Documento descargado de http://www.gacetasanitaria.org el 22/02/2017. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Gac Sanit. 2017;31(1):30–34

Original

Responsabilidad por pérdida de oportunidad asistencial en patologías neurológicas en la medicina pública española

Carlos Sardinero-García[a,b], Andrés Santiago-Sáez[c,d], M. del Carmen Bravo-Llatas[e], Bernardo Perea-Pérez[d], M. Elena Albarrán-Juan[d], Elena Labajo-González[d] y Julián Benito-León[f,g,h,*]

[a] Sardinero Abogados, Leganés, Madrid, España
[b] Departamento de Derecho Penal, Procesal e Historia del Derecho, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad Carlos III, Getafe, Madrid, España
[c] Servicio de Medicina Legal, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid, España
[d] Escuela de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España
[e] Servicio Informático de Apoyo al Usuario-Investigación, Oficina de Tecnologías de la Información de Ciencias de la Salud, Ciencias de la Información y Bellas Artes, Universidad Complutense, Madrid, España
[f] Servicio de Neurología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España
[g] Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España
[h] CIBER de Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 8 de junio de 2016
Aceptado el 3 de agosto de 2016
On-line el 17 de octubre de 2016

Palabras clave:
Pérdida de oportunidad
Sentencias
Compensación
Neurología

RESUMEN

Objetivo: Analizar las sentencias condenatorias por responsabilidad derivada de pérdida de oportunidad asistencial, dictadas por la Jurisdicción Contencioso Administrativa (es decir, en la medicina pública), en las que tanto el origen de la patología a tratar como las secuelas fueron procesos neurológicos.
Métodos: Se han analizado las 90 sentencias relacionadas con patologías neurológicas que hacían referencia al concepto de pérdida de oportunidad asistencial y que fueron dictadas en España desde 2003 (año de la primera sentencia) hasta mayo de 2014.
Resultados: De las 90 sentencias, 52 (57,8%) fueron dictadas por error diagnóstico y 30 por tratamiento inadecuado (33,3%). Desde el año 2009 se han producido 72 (80,0%) sentencias, lo que supone más de un 300% de aumento con respecto a las 18 (20,0%) dictadas en los primeros 6 años del estudio (2003 a 2008). La mayoría de los pacientes fueron hombres (66,7%) que tuvieron secuelas (61,1%), siendo las patologías que con más frecuencia originaron la condena la encefalopatía neonatal hipóxico-isquémica (14,4%) y las lesiones medulares (14,4%).
Conclusiones: La actividad litigante por pérdida de oportunidad asistencial en patologías neurológicas, en la medicina pública española, ha aumentado de manera significativa estos últimos años. Las sentencias fueron dictadas fundamentalmente por error diagnóstico o por tratamiento inadecuado.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Liability for loss of chance in neurological conditions in the Spanish public healthcare system

Keywords:
Loss of chance
Sentences
Compensation
Neurology

ABSTRACT

Objective: To analyse the sentences due to loss of chance that were passed by the Contentious-Administrative Court (i.e., in public medicine), in which both the origin of the disease to be treated and the damages were neurological.
Methods: We analysed the 90 sentences concerning neurological conditions that referred to the concept of loss of chance that were passed in Spain from 2003 (year of the first sentence) until May 2014.
Findings: Of the 90 sentences, 52 (57.8%) were passed due to diagnostic error and 30 (33.3%), due to inadequate treatment. 72 (80.0%) of the sentences were passed from 2009 onwards, which equates to more than a 300% increase with respect to the 18 (20.0%) issued in the first six years of the study (from 2003 to 2008). Most of the patients (66.7%) were men, and a 61.1% presented sequelae. Hypoxic-ischaemic encephalopathy (14.4%) and spinal cord disorders (14.4%) were the most common conditions to lead to sentencing.
Conclusions: The litigant activity due to loss of chance in neurological disease in the Spanish public healthcare system has significantly increased in the last few years. The sentences were mainly passed because of diagnostic error or inadequate treatment.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jbenitol67@gmail.com (J. Benito-León).

http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.002
0213-9111/© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Documento descargado de http://www.gacetasanitaria.org el 22/02/2017. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Introducción

En la actualidad asistimos a un aumento muy significativo de la judicialización de las relaciones entre pacientes y médicos[1,2]. Resulta incuestionable que el número de reclamaciones, demandas, denuncias y querellas a los profesionales de la medicina en distintas especialidades ha sufrido un incremento relevante que podría hacernos sospechar un posible descenso de la calidad de la asistencia sanitaria o un incremento de la desconfianza de los pacientes hacia los médicos[1,2]. No es el objetivo de esta investigación valorar estas hipótesis que, por otro lado, consideramos alejadas de la realidad, pero sí se hace necesario acercarnos a comprender una de las principales causas de este incremento de los litigios, que pudiera tener sus raíces en la falta de criterio unánime a la hora de establecer una indemnización[1]. Ejemplo de ello podría ser la posible inseguridad jurídica producida cuando media la pérdida de oportunidad asistencial entre la conducta del facultativo y el resultado dañoso.

Se habla de pérdida de oportunidad asistencial para destacar aquellos supuestos en los que, por la omisión de una prueba diagnóstica o tratamiento, se ha privado al paciente de una posibilidad de curación[3–7]. La cuestión es la dificultad que entraña conocer y demostrar lo que habría ocurrido si el autor de dicha conducta, es decir, el profesional que interviene, hubiera actuado correctamente[3–7]. Para ello, habría que saber si, al añadir mentalmente la conducta omitida, el resultado lesivo se habría producido[3–7]. Por ello, el motivo de la pérdida de la posibilidad asistencial viene dado con ocasión de la omisión de la diligencia debida por parte de los servicios sanitarios. En estos supuestos de omisión se desconoce con certeza cuál habría sido el pronóstico y, en definitiva, el resultado de haber actuado diligentemente[3–7].

En este artículo pretendemos analizar las sentencias condenatorias por responsabilidad derivada de pérdida de oportunidad asistencial, dictadas por la Jurisdicción Contencioso Administrativa (es decir, en la medicina pública), en las que tanto el origen de la patología a tratar como las secuelas fueron procesos neurológicos, considerando todas las variables que pudieran tener alguna influencia en el planteamiento de la reclamación o en la resolución del proceso judicial. Se ha elegido el ámbito de la neurología debido a que se trata de patologías muy prevalentes y con gran morbimortalidad, como ocurre también con las oncológicas, sobre las que existe un trabajo similar[8]. Finalmente, cabe destacar que no existe en la literatura médica ni jurídica ningún estudio parecido que haga referencia específica a la pérdida de oportunidad asistencial en patologías neurológicas.

Métodos

Origen del material y criterios de inclusión

Con carácter previo, es conveniente aclarar que la planta judicial se establece por su función procesal[1]. Así, podemos distinguir, por un lado, los órganos de instancia —primera o única—, que son los que resuelven los asuntos por primera vez, y por otro, la segunda instancia, que sirve para realizar una función revisora de la primera; es decir, un nuevo enjuiciamiento pleno, ante un órgano superior estratificado de la siguiente forma en la vía contencioso administrativa: Tribunal Superior de Justicia (órgano superior en la comunidad autónoma con competencias para juzgar responsabilidad patrimonial tras la derivación de competencias desde el Estado a las comunidades autónomas), Audiencia Nacional (todavía con competencias en materia de responsabilidad patrimonial derivada de asistencia sanitaria en competencias no transferidas a las comunidades autónomas, como las que ejerce el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, o en competencias exclusivas del Estado, como las que ejerce el Ministerio de Defensa) y, finalmente, el Tribunal Supremo (órgano jurisdiccional superior). En la vía de reclamación contencioso administrativa existe un complejo sistema competencial que contempla la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, en la que dependiendo del ámbito territorial se acude en primera instancia a los juzgados de lo contencioso-administrativo o directamente al Tribunal Superior de Justicia de la comunidad autónoma, sin necesidad de acudir antes a los juzgados de lo contencioso administrativo[1].

Se han analizado todas las sentencias judiciales relacionadas con patologías neurológicas, en el ámbito de la jurisdicción contencioso administrativa, que hacían referencia al concepto de pérdida de oportunidad asistencial y que fueron emitidas en España hasta mayo de 2014. Se hizo la búsqueda, durante el mes de mayo de 2014, utilizando la base de datos jurídica de la editorial El Derecho (http://www.efl.es/catalogo/bases-de-datos-juridicas-de-el-derecho), por considerarla, en la actualidad, como una de las bases más potentes y más utilizadas, tanto en el ámbito académico como en el profesional, por letrados, jueces y magistrados. De las 10.001 sentencias obtenidas de la base por responsabilidad patrimonial y asistencia sanitaria, 1249 aludían al concepto de pérdida de oportunidad asistencial. De estas, 522 fueron sentencias condenatorias; decidimos excluir tres de ellas por no figurar la patología o las secuelas que produjeron la reclamación. Dichas condenas fueron dictadas desde el 16 de octubre de 2002 hasta el 14 de mayo de 2014. De las 519 sentencias condenatorias, 137 (26,4%) fueron dictadas por patologías oncológicas malignas (excluyendo los tumores del sistema nervioso central), 90 (17,3%) por patologías neurológicas, 78 (15,0%) por cardiopatías, 48 (9,2%) por enfermedades infecciosas, 43 (8,3%) por enfermedades del aparato digestivo, 38 (7,3%) por patologías traumatológicas, 22 (4,2%) por patologías oftalmológicas, 11 (2,1%) por malformaciones fetales no detectadas y 52 (10,0%) por miscelánea. En el caso de las sentencias por patologías neurológicas se incluyeron también aquellas en las cuales los procesos neurológicos causaron secuelas o daño en otros sistemas.

En la base de datos se recogieron las variables administrativas, judiciales y clínicas de cada sentencia. No pudo recogerse la variable «tipo de profesional implicado» (es decir, si fue un neurólogo u otro facultativo) debido a que, al ser sentencias en el ámbito contencioso administrativo, no se especificaba, en la mayor parte de ellas, qué médico (especialista o no) había participado.

Se establecieron dos periodos de estudio (cada uno de 6 años), desde 2003 hasta 2008 y desde 2009 hasta 2014. La primera sentencia por pérdida de oportunidad asistencial en España por una patología neurológica (fallecimiento por las secuelas de un traumatismo craneoencefálico de una mujer de 64 años de edad que fue inadecuadamente tratado) se produjo el 14 de mayo de 2003 por parte de la Audiencia Nacional.

Análisis estadístico

Se realizó un estudio descriptivo simple de las variables recogidas, mediante porcentajes. En lo referente a las comunidades autónomas, con objeto de corregir el número de sentencias respecto a la actividad médica realizada se presentó el número de camas hospitalarias públicas, según datos del Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad actualizado a 31 de diciembre de 2014[9]. De esta manera se obtuvo el índice de sentencias por cada 1000 camas hospitalarias (tabla 1).

Para comparar la cuantía indemnizatoria respecto a la solicitada se empleó la prueba de los rangos con signos de Wilcoxon. La significación estadística se estableció para un valor $p < 0{,}05$. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS v. 21.0.

Documento descargado de http://www.gacetasanitaria.org el 22/02/2017. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 1
Variables administrativas

Variables	N (%) [índice de sentencias/1000 camas hospitalarias]
Comunidad autónoma (número de camas hospitalarias públicas)[a]	
Andalucía (15.391)	4 (4,4%) [0,26]
Aragón (4.527)	9 (10,0%) [1,99]
Canarias (4.799)	2 (2,2%) [0,42]
Cantabria (1.366)	1 (1,1%) [0,73]
Castilla-La Mancha (5.300)	3 (3,3%) [0,57]
Castilla y León (7.347)	6 (6,7%) [0,82]
Extremadura (2.977)	2 (2,2%) [0,67]
Galicia (7.311)	8 (8,9%) [1,09]
Illes Balears (2.581)	2 (2,2%) [0,77]
La Rioja (808)	1 (1,1%) [1,24]
Comunidad de Madrid (14.853)	15 (16,7%) [1,01]
Región de Murcia (3.191)	6 (6,7%) [1,88]
Comunidad Valenciana (11.441)	13 (14,4%) [1,14]
Principado de Asturias (2.761)	1 (1,1%) [0,36]
Cataluña (14.795)	1 (1,1%) [0,07]

[a] Doce (13,3%) casos se resolvieron en segunda instancia en el Tribunal Supremo y cuatro (4,4%) en primera instancia en la Audiencia Nacional; el resto se resolvieron en los correspondientes Tribunales Superiores de Justicia de cada comunidad autónoma.
Número de camas hospitalarias públicas: 107.083.

Resultados

Estudio descriptivo

Desde el año 2009 se han producido 72 (80,0%) sentencias, lo que supone más de un 300% de aumento con respecto a las 18 (20,0%) dictadas en los primeros 6 años del estudio (2003 a 2008). De las 17 comunidades autónomas, la Comunidad Valenciana y Madrid fueron, en valor absoluto, donde se dictaron más sentencias condenatorias por pérdida de oportunidad; sin embargo, tras la «corrección» por el número de camas, el índice de sentencias por cada 1000 camas hospitalarias fue máximo en Aragón y en la Región de Murcia (tabla 1).

En la tabla 2 se muestran las variables clínicas. La mayoría de los pacientes eran hombres (66,7%) y la patología que con más frecuencia originó la condena fue la encefalopatía neonatal hipóxico-isquémica (14,4%), seguida de las lesiones medulares (14,4%).

En la tabla 3 se presentan las variables judiciales. La mayor parte de las condenas fueron impuestas a la comunidad autónoma y a su aseguradora (compañía de seguros). De las 90 sentencias, 52 (57,8%) fueron dictadas por error diagnóstico (ya sea por no pedir una prueba de imagen o por una exploración neurológica deficiente) y 30 (33,3%) por un tratamiento inadecuado. El 61,1% de los pacientes quedaron con lesiones o secuelas, y el 38,9% fallecieron. Es importante notar aquí que los casos en los que los pacientes tienen secuelas leves o quedan sin secuelas usualmente no son judicializados.

Por último, es llamativo que la cuantía concedida (mediana: 60.000 euros) fue inferior a la solicitada (mediana: 300.500 euros) (prueba de los rangos con signos de Wilcoxon, $p < 0{,}001$). No encontramos diferencias significativas (U de Mann-Whitney, $p = 0{,}88$) entre el primer periodo del estudio (2003-2008; mediana: 75.000 euros) con respecto al segundo (2009-2014; mediana: 60.000 euros) en cuanto a la cuantía concedida. La cuantía mayor (casi un millón de euros) se dictó en el caso de un hombre, del que no se especificaba la edad a la que había sufrido un ictus, en el que se había producido un error diagnóstico. Finalmente, resulta muy relevante que solo un 4,4% se aplique por analogía al baremo que se utiliza para la valoración del daño corporal en accidentes de tráfico, dado que no existe uno específico para el derecho sanitario; en un 8,9% se indemnice en atención al porcentaje hipotético de posibilidades de curación (porcentaje que se aplica sobre el citado baremo en atención a las posibilidades de sanación que hipotéticamente podría haber tenido el paciente); y que, en la mayoría de los casos (85,6%), se indemnice a tanto alzado, es decir, con una cantidad que no queda justificada nada más que por el criterio personal del juez o tribunal, sin atender al baremo, ni a un porcentaje hipotético de posibilidades, ni a criterios indemnizatorios delimitados o suficientemente razonados (tabla 3).

Tabla 2
Variables clínicas de los pacientes

Variables	Categorías	N (%)
Edad[a]	Neonato	14 (15,6%)
	1 mes a 18 años	12 (13,3%)
	19 a 64 años	22 (24,4%)
	≥65 años	12 (13,3%)
Sexo	Hombre	60 (66,7%)
	Mujer	30 (33,3%)
Patología	Encefalopatía neonatal hipóxico-isquémica	13 (14,4%)
	Lesiones medulares	13 (14,4%)
	Patología neuromuscular[b]	12 (13,3%)
	Tumores del sistema nervioso central	8 (8,9%)
	Ictus isquémico	8 (8,9%)
	Meningitis/meningoencefalitis infecciosa	8 (8,9%)
	Hemorragia subaracnoidea	8 (8,9%)
	Hematoma subdural	5 (5,6%)
	Otras	15 (16,5%)

[a] En 30 (33,3%) casos no consta en la sentencia.
[b] Once casos de neuropatía periférica (incluyendo uno de síndrome de Guillain-Barré) y uno de distrofia muscular.

Tabla 3
Variables judiciales

Variables	Categorías	N (%)
Entidades demandadas	Comunidad autónoma y aseguradora	86 (95,6%)
	Solo comunidad autónoma	2 (2,2%)
	Mutua de accidentes de trabajo y aseguradora	1 (1,1%)
	Comunidad autónoma, mutua de accidentes de trabajo y aseguradoras	1 (1,1%)
Hecho imputado motivo de la sentencia	Error diagnóstico	52 (57,8%)
	Tratamiento inadecuado	30 (33,3%)
	Omisión de consentimiento informado	4 (4,4%)
	Error diagnóstico y tratamiento inadecuado	4 (4,4%)
Resultado del daño demandado	Fallecimiento	20 (22,2%)
	Fallecimiento/daño moral a los familiares	15 (16,7%)
	Lesiones/secuelas	55 (61,1%)
Cuantía económica de la reclamación[a]	≤100.000 euros	8 (8,9%)
	100.001-499.999 euros	35 (38,9%)
	300.000-600.000 euros	26 (28,9%)
Cuantía de la indemnización	≤100.000 euros	62 (68,9%)
	100.001–499.999 euros	24 (26,7%)
	300.000–600.000 euros	4 (4,4%)
Modo de aplicación de la cuantía	Tanto alzado	77 (85,6%)
	Baremo de tráfico	4 (4,4%)
	Porcentaje de posibilidades	8 (8,9%)
	Tanto alzado y baremo de tráfico	1 (1,1%)

[a] En 21 (23,3%) casos no se especificó en la sentencia la indemnización reclamada (se supone que fue por cuantía indeterminada).

Discusión

El presente trabajo se ha realizado utilizando sentencias de los distintos Tribunales Superiores de Justicia, la Audiencia Nacional y el Tribunal Supremo, emitidas en el ámbito de la responsabilidad

Documento descargado de http://www.gacetasanitaria.org el 22/02/2017. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

patrimonial de la Administración, dedicada a juzgar, exclusivamente, los actos médicos derivados de la sanidad pública. Son todas sentencias emitidas, por consiguiente, por salas de lo contencioso administrativo. De esta forma, hemos descartado todas las resoluciones de la jurisdicción civil y penal, para así evitar que nuestros resultados quedasen «contaminados», dado que los criterios de imputación resultan diferentes en atención a la jurisdicción que juzga los actos médicos[1]. La misma conducta e iguales resultados dañosos obtienen unas sentencias totalmente diferentes en función de la jurisdicción donde se plantee el litigio[1]. Es decir, unos mismos hechos, que hubieran dado lugar a una sentencia condenatoria en vía contencioso administrativa, podrían obtener una sentencia absolutoria en vía penal si no se cumplen los requisitos establecidos por el tipo penal[1], y unos hechos que hubieran dado lugar a una absolución en vía administrativa podrían dar lugar a una condena en la civil, en atención a la diferente interpretación de los criterios jurisprudenciales que sujetan a los distintos órdenes jurisdiccionales[1]. La mayor parte de los trabajos españoles que han abordado las sentencias en otras especialidades se han llevado a cabo sin separar los tres tipos de jurisdicción (civil, penal y administrativa), lo que hace difícil comparar los resultados con el presente estudio[10–13].

La descripción de las sentencias realizadas en relación con patologías neurológicas a lo largo de 12 años muestra principalmente que estos procesos son de «alto riesgo» judicial en cuanto a la pérdida de la oportunidad asistencial se refiere (un 17,3% del total de 519 sentencias estudiadas). Además, han experimentado más de un 300% de aumento en los últimos años. Fue a partir de 2002 cuando esta teoría se introdujo en la doctrina jurisprudencial para juzgar la conducta de los profesionales de la medicina, razón por la que podemos sostener que se trata de una teoría con pocos años de aplicación, pero que con el paso del tiempo ha cobrado más fuerza.

Otros datos destacados a tener en cuenta son las marcadas diferencias entre comunidades autónomas y en las cuantías indemnizatorias. En cuanto a las primeras, nuestros resultados reflejan que, en proporción, y a pesar de no contar con el mayor número de sentencias dictadas, son las comunidades autónomas de Aragón y Murcia las que más lo aplican; no obstante, en realidad su efecto se extiende con fuerza a lo largo del panorama nacional, donde Madrid y la Comunidad Valenciana también resultan protagonistas. Respecto a las cuantías indemnizatorias, el 44,4% fueron inferiores a los 50.000 euros. Ello refleja una discrepancia con la cuantía reclamada, que solo fue inferior a 50.000 euros en un 2,2% de los casos.

Los motivos fundamentales de las reclamaciones fueron secuelas o lesiones derivadas de un error diagnóstico o de un tratamiento inadecuado. A pesar de que el porcentaje más alto se encuentra en el error diagnóstico, por delante del tratamiento inadecuado, es importante matizar que las condenas por error diagnóstico siempre deben venir como consecuencia de conductas contrarias a la praxis médica, es decir, con infracción de la *lex artis*[1,2]. Por tanto, lo determinante es si la conducta del profesional sanitario se ajustó al deber objetivo de cuidado y si entre la misma y el resultado dañoso medió la necesaria relación de causalidad adecuada[1,2]. Así, ante determinado resultado, como lo es el error de diagnóstico, lo relevante es conocer si fue consecuencia de una falta de diligencia en el proceso asistencial o, por el contrario, si no fue más que el resultado desafortunado de una medicina aplicada correctamente. Lo decimos porque debemos tener en cuenta que todas las sentencias condenatorias estudiadas comparten el hecho de haber sido dictadas en supuestos en los que ha existido una infracción de la *lex artis*. Lo que ocurre es que, en principio, para poder condenar, ya sea por error de diagnóstico, tratamiento inadecuado o falta de información, debe quedar acreditada la relación de causalidad entre la conducta del profesional y el resultado dañoso soportado por el paciente; y cuando hablamos de conductas omisivas, resulta imposible acreditar a ciencia cierta tal relación de causa y efecto, circunstancia que también comparten todas las resoluciones objeto de estudio (se desconoce con seguridad la relación de causa y efecto, y se acude a la aplicación y la interpretación de la teoría de la pérdida de oportunidad con diferentes resultados). En efecto, cuando un médico omite la aplicación de un tratamiento (por ejemplo, no indica un tratamiento fibrinolítico, aceptado por las sociedades científicas, ante un ictus isquémico) y el paciente fallece o sufre secuelas discapacitantes, nunca sabremos si habría ocurrido lo mismo de haber aplicado el tratamiento adecuado. ¿Quién puede asegurar que el paciente habría sobrevivido sin secuelas? Por este motivo, los jueces y los magistrados encuentran tantas dificultades a la hora de determinar si hay responsabilidad y, en su caso, la cuantificación del daño. Y como lo único que cabe es hablar de relación de causalidad hipotética, resuelven el litigio mediante una condena que reducen significativamente, dado que no quieren responsabilizar de todo el daño al facultativo. Esta es la razón de que la mayoría de las indemnizaciones sean establecidas a tanto alzado, es decir, sin atender a ningún criterio delimitado. En nuestra opinión, el hecho de que existan diferentes criterios indemnizatorios (baremo, porcentaje o tanto alzado), y que precisamente el que más se aplique no atienda a razonamientos claros y precisos, es uno de los principales motivos del crecimiento y la expansión de esta teoría en los últimos años. Cuando un nuevo concepto o interés no está sujeto por el principio de seguridad jurídica y no está claro su fundamento, se convierte en una fuente de conflictos (la Administración pública y las aseguradoras están alegando, cada vez con más fuerza, la teoría de la pérdida de oportunidad para lograr una reducción de la indemnización, sabedoras de que, en la mayoría de las ocasiones, se logra una reducