és atribuïble a una mala praxi en el moment del part, la qual cosa contrasta amb les freqüents reclamacions i les indemnitzacions concedides (*Johnson et al, 2011; Donn et al, 2014*). En aquests casos, s'han utilitzat arguments com la presència d'alteracions en la monitorització electrocardiogràfica en nounats amb paràlisi cerebral quan no s'ha practicat una cesària a temps.

La resposta dels serveis sanitaris a l'augment de reclamacions per aquest motiu durant les últimes cinc dècades ha estat sovint la pràctica d'una medicina defensiva (*Sartwelle et al, 2015*). Aquest fenomen es caracteritza per la presa de decisions clíniques orientades a la minimització del risc a rebre reclamacions del professional, no orientades al benefici de la pacient. Així, en països com Regne Unit i els EUA, el naixement per cesària representa entre el 25% i el 30% dels casos. L'increment del nombre de cesàries en aquestes cinc dècades no ha reduït la incidència de paràlisi cerebral, però sí que ha augmentat la morbiditat materna, amb més risc d'hemorràgia, infeccions, tromboembolismes i complicacions en embarassos posteriors. A la vegada, la pràctica d'aquesta medicina defensiva pot arribar a generar reclamacions per presumpta violència obstètrica cap a la dona, doncs s'està aplicant un mètode més agressiu injustificadament per prevenir reclamacions (*Villar et al, 2007; Silver, 2012*). Com ja s'ha explicat anteriorment, pot produir-se violència obstètrica al prioritzar protocols de seguretat jurídica sobre l'evidència clínica de la gestant, s'incorre en molts casos en la medicalització excessiva del part, el que pot vulnerar l'autonomia de la dona i la seva integritat física.

Un article editorial del president de la SEGO (*Bajo, 2005*) abordava la relació entre l'asfíxia intrapart i la paràlisi cerebral, destacant que aquesta associació és poc freqüent i que la majoria dels casos de PC tenen causes no relacionades amb el part, com a anomalies genètiques, metabòliques, infeccions o traumatismes. Es criticava la tendència històrica d'atribuir la PC a errors mèdics durant el part, la qual cosa portava a judicis sense fonament contra obstetres. Es remarcaven els criteris essencials per a diagnosticar la PC associada a asfíxia intrapart, com a acidosi metabòlica severa (pH baix inferior a 7), encefalopatia neonatal aguda, tipus específics de PC (quadriplegia espàstica o discinètica) i exclusió d'altres causes. A més, es subratllava la necessitat de mesurar el pH i l'excés de bases en la sang fetal després del part com a pràctica rutinària. El document també assenyalava que la majoria dels casos d'encefalopatia hipòxica-isquèmica tenen el seu origen abans del part i que els signes clínics tradicionals, com el test de Apgar baix o la presència de meconi, són inespecífics i no suficients per a diagnosticar asfíxia intrapart. Es feia una crida a estandarditzar la terminologia i a realitzar recerques més precises per a evitar diagnòstics erronis, i es ressaltava la importància d'un pacte social per a fer costat a les famílies afectades.

Atesa la rellevància del registre cardiotocogràfic (RCTG) en la presa de decisions durant el part, la Federació Internacional de Ginecologia i Obstericia (FIGO), va publicar guies de consens sobre el monitoratge fetal mitjançant cardiotocografia amb la finalitat d'unificar criteris interpretatius. L'objectiu no només era optimitzar els resultats dels parts, sinó també reduir la variabilitat interpretativa i minimitzar la medicina defensiva, que pot comportar violència obstètrica, així com resolucions judicials científicament poc fonamentades (*Ayres-de-Campos et al, 2015*).

La guia proporciona recomanacions per l'ús, maneig clínic i interpretació del registre cardiotocogràfic durant el part. El monitoratge continu amb RCTG es recomana en casos d'alt risc d'asfíxia, però el seu ús en embarassos de baix risc és controvertit, doncs no ha demostrat reduir la mortalitat ni la paràlisi cerebral. El seu ús rutinari en casos de baix risc pot augmentar les cesàries sense millorar els resultats perinatals.

Recomanacions per l'ús, maneig clínic i interpretació del RCTG

Paràmetre	Normal	Sospitós	Patològic
Línia basal	110–160 bpm	Falta almenys una característica de normalitat, però sense criteris patològics	<100 bpm
Variabilitat	5–25 bpm	Falta almenys una característica de normalitat, però sense criteris patològics	Variabilitat reduïda, variabilitat augmentada o patró sinusoidal
Desacceleracions	No hi ha desacceleracions repetitives	Falta almenys una característica de normalitat, però sense criteris patològics	Desacceleracions tardanes o prolongades repetitives durant >30 min o 20 min si hi ha variabilitat reduïda, o una desacceleració prolongada >5 min
Interpretació	Fetus sense hipòxia/ acidosi	Fetus amb baixa probabilitat d'hipòxia/acidosi	Fetus amb alta probabilitat d'hipòxia/acidosi
Maneig clínic	No cal intervenció per millorar l'oxigenació fetal	Corregir causes reversibles si s'identifiquen, monitoratge estret o mètodes addicionals per avaluar l'oxigenació fetal	Acció immediata per corregir causes reversibles, mètodes addicionals per avaluar l'oxigenació fetal o, si no és possible, accelerar el part. En situacions agudes (prolapse de cordó, ruptura uterina o despreniment de placenta) cal realitzar part immediat

El RCTG és una eina útil però limitada, l'ús de la qual requereix una interpretació acurada i una formació adequada per evitar intervencions innecessàries. És a dir, la capacitat del RCTG per predir els resultats adversos és limitada, especialment a l'hora de distingir amb precisió entre els casos que realment presentaran complicacions i els que no. El monitoratge continu pot reduir les convulsions però no la mortalitat ni el risc de PC. La interpretació dels resultats és bastant subjectiva, i com que la hipòxia no apareix de cop sinó que evoluciona progressivament, és difícil prendre decisions precises. Al l'analitzar els casos retrospectivament un cop ja s'ha donat l'esdeveniment advers, sovint els registres es consideren més patològics. La subjectivitat en la interpretació limita la capacitat predictiva de hipòxia i acidosi, ja

que molts registres que a priori semblen anormals finalment no acaben amb hipòxia. En conclusió, per tal de que s'apliqui de forma correcta, calen guies clares, formació continuada i utilitzar altres tecnologies que ajudin a completar la informació.

i. VALORACIÓ DE LES INDEMNITZACIONS PER PARÀLISI CEREBRAL I MORT SECUNDÀRIES A ASFÍXIA PERINATAL. L'IMPACTE DE LA LLEI 5/2025 EN LA RESPONSABILITAT CIVIL MÈDICA DERIVADA D'ANÒXIES NEONATALS

Les indemnitzacions que es concedeixen per l'apreciació de responsabilitat professional mèdica, ja sigui per part dels Jutges en sentència en fase judicial com per part de les pròpies companyies asseguradores al proposar un acord extrajudicial, normalment es quantifiquen segons el barem establert a la *Llei 35/2015, de 22 de setembre, de reforma del sistema per a la valoració dels danys i perjudicis causats a persones en accidents de circulació*, que modificava el Text Refós de la Llei sobre Responsabilitat civil i assegurances en la circulació de vehicles a motor, aprovat pel Reial Decret Legislatiu 8/2004 de 29 d'octubre. Tot i que aquesta no és d'aplicació obligatòria a l'hora de calcular les indemnitzacions per responsabilitat professional mèdica, la pràctica habitual és que jutges i tribunals l'apliquin de forma orientativa, i en conseqüència, també les companyies asseguradores dels metges a l'hora d'oferir una indemnització. En definitiva, aquest barem és el que s'utilitza per analogia per molts Jutges i Tribunals a l'hora de concedir indemnitzacions derivades de casos on s'aprecia responsabilitat professional mèdica (*Llei 35/2015, 2015*).

Recentment, es va dur a terme una nova reforma significativa del text refós. La nova Llei 5/2025 *por la que se modifican el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras*, introdueix modificacions rellevants que afectaran directament la quantificació de les indemnitzacions concedides per responsabilitat professional mèdica. Per tant, la nova llei afectarà directament a les obligacions econòmiques de les companyies asseguradores que donen cobertura a la responsabilitat civil dels metges i metgesses pel que fa al mecanisme d'actualització de les quanties indemnitzatòries.

Fins aquell moment, amb la redacció de la Llei 35/2015, l'actualització de les quanties del barem es basava en l'índex de revalorització de les pensions. L'Article 49 del Text Refós establia:

"1. A partir del año siguiente a la entrada en vigor de esta Ley, las cuantías y límites indemnizatorios fijados en ella y en sus tablas quedan automáticamente actualizadas con efecto a 1 de enero de cada año en el porcentaje del índice de revalorización de las pensiones previsto en la Ley de Presupuestos Generales del Estado." Aquest índex ha estat històricament més estable i, en general, més baix que l'IPC. Això proporcionava a les asseguradores una

major previsibilitat en el càlcul de les seves provisions tècniques per a sinistres de llarga durada, com són els casos de grans lesionats per anòxia neonatal.

La Llei 5/2025 modifica aquest punt. Segons la seva Disposició final novena, la modificació de l'article 49.1 que estableix una actualització conforme a l'Índex de Preus al Consum (IPC), produirà efectes a partir de l'1 de gener següent a l'entrada en vigor de la llei. L'IPC és un indicador més volàtil i, en els darrers anys, significativament més alt que la revalorització de les pensions. Aquest canvi té conseqüències directes i molt rellevants:

- Increment Exponencial dels Costos Futurs: En un cas d'anòxia neonatal amb seqüeles greus, partides com els despeses previsibles de assistència sanitària futura o l'ajuda de tercera persona es projecten per a tota la vida del perjudicat. Una actualització anual basada en l'IPC pot disparar el cost total de la indemnització al llarg de les dècades, superant àmpliament les previsions fetes amb l'índex anterior.

- Major Incertesa per a les Asseguradores: La volatilitat de l'IPC dificulta enormement el càlcul de les provisions tècniques. Les asseguradores hauran de reservar quantitats molt més elevades per fer front a aquestes obligacions futures, la qual cosa impacta directament en la seva solvència i en els requisits de capital.

En definitiva, la Llei 5/2025 obre una etapa de modernització en la gestió del risc per a les asseguradores de responsabilitat civil sanitària. El fet de passar a utilitzar l'IPC per actualitzar les indemnitzacions en casos complexos (com els danys a nadons) suposa un canvi que convida a treballar amb més precisió:

- Indemnitzacions més realistes: El nou sistema permet que les ajudes als grans lesionats vagin a l'una amb el cost de la vida, protegint millor el futur de les víctimes.

- Gestió més professional: Aquest escenari demana a les asseguradores una revisió a fons de les seves previsions i una actualització de les seves estratègies per mantenir el servei a l'alçada de les noves necessitats.

- Més protecció i valor: Es reforça la idea que la víctima no perdi poder adquisitiu amb el pas dels anys, un compromís que ja es va començar a dibuixar amb la llei de 2015.

En definitiva, estem davant d'un repte de gestió. El sector té ara l'oportunitat de demostrar la seva capacitat d'adaptació, assumint un paper clau en la protecció dels pacients i garantint que el sistema sigui sostenible a llarg termini.

j. LITERATURA CIENTÍFICA I EXPERÈNCIA INTERNACIONAL

Al Regne Unit, l'NHS Resolution ha publicat informes que mostren que les reclamacions per asfíxia intrapart són les que generen les indemnitzacions més elevades dins del sistema públic de salut. A Espanya, diversos estudis apunten en la mateixa direcció.

L'NHS del Regne Unit va dur a terme un estudi retrospectiu i descriptiu per al període 2012-2016, basat en la revisió i classificació de reclamacions per presumpta assistència mèdica negligent gestionades pel NHS Resolution. Aquest estudi analitza exhaustivament les reclamacions per PC a Regne Unit, amb l'objectiu d'identificar factors que provoquen lesions cerebrals evitables, compartir l'aprenentatge amb el sistema sanitari i establir recomanacions per reduir la incidència d'aquests casos en el futur. (*Magro, 2017).* L'informe indica que, tot i ser poc freqüent, la PC evitable és especialment devastadora, ja que implica discapacitats físiques i cognitives permanents que afecten la qualitat de vida del nen i la seva família, amb un cost econòmic elevat pel sistema sanitari. Entre 2016 i 2017, el cost de les indemnitzacions per mala praxi mèdica va ser de 1.707 milions de lliures (aprox. 1.948 milions d'euros), representant el cost de les indemnitzacions per suposada mala praxi obstètrica el 50% del total tot i suposar menys del 10% de les reclamacions.

L'estudi va analitzar totes les reclamacions d'obstetrícia interposades per pacients o familiars d'aquests amb incident entre gener de 2012 i desembre de 2016, en què la presumpta negligència hagués causat PC o lesió cerebral neonatal. Es van identificar 296 reclamacions per PC, de les quals 126 es van resoldre amb pagament d'indemnització (42,6%), 112 es van tancar sense pagament, i 58 restaven pendents de resolució. D'aquestes 296 reclamacions, se'n van estudiar 58 casos representatius i recents, procedents de 40 hospitals diferents.

L'error més habitual identificat va ser deficiències durant la monitorització de la gestant, comunicació insuficient entre professionals i retard en la presa de decisions sobre cesària d'urgència. També es van detectar deficiències d'informació, limitant l'autonomia de la dona a l'hora de prendre decisions informades. L'impacte econòmic d'aquestes reclamacions és elevat tot i representar menys del 10% del total: les reclamacions més costoses superen els 20 milions de lliures, amb un cost mitjà de 3,3 milions per reclamació. El cost total estimat per totes les reclamacions per PC en el període d'estudi va ser de 2.400 milions de lliures. L'informe destaca la necessitat de reduir reclamacions evitables per destinar els recursos a la millora de l'assistència sanitària i subratlla la importància de corregir problemes sistèmics i pràctics que contribueixen a aquests casos. (*Magro,2017; NHS Resolution, 2019*).

De forma similar, per la freqüència i magnitud de indemnitzacions a França es va crear un sistema extrajudicial de resolució i indemnització per accidents mèdics sense necessitat de culpa (no-fault) després de la Llei del 4 de març de 2002 (Llei Kouchner). (*Bright et al, 2017).* En aquest sentit, es van crear tres entitats diferents però complementàries:

- ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux): organisme públic nacional sota el Ministeri de Salut que administra fons estatals per indemnitzar víctimes d'accidents mèdics molt greus, incloent accidents iàtrogens i infeccions nosocomials. També gestiona diversos fons específics per categories concretes i finança les comissions de conciliació. Intervé quan es determina que el dany no és fruit d'una negligència i per tant, no se'n fa càrrec l'asseguradora del professional.
- CCI (Commissions de Conciliation et d'Indemnisation): comissions regionals encarregades de fomentar solucions amigables. Avaluen la viabilitat de les reclamacions (les anomenades "*prétentions*") i promouen acords extrajudicials sense litigi. Hi ha almenys una CCI per regió. Proposa conciliacions. Si no hi ha acord, el pacient pot acudir a la via judicial. Actua com a filtre, on es decidirà si un cas ha d'anar per la via de responsabilitat per culpa i, per tant, se'n farà càrrec l'asseguradora del metge, o bé per la via no-fault, assumiria el cost de la indemnització la ONIAM.
- CNAMed (*Commission Nationale des Accidents Médicaux*): comissió tècnica i nacional amb rols d'expert coordinador. Elabora la llista d'experts independents, estableix les guies per a l'avaluació, vetlla per l'homogeneïtat d'aplicació del sistema i en fa un seguiment anual. Dona suport a les CCI.

Les característiques del sistema són:

1. És un sistema "*no-fault*" gestionat públicament que facilita indemnitzacions sense necessitat de demostrar negligència.
2. Està dissenyat per ser ràpid i accessible, evitant les despeses i temps dels processos judicials.
3. Té una àmplia cobertura geogràfica (CCIs regionals) que garanteix un tracte descentralitzat però coherent.
4. Combina l'eficiència administrativa de les comissions amb el finançament estatal directe (ONIAM), més enllà de responsabilitats individuals.

Al Japó l'experiència és equiparable. Davant la preocupació per l'augment de procediments judicials relacionats amb l'obstetrícia, es va crear el Japan Obstetric Compensation System for Cerebral Palsy (JOCS - CP) el 2009, impulsat pel Japan Council for Quality Health Care. El sistema s'inspira en un model "*no-fault*", on la compensació no requereix demostrar negligència, sinó que es basa en la presència de PC greu relacionada amb la hipòxia durant el part. És un sistema nacional amb cobertura molt alta. Des del seu inici s'han admès més de 2.200 peticions de compensació per PC, de les quals més de 1.700 han estat declarades acceptades per indemnització, segons els criteris establerts. Cada cas admès es sotmet a una anàlisi per part d'un comitè d'experts (obstetres, neonatòlegs, pediatres, llevadores, juristes), i els informes resultants es comparteixen tant amb la família com amb l'hospital per fomentar millores i prevenir nous casos, mitjançant publicació de resultats i recomanacions

preventives. Els procediments judicials per responsabilitat professional mèdica en obstetrícia i ginecologia han estat tradicionalment molt freqüents al Japó. Des de l'entrada en vigor del JOCS-CP, les reclamacions judicials s'han reduït dràsticament.

Els hospitals es fan càrrec d'una prima que serveix com a font de finançament per les indemnitzacions. El sistema preveu respostes ràpides: la compensació sol tramitar-se en menys de 60 dies (fins i tot 25 en molts casos). El sistema japonès opta per un model mixt: un pagament inicial de 6 milions de iens –aprox. 47.000 €- seguit de quotes anuals fins a arribar a un total de 30 milions de iens -aprox. 237.000 €- distribuïts en 20 anys. (*Iwashita , 2017; Ushiro, 2019 Uesugi et al, 2019; Kamijo et al, 2024*.)

Per tancar aquest apartat, no podem deixar de posar en valor el model català d'assegurament de la RPM, ja es contextualitzava anteriorment. Es basa en una aliança estratègica entre el CCMC i el CatSalut, que actuen de forma coordinada com a prenedors de la pòlissa per obtenir una major capacitat de negociació i eficiència econòmica. Aquesta estructura ha permès crear un model únic assegurador a nivell mundial que integra tots els col·legis de metges de Catalunya, evitant la litigiositat i dotant al sistema de transparència i prestigi. A la pràctica, es prioritza la resolució extrajudicial i la seguretat clínica per sobre de la confrontació judicial. Es tracta d'un model de responsabilitat civil que es basa en la culpa, és a dir, està dissenyat per cobrir indemnitzacions derivades d'errors involuntaris que es detecten després d'un estudi mèdico-legal per gestionar el risc de manera interna i professionalitzada. (*Morales et al, 2022*).

3. CONCLUSIONS DEL MARC TEÒRIC

La PC i les lesions neurològiques d'origen perinatal constitueixen un problema de gran transcendència mèdica, social i jurídica. La major part dels casos de PC tenen una etiologia prenatal, però l'asfíxia intrapart i l'EHI representen una fracció important i altament litigiosa.

Els criteris diagnòstics actuals, tot i els avenços, continuen presentant limitacions que dificulten establir amb certesa la relació causal entre un esdeveniment obstètric i les seqüeles neurològiques. Aquesta incertesa alimenta la conflictivitat jurídica.

La literatura mèdica i jurisprudencial coincideix en la necessitat d'una prevenció basada en el seguiment adequat de l'embaràs, la interpretació correcta del registre cardiotocogràfic, una correcta valoració del benestar fetal, una actuació obstètrica ràpida i una reanimació neonatal òptima. Alhora, és imprescindible establir canals de comunicació i suport a les famílies afectades.

En definitiva, la comprensió global de la PCI, de l'EHI i de la seva relació amb l'asfíxia intrapart és essencial tant per a l'abordatge clínic com per a la gestió de les reclamacions en l'àmbit de la responsabilitat professional mèdica.

MARC EMPÍRIC



MARC EMPÍRIC

1. HIPÒTESI

Les reclamacions per asfíxia intrapart a Catalunya (2010–2021) es caracteritzen per la presència de factors de risc obstètrics recurrents, especialment anomalies en el RCTG i retards en la indicació de cesària urgent. Aquests errors assistencials junt el resultat clínic advers (mort neonatal o paràlisi cerebral), determinen el recorregut judicial i les quanties indemnitzatòries.

Es planteja que la millora en la interpretació del RCTG, l'aplicació rigorosa de protocols d'actuació urgent i una millor documentació clínica podrien reduir la incidència de reclamacions i el cost econòmic associat.

2. OBJECTIU GENERAL

Descriure i analitzar el perfil clínic, assistencial i jurídic de les reclamacions per asfíxia intrapart amb resultat de mort neonatal o PC a Catalunya en el període 2010–2021, amb especial èmfasi en la identificació dels elements que diferencien els casos amb i sense indemnització, integrant dades del Registre del SRP del COMB i de les sentències de la base de dades jurisprudencial.

3. OBJECTIUS ESPECÍFICS

- Identificar els factors de risc materns, prenatals i intrapart més freqüents en els casos de reclamació.

- Descriure els errors assistencials identificats en la pràctica clínica i els resultats neonatals associats.

- Comparar les característiques clíniques, els errors assistencials i els resultats neonatals entre els casos amb i sense indemnització, per identificar factors associats a responsabilitat professional mèdica.

- Comparar els resultats clínics (mort neonatal, paràlisi cerebral greu o moderada) entre els casos del registre CoMB i les sentències estudiades.

- Descriure el recorregut de la reclamació, les figures jurídiques i les quanties indemnitzatòries associades segons el tipus de resultat clínic.

4. METODOLOGIA

DISSENY

Estudi descriptiu de caràcter retrospectiu amb limitació temporal (2010-2021, ambdós inclosos). S'ha definit l'any 2010 com a punt d'inici per garantir la integritat i homogeneïtat de les dades recollides, d'aquesta manera els registres han sigut suficientment exhaustius. L'estudi inclou les reclamacions i demandes per presumpta RPM amb resultat de PC o mort neonatal per asfíxia tant de la mostra de casos del SRP del CoMB com de sentències dictades tant pel Tribunal Suprem, de casos els orígens dels quals són tribunals catalans, com de Jutjats i Tribunals de Catalunya.

MOSTRA

1. Tots els expedients tancats relacionats amb asfíxia perinatal per suposada mala praxi mèdica registrats a la base de dades del CCMC entre l'1 de gener de l'any 2010 i el 31 de desembre de l'any 2021. El SRP del CoMB disposa d' una base de dades que conté les dades de cada reclamació i una quantitat important de dades confidencials del pacient. La funció principal d'aquesta informació és la gestió de les reclamacions i les dades contingudes es codifiquen amb aquesta finalitat. La informació pot incloure cartes de reclamació, cartes de resposta, declaracions escrites per metges, l'historial i informes mèdics, proves realitzades, informes d'experts, documents associats amb l'aspecte procedimental de la reclamació i aspectes jurídics relacionats, sentències. Per a les reclamacions en què la causalitat pot ser poc clara i requereix una investigació addicional, sovint hi haurà diversos informes d'experts i, de vegades, registres de reunions conjuntes d'experts, com són les Comissions Tècniques i de Seguiment, que proporcionen un examen més profund de cada cas.

2. Totes les sentències dictades en el període entre l'1 de gener de l'any 2010 i el 31 de desembre de l'any 2021 dictades tant pel Tribunal Suprem, de casos els orígens dels quals són tribunals catalans, com de Jutjats i Tribunals de Catalunya en procediments judicials originats per presumpta asfíxia intrapart a partir de la base de dades jurisprudencial VLEX®.

   Keywords utilitzades: (*praxis, parto*) i (*anoxia O asfixia O hipoxia O parálisis cerebral*). Des de 1 de gener de 2010 fins 31 de desembre 2021.

A l'hora de cribar es pren de referència la data de la sentència i no dels fets, perquè jurídicament té més rellevància en el moment en que es dicta sentència perquè s'utilitza la

doctrina aplicable en aquell moment i perquè a l'estudi de casuística del registre del SRP del CoMB s'utilitza de data de referència l'any d'apertura del sinistre.

VARIABLES D'ESTUDI

Variables casuística CCMC (SRP del CoMB)

En cada cas s'inclourà:

- **Edat materna** (menys de 35 anys, de 35 a 39 anys , 40 i més anys).
- **Factors de risc avantpart:** com el part preterme (menys de 37 setmanes), retard de gestació (+ 42 i més setmanes), preeclàmpsia, despreniment prematur de placenta, infeccions maternes, restricció del creixement, embaràs múltiple, malpresentació fetal, atenció prenatal insuficient, hemorràgia prenatal, hipertensió arterial, diabetis, obesitat, hipotiroidisme, avortaments previs, embaràs múltiple, presentació de natges, cesàries prèvies, oligoamnios, polihidramnios.
- **Factors de risc intrapart:** treball de part prolongat (fase activa de més 12 hores i fase expulsiva de més d'una hora), despreniment de placenta, registre cardiotocogràfic (RCTG) patològic (bradicàrdia sostinguda, freqüència cardiaca anòmala, patrons DIP II o tardà i DIP III o variable), part múltiple, distòcia espatlles, accident de cordó umbilical, part traumàtic, amniorexis espontània precoç, inducció del part, presentació anòmala, líquid meconial, aspiració de meconi, desproporció pèlvico-cefàlica.
- **Tipus de part** (vaginal espontani, instrumental, cesària després de fallar instrumental, cesària urgent, cesària electiva).
- **Errors o problemes detectats en la pràctica clínica** (defecte en valoració del RCTG, retard en indicació de cesària urgent, no indicació de cesària per pèrdua de benestar fetal, defecte d'informació, reanimació postnatal deficient, retard en la inducció del part, retard en l'assistència del part, retard en instrumentalització del part, seguiment deficient de l'embaràs.
- **Resultat clínic en el nounat** (PC greu, PC lleu-moderada, retard en el desenvolupament neurològic, mort neonatal precoç).
- **Via de reclamació** (via utilitzada per la reclamació inicial: civil, penal o extrajudicial) Data acte mèdic (data de l'acte mèdic reclamat o data d'inici de l'assistència reclamada).
- **Data reclamació** (data d'interposició de la reclamació extrajudicial, demanda o denuncia).
- **Quantia reclamació** (quantia reclamada si està quantificada).
- **Província** (província en la que succeeixen els fets reclamats).
- **Assistència pública o privada** (assistència mèdica prestada en centre sanitari públic o privat).

- **Reclamació contra un o pluralitat de facultatius** (obstetra, llevador/a, neonatòleg/a, anestesiòleg/a, contra 1, 2 o més de 2).
- **Reclamació contra altres intervinents** (si la reclamació està dirigida també contra el personal d'infermeria, hospital).
- **Expedients que inicialment eren extrajudicials i que per manca d'acord s'han judicialitzat**.
- **Via de resolució** (forma de resolució del procediment: procediment judicial però pacte extraprocessal, resolució judicial, inici i final del procediment en via extrajudicial...).
- **Resolució** (sentència estimatòria o desestimatòria, pacte extrajudicial, condemna o absolució, escrit de resolució extrajudicial).
- **Si pacte extrajudicial: quantia.**
- **Si sentència: import indemnització si és estimatòria.**
- **Figures jurídiques/jurisprudencials emprades a l'hora de resoldre** (dany desproporcionat, pèrdua d'oportunitat...).

Variables obtingudes de la base de dades jurisprudencial VLEX

A l'hora d'efectuar l'anàlisi jurisprudencial es disposarà de menys dades clíniques, doncs estem supeditats al que el jutge ha cregut rellevant recollir a l'hora de dictar sentència. No disposem de més informació més enllà d'aquesta. Així doncs, en cada cas o sentència analitzada, s'inclourà:

- **Variables mèdiques recollides en sentències: factors de risc avantport, factors de risc intrapart, tipus de part, errors detectats, resultat clínic en el nounat.**
- **Via jurisdiccional emprada** (civil, penal, contenciós-administrativa).
- **Data acte mèdic** (data acte mèdic reclamat o data d'inici de l'assistència reclamada).
- **Assistència pública o privada** (assistència mèdica prestada en centre sanitari públic o privat).
- **Si la demanda/denúncia va dirigida també contra altres professionals** (si la reclamació està dirigida també contra el personal d'infermeria, hospital).
- **Sentència** (condemnatòria o absolutòria).
- **Figures jurídiques/jurisprudencials emprades a l'hora de resoldre** (dany desproporcionat, pèrdua d'oportunitat...).
- **Quantia indemnització si sentència estimatòria**.
- **Tipus de pena si hi ha condemna**.

ANÀLISI ESTADÍSTIC

Per a l'anàlisi de les variables qualitatives, es van integrar dades de caràcter retrospectiu i descriptiu procedents de dues fonts diferenciades: el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) i la base de dades jurisprudencial VLEX. Atès que les dades provenien d'àmbits institucionals diversos, es va realitzar un procés previ d'harmonització i codificació per garantir la comparabilitat de les categories.

L'estudi de l'associació entre aquestes variables es va dur a terme mitjançant taules de contingència i la prova de chi2 (chi-quadrat) d'independència, comparant les freqüències observades amb les esperades sota la hipòtesi nul·la d'absència de relació. En els casos on no es complien els requisits d'aplicabilitat (quan més del 20% de les freqüències esperades eren inferiors a 5), es va utilitzar la prova exacta de Fisher, més robusta per a mostres petites. Per a tots els contrasts, es va considerar un nivell de significació estadística de $p < 0,05$.

5. APLICABILITAT

L'estudi permetrà adquirir coneixement i comprensió de les reclamacions per RPM i de les sentències que deriven de procediments judicials iniciats per situació de mort o lesió neonatal per asfíxia intrapart, amb l'objectiu d'identificar tendències i patrons en via judicial. Alhora, permetrà dissenyar estratègies de seguretat clínica.

6. LIMITACIONS

Com a limitació del treball ha de fer-se constar la relativa a la mostra utilitzada ja que no s'hi inclouen totes les reclamacions per presumpta responsabilitat professional mèdica sinó les presentades contra els facultatius que han contractat la seva pòlissa de responsabilitat civil a través del CCMC. Malgrat això, aquesta circumstància (denominada Single Insurance) és habitual en la literatura científica, fins i tot a estudis de referència en la matèria.

D'altra banda, cal assenyalar que la mida de la mostra analitzada és aparentment reduïda en termes quantitatius absoluts. Tanmateix, aquesta limitació respon a la naturalesa intrínseca de l'objecte d'estudi: afortunadament l'anòxia neonatal és un esdeveniment d'aparició excepcional i molt baixa prevalença en la pràctica obstètrica moderna.

En aquest sentit, la mostra no pot considerar-se insuficient, sinó altament representativa de la realitat judicial i asseguradora de Catalunya per tres motius fonamentals:

1. **Exhaustivitat temporal:** S'ha analitzat un període extens de 12 anys, el que permet capturar la pràctica totalitat dels casos registrats sota la cobertura de la pòlissa majoritària del col·lectiu mèdic català.
2. **Saturació de la dada:** Malgrat el volum numèric, la riquesa i profunditat de la informació obtinguda de cada expedient permet extreure conclusions d'una elevada solidesa clínica i jurídica, alineades amb els resultats d'estudis internacionals de referència, com el de *Magro (2017)*.
3. **Dificultat d'accés:** Les dades utilitzades, per la seva naturalesa, són molt confidencials, fet que atorga un valor singular a la mostra obtinguda.

En definitiva, tot i que una mostra més àmplia seria desitjable, la singularitat de l'anòxia neonatal i el rigor en l'anàlisi dels casos disponibles garanteixen la validesa de les conclusions i l'originalitat d'aquesta tesi en un àmbit on l'evidència és escassa.

7. RESULTATS

7.1. RESULTATS CASUÍSTICA CCMC 2010-2021

De les 3.615 reclamacions registrades a la base de dades del CCMC des de l'1 de gener de 2010 al 31 de desembre de 2021, 25 reclamacions corresponen a reclamacions originades per una situació d'anòxia durant el part. Dividirem els resultats segons variables clíniques i variables jurídiques.

a. RESULTATS GENERALS

i. Variables clíniques

La Figura 1 mostra l'edat materna en el moment del part.

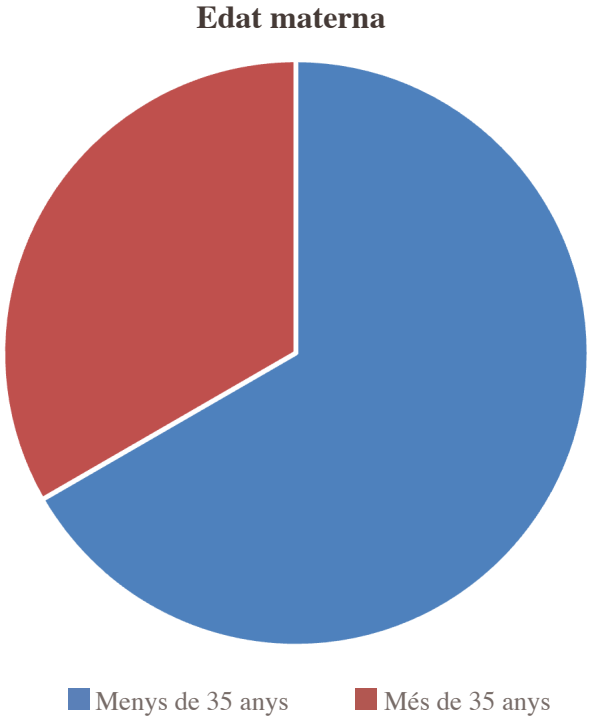


Figura 1: Distribució de les reclamacions segons edat de la mare.

L'edat materna es distribuïa així: 14 casos amb menys de 35 anys i 7 casos entre 35 i 39 anys. Cap mare tenia 40 anys o més.

El Figura 2 mostra les setmanes de gestació en el moment del part.

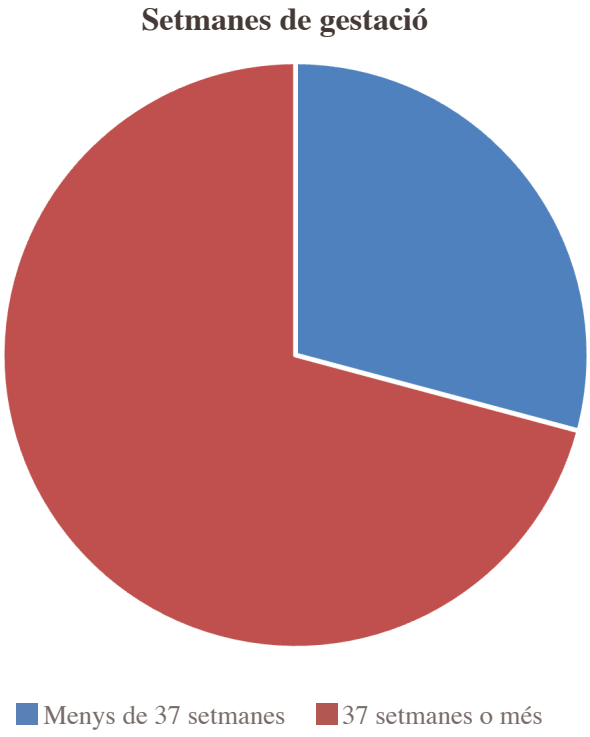


Figura 2:Distribució de les reclamacions segons les setmanes de gestació.

La setmana de gestació es distribuïa de la manera següent: 7 casos amb menys de 37 setmanes, 17 casos entre 37 i 41 setmanes, i cap cas amb 42 setmanes o més.

Els factors de risc avantpart més freqüents es mostren a la taula següent. Com que un cas pot presentar múltiples factors, la suma dels diferents factors és superior a 25.

Taula 1: Distribució de les reclamacions segons els factors de risc avantpart.

	N	%
PRETERME	6	24,0
BAIX PES (RESTRICCIÓ CREIXEMENT)	4	16,0
CESÀRIES PRÈVIES	3	12,0
AVORTAMENTS PREVIS	3	12,0
PREECLÀMPSIA	2	8,0
HIPERTENSIÓ ARTERIAL	2	8,0
PRESENTACIÓ PODÀLICA	2	8,0
OLIGOAMNIOS	2	8,0
POLIHIDRAMNIOS	2	8,0
CAP FACTOR	9	36,0

La freqüència dels tipus de part es mostra a la següent figura:

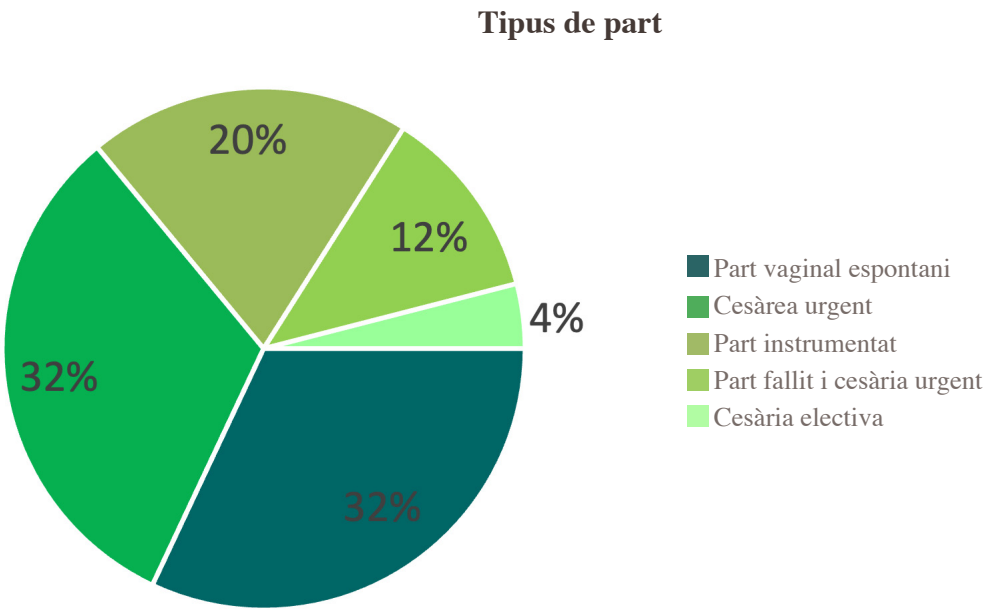


Figura 3: Distribució de les reclamacions segons el tipus de part.

Els factors de risc intrapart més freqüents es mostren a la taula següent.

Taula 2: Distribució de les reclamacions segons els factors de risc intrapart.

	N	%
RCTG ANÒMAL	14	56,0
LÍQUID AMNIÒTIC AMB MECONI	8	32,0
PART PROLONGAT	6	24,0
AMNIOREXIS ESPONTÀNIA PRECOÇ	5	20,0
INDUCCIÓ DEL PART	4	16,0
DESPRENDIMENT PRECOÇ DE PLACENTA	3	12,0
ASPIRACIÓ DE MECONI	3	12,0
HEMORRÀGIA VAGINAL	2	8,0
DESPROPORCIÓ PÈLVICOFETAL	2	8,0
DISTÒCIA DE ROTACIÓ	2	8,0
PATOLOGIA UMBILICAL	2	8,0
ABSÈNCIA DE FACTORS	3	12,0

Un mateix cas pot presentar més d'un factor de risc. El percentatge s'ha calculat sobre el total de 25 casos, de manera que la suma excedeix el 100%.

La manifestació o resultat clínic en el nounat de la suposada asfíxia intrapart es mostra en la següent taula.

Taula 3: Distribució de les reclamacions segons els resultats clínics en el nounat (N=25).

	N	%
PARÀLISI CEREBRAL GREU I RETARD EN DESENVOLUPAMENT NEUROLÒGIC	7	28,0
PARÀLISI CEREBRAL LLEU-MODERADA I RETARD EN DESENVOLUPAMENT NEUROLÒGIC	3	12,0
RETARD EN EL DESENVOLUPAMENT NEUROLÒGIC	3	12,0
PARÀLISI CEREBRAL LLEU-MODERADA	1	4,0
MORT NEONATAL PRECOÇ	11	44,0
TOTAL	**25**	**100%**

Els errors o problemes detectats més freqüentment en la pràctica clínica es mostren en la taula següent.

Taula 4: Distribució de les reclamacions segons els errors o problemes més freqüents en la pràctica clínica (N=25).

	N	%
DEFECTE EN LA VALORACIÓ RCTG	9	36,0
RETARD EN INDICACIÓ DE CESÀRIA URGENT	7	28,0
DEFECTE D'INFORMACIÓ (DCI)	4	16,0
REANIMACIÓ POSTNATAL DEFICIENT	3	12,0
NO INDICACIÓ DE CESÀRIA EN PBF	2	8,0
NO DETERMINACIÓ DE pH DE CALOTA	2	8,0
RETARD EN ASSISTÈNCIA DEL PART	1	4,0
RETARD EN DIAGNÒSTIC DE COMPLICACIONS	2	8,0
SEGUIMENT DEFICIENT DE LA GESTACIÓ	1	4,0
ABSÈNCIA DE FACTORS	8	32,0

Un mateix cas pot presentar més d'un error o problema. El percentatge s'ha calculat sobre el total de 25 casos, de manera que la suma excedeix el 100%.

ii. Variables jurídiques

Les variables jurídiques analitzades corresponen a la via de reclamació inicial, quantia de reclamació, canvis de via, via de resolució, resolució i la quantia de pacte o de condemna.

La via de reclamació inicial va ser l'extrajudicial en un 56% dels casos, seguida per la via penal en un 32% i de la civil en un 12% i queda reflectida a la figura següent:

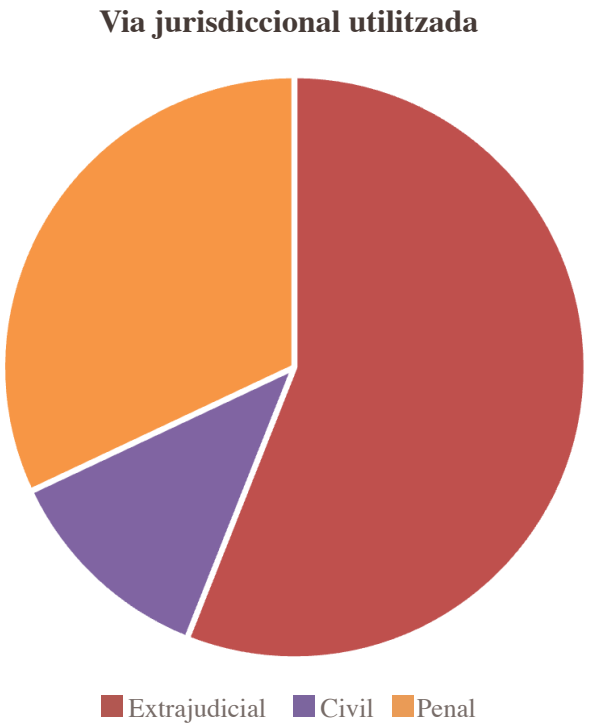


Figura 4: Distribució de les reclamacions segons el tipus de part.

Es pot observar una tendència a la baixa pel que fa a la utilització de la via penal a través dels anys. La via extrajudicial és la més estable. Les vies jurisdiccionals emprades queden reflectides al següent gràfic:

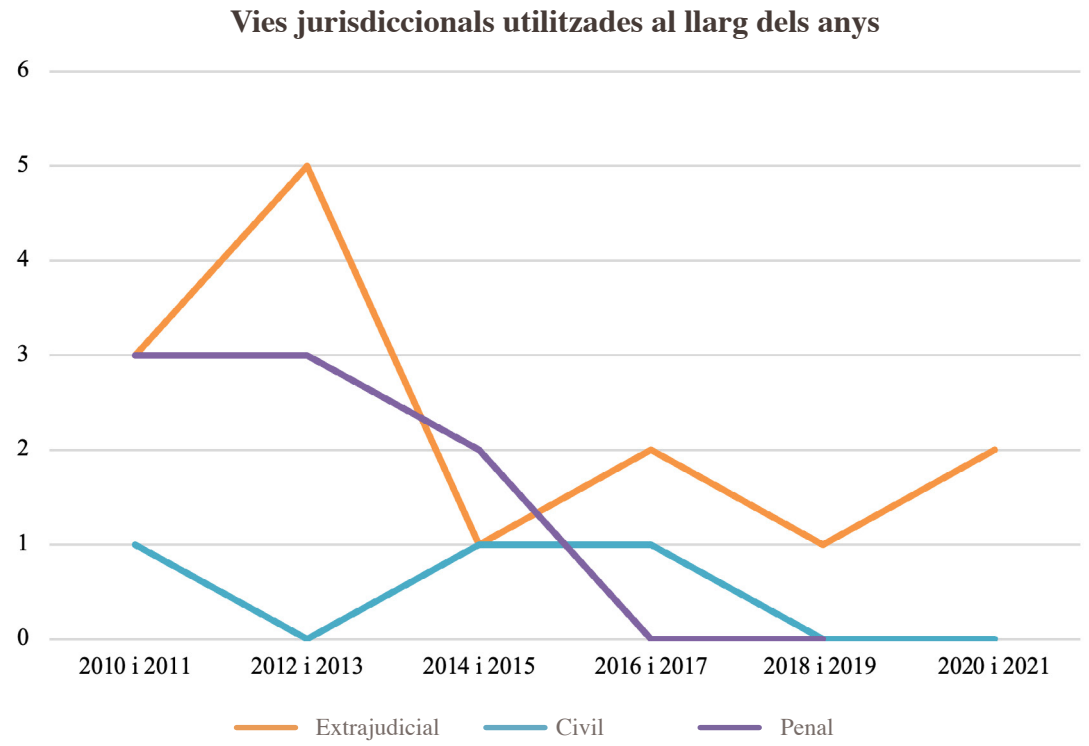


Figura 5: Vies jurisdiccionals utilitzades al llarg dels anys

En 4 casos la quantia reclamada va ser de més de 500.000€. En 4 casos va ser de menys de 500.000€, i la resta (17) reclamació de quantia indeterminada, deixant al Jutge o bé al SRP del CoMB la seva quantificació.

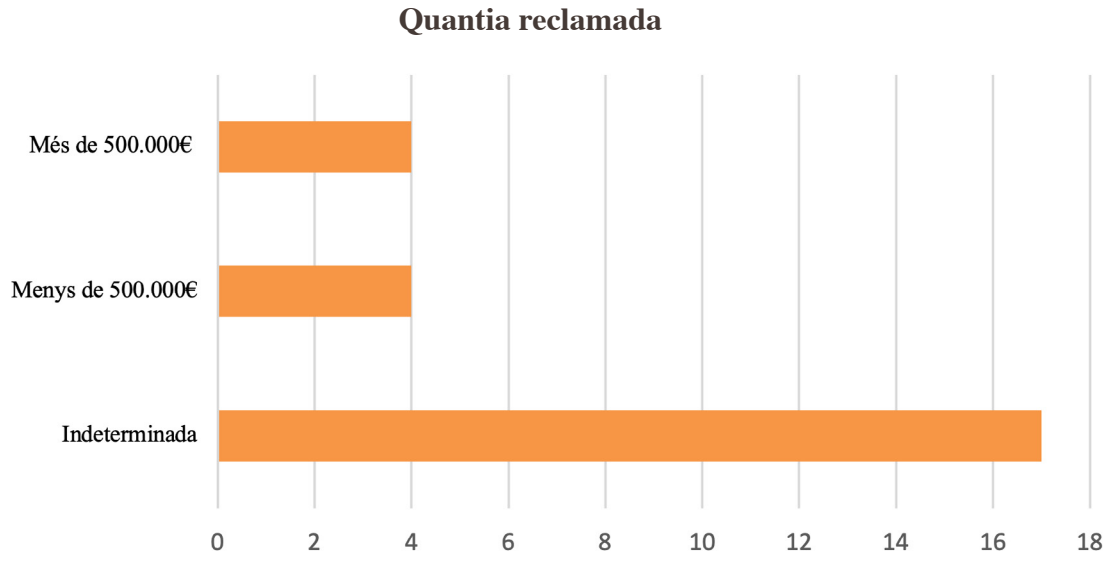


Figura 6: Distribució de les reclamacions segons la quantia reclamada.

En un 80% dels casos, l'assistència mèdica reclamada va ser prestada a la província de Barcelona. Queda reflectit al gràfic següent:

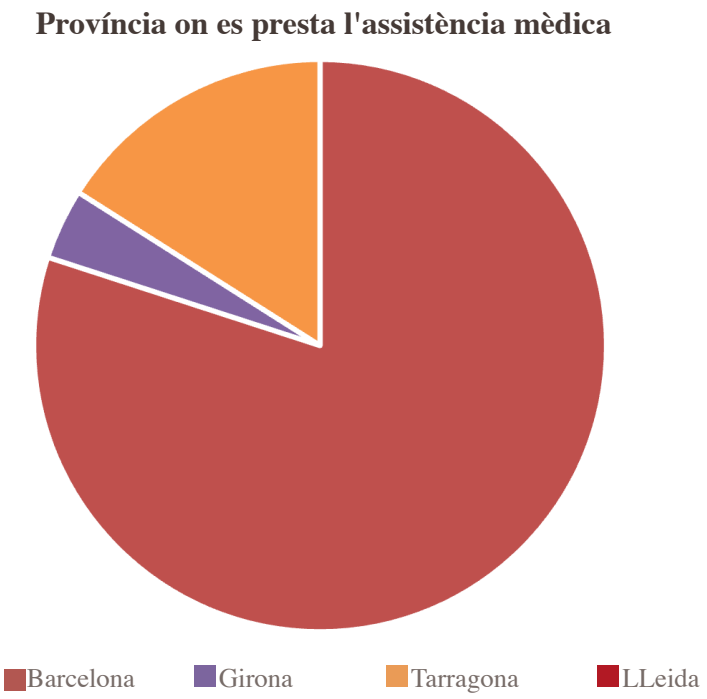


Figura 7: Distribució de les reclamacions segons la província on es presta l'assistència mèdica.

El tipus d'assistència reclamada va ser privada en un 60% dels casos. El tipus d'assistència es reflecteix al gràfic següent:

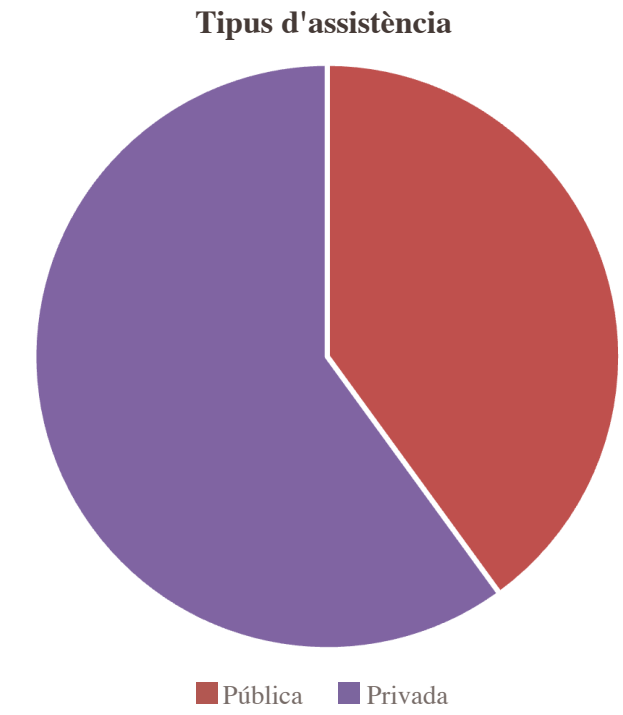


Figura 8: Distribució de les reclamacions segons el tipus d'assistència.

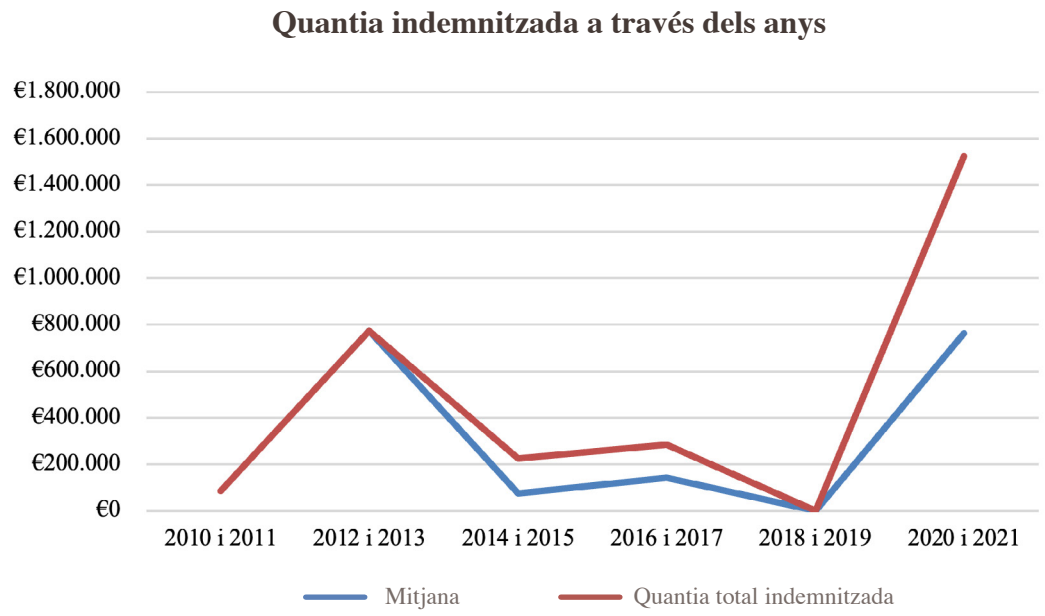


Figura 9: Distribució de les reclamacions segons la quantia indemnitzada a través dels anys.

Si bé s'adverteix que el nombre de reclamacions va disminuint al llarg dels anys, s'adverteix una tendència a l'alça pel que fa a la quantia indemnitzatòria.

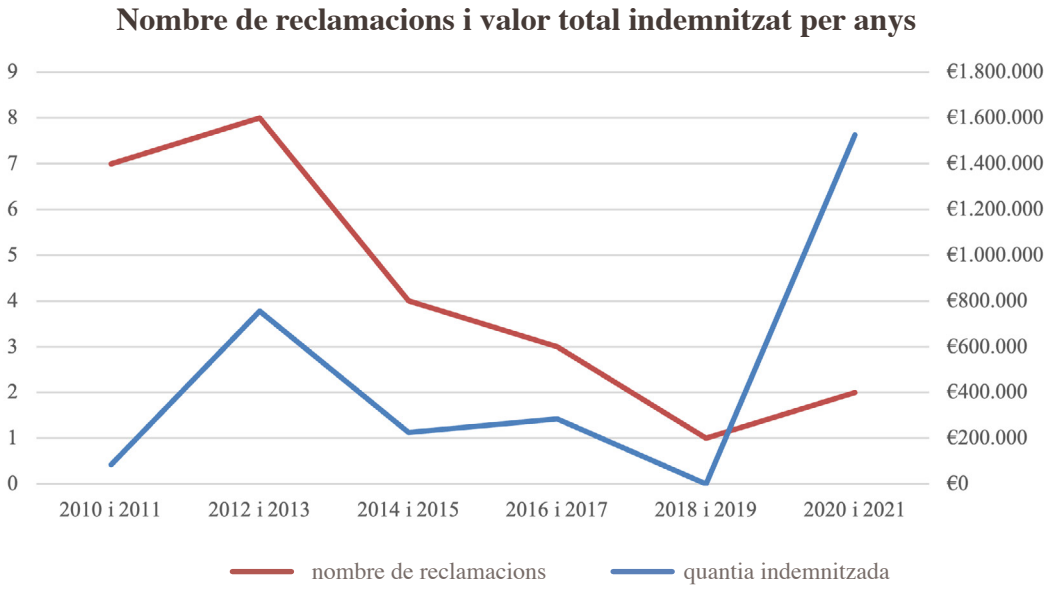


Figura 10: Nombre de reclamacions i valor total per anys.

En un 48% dels casos, s'ha advertit existència de RPM. La xifra no correspon amb els casos en els que efectivament s'ha indemnitzat, ja sigui mitjançant acord extrajudicial o sentència, doncs en alguns dels casos estudiats (2 casos), si bé s'advertia existència de RPM, el procediment es tanca sense fer oferta econòmica per inactivitat de la pacient reclamant, qui abandona el procés.

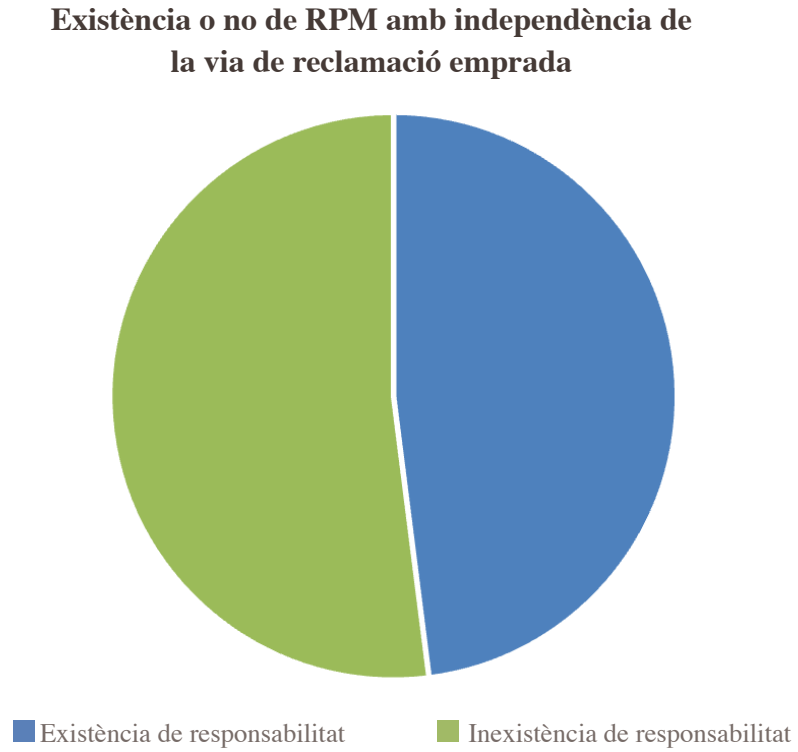


Figura 11: Distribució de les reclamacions segons s'aprecia o no existència de RPM.

B. DESCRIPCIÓ DELS CASOS EN ELS QUE S'HA CONCEDIT INDEMNITZACIÓ

Les resolucions amb indemnització per asfíxia intrapart de registre del CCMC (N 25) en el període 2010-2021 són 9 casos. S'arriba a acord extrajudicial en 8 casos i 1 és per sentència via civil.

La manifestació clínica en els casos indemnitzats ha sigut mort neonatal en 5 casos, PC greu en 2 casos i PC moderada en 2 casos.

i. Variables clíniques

El RCTG era patològic en tots els casos.

Altres signes suggestius de pèrdua de benestar fetal era la presència d'aigües meconials en 5 casos.

L'Apgar els primers minuts era baix en tots els casos.

El pH umbilical era inferior a 7,1 en 4 casos, en la resta no consta.

Els factors de risc eren el part prolongat en 5 casos, ruptura d'úter en 2 casos, inducció del part en 2 casos, amniorexis precoç en 2 casos, despreniment de placenta en 1 cas i desproporció pelvico-cefàlica en 1 cas.

El errors o problemes detectats en la pràctica clínica dels casos indemnitzats són una infravaloració del RCTG amb retard del diagnòstic de pèrdua de benestar fetal en tots els casos (9) , retard en la pràctica de cesària urgent en 5 casos, no realitzar cesària per pèrdua de benestar fetal en 4 casos, retard en reanimació postnatal en 2 casos, no determinació de pH de calota en 1 cas.

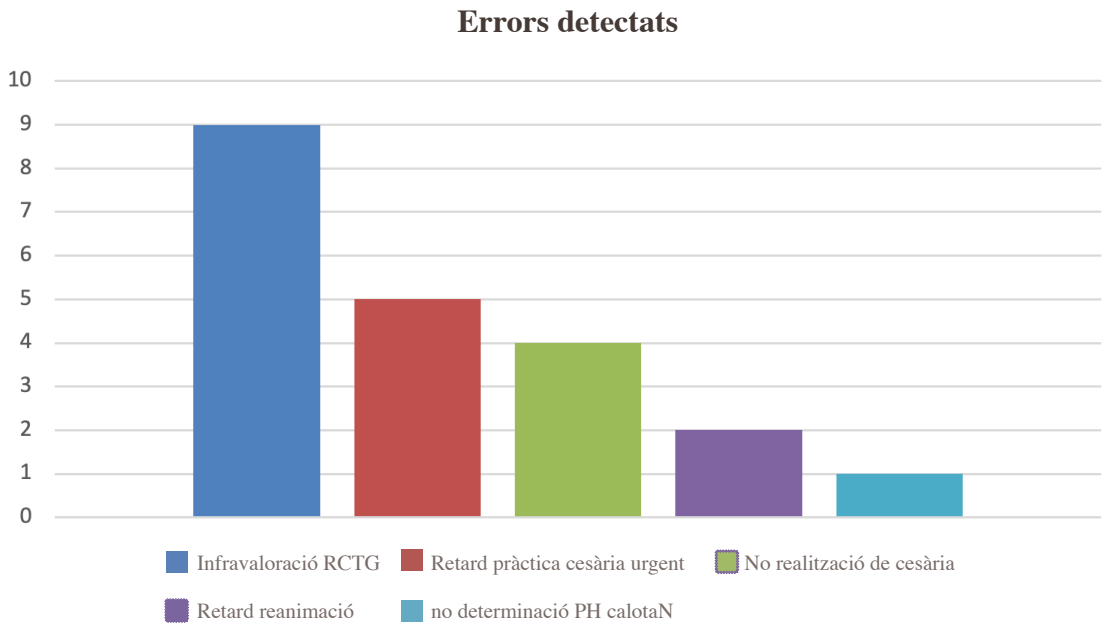


Figura 12: Distribució de les reclamacions en les que s'ha apreciat RPM segons l'error detectat.

ii. Variables jurídiques

Les quanties indemnitzatòries més elevades corresponen als 2 casos de PC greu (775.000 i 1.400.000 €).

Tots els casos en que es va indemnitzar, va ser extrajudicialment excepte en un cas. L'únic cas d'indemnització per sentència, per una mort neonatal, no difereix de les indeminitzacions concedides mitjançant acord extrajudicial pel mateix motiu (143.529,94€).

En tots els casos la companyia asseguradora del metge va assumir íntegrament la indemnització excepte en dos casos, en un va participar l'hospital i en un altre a la companyia asseguradora de la llevadora.

La quantia total indemnitzada en tots els casos durant aquest període va ser de 2.913.529,94€. En 4 casos, la via de reclamació inicial va ser la via penal, però l'acord es va assolir extrajudicialment. En 3 casos la via de reclamació inicial va ser civil però es va arribar a un acord extrajudicial. En un cas la via de reclamació inicial va ser extrajudicial, i per manca d'acord es va judicialitzar per via civil amb sentència estimatòria. En 1 cas, tant la via de reclamació com de resolució amb pacte va ser extrajudicial.

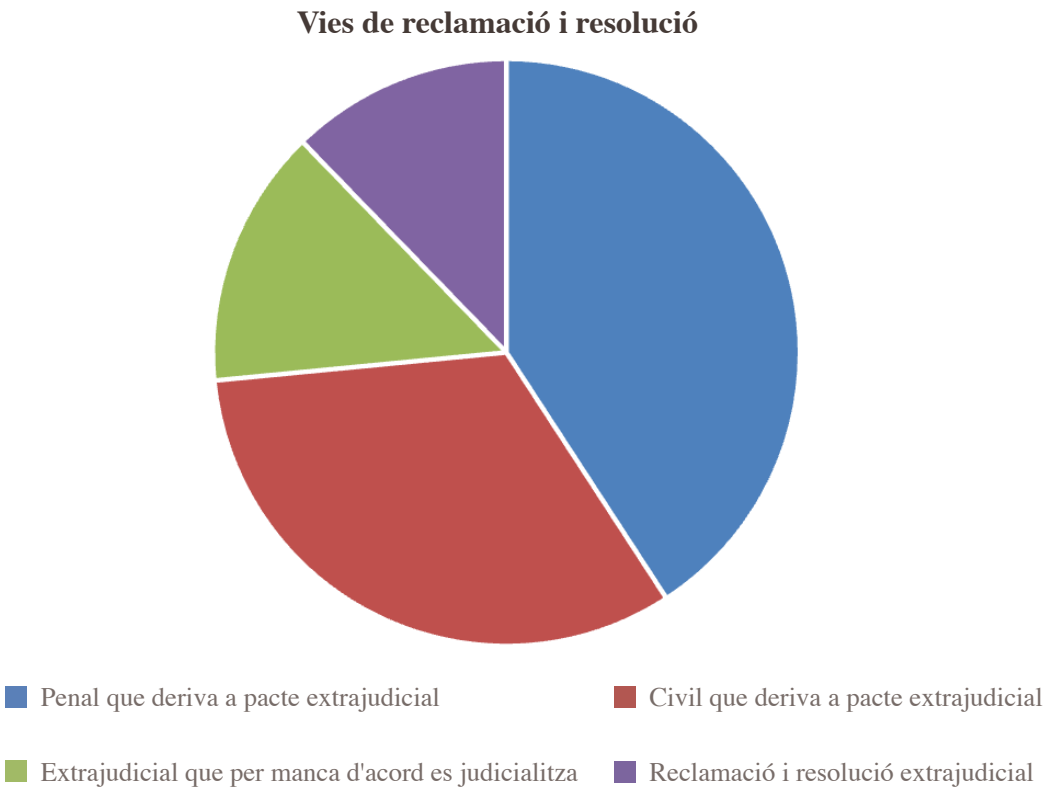


Figura 13: Distribució de les reclamacions segons via de reclamació i resolució.

En 3 casos l'assistència es va prestar a un hospital de 1r nivell, en 5 casos de 2n nivell i en 1 cas de 3r nivell.

Taula 5: Característiques de les reclamacions en les que s'ha concedit indemnització (2010–2021).

N casos	Resolució	Manifestació clínica	RCTG	Altres signes PBF	Apgar/PH umbilical	Factors de risc	Errors	Quanties més elevades
9	extrajudicials (8) civil (1)	mort neonatal (5), PC greu (2), PC moderada (2)	Patològic en tots els casos	Aigües meconials (5)	Apgar baix en tots els casos, PH umbilical -7,1 (4)	Part perllongat (5), ruptura uterina (2), inducció (2), amniorexis precoç (2), DPP (1), desproporció pèlvico-cefàlica (1)	Infravaloració RCTG (9), retard pràctica cesària (5), no cesària (4), retard reanimació (2), no pH de calota (1)	PC greu 775.000€ i 1.400.000€, mort neonatal 140.000€

C. ESTUDI COMPARATIU ENTRE ELS CASOS AMB I SENSE INDEMNITZACIÓ (REGISTRE SRP DEL COMB)

La distribució dels grups és la següent:

- Casos amb indemnització: n = 9
- Casos sense indemnització: n = 16

Resultats neonatals comparats:

Taula 6: Comparativa de les reclamacions amb i sense indemnització segons resultat neonatal.

VARIABLE	INDEMNITZACIÓ (n=9)	SENSE INDEMNITZACIÓ (n=16)
Mort neonatal	5 (55,5%)	6 (37,5%)
Paràlisi cerebral greu	2 (22,2%)	0
Paràlisi cerebral lleu-moderada	2 (22,2%)	1 (6,2%)
Retard neurodesenvolupament	0	3 (18,7%)
Sense seqüeles neurològiques greus	0	6 (37,5%)

Els casos amb indemnització presenten una major gravetat dels desenllaços clínics, especialment pel que fa a dany neurològic irreversible.

Errors assistencials comparats:

Taula 7: Comparativa de les reclamacions amb i sense indemnització segons error assistencial.

Error	Indemnització	Sense indemnització
Defecte valoració RCTG	9 (100%)	0
Retard cesària urgent	5 (55%)	2 (12%)
Defecte informació	2 (22%)	2 (12%)
Reanimació deficient	2 (22%)	1 (6%)
No cesària en PBF	2 (22%)	0
No determinació de pH calota	1 (11%)	0
Cap error	0	8 (50%)

La diferència més rellevant es troba en la interpretació del monitoratge fetal, suggerint un paper central de la presa de decisions clíniques, amb retard o no realització de cesària urgent.

Factors obstètrics intrapart:

Taula 8: Comparativa de les reclamacions amb i sense indemnització segons factors de risc.

Error	Indemnització	Sense indemnització
Part perllongat	5 (55%)	1 (6%)
Líquid meconial	5 (55%)	3 (19%)
Inducció del part	2 (22%)	2 (12%)
DPP	1 (11%)	2 (12%)
Desproporció pèlvico-cefàlica	1 (11%)	1 (6%)

Els factors obstètrics funcionen com a variables de risc, però no determinen per se la indeminització. El part perllongat, la presència de líquid meconial i la inducció del part s'associen a més probabilitat de indemnització per ser factors de risc d'asfíxia perinatal.

Indicadors de compromís fetal

Taula 9: Comparativa de les reclamacions amb i sense indemnització segons indicadors de benestar fetal.

Error	Indemnització	Sense indemnització
Apgar baix	100%	No valorable
pH umbilical $\leq 7{,}1$	44%	No valorable

L'acidosi metabòlica constitueix un indicador objectiu d'asfíxia perinatal i reforça el nexe causal en l'anàlisi mèdico-legal.

Perfil comparatiu resumit:

Cas indemnitzat típic

- Infravaloració del RCTG
- Retard en decisió de cesària

- Part perllongat freqüent
- Resultat neonatal molt greu (mort o PC)
- Apgar baix + acidosi significativa
- Indemnitzacions més altes en PC greu

Cas no indemnitzat típic

- RCTG anòmal menys freqüent
- Absència d'errors clars documentats
- Resultats neonatals no descrits com a greus
- Factors de risc presents però sense mala praxi associada

Taula estadística comparativa (amb prova exacta de Fisher):

Taula 10: Associació entre variables clíniques i indemnització.

Variable	Indemnització n (%)	Sense indemnització n (%)	Odds Ratio	p (Fisher)
Defecte valoració RCTG	9 (100%)	0 (0%)	∞	<0,001
Retard cesària urgent	5 (55,5%)	2 (12,5%)	5,83	0,058
Defecte informació	2 (22,2%)	2 (12,5%)	1,75	0,602
Reanimació deficient	2 (22,2%)	1 (6,2%)	3,11	0,530
No cesària en PBF	2 (22,2%)	0 (0%)	∞	0,120
No determinació pH calota	1 (11,1%)	0 (0%)	∞	0,360
Part perllongat	5 (55,5%)	1 (6,2%)	13,75	0,012
Líquid meconial	5 (55,5%)	3 (18,7%)	4,33	0,087
Inducció del part	2 (22,2%)	2 (12,5%)	1,75	0,602
DPP	1 (11,1%)	2 (12,5%)	0,82	1,000
Desproporció pèlvico-cefàlica	1 (11,1%)	1 (6,2%)	1,88	1,000

Nivell de significació: $p < 0,05$

d. RESULTATS ESTADÍSTICS

L'associació entre les diferents variables clíniques i l'existència d'indemnització es va efectuar mitjançant taules de contingència i la prova exacta de Fisher, donada la mida de la mostra. L'anàlisi va mostrar una associació estadísticament significativa entre la indemnització i el defecte en la valoració del registre cardiotocogràfic (RCTG) ($p < 0,001$), present en el 100 % dels casos indemnitzats, essent absent en els casos sense indemnització.

Per altra banda, es va observar una associació significativa amb la presència de part perllongat (55,5 % vs 6,2 %; $p = 0,012$), amb una odds ratio de 13,75.

El retard en la realització de cesària urgent va mostrar una tendència cap a la significació estadística (55,5 % vs 12,5 %; $p = 0,058$), suggerint una possible relació amb la responsabilitat assistencial que podria assolir significació en mostres de major mida.

Altres variables analitzades, com el defecte d'informació, la reanimació neonatal deficient, la inducció del part, el despreniment prematur de placenta o la desproporció pèlvico-cefàlica, no van mostrar una associació estadísticament significativa amb la indemnització.

En conclusió, els resultats suggereixen que els factors determinants s'associen principalment a errors en la interpretació del RCTG i en la presa de decisions obstètriques intrapart, més que amb la presència de factors obstètrics de risc per se.

7.2. RESULTATS ESTUDI DE SENTÈNCIES CATALUNYA 2010-2021

a. RESULTATS GENERALS

i. Variables Clíniques

La informació clínica de les sentències és parcial. Es limita a les variables que el Jutge ha recollit a la resolució. En el període 2010-2021 es van recollir 20 casos de sentències per asfíxia intrapart a Catalunya.

Els factors de risc avantpart recollits es mostren a la taula següent.

Taula 11: Distribució de les sentències segons factors de risc avantpart (sentències 2010-2021 n=20).

FACTORS DE RISC AVANTPART	N	% (sobre 20 casos)
PART PRETERME	8	40,0
RESTRICCIÓ DEL CREIXEMENT (BAIX PES)	2	10,0
MACROSOMA	2	10,0
CESÀRIES PRÈVIES	1	5,0
PREECLÀMPSIA	1	5,0
ALTRES	4	20,0
NO CONSTA	9	45,0

Un mateix cas pot presentar més d'un factor de risc. El percentatge s'ha calculat sobre el total de 20 casos, de manera que la suma excedeix el 100%.

El tipus de part es mostra a la taula següent.

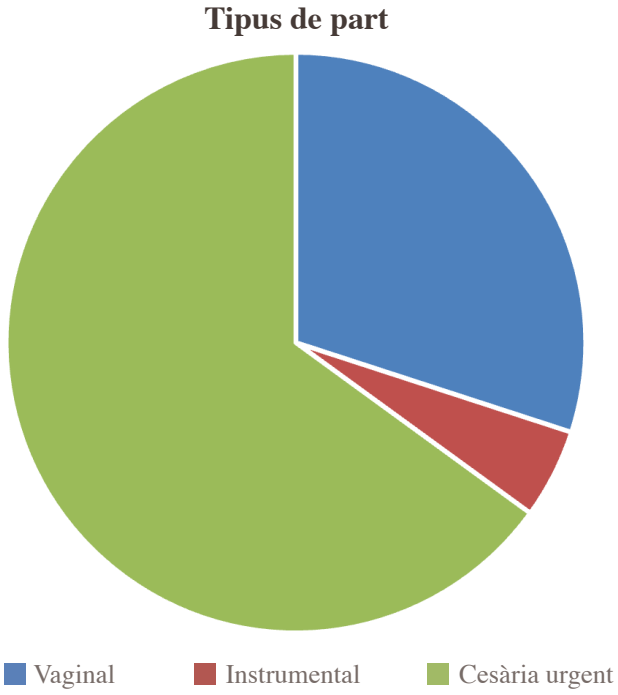


Figura 14: Distribució de les sentències segons el tipus de part.

Els factors de risc intrapart es mostren a la taula següent.

Taula 12: Distribució de les sentències segons factors de risc intrapart.

FACTORS DE RISC AVANTPART	N	% (sobre 20 casos)
RCTG ANÒMAL	7	35,0
LÍQUID MECONIAL	5	25,0
ASPIRACIÓ DE MECONI	3	15,0
DESPRENDIMENT PRECOÇ DE PLACENTA	3	15,0
INDUCCIÓ DEL PART	3	15,0
DISTÒCIA DE ROTACIÓ-PRESENTACIÓ ANÒMALA	2	10,0
HEMORRÀGIA VAGINAL	2	10,0
AMNIOREXIS PRECOÇ	1	5,0
NO CONSTA	5	25,0

Un mateix cas pot presentar més d'un factor de risc. El percentatge s'ha calculat sobre el total de 20 casos, de manera que la suma excedeix el 100%.

La clínica del nounat es mostra al gràfic següent:

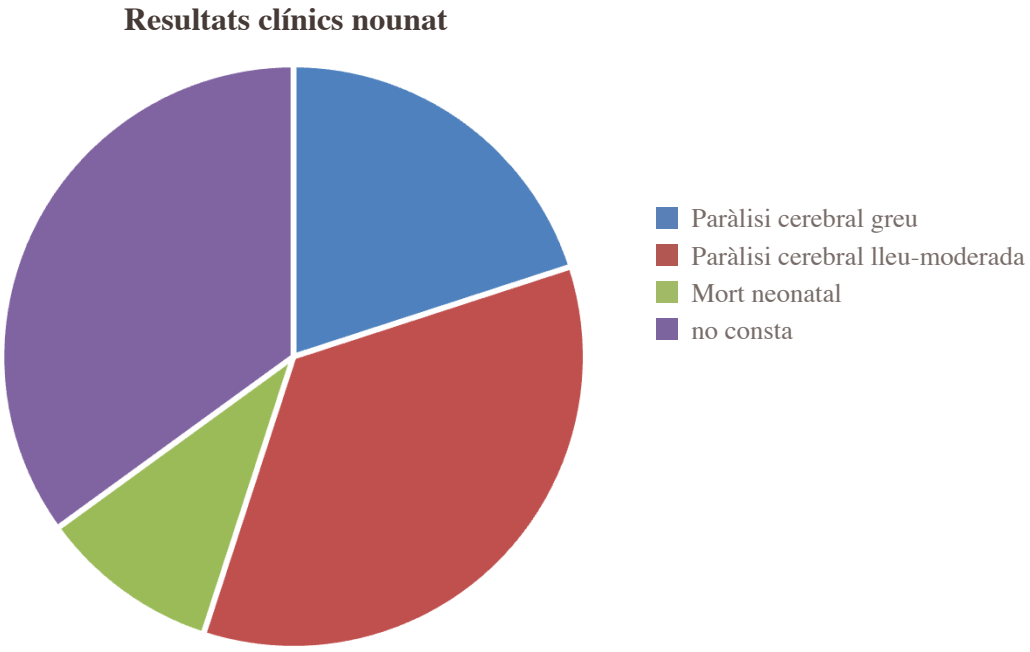


Figura 15: Distribució de les sentències segons resultats clínics del nounat.

Els errors o defectes detectats en l'assistència es mostren a la taula següent.

Taula 13: Distribució de les sentències segons errors o problemes detectats en la pràctica clínica.

Defectes detectats en la pràctica clínica	N	% (sobre 20 casos)
DEFECTE EN VALORACIÓ RCTG	7	35
RETARD DIAGNÒSTIC (PÈRDUA BENESTAR FETAL)	5	25
RETARD EN INDICACIÓ DE CESÀRIA URGENT	8	40
RETARD EN DIAGNÒSTIC DE COMPLICACIONS	1	5
RETARD EN REANIMACIÓ	1	5
NO CONSTA	9	45

Un mateix cas pot presentar més d'un factor de risc. El percentatge s'ha calculat sobre el total de 20 casos, de manera que la suma excedeix el 100%.

Taula 14: Taula resum sentències Catalunya.

TAULA RESUM DE LES SENTÈNCIES (Catalunya, 2010-2021, N=2)			
Categoria	Variables	N	%
Factors prenatals	Part preterme	8	40,0
	Restricció de creixement / baix pes	2	10,0
	Macrosomia	2	10,0
	Cesàries prèvies	1	5,0
	Preeclàmpsia	1	5,0
	Altres	4	20,0
	No consta	9	45,0
Tipus de part	Vaginal	6	30,0
	Instrumental	1	5,0
	Cesària urgent	13	65,0
Factors intrapart	RCTG anòmal	7	35,0
	Líquid meconial	5	25,0
	Aspiració de meconi	3	15,0
	Despreniment precoç de placenta	3	15,0
	Inducció del part	3	15,0
	Distòcia de rotació/presentació anòmala	2	10,0
	Hemorràgia vaginal	2	10,0
	Amniorexis precoç	1	5,0
	No consta	5	25,0
Resultats clínics	Paràlisi cerebral greu	4	20,0
	Paràlisi cerebral lleu– moderada	7	35,0
	Mort neonatal precoç	2	10,0
	No consta	7	35,0
Errors detectats	Defecte en valoració RCTG	7	35,0
	Retard diagnòstic (pèrdua benestar fetal)	5	25,0
	Retard en indicació de cesària urgent	8	40,0
	Retard en diagnòstic de complicacions	1	5,0
	Retard en reanimació	1	5,0
	No consta	9	45,0

ii. Variables Jurídiques

En totes les sentències el jutge o jutgessa va fer ús de la *lex artis ad hoc* com a estàndard de bona praxis a l'hora de resoldre.

En 6 de les sentències es va invocar per part de l'actora la teoria del dany desproporcionat, que va ser desestimada pel Jutge en totes elles al no complir-se els requisits d'aplicabilitat. És a dir, que el jutge o jutgessa no va considerar que el resultat lesiu fos tan greu, inexplicable i a la vegada estrany o poc comú, que segons l'experiència comú, només pugui atribuir-se a una actuació contrària a la lex artis ad hoc. Això no descarta que el jutge no apreciés responsabilitat, sinó que en els casos en que es va condemnar, no va aplicar aquesta teoria.

En 9 casos l'actora va al·legar haver patit una pèrdua d'oportunitat, en 7 per retard en el diagnòstic o tractament, i 2 d'ells per un defecte d'informació. Aquesta pèrdua d'oportunitat va ser apreciada pel Tribunal en 4 casos, els quatre per un retard de diagnòstic o tractament.

En tot els casos la part actora va al·legar un defecte de praxis i una vulneració de la lex artis ad hoc per part de la demandada, és a dir, un incompliment de l'obligació de mitjans. En els 8 de 20 casos en que el jutge va condemnar, es va apreciar una vulneració de la lex artis.

Taula 15: Distribució de les sentències segons aplicació de figures jurídiques.

FIGURA JURÍDICA INVOCADA	CASOS EN ELS QUE S'HA AL·LEGAT	CASOS EN ELS QUE EL JUTGE HA APLICAT LA FIGURA JURÍDICA INVOCADA	INFORMACIÓ
Vulneració lex artis ad hoc/obligació de mitjans	20	8	Base de totes les condemnes
Pèrdua d'oportunitat	9	4	
Retard diagnòstic/tractament	7	4	
Defecte d'informació	2	0	
Dany desproporcionat	6	0	Tot i desestimar-se la teoria invocada, no aplicar-la no descarta condemna per altres vies

En 4 casos la part demandada eren els metges o metgesses intervinents.

En 2 casos es reclamaven també a altres professionals intervinents com personal d'infermeria.

La companyia asseguradora va ser demandada en 9 casos, i l'ICS en 11 casos.

La N és major perquè en ocasions hi ha més d'una part demandada (per exemple, es pot demandar al metge i a la companyia asseguradora).

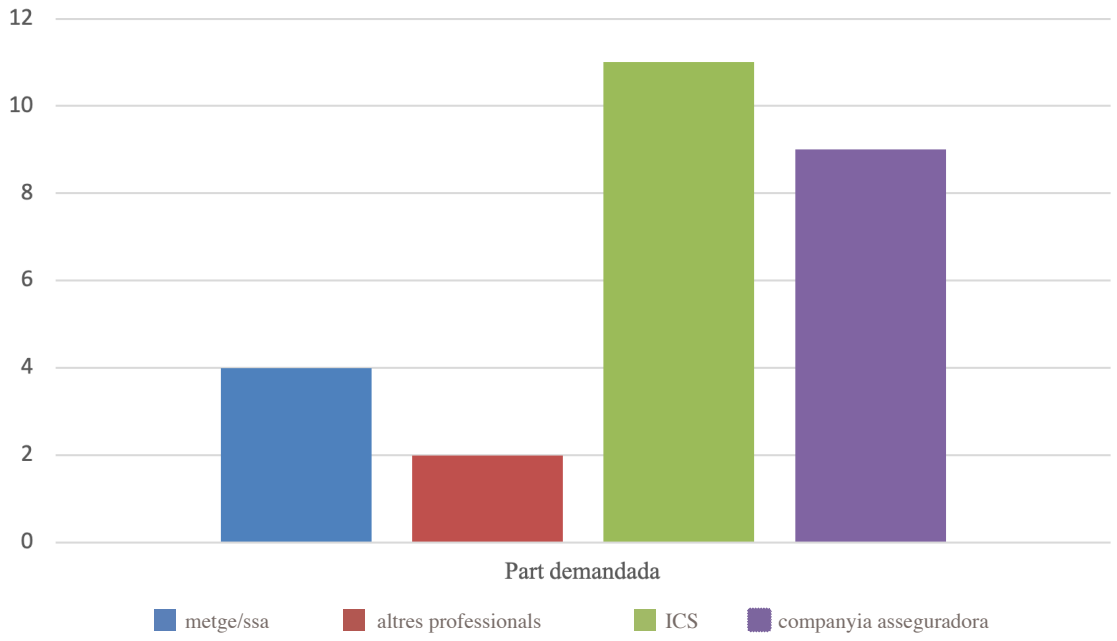


Figura 16: Distribució de les sentències segons part demandada

En tots els casos en els que la sentència en fa referència (14), la part demandada aportava pericial de metge especialista en ginecologia i obstetrícia, neonatologia o pediatria. En 10 casos, la sentència va ser desestimatòria de la demanda. S'aprecia que el jutjat té tendència a donar prevalença al dictamen emès per pèrit especialista al de pèrit no especialista, en cas de contradicció entre aquests.

En aquest sentit, entre d'altres, destaquem, un paràgraf d'una de les sentències analitzades, 118/2016 SJCA de Barcelona:

"Siendo así que, como también es sabido, las pruebas periciales resultan siempre de obligada valoración para el órgano judicial de acuerdo con las reglas de la sana crítica ex artículo 348 de la Ley 1/2000 , de Enjuiciamiento Civil, al tiempo que en los supuestos de eventual contradicción entre las conclusiones de los informes médicospericiales obrantes en el

proceso la jurisprudencia contenciosa administrativa ha venido sentando ya con reiteración distintos criterios de prevalencia relativa en tales supuestos, como el de prevalencia de la pericia efectuada por facultativo especialista frente a la del facultativo no especialista en la correspondiente especialidad médica concernida por la respectiva controversia judicial (entre otras, STS, Sala 3ª, de fecha 30 de marzo de 2005 y STSJ de Cataluña, Sala Contenciosa Administrativa, núm. 149/2009, de 17 de febrero , y núm. 336/2009, de 20 de abril), al tiempo que, en todo caso, la necesidad de acudir siempre a la fuerza de convicción de los razonamientos expuestos en los correspondientes dictámenes periciales, a la mayor o menor imparcialidad presumible del perito informante, con preferencia, en su caso, de los informes emitidos por peritos de designa judicial, así como, por último, aunque no por ello menos importante, a la necesaria armonía de las conclusions periciales con el resto de elementos probatorios obrantes en el proceso (entre otras, STS, Sala Contenciosa Administrativa, de 6 de mayo de 1993 y 2 de abril de 1998)".

De les sentències on el Jutge recull la Província on es va prestar l'assistència mèdica reclamada, en 10 casos va ser prestada a Barcelona, en 2 casos a Girona, en 2 casos a Tarragona, en 0 casos a Lleida i en 4 casos va ser prestada a fora de Catalunya.

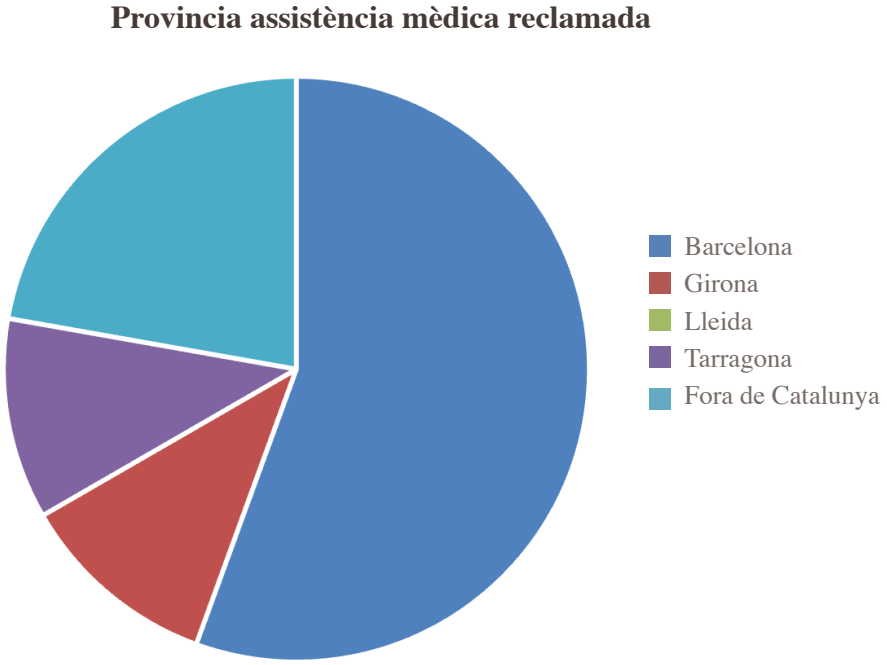


Figura 17: Distribució de les sentències segons província de l'assistència mèdica reclamada.

La plena legitimació activa per reclamar la ostenta el menor, doncs és qui ha patit els danys corporals, funcionals i morals derivats de l'assistència mèdica. Atès que aquest és menor o incapacitat, la reclamació es pot interposar en el seu nom i representació per part dels seus pares o tutors (art. 162 del Codi Civil Espanyol). La norma general és que l'actuació dels progenitors en nom del fill menor ha de ser conjunta. És a dir, o han de demandar ambdós progenitors o bé un amb el consentiment de l'altre.

Per altra banda, els pares individualment també ostenten legitimació activa pròpia pel que fa als danys propis (art. 1.902 del CC), com és el dany moral derivat de les seqüeles permanents del seu fill, com també els danys patrimonials (despeses assistencials, mèdiques, o lucre cessant). És a dir, el perjudici sofert per la situació de fill és un dany personalíssim que afecta a cada progenitor de manera individual, pel que cadascú és titular d'una acció pròpia i poden demandar sense que l'altre ho faci.

De les sentències analitzades es desprèn que en 3 casos han demandat o bé el pare o bé la mare, de forma individual. En 8 casos han demandat el pare i la mare conjuntament, i en 9 casos, han demandat ambdós progenitors en nom propi i també en nom del fill.

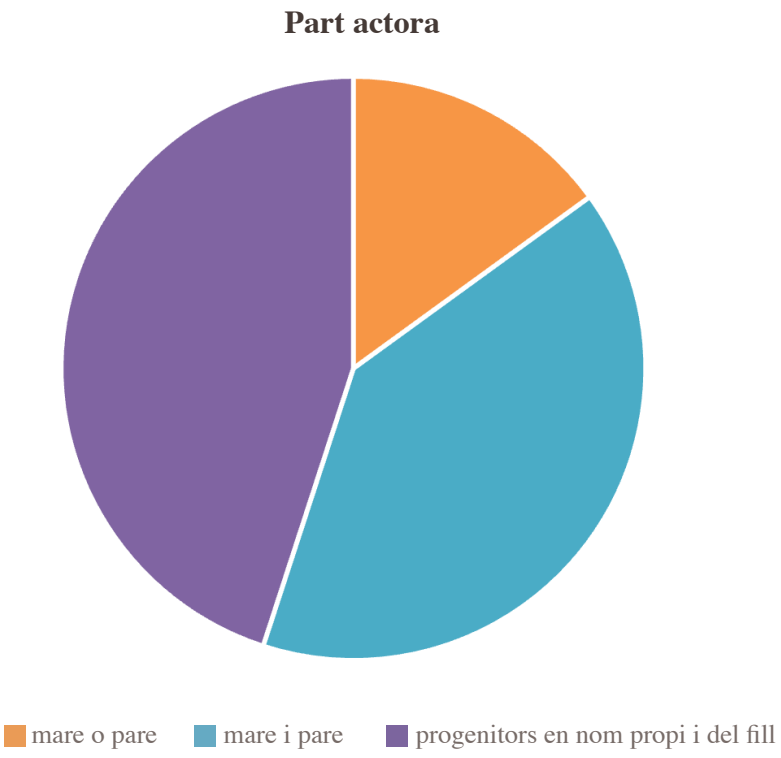


Figura 18: Distribució de les sentències segons la part actora.

El nombre de sentències recaigudes amb el pas dels anys es manté força estable, advertint-se una petita tendència a la baixa.

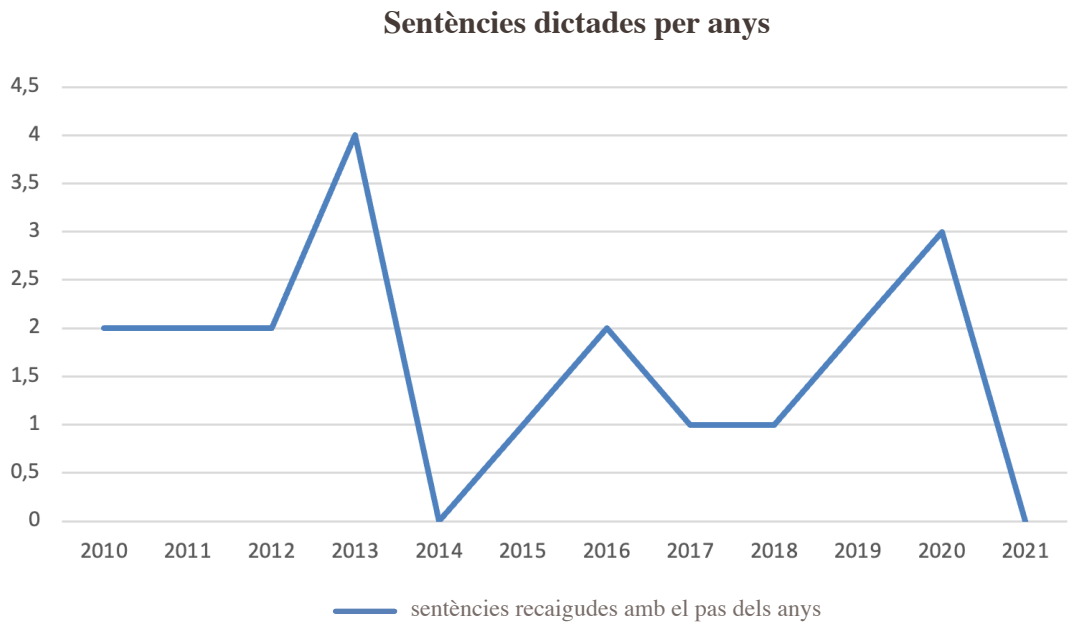


Figura 19: Distribució de les sentències segons l'any.

Entre l'acte mèdic reclamat i la sentència, els anys que transcorren són força variables. Entre l'acte mèdic reclamat i la sentència, transcorren de mitjana 9,5 anys. Queda reflectit a la següent taula:

Taula 16: Temps de resolució: anys transcorreguts entre l'acte mèdic reclamat i la sentència.

ANY SENTÈNCIA	ANY ACTE MÈDIC
2010	2005
2010	2001
2011	No consta
2011	2002
2012	2003
2012	2001
2013	2005
2013	2000
2013	2004
2013	2001
2015	2004
2016	2004
2016	1998
2017	2009
2018	No consta
2019	2014
2019	2009
2020	2014
2020	2010
2020	2015

b. DESCRIPCIÓ DELS CASOS EN ELS QUE S'HA CONCEDIT INDEMNITZACIÓ

De les 20 sentències objecte d'estudi, en 8 (40%) casos es va estimar RPM.

i. Variables clíniques

El RCTG va ser valorat com a patològic en 5 casos, va ser valorat com a no patològic en 2 casos i indeterminat en 1 cas.

Altres signes suggestius de pèrdua de benestar fetal era la presència d'aigües meconials en 2 casos. El pH nucal nucal no consta recollit en cap cas. El pH umbilical era inferior a 7,1 en 2 casos, superior a 7,1 en 2 casos i no consta en 4 casos. El test d'Apgar els primers minuts era baix 3 casos, superior a 4 en 2 casos i en 3 casos no consta. Els factors de risc eren part prematur en 3 casos, baix pes en 2 casos, patologia umbilical en 1 cas, corioamnionitis en un cas, macrosomia fetal en 1 cas.

La manifestació clínica de l'asfíxia és mort neonatal en 2 casos, PC greu en 3 casos i indeterminada (sense informació) en 3 casos.

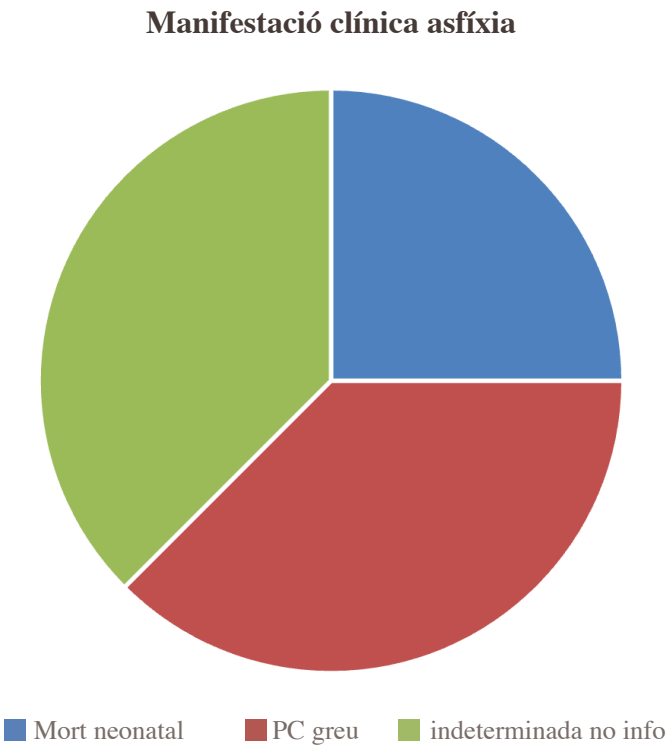


Figura 20: Distribució de les sentències en les que s'ha concedit indemnització segons manifestació clínica d'asfíxia .

Els errors o problemes clínics detectats en la pràctica clínica en les sentències amb condemna són el retard de cesària urgent en 6 casos per un retard en el diagnòstic de pèrdua de benestar fetal en 6 casos amb una infravaloració del RCTG en 5 casos i un retard en reanimació i trasllat a un altre centre amb unitat de neonatologia intensiva. Consten a la gràfica següent:

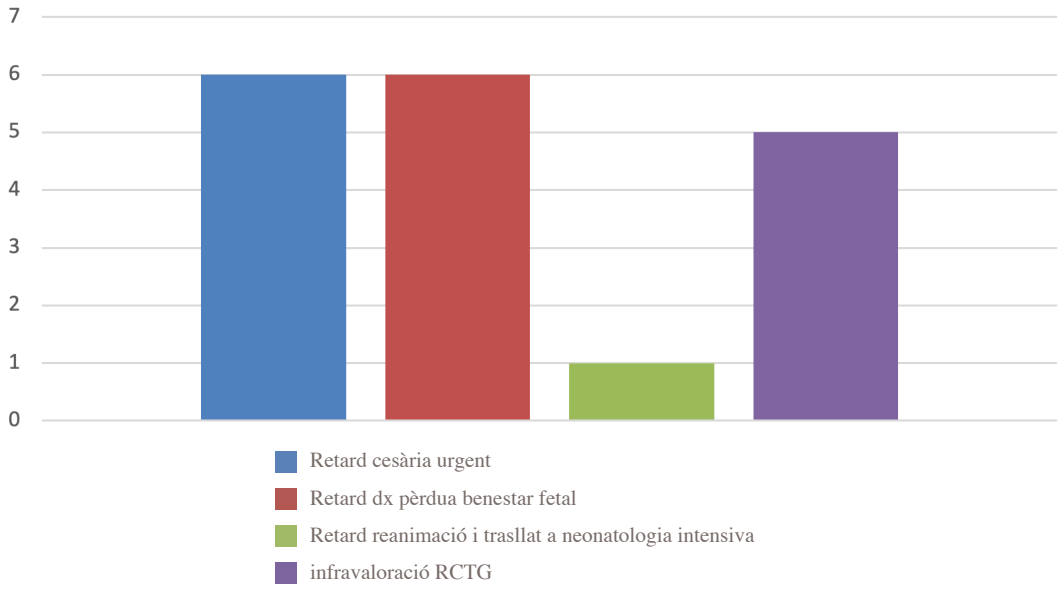


Figura 21: Distribució de les sentències en les que s'ha concedit indemnització segons defectes assistencials detectats.

Taula 17: Característiques de les sentències en les que s'ha concedit indemnització.

N casos	Manifestació clínica	RCTG	Altres signes	Apgar / pH umbilical	Factors de risc	Errors / Problemes	Quanties (€)
8	2 mort neonatal, 3 PC greu, 3 indeterminats	Patològic (5), no patològic (2), indeterminat (1)	Aigües meconials (2)	Apgar baix (3), >4 (2), no consta (3); pH <7,1 (2), >7,1 (2), no consta (4)	Prematur (3), baix pes (2), patologia umbilical (1), corioamnio nitis (1), macrosomi a (1)	Retard cesària (6), retard diagnòstic (6), infravalora ció RCTG (5), retard reanimació	PC greu: 600.000, 1.098.000 i 1.627.000

ii. Variables jurídiques

En 4 dels 8 casos en els que es va estimar RPM, és a dir, es va condemnar, es va fer aplicant la teoria de la pèrdua d'oportunitat a l'hora de resoldre, aminorant d'aquesta manera la quantia indemnitzatòria. En tots els casos en els que s'ha estimat RPM, s'ha apreciat una vulneració de la lex artis ad hoc a l'apreciar retard de diagnòstic de pèrdua de benestar fetal o retard de tractament. En tots els casos en que s'ha estimat RPM, s'ha apreciat un incompliment de l'obligació de mitjans del professional sanitari. En cap cas s'ha apreciat l'existència d'un dany desproporcionat, ni d'un defecte d'informació.

Taula 18: Distribució de les sentències en les que s'ha concedit indemnització segons figura jurídica aplicada.

FIGURA JURÍDICA APLICADA	CASOS	RCTG	Altres signes
Incompliment obligació de mitjans	8	condemna	Base universal per apreciar RPM
Vulneració lex artis ad hoc	8	condemna	No detecció pèrdua benestar fetal, retard pràctica cesària...
Pèrdua d'oportunitat (per error o retard en el diagnòstic o tractament)	4	reducció indemnització	S'aplica per minorar la quantia econòmica a pagar
Dany desproporcionat	0	cap	Teoria descartada totalment pel Tribunal
Defecte d'informació	0	cap	No es considera provat o no es considera rellevant per la condemna

La figura del pèrit especialista en GiO és essencial de cara a la defensa del cas. En tots els casos en els que queda constància, la part demandada anava amb pèrit especialista en ginecologia i obstetrícia o en pediatria. Per altra banda, en 5 casos dels que hi ha constància, la part actora va aportar un pèrit no especialista en ginecologia i obstetrícia o pediatria. En tots aquesta casos la part actora va perdre excepte en un cas, en el que el Jutge dóna més veracitat al pèrit especialista en medicina interna, proposat per l'actora, enlloc dels pèrits de les demandades, especialistes en ginecologia y obstetrícia, manifestat el següent:

"Entrando al estudio de los motivos de apelación, y comenzando por la titulación del perito médico de la actora, Dr. Pio, resulta admitido que no ostenta la condición de especialista en Ginecología y Obstetricia, pero sí la de Médico especialista en Medicina interna, lo que obviamente supone un conocimiento profundo y más que suficiente sobre el comportamiento general y especial del cuerpo humano y funcionamiento específico de sus diversos órganos, entre los que se cuentan los relacionados con los hechos objeto de este proceso. Cierto es

que la jurisprudencia señala la prevalencia del dictamen de especialista sobre el que no lo es, pero en este caso concurre la circunstancia que se acaba de señalar, unida al hecho cierto de que esa prevalencia no es una regla absoluta, sino que puede ser desvirtuada en caso de existir prueba y argumentación más favorable para el dictamen del no especialista".

Les quanties indemnitzatòries més altes corresponen als casos amb PC greu (599.999€, 1.098.656€ i 1.627.213 €).

S'adverteix una tendència a la baixa de les quanties indemnizatòries concedides amb el pas dels anys. El següent gràfic mostra una comparativa entre el nombre de sentències recaigudes per any i la quantia indemnitzatòria total concedida amb les sentències d'aquell any en concret.

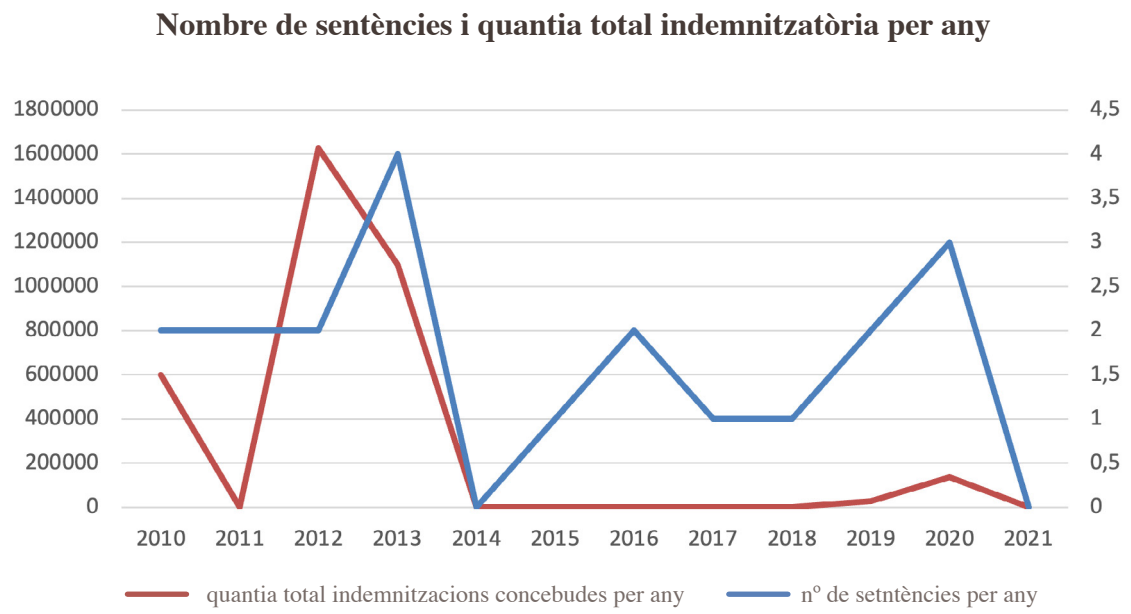


Figura 22: Distribució de les sentències en les que s'ha concedit indemnització segons quantia indemnitzada per any.

c. ESTUDI COMPARATIU ENTRE ELS CASOS AMB I SENSE INDEMNITZACIÓ

La distribució dels grups és la següent:

- Casos amb indemnització: n = 8
- Casos sense indemnització: n = 12

Resultats neonatals comparats:

Taula 19: Comparativa sentències amb i sense indemnització segons resultat clínic neonatal.

Resultat neonatal	Condemna + indemnització (n=8)	Desestimació (n=12)
Mort neonatal precoç	2	0
Paràlisi cerebral greu	3	1
Paràlisi cerebral lleu-moderada	3	6
Resultat indeterminat	0	2
Sense dades	0	3

Els casos condemnatoris s'associen a major gravetat neurològica irreversible, especialment paràlisi cerebral greu i mort neonatal.

Monitorització fetal (RCTG)

Taula 20: Comparativa sentències amb i sense indemnització segons monitorització.

Variable	Condemna + indemnització	Desestimació
RCTG patològic	5	2
RCTG no patològic	2	5
RCTG indeterminat	1	5

La diferència més rellevant es troba en la interpretació del RCTG:

- Condemnes -> major proporció de traçats patològics
- Desestimacions -> major incertesa diagnòstica o normalitat

Errors assistencials

Taula 21: Comparativa sentències amb i sense indemnització segons errors assistencials detectats.

Error	Condemna + indemnització	Desestimació
Retard indicació cesària urgent	6	2
Defecte valoració RCTG	5	2
Retard diagnòstic benestar fetal	6	0
Retard reanimació neonatal	2	0
Cap error documentat	0	9

Les sentències condemnatòries es vinculen principalment a errors de decisió clínica i no a la presència de factors de risc.

Factors de risc intrapart

Taula 22: Comparativa sentències amb i sense indemnització segons factors de risc intrapart.

Factor	Condemna + indemnització	Desestimació
Líquid meconial	2	3
Aspiració meconi	3	0
Part perllongat	3	1
Despreniment placenta	2	1
Inducció part	3	0
Hemorràgia vaginal	2	0
Amniorrexi precoç	1	0

Els factors de risc obstètric són relativament freqüents en ambdós grups, però tenen menor valor discriminant que els errors assistencials.

Indicadors d'hipòxia fetal

Taula 23: Comparativa sentències amb i sense indemnització segons indicadors d'hipòxia.

Variable	Condemna + indemnització	Desestimació
Apgar baix	3	No consta
pH < 7,1	2	No consta
pH > 7,1	2	2

La documentació objectiva d'acidosi metabòlica reforça el nexe causal en sentències condemnatòries.

Tipus de part

Taula 24: Comparativa sentències amb i sense indemnització segons tipus de part.

Tipus de part	Condemna + indemnització	Desestimació
Cesària urgent	6	7
Part vaginal	2	4
Part instrumental	0	1

El factor discriminant no és la via del part, sinó el temps de decisió quirúrgica.

Taula estadística comparativa Sentències de Catalunya (amb prova exacta de Fisher)

Taula 25: Associació entre variables clíniques i indemnització.

Variable	Condemna	Absolució	Odds Ratio	p (Fisher)
RCTG patològic	5	2	8,33	0,062
Retard cesària urgent	6	2	**15,0**	**0,019**
Defecte valoració RCTG	5	2	8,33	0,062
Retard diagnòstic benestar fetal	6	0	∞	**0,0007**
Retard reanimació neonatal	2	0	∞	0,147
Líquid meconial	2	3	1,0	1,000
Aspiració de meconi	3	0	∞	**0,049**
Part perllongat	3	1	6,6	0,255
Despreniment placenta	2	1	3,66	0,537
Inducció del part	3	0	∞	**0,049**
Hemorràgia vaginal	2	0	∞	0,147
Amniorrexi precoç	1	0	∞	0,400

d. RESULTATS ESTADÍSTICS

L'anàlisi estadístic mitjançant la prova exacta de Fisher va identificar una associació significativa entre la condemna judicial i el retard en la indicació de cesària urgent (p = 0,019), així com amb el retard en el diagnòstic de compromís fetal (p = 0,0007). També es va observar una associació amb la presència d'aspiració de meconi (p = 0,049) i amb la inducció del part (p = 0,049). El monitoratge fetal patològic i el defecte en la seva interpretació van mostrar una tendència cap a la significació estadística (p = 0,062).

Al comparar els dos estudis, tant el del registre del CCMC com l'estudi jurisprudencial de Sentències catalanes, apareix el mateix patró:

Taula 26: Comparativa dels dos estudis.

Factor	Registre CCMC	Sentències Catalunya
Error interpretació RCTG	Determinant	Quasi significatiu
Retard cesària	Tendència	Significatiu
Retard diagnòstic pèrdua benestar fetal	Present	Molt significatiu
Factors obstètrics	Poc discriminants	Poc discriminants

DISCUSSIÓ



DISCUSSIÓ

La present tesi doctoral descriu el perfil de les reclamacions per asfíxia intrapart a Catalunya i el seu recorregut judicial o extrajudicial, integrant variables clíniques amb els resultats jurídics i indemnitzacions. S'han identificat 25 casos al registre del SRP de les reclamacions del CCMC en el període 2010–2021, i per altra banda 20 sentències dictades tant pel Tribunal Suprem, de casos els orígens dels quals són tribunals catalans, com de Jutjats i Tribunals de Catalunya en el mateix període. En ambdós grups es detecta un patró de factors de risc obstètrics i errors assistencials recurrents, que expliquen en gran mesura l'evolució clínica i les conseqüències jurídiques.

Context de l'asfíxia intrapart a Catalunya

Considerant que la incidència d'asfíxia intrapart és d'1 cas per cada 1.000 naixements (*García-Alix et al, 2009*) i que el nombre de naixements anuals a Catalunya segons Idescat supera lleugerament els 50.000, s'estima que es produeixen aproximadament 50 casos d'asfíxia intrapart cada any a Catalunya. Tanmateix, la mitjana anual de reclamacions a Catalunya per suposada mala praxi amb resultat d'anòxia analitzades en aquest estudi —que sumen un total de 45 casos entre la casuística del CCMC i la mostra jurisprudencial- suposen una mitjana de 3,75 casos anuals en el període de 12 anys analitzat.

Aquestes dades permeten concloure que el nombre de reclamacions, demandes i denúncies per asfíxia intrapart a Catalunya és proporcionalment molt baix en relació amb el nombre total de reclamacions i molt inferior a altres països. A Gran Bretanya en el període 2012-2016 es van presentar 296 reclamacions al NHSR per aquest motiu, de les quals unes 70 van resoldre's amb indemnització (*Magro, 2017*). Als EEUU es presenten 67 reclamacions per suposada mala praxi obstètrica per cada 100.000 parts, i unes 13 d'aquestes es van resoldre amb indemnització (*Riley et al, 2016*). Al Japó, des de la creació de la *Japan Obstetric Compensation System for Cerebral Palsy* l'any 2009, fins el mes de juliol de 2016, s'havien admès més de 2.200 reclamacions per PC, de les quals es van indemnitzar més de 1.700 (*Iwashita, 2017*).

Perfil clínic: comparació entre els casos del registre del CCMC i jurisprudència

1.Factors de risc

En relació amb els factors materns, l'edat superior als 35 anys és present en el 38% dels casos del registre CCMC. Pel que fa als antecedents i condicions prenatals, els més freqüents són el part preterme (29% al registre CCMC, 40% a la mostra jurisprudencial) i la restricció del

creixement intrauterí o baix pes (16% i 10%, respectivament). Altres factors com cesàries i avortaments previs (12% al registre CCMC), macrosomia (10% a la mostra jurisprudencial), preeclàmpsia i presentació podàlica (8% al registre CCMC) mostren una distribució més heterogènia segons la font.

Els factors de risc intrapart són especialment rellevants. El registre cardiotocogràfic (RCTG) patològic és el problema més repetit (56% al registre CCMC i 35% a la mostra jurisprudencial), juntament amb la presència de líquid amniòtic amb meconi (32% i 15% respectivament). Altres elements destacats són el part prolongat (24% al registre CCMC), l'amniorexi espontània precoç (20% al registre CCMC) i la inducció del part (16% al registre CCMC). Es registren també casos de despreniment de placenta (12% al registre CCMC, 15% a la mostra jurisprudencial) i aspiració de meconi (12% i 15% respectivament).

Tot i així, s'observa certa variabilitat en la freqüència dels factors de risc segons la font, probablement relacionada amb diferències en el registre clínic i la informació que consta en les resolucions judicials, que al cap i a la fi depèn del que el Jutge o Tribunal vol recollir.

2. Resultats clínics

Els resultats clínics mostren una diferència notable entre els dos grups: la mortalitat neonatal és del 44% de la casuística registrada al SRP però només del 10% en la mostra jurisprudencial analitzada, mentre que la paràlisi cerebral greu es produeix en el 28% casuística i el 20% de la mostra jurisprudencial. Aquest contrast podria reflectir una major tendència a judicialitzar els casos amb seqüeles discapacitants que no pas els de mort neonatal, en els quals sovint l'atribució causal i la quantificació de danys és més complexa.

3. Errors assistencials

En quant als errors assistencials més freqüents, destaquen els defectes en la valoració del RCTG (36% al registre SRP i 25% a la mostra jurisprudencial) i el retard en la indicació de cesària urgent (28% i 40%). També es documenten defectes d'informació a la gestant (16% al registre SRP) i una reanimació neonatal insuficient o defectuosa (12% al registre SRP i 5% a la jurisprudència). Aquests patrons apunten a problemes recurrents en la interpretació del monitoratge fetal i en la rapidesa de resposta obstètrica, factors ja descrits a la literatura internacional com a determinants en els litigis per asfíxia intrapart (*Ayres-de-Campos et al, 2013; Williams, Arulkumaran, 2004).*

Hi ha estudis sobre responsabilitat professional en obstetrícia a Catalunya i Espanya que apunten a patrons similars: l'obstetrícia concentra un percentatge alt de reclamacions amb les quanties d'indemnitzacions més elevades, i factors com la interpretació del RCTG i els

retards d'actuació apareixen com a elements recurrents (*Gómez-Duran et al, 2013; Martín-Fumadó et al, 2020*).

Anàlisi dels casos amb indemnització

En concret, a continuació s'analitzen els casos amb indemnització perquè d'ells l'aprenentatge de l'error pot tenir més rendiment i permet identificar amb major precisió els factors associats a RPM.

En el registre del CCMC (2010–2021), 9 dels 25 casos (36%) van finalitzar amb indemnització majoritàriament per via extrajudicial. Així doncs la via predominant va ser l'acord extrajudicial (8 casos), mentre que només un cas va arribar a sentència judicial civil. Aquests casos es caracteritzen per:

- Resultats clínics greus (mort neonatal o paràlisi cerebral)
- Presència constant de RCTG patològic
- Elevada freqüència de líquid meconial i acidosi
- Errors assistencials recurrents, especialment la infravaloració del RCTG i el retard en la pràctica de la cesària.

En canvi, en la jurisprudència analitzada (2010–2021), 8 de 20 casos (40%) es van resoldre amb condemna. Tot i una major heterogeneïtat de dades clíniques, es mantenen patrons similars, amb predomini de retard en la cesària i problemes en la interpretació del RCTG.

Els resultats —que en els casos indemnitzats del registre del CCMC tots tenien RCTG patològic i molts presentaven líquid amniòtic amb meconi i acidosi (pH < 7,1)— coincideix amb la literatura científica revisada: múltiples revisions i estudis medicolegals identifiquen la infravaloració del RCTG i la presència de signes clínics de pèrdua de benestar fetal com a elements centrals en els casos que acaben en reclamació i/o indemnització. (*Ayres-de-Campos et al, 2013; Williams, Arulkumaran, 2004; Modena, Fieni, 2013).*

El retard en la pràctica de la cesària urgent apareix com a error freqüent (5 de 9 casos al registre del CCMC; 6 de 8 casos en la mostra jurisprudencial). Això concorda amb estudis i informes d'altres països, com a EUA on la no realització de cesària urgent davant d'un RCTG patològic és una de les causes principals de condemnes o d'acord extrajudicial. La literatura del Regne Unit (NHS Resolution) també identifica retard en la resposta davant d'un RCTG com a tema recurrent en reclamacions per PC. (*Badawi et al, 2001; NHS Resolution, 2019).*

Tal com es destacava, a les sentències recollides falten amb freqüència dades clíniques com el pH i l'Apgar, i això vol dir el Jutge a l'hora de resoldre no té en compte dades objectives

d'especial rellevància. Aquesta manca de dades objectives redueix la capacitat d'establir un nexe causal clar entre un esdeveniment intrapart i la PC, però no impedeix necessàriament condemnes quan hi ha proves circumstancials (p.e. RCTG infravalorat). (*Badawi et al, 2001*).

Anàlisi comparatiu de casos amb i sense indemnització i significació estadística

Des d'un punt de vista de significació estadística mitjançant prova exacta de Fisher, la comparativa entre ambdós estudis, tant el del registre del CCMC com la mostra jurisprudencial, determina que l'error en la interpretació del RCTG és el factor determinant i significatiu en el registre del CCMC, mentre que en la mostra jurisprudencial aquest és manté com a tendència. Per contra, en l'estudi jurisprudencial el retard en la cesària urgent i el retard de diagnòstic de pèrdua de benestar fetal són factors significatius, i en el registre del CCMC són tendència. Per últim, els factors de risc obstètrics coincideixen com a variables amb poca capacitat discriminant per determinar una indemnització.

Aquests resultats evidencien que la responsabilitat no neix de la materialització del risc, sinó del maneig de les complicacions que sorgeixen –responsabilitat subjectiva-.

Impacte econòmic de les seqüeles o resultat clínic

Les quanties indemnitzatòries més elevades es van associar sistemàticament als casos de PC greu: entre 775.000 € i 1.400.000 € en el registre CoMB i entre 600.000 € i 1.627.000 € en en la mostra jurisprudencial. Això determina que les indemnitzacions concedides en reclamacions per situació s'asfíxia intrapart amb resultat de PC, són *indemnitzacions catastròfiques*, definides com aquelles amb un import d'indemnització superior al 200.000€. (*Arimany et al, 2016*). En canvi, la mort neonatal es va compensar amb quanties molt inferiors (140.000 € en ambdues mostres). Aquesta diferència posa de manifest que la gravetat i cronicitat de les seqüeles (dependència vitalícia, necessitat de cures i adaptacions) són els factors determinants en el càlcul de la indemnització. Això concorda amb estudis internacionals que indiquen que les reclamacions per PC generen les indemnitzacions més elevades, mentre que la mort neonatal acostuma a donar lloc a compensacions més baixes perquè la necessitat de cures permanents no existeix. Els estudis de EEUU i Gran Bretanya confirmen que els casos de "*brain-damaged infant*s" són els responsables de les indemnitzacions més altes. (*DONN et al, 2014; Dyer, 2017; Lawsuit Information Center, 2023; Miller & Zois, 2023*).

Entre els anys 2010 i 2021, el Servei de Responsabilitat Professional (SRP) del Col·legi de Metges de Barcelona (CoMB) va gestionar un total de 3.615 reclamacions mèdiques, amb una quantia total indemnitzada de 84.589.603,45€ mitjançant 4.234 resolucions. Veiem que hi ha més resolucions perquè cada cas en pot tenir més d'una si, per exemple, són de diferents

instàncies. A destacar que la quantia total reclamada des de l'any 2010 al 2021 va ser de 308.326.473,91€. En aquest mateix període, les indemnitzacions per asfíxia intrapart van ascendir a 2.913.529,94€. Dins aquest marc general, les reclamacions per RPM relacionades amb asfíxia intrapart amb resultat de mort neonatal o de paràlisi cerebral (PC) presenten una particular rellevància: malgrat representar menys de 0,70 % del total de reclamacions, concentren gairebé un 3,5 % de l'import global de les quanties indemnitzatòries. Aquest desequilibri posa de manifest que, tot i la seva baixa incidència relativa, aquests casos tenen una repercussió econòmica desproporcionadament elevada en relació amb altres casos de responsabilitat professional mèdica. Aquesta desproporció es repeteix en la majoria de països, com a Gran Bretanya, més a grans trets, on les reclamacions obstètriques son menys del 10% del total però representen el 50% de les indemnitzacions, fet que va motivar a la NHS Resolution a crear departament específic de obstetrícia i *Cerebral Palsy* per atendre aquests casos.

En aquest sentit, destaquem la recent sentència dictada per la plaça 103 de la Secció Civil del Tribunal d'Instància de Madrid de 26 de març de 2026, que condemna al pagament d'una indemnització que ascendeix a 13,3 milions d'euros per les greus seqüeles d'un nadó produïdes durant el part. Tot i que la sentència no és ferma, aquesta es consolida com la indemnització per negligència mèdica més elevada fins ara concedida per un Tribunal Espanyol. La condemna es fonamenta en la detecció d'errors assistencials com l'absència del ginecòleg durant hores, una monitorització deficient, una interpretació de la mateixa deficient i un retard injustificat en la pràctica d'una cesària, el que va provocar una situació d'hipòxia al nadó que li ha comportat una discapacitat del 100%, paràlisi cerebral i epilèpsia.

Per finalitzar, cal destacar que si bé s'adverteix que el nombre de reclamacions va disminuint al llarg dels anys, tot i que lleu, s'adverteix una tendència a l'alça pel que fa a la quantia indemnitzatòria total. Com a línia de recerca futura, caldrà veure l'impacte de la Llei 5/2025.

Anàlisi comparatiu de les vies de reclamació

Els resultats obtinguts mostren un clar predomini de la via extrajudicial com a mecanisme de resolució de conflictes en casos d'asfíxia perinatal. Concretament:

- Pel que fa al estudi jurisprudencial, s'han analitzat 20 sentències, amb 8 condemnes (40% d'estimació total o parcial).
- Del estudi casuística del SRP del CoMB, de 25 casos estudiats, 9 han finalitzat amb indemnització (36%).

El percentatge de resolucions favorables al reclamant és similar. No obstant això, la diferència rellevant no es troba tant en el resultat final com en les característiques del procediment.

La via extrajudicial, que és la via de la majoria dels casos estudiats gestionats pel SRP del CoMB, normalment comporta:

- Major celeritat en la resolució.
- Valoració tècnica especialitzada de la responsabilitat mèdica.
- Indemnització coherent amb el dany efectivament acreditat, calculat segons el barem establert a la Llei 35/2015.
- Reducció significativa de costos econòmics – sense costes processals- i emocionals.

En canvi, la via judicial, tot i que pot arribar a indemnitzacions similars, comporta:

- Demores de diversos anys.
- Elevades costes processals.
- Major desgast emocional per a les parts.
- Incertesa fins a sentència ferma.

Aquests avantatges de la via extrajudicial podrien explicar la tendència descendent observada de la via judicial: és plausible interpretar que l'existència d'un mecanisme extrajudicial eficient actua com a instrument de descongestió judicial i com a mecanisme preventiu a la via judicial.

Valoració de les condemnes recaigudes en l'estudi jurisprudencial

En els 8 casos amb estimació de responsabilitat professional, s'observa una notable homogeneïtat en els fonaments jurídics:

a) Aplicació de la teoria de la pèrdua d'oportunitat

En 4 dels 8 casos (50%), la condemna es fonamenta —totalment o parcialment— en l'aplicació de la teoria de la pèrdua d'oportunitat.

Aquesta figura jurídica permet indemnitzar no tant el resultat final lesiu (per exemple, el dany neurològic), sinó la probabilitat perduda d'haver evitat o minimitzat el dany si s'hagués actuat conforme a la lex artis.

La seva aplicació comporta:

- Minoració de la quantia indemnitzatòria.
- Reconeixement parcial del nexe causal.
- Superació de la dificultat probatòria en escenaris d'etiologia multifactorial (freqüents en asfíxia perinatal).

Això és especialment rellevant en l'àmbit obstètric, on la causalitat directa sovint és complexa per la concurrència de factors intrapart.

b) Vulneració de la lex artis ad hoc, en definitiva, incompliment de l'obligació de mitjans que té el professional sanitari.

En tots els casos amb condemna s'aprecia vulneració de la lex artis ad hoc.

La infracció es concreta principalment en:

- Retard diagnòstic.
- Retard en la instauració del tractament.
- Deficiències en la monitorització fetal o en la presa de decisions obstètriques.

La reiteració d'aquest patró suggereix que el factor determinant no és l'existència d'un resultat advers per se (que pot ser inherent al risc obstètric), sinó la desviació dels estàndards assistencials acceptats.

c) Absència d'altres figures jurídiques

És especialment significatiu que en cap dels casos en els que s'ha condemnat s'hagi apreciat:

- Defecte d'informació (incompliment del deure d'informació per part del professional sanitari).
- Dany desproporcionat.

Aquest fet reforça diverses conclusions:

1. Tot i que és molt habitual que per la naturalesa del dany la part reclamant invoqui aquesta figura, no s'aplica de forma habitual la doctrina del dany desproporcionat en aquest àmbit.
2. Es reforça la idea de l'obligació de mitjans del professional sanitari, qui serà condemnat en cas d'incomplir-la, amb independència del resultat catastròfic o en patologies d'alt impacte com l'asfíxia perinatal.
3. La conflictivitat judicial en aquest àmbit no acostuma a centrar-se en qüestions relacionades amb l'autonomia del pacient.

Valoració de la via extrajudicial

La via de reclamació més utilitzada va ser la via extrajudicial. S'ha advertit una tendència a la baixa pel que fa a la via penal i civil. Això s'explica perquè des del SRP del CoMB es gestionen, tramiten i defensen totes aquelles reclamacions extrajudicials o judicials que reben els facultatius que tenen la pòlissa de responsabilitat civil contractada a través del CCMC. Per cada reclamació s'efectua un estudi mèdico-legal del cas, analitzant factors de risc i identificant patrons de millora. Cas de considerar que el cas pot tenir una defensa dificultosa en via judicial, al considerar-se que no es va actuar conforme la lex artis ad hoc - advertint-se un defecte de praxis-, s'intenta arribar a un pacte extrajudicialment amb la part contrària. Aquest model àgil de gestió ha comportat que molts advocats de pacients o familiars d'aquests optin per aquesta via enlloc d'acudir directament a la via judicial, que suposa una demora considerable i majors costos per la part reclamant.

En gairebé el 90% dels casos del registre del SRP del CoMB en que es va concedir indemnització, si bé la via de reclamació inicial no era la extrajudicial, sí es va arribar a l'acord a través d'aquesta via. Això és coherent amb la pràctica internacional: molts casos es resolen per acord, especialment quan hi ha proves objectives i la responsabilitat sembla clara.

Els informes del Regne Unit mostren una preferència per l'acord mitjançant mecanismes com l'Early Notification per resoldre i aprendre dels casos. La NHS Resolution va crear un departament exclusiu d'obstetrícia per donar resposta als casos, per exemple, de PC.

A França existeix un sistema extrajudicial que pivota sobre les Comissions de Conciliació i Indemnització (CCI) i l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux). La víctima pot sotmetre el cas a la CCI; un peritatge independent emet un dictamen.

També al Japó des de la creació del Japan Obstetric Compensation System for Cerebral Palsy l'any 2009 l'acord extrajudicial es més habitual en detriment de la via judicial. (*NHS Resolution, 2019; Kamijo et al, 2024; Bright et al 2017).*

La nova Llei Orgànica 1/2025, de 2 de gener, de mesures en matèria d'eficiència del Servei Públic de Justícia, i les reformes associades com la Llei 5/2025, de 24 de juliol, poden ajudar a que es doni aquest escenari. La primera, en general, pretén afavorir el pacte extrajudicial. Aquesta reflecteix una voluntat inequívoca del legislador de modernitzar i fer més eficient l'Administració de Justícia. Aquesta busca instaurar una nova cultura de resolució de conflictes, on la via judicial esdevingui l'últim recurs i no el primer.

Evolució temporal i implicacions

S'observa una tendència a la disminució en el nombre de reclamacions en el període 2010-2021 i a la vegada un augment en les quanties de les indemnitzacions, que en els caos de PC greu poden ser milionàries.

Aquesta disminució en el nombre de reclamacions per asfíxia es podria explicar en part per la disminució dels naixements a Catalunya durant aquest període. Segons les dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat), la taxa bruta de natalitat va passar de 10,76 naixements per cada 1.000 habitants el 2011 a 7,43 el 2021. És probable també que la millora de la qualitat assistencial, tant en el seguiment i control de la gestant com en l'assistència obstètrica en el moment del part contribueixi a disminuir els casos d'asfíxia intrapart.

L'augment de les quanties de les indemnitzacions per asfíxia intrapart al llarg dels anys, tot i que moltes vegades la condemna o indemnització es fonamenta en fets circumstancials, sense criteris mèdics objectius que relacionin la PC amb una asfíxia intrapart, suposen una càrrega pels obstetres i per les asseguradores. Les quanties d'aquestes indemnitzacions representen un alt percentatge del total de indemnitzacions per responsabilitat mèdica. D'alguna manera aquestes indemnitzacions serveixen per a pal·liar les mancances del sistema públic davant casos catastròfics.

Implicacions pràctiques i recomanacions

Recomanacions per a la pràctica clínica:

1/

- Reforçar el monitoratge fetal.
- Documentació exhaustiva (presència d'aigües meconials, pH nucal i umbilical, excés de base, temps de resposta, Apgar, etc.).
- Protocols d'actuació urgent.
- Formació en situacions de risc.
- Actuar dins d'un model proactiu i preventiu.

2/

En els casos amb PC greu amb seqüeles greus i mort neonatal el jutges poden aplicar el principi de dany desproporcionat amb el que es pot activar una inversió de la càrrega de la prova, és a dir, correspon al metge o al centre sanitari demostrar que van actuar correctament i que el dany no és conseqüència d'una mala praxis. En aquest sentit seria interessant millorar la seguretat en els parts mitjançant tecnologia intentant reduir el dany perinatal mitjançant l'estandardització del treball fent que tots els equips segueixin les pràctiques consensuades de forma automàtica i implementar, per exemple, un sistema que analitzi el monitoratge constantment per detectar riscos abans de que esdevinguin crítics.

Recomanacions per al sistema assegurador: potenciar vies extrajudicials àgils i equitatives, millorar transparència en la fixació de quanties.

Recomanacions per a la política sanitària: fomentar programes de seguretat obstètrica i gestió del risc clínic.

Necessitat d'una valoració més justa dels casos per part els jutges en els procediments judicials, basat històricament de forma errònia en la presencia exclusiva d'anomalies en RCTG i la demora en la pràctica de una cesària urgent com únics factors per culpar als obstetres. Els resultats de l'estudi mostren una associació entre PC greu i mort neonatal amb alteracions del RCTG amb la conseqüent demora en la realització de cesària, però aquesta associació no és necessàriament de causalitat. Les evidències actuals sostenen que en la majoria dels casos aquestes conseqüències clíniques no són per mala praxi. No només són necessaris la presència de criteris d'asfíxia intrapart, es necessiten circumstàncies que atribueixin la PC a una asfíxia intrapart per establir el nexe causal, que en molts casos en les sentències condemnatòries, no existeixen.

CONCLUSIONS



CONCLUSIONS

Primera.- Els resultats d'aquesta tesi mostren que les reclamacions per asfíxia perinatal a Catalunya entre 2010 i 2021 s'associen:

- A la presència de factors de risc obstètric com el part perllongat, la presència de líquid meconial, la inducció al part –tots ells amb major risc d'asfíxia-.
- A defectes en la valoració del RCTG en la majoria dels casos i infravaloració de la pèrdua de benestar fetal, que comporta un retard o no realització d'una cesària urgent.
- Als indicadors de compromís fetal amb Apgar baix i pH umbilical baix (no consta en tots els casos).
- Als resultats en el nounat amb major gravetat, com la presència de paràlisi cerebral i mort neonatal.

Segona.- En els casos d'asfíxia perinatal analitzats, la RPM no deriva del resultat advers en si mateix sinó de la detecció d'un presumpte retard de diagnòstic o de tractament, doncs la RPM és un tipus de responsabilitat subjectiva i basada en la culpa.

Tercera.- La via extrajudicial es consolida com a via eficient de resolució, disminuint costos, temps i conflictivitat, mantenint criteris de resolució similars als judicials. La via de resolució predominantment en cas d'apreciar-se RPM ha estat l'acord extrajudicial.

Quarta.- En conjunt, s'observa una tendència a la disminució en el nombre de reclamacions i a la vegada un augment en les quanties de les indemnitzacions, amb variacions rellevants segons la gravetat del resultat (paràlisi cerebral o mort neonatal).

Cinquena.- En comparació amb estudis internacionals, els factors clínics identificats coincideixen en gran mesura amb els descrits en altres sistemes sanitaris. Tant a Estats Units com al Regne Unit, l'infravaloració del registre cardiotocogràfic i el retard en la realització de cesària urgent es consideren causes recurrents en procediments judicials per suposada RPM.

Sisena.- Pel que fa als factors clínics, els resultats suggereixen que els errors detectats no responen únicament a una mala praxi individual, sinó també a possibles dèficits estructurals, com la manca de recursos en determinats centres o la pressió assistencial que dificulta una resposta òptima en situacions d'emergència obstètrica. Això posa de manifest la necessitat d'abordar la seguretat clínica com una responsabilitat col·lectiva, el que fa imperatiu avançar

cap a una cultura de la seguretat basada en la millora d'infraestructures i optimització de recursos amb èmfasi en protocols de monitoratge i formació continuada i coordinada.

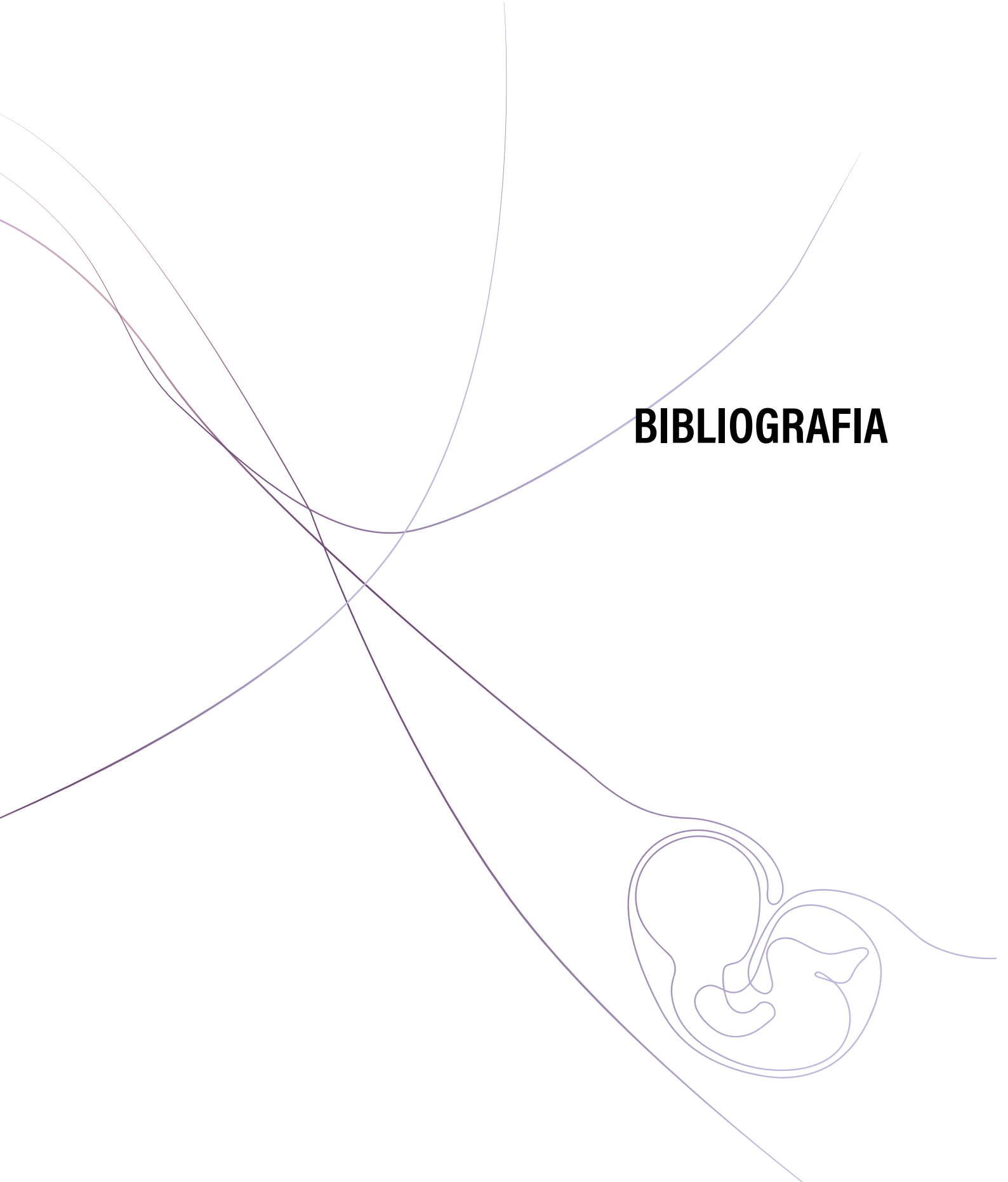
Setena.- Es necessita per part dels tribunals una perspectiva més justa en els procediments judicials, doncs històricament estava basada sense suficients evidències en la presència d'anomalies en RCTG i la demora en la pràctica de una cesària urgent com factors determinants per condemnar als obstetres. L'evidència actual indica que la majoria de paràlisis cerebrals no són per asfíxia perinatal ni mala praxi, tot i així segueixen recaient sentències condemnatòries sense que es compleixin els requisits descrits per apreciar-se asfíxia perinatal o EHIN.

Vuitena.- El RCTG és una eina útil però limitada, l'ús de la qual requereix una interpretació acurada, complementada amb altres criteris de pèrdua de benestar fetal per evitar intervencions innecessàries que generin una violència obstètrica.

Novena.- També es suggereix que la motivació de les resolucions amb indemnització tenen la finalitat d'ajudar o pal·liar la situació penosa de l'infant o la família. Per evitar aquesta càrrega sobre el metge o la seva companyia asseguradora, es ressalta la importància d'un pacte social per a fer costat a les famílies afectades.

Desena.- En definitiva, els resultats posen de manifest la necessitat de reforçar la seguretat en l'assistència al part mitjançant protocols clars, formació especialitzada i millores estructurals que redueixin els riscos d'asfíxia perinatal, i també la necessitat de fonamentar les resolucions segons les evidències mèdiques actuals.

BIBLIOGRAFIA



BIBLIOGRAFIA

I. BIBLIOGRAFIA (ARTICLES, LLIBRES I MONOGRAFIES)

Ordenada per ordre alfabètic segons normes APA.

- American Academy of Actuaries. (2009, octubre). *What is Tort Reform? An actuarial perspective on medical professional liability reforms*. American Academy of Actuaries.
- American College of Obstetricians and Gynecologists & American Academy of Pediatrics. (2014). *Neonatal encephalopathy and neurologic outcome*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Anderson, A. (2013). Ten years of maternity claims: an analysis of the NHS Litigation Authority data—key findings. *Clinical Risk*, 19(2), 24-31.
- Antonucci, R., Porcella, A., & Pilloni, M. D. (2014). Perinatal asphyxia in the term newborn. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM)*, 3(2), e030269.
- Aragonès, L., Gómez Durán, E. L., Martín Fumadó, C., Martí-Amengual, G., Clos Masó, D., Bruguera, R., Arimany Manso, J., & Laïlla Vicens, J. M. (2016). Wrongful Birth: responsabilidad profesional en el diagnóstico prenatal (1989-2004). *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 59(4), 200-204.
- Aragonès, L., Hunter, A., Martin-Fumadó, C., Arimany-Manso, J. (2018). *New perspectives in resolving medical error: National Health Service Resolution and CARe. Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 41(1), 113-118. https://doi.org/10.23938/ASSN.0388
- Arbesú González, V. (2016). La responsabilidad civil en el ámbito de la cirugía estética. En *Tratado de responsabilidad civil* (pp. 165-243).
- Arimany-Manso, J., Bruguera Cortada, M. (2025). De l'error mèdic a l'aprenentatge: la seguretat Clínica i la intel·ligència artificial, aliades del progrés assistencial. Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.
- Arimany-Manso, J., Gómez-Durán, E. L., & Aubia-Marimon, J. (2013). Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 92-93.
- Arimany-Manso, J., Gómez-Durán, E. L., Barbería-Marcalain, E., Benet-Travé, J., & Martin-Fumadó, C. (2016). *Catastrophic medical malpractice payouts in Spain. Journal for Healthcare Quality*, 38(5), 290-295.
- Arnaldez, R. (1971). *La ciència antiga i medieval (dels orígens a 1450)*. Barcelona: Ed. Destino. ISBN 84-402-0159-1.
- Ayres-de-Campos, D., & Arulkumaran, S. (2013). Cardiotocography and medicolegal issues: a global perspective. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 17-26.
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandraharan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13-24.
- Badawi, N., Keogh, J. M., Dixon, G., Kurinczuk, J. J., & Stanley, F. J. (2001). Cerebral palsy and clinical negligence litigation: a cohort study. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 85(3), F205-F209.

- Bajo, J. M. (2005). La asociación de la asfíxia intraparto con la parálisis cerebral o la historia de un espejismo inducido. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 48(2), 53-60.
- Bright, C., & Hodges, C. (2017). The ONIAM Scheme. En S. Macleod & C. Hodges (Eds.), *Redress Schemes for Personal Injuries* (pp. 427-448). Oxford: Hart Publishing.
- Chandra, A., Nundy, S., & Seabury, S. A. (2005). The growth of physician medical malpractice payments: Evidence from the National Practitioner Data Bank. *Health Affairs*, Suppl Web Exclusives, W5-240-249.
- Clos Masó, D; Gómez Durán, EL; Morales, JI; Arimany Manso, J. *Los seguros de responsabilidad civil profesional médica. Problemas jurídicos en ginecología y obstetricia*. 2013. Sociedad Española de ginecología y Obstetricia (SEGO). 27-38.
- Diodor Sícul. (2001). *Biblioteca històrica. Volum I: Llibres I-III* (F. Parreu Alasá, Trad.). Madrid: Editorial Gredos. ISBN 978-84-249-2291-7.
- Donn, S. M., Chiswick, M. L., & Fanaroff, J. M. (2014). Medico-legal implications of hypoxic-ischemic birth injury. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 19(5), 317-321.
- Dyer, C. (2017). Cerebral palsy claims will cost NHS billions, say MPs. BMJ, 356, j1550.
- Dyneley Prince, J. (1904). The Code of Hammurabi. *The American Journal of Theology*, 8(3), 601-609. Chicago: The University of Chicago Press.
- García Ruiz, N. (2017). La responsabilidad profesional en obstetricia y ginecología. *Dialnet*.
- García-Ruiz, N., Santiago-Sáez, A., Albarrán-Juan, M. E., Labajo-González, E., García-Martín, Á., & Perea-Pérez, B. (2017). Evaluación de las sentencias en vía civil contra obstetras y ginecólogos en España (1987-2013). *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 60(1), 36-40.
- García-Alix, A., Martínez Biarge, M., Arnaez, J., Valverde, E., & Quero, J. (2005). Asfíxia intraparto y encefalopatía hipóxico-isquémica. Protocolos SEGO. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 48(4), 207-216.
- García-Alix, A., Martínez-Biarge, M., Diez, J., Gaya, F., & Quero, J. (2009). Incidencia y prevalencia de la encefalopatía hipóxico-isquémica en la primera década del siglo XXI. *Anales de Pediatría*, 71(4), 319-326.
- García Morales, V. Y. (2026). La actuación administrativa sanitaria ante la violencia obstétrica. *Blog de la Revista Catalana de Dret Públic*.
- Gómez-Durán, E. L., Mulà-Rosías, J. A., Lailla-Vicens, J. M., Benet-Travé, J., & Arimany-Manso, J. (2013). Analysis of obstetrics and gynecology professional liability claims in Catalonia, Spain (1986–2010). *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(5), 442-446.
- Hakami, W. S., Hundallah, K. J., & Tabarki, B. M. (2019). Metabolic and genetic disorders mimicking cerebral palsy. *Neurosciences (Riyadh)*, 24(3), 155-163.
- Iwashita, M. (2017). No-fault compensation in perinatal medicine in Japan—from results for 8 years. *Obstetrics & Gynecology Science*, 60(2), 139-144.
- Johnson, S. L., Blair, E., & Stanley, F. J. (2011). Obstetric malpractice litigation and cerebral palsy in term infants. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 18(3), 97-100.
- Kamijo, K., Shibata, A., Yamamoto, N., Watanabe, J., & Watari, T. (2024). Risk factor analysis of medical litigation outcomes in obstetrics and gynecology: a retrospective cohort study of 344 claims in Japan. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 107, 102752.

- Ketsekioulafis, I., Katsos, K., Kouzos, D., Spiliopoulou, C., Lytras, T. i Sakelliadis, E. I. (2026). Medical liability related legislation and insurance policies around the world: A narrative literature review. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 117, 103040. https://doi.org/10.1016/j.jflm.2025.103040
- King, P. D. (1980). King Chindasvind and the First Territorial Law-code of the Visiogothic Kingdom. En E. James (Ed.), *Visigothic Spain: New Approaches* (pp. 131-157). Oxford: Clarendon Press.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., i Donaldson, M. S. (Eds.). (1999). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press. https://doi.org/10.17226/9728
- Korzeniewski, S. J., Romero, R., Cortez, J., Pappas, A., Schwartz, A. G., Kim, C. J., et al. (2014). A "multi-hit" model of neonatal white matter injury: cumulative contributions of chronic placental inflammation, acute fetal inflammation and postnatal inflammatory events. *Journal of Perinatal Medicine,* 42(6), 731-743.
- Korzeniewski, S. J., Slaughter, J., Lenski, M., et al. (2018). The complex aetiology of cerebral palsy. *Nature Reviews Neurology*, 14, 528-543.
- Lawsuit Information Center. (2023). *Cerebral palsy medical malpractice lawsuits have the highest average settlement value of any type of personal injury case*. https://www.lawsuit-information-center.com/cerebral-palsy-malpractice-lawsuits.
- Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 272(23), 1851–1857. https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520230061039
- Leviton, A., Fichorova, R. N., O'Shea, T. M., Kuban, K., Paneth, N., Dammann, O., et al. (2013). Two-hit model of brain damage in the very preterm newborn: small for gestational age and postnatal systemic inflammation. *Pediatric Research*, 73(3), 362-370.
- MacLennan, A. H. (1999). A template for defining a causal relation between acute intrapartum events and cerebral palsy: international consensus statement. BMJ, 319, 1054-1057.
- MacLennan, A. H., Thompson, S. C., & Gecz, J. (2015). Cerebral Palsy: Causes, pathways, and the role of genetic variants. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 213(6), 779-788.
- Magro, M. (2017). *Five Years of Cerebral Palsy Claims: A thematic review of NHS Resolution data*. NHS Resolution.
- Martin-Fumadó, C., Pons, J., Aragonès, L., Benet-Travé, J., Gómez-Durán, E. L., & Arimany Manso, J. (2020). Análisis de las reclamaciones por responsabilidad profesional médica con indemnizaciones catastróficas en ginecología y obstetricia. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 63(4), 212-217.
- Medallo-Muñiz, J., Pujol-Robinat, A., & Arimany-Manso, J. (2006). Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 126(4), 152-156.
- Medina Alcoz, L. (2007). *La teoría de la pérdida de oportunidad. Estudio doctrinal y jurisprudencial de Derecho de daños público y privado*. Pamplona: Cívitas-Thomson.
- Modena, A. B., & Fieni, S. (2013). Medico-legal issues in perinatal medicine. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 77-90.
- Morales Ferrero, J. I., Aubia Marimon, J., Lluch Boada, A., Martin Fumadó, C., i Arimany Manso, J. (2022). El model català d'assegurament de la responsabilitat professional mèdica del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. *Revista Econòmica de Catalunya*, (85), 104-106.
- Moreno-De-Luca, A., Millan, F., Pesacreta, D. R., et al. (2021). Molecular Diagnostic of Exome Sequencing in Patients With Cerebral Palsy. *JAMA*, 325(5), 467-475.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2020). *Cerebral Palsy: Hope Through Research*. Bethesda (MD): National Institutes of Health.

- NHS Resolution. (2019). *Early Notification Scheme progress report: collaboration and improved experience for families*. London: NHS Resolution.
- Oskoui, M., Coutinho, F., Dykeman, J., Jette, N., & Pringsheim, T. (2013). An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55(6), 509-519.
- Organització de les Nacions Unides. (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Assamblea General de les Nacions Unides. https://undocs.org/es/A/74/137
- Patel, D. R., Neelakantan, M., Pandher, K., & Merrick, J. (2020). Cerebral palsy in children: a clinical overview. *Translational Pediatrics*, 9(Suppl 1), S125-S135.
- Pearson, T. S., Pons, R., Ghaoui, R., & Sue, C. M. (2019). Genetic mimics of cerebral palsy. *Movement Disorders*, 34(5), 625-636.
- Phelan, P. P., Korst, L. M., & Martin, G. I. (2011). Application of criteria developed by the task force on neonatal encephalopathy and cerebral palsy to acutely asphyxiated neonates. *Obstetrics & Gynecology*, 118(4), 824-830.
- Riley, W., Meredith, L. W., Price, R., Miller, K. K., Begun, J. W., McCullough, M., & Davis, S. (2016). *Decreasing Malpractice Claims by Reducing Preventable Perinatal Harm. Health Services Research*, 51(6, Part II), 2453–2471 . https://doi.org/10.1111/1475-6773.12551
- Santos Morón, M. J. (2024). A vueltas con la pérdida de oportunidad en la responsabilidad sanitaria. InDret, (2). DOI: 10.31009/*InDret*.2024.i2.01.
- Sartwelle, T. P., & Johnston, J. C. (2015). Cerebral Palsy Litigation: Change Course or Abandon Ship. *Journal of Child Neurology,* 30(7), 828-841.
- Silver, R. M. (2012). Implications of the first cesarean: perinatal and future reproductive health and subsequent cesareans, placentation issues, uterine rupture risk, morbidity, and mortality. *Seminars in Perinatology*, 36(5), 315-323.
- Stanley, F., Blair, E., & Alberman, E. (2000). *Cerebral palsies: epidemiology and causal pathways* (Vol. 151). London: Mac Keith Press.
- Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). (2000). Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42(12), 816-824.
- Torres Solanas, V.M. *El consentimiento Informado y sus formas. La negativa al tratamiento. Aspectos Jurídicos en Ginecología y Obstetricia*. (2008). Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 67-78.
- Tsoucalas, G., Kousoulis, A. A., Poulakou-Rebelakou, E., Karamanou, M., Papagrigoriou-Theodoridou, M., & Androutsos, G. (2014). Queen Cleopatra and the other 'Cleopatras': Their medical legacy. *Journal of Medical Biography*, 22(2), 115–121.
- Ushiro, S., Suzuki, H., & Ueda, S. (2019). Japan Obstetric Compensation System for Cerebral Palsy: Strategic system of data aggregation, investigation, amelioration and no-fault compensation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 45(7), 1227-1234.
- Uesugi, N., Yamanaka, M., Suzuki, T., & Hirahara, F. (2010). Analysis of birth-related medical malpractice litigation cases in Japan: review and discussion towards implementation of a no-fault compensation system. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 36(5), 1107-1113.

- Uriarte Codón, A. (2007). Objeto y carga de la prueba civil. Bosch. 103-106.
- Villar, J., Carroli, G., Zavaleta, N., et al. (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*, 335, 1025.
- Vitrikas, K., Dalton, H., & Breish, D. (2020). Cerebral Palsy: An Overview. *American Family Physician*, 101(4), 213-220.
- Williams, B., & Arulkumaran, S. (2004). Cardiotocography and medicolegal issues. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology,* 18(3), 457-466.
- World Health Organization. (2004, 27 d'octubre). *World Alliance for Patient Safety launched*. https://www.who.int/news/item/27-10-2004-world-alliance-for-patient-safety-launched
- Yoon, B. H., Park, C. W., & Chaiworapongsa, T. (2003). Intrauterine infection and the development of cerebral palsy. BJOG: *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 110(Suppl 20), 124-127.
- Zouvelou, V., Yubero, D., Apostolakopoulou, L., et al. (2019). The genetic etiology in cerebral palsy mimics: the results from a Greek tertiary care center. *European Journal of Paediatric Neurology*, 23(3), 427-437.

II. LEGISLACIÓ

Legislació Nacional (Espanya)

- Constitució Espanyola. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 311, de 29 de desembre de 1978.
- Codi Civil. Reial Decret de 24 de juliol de 1889. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 206, de 25 de juliol de 1889.
- Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 102, de 29 d'abril de 1986.
- Llei Orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 281, de 24 de novembre de 1995.
- Llei 29/1998, de 13 de juliol, reguladora de la Jurisdicció Contenciós-Administrativa. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 167, de 14 de juliol de 1998.
- Llei 1/2000, de 7 de gener, d'Enjudiciament Civil. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 7, de 8 de gener de 2000.
- Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 3303, d'11 de gener de 2001.
- Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 274, de 15 de novembre de 2002.
- Reial Decret Legislatiu 8/2004, de 29 d'octubre, pel qual s'aprova el text refós de la Llei sobre responsabilitat civil i assegurança en la circulació de vehicles a motor. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 267, de 5 de novembre de 2004.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado*, 71, de 23 de marzo de 2007.
- Llei 17/2015, de 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 6919, 23 de juliol de 2015.
- Llei 20/2015, de 14 de juliol, d'ordenació, supervisió i solvència de les entitats asseguradores i reasseguradores. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 168, de 15 de juliol de 2015.
- Llei 35/2015, de 22 de setembre, de reforma del sistema per a la valoració dels danys i perjudicis causats a persones en accidents de circulació. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 228, de 23 de setembre de 2015.
- Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 236, de 2 d'octubre de 2015.
- Llei 40/2015, d'1 d'octubre, de Règim Jurídic del Sector Públic. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 236, de 2 d'octubre de 2015.
- Llei 17/2020, de 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a eradicar la violència masclista. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 8303, 24 de desembre de 2020.
- Llei Orgànica 1/2025, de 2 de gener, de mesures en matèria d'eficiència del Servei Públic de Justícia. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 3, de 3 de gener de 2025.

- Llei 5/2025, de 2 de gener, per la qual es modifiquen el text refós de la Llei sobre responsabilitat civil i assegurança en la circulació de vehicles a motor. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 3, de 3 de gener de 2025.

Legislació Comparada

- Llei núm. 2002-303, de 4 de març de 2002, relativa als drets dels malalts i a la qualitat del sistema de salut [Llei Kouchner]. Journal Officiel de la République Française, núm. 54, de 5 de març de 2002 (França).
- The Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2014. Statutory Instruments 2014 No. 2936 (Regne Unit).
- Llei 24/2017, de 8 de març. Disposicions en matèria de seguretat de les cures i de la persona assistida, així com en matèria de responsabilitat professional dels qui exerceixen les professions sanitàries [Legge 24/2017 (*Gelli-Bianco*)]. (2017, 17 de març). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, (64).

III. JURISPRUDÈNCIA

Ordenada per Tribunal i ordre cronològic.

Tribunal Suprem (Sala Primera i Sala Tercera)

- STS de 23 de setembre de 1986. ECLI:ES:TS:1986:4826.
- STS de 18 de maig de 1988. ECLI:ES:TS:1988:9979.
- STS de 15 de juliol de 1988. ECLI:ES:TS:1988:5597.
- STS de 17 de juny de 1989. ECLI:ES:TS:1989:3638.
- STS de 23 de setembre de 1989. ECLI:ES:TS:1989:14669.
- STS de 4 de desembre de 1989. ECLI:ES:TS:1989:7022.
- STS de 10 de febrer de 1994. ECLI:ES:TS:1994:14814.
- STS de 28 de gener de 1995. ECLI: ES:TS:1995:360.
- STS de 2 de desembre de 1996. ECLI:ES:TS:1996:6868
- STS de 11 de febrer de 1998. ECLI:ES:TS:1998:885
- STS Sala 3a de 10 d'octubre de 1998. ECLI:ES:TS:1998:5793
- STS Sala 3a de 14 d'abril de 1999. ECLI:ES:TS:1999:2479
- STS de 30 de juny de 2000. ECLI:ES:TS:2000:5348
- STS (Sala 1a) de 31 de gener de 2003. ECLI:ES:TS:2003:555
- STS Sala 3a de 7 de setembre de 2005. ECLI:ES:TS:2005:5222
- STS de 24 de novembre de 2005. ECLI:ES:TS:2005:7069
- STS Sala 3a de 7 de febrer de 2006. ECLI:ES:TS:2006:243
- SSTS de 10 de juny de 2008. ECLI:ES:TS:2008:4313
- STS Sala 3a de 26 de juny de 2008. ECLI:ES:TS:2008:3160
- STS Sala 3a de 25 de juny de 2010. ECLI:ES:TS:2010:3489
- STS Sala 3a de 23 de setembre de 2010. ECLI:ES:TS:2010:4867
- STS de 27 de setembre de 2010. ECLI:ES:TS:2010:5151
- STS de 10 de desembre de 2010. ECLI:ES:TS:2010:6690
- STS núm. 948/2011 de 16 de gener de 2012. ECLI:ES:TS:2012:279
- STS de 19 d'octubre de 2011 (Rec. 5893/2006). ECLI:ES:TS:2011:7060
- STS 4697/2012 de 3 de juliol ECLI:ES:TS:2012:4697
- STS 8548/2012 de 21 de desembre ECLI:ES:TS:2012:8548
- STS 475/2013 de 3 de juliol de 2013. ECLI:ES:TS:2013:3604
- STS de 19 de juliol de 2013. ECLI:ES:TS:2013:4090
- STS Sala 3a de 14 d'octubre de 2014. ECLI:ES:TS:2014:4198
- STS de 18 de febrer de 2015. ECLI:ES:TS:2015:434
- STS de 21 de juliol de 2016. ECLI:ES:TS:2016:3639
- STS 462/2018 de 20 de març. ECLI:ES:TS:2018:1096

Tribunals Superiors de Justícia (TSJ)

- Sentència del TSJ d'Astúries de 14 de setembre de 2006. ECLI:ES:TSJAS:2006:2967
- TSJ de Navarra (Sala Contenciós-Administrativa) núm. 199/2018, de 29 de maig de 2018. ECLI:ES:TSJNA:2018:455
- TSJ de Castella i Lleó (Burgos) núm. 113/2019, de 20 de maig de 2019. ECLI:ES:TSJCL:2019:2669
- TSJ de Castella i Lleó (Burgos) núm. 199/2019, de 4 de novembre de 2019. ECLI:ES:TSJCL:2019:4427
- TSJ de Canàries (Las Palmas) núm. 563/2020, de 8 d'octubre de 2020. ECLI:ES:TSJICAN:2020:4043
- TSJ d'Andalusia núm. 3884/2020, de 22 de desembre de 2020. ECLI:ES:TSJAND:2020:18677
- TSJ de Madrid núm. 464/2021, de 4 de juny de 2021. ECLI:ES:TSJM:2021:6486
- TSJ de Madrid núm. 994/2021, de 13 de desembre de 2021. ECLI:ES:TSJM:2021:14258
- TSJ de Catalunya núm. 3370/2022, de 30 de setembre de 2022. ECLI:ES:TSJCAT:2022:8906
- TSJ de Navarra núm. 206/2024, de 10 de juliol de 2024. ECLI:ES:TSJNA:2024:466

Audiències Provincials

- Sentència de l'Audiència Provincial de Sòria de 8 de juny de 1998. ECLI:ES:APSO:1998:120.

IV. ALTRES RECURSOS

- Miller & Zois. (2023). *Value of cerebral palsy lawsuits*. https://www.millerandzois.com/medical-malpractice/birth-injuries/value-cerebral-palsy-lawsuits/.

ANNEX

ANNEX

ANNEX 1. Signatura codi de bones pràctiques

Universitat Autònoma de Barcelona

SIGNATURA DEL CODI DE BONES PRÀCTIQUES
FIRMA DEL CÓDIGO DE BUENAS PRÁCTICAS
SIGNATURE OF THE CODE OF GOOD PRACTICES
PROGRAMA DE DOCTORAT en / PROGRAMA DE DOCTORADO en / PhD PROGRAMME PSIQUIATRIA I MEDICINA LEGAL

En / Na LAURA ARAGONÈS RODRÍGUEZ amb DNI/Pas/NIE núm. 48040415 - Q manifesto que he rebut i que conec el ***Codi de bones pràctiques*** de la UAB, i assumeixo que sóc responsable d'acomplir-lo en tot moment com a part indispensable de la meva funció.

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), 2 de maig de 2023

Signatura/ Firma/Signature

NOMBRE ARAGONES RODRIGUEZ LAURA - NIF 48040415Q

Firmado digitalmente por NOMBRE ARAGONES RODRIGUEZ LAURA - NIF 48040415Q
Fecha: 2023.05.02 12:40:01 +02'00'

Laura Aragonès Rodríguez

ANNEX 2. Acceptació CER

Col·legi de Metges de Barcelona

DICTAMEN DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Ferran Masanés Toran, president del Comitè Ètic d'Investigació Clínica del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

CERTIFICA:

Que aquest comitè ha avaluat la proposta de projecte de recerca següent:

CÒDI: 2023 CTE 001 DATA DE REGISTRE: **17.02.2023**

TITOL: **"Lesions cerebrals intrapart en nounats. Responsabilitat professional mèdica: contect català i aspecte jurídics implicats"**

VERSIÓ PROTOCOL: V2 VERSIÓ FULL D'INFORMACIÓ: -

INVESTIGADOR/A PRINCIPAL: **Laura Aragonès Rodriguez**

PROMOTOR/A:

I considera que tenint en compte les respostes als aclariments sol·licitats:

- Compleix amb els requisits de rellevància científica i social i d'adequació metodològica als objectius del projecte.
- És garanteix el respecte als principis ètics i legals de les bones pràctiques en recerca, amb especial cura pel que fa a la protecció de la confidencialitat de les dades.
- Queda acreditada la competència de l'investigador/a principal així com dels directors del projecte i la proporcionalitat dels mitjans i recursos emprats.

El CEIC, acreditat per a la Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària de la Generalitat de Catalunya amb data 2 de setembre de 2021 i amb la composició que consta a l'annex, va aprovar que el projecte es porti a terme, en la reunió del dia **7 de març de 2023**, i recorda l'obligació de comunicar qualsevol canvi en el protocol o els possibles incidents.

I per a que consti on procedeixi i a petició del investigador/a principal

Barcelona, 29 de gener de 2024

Índex

Índex

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona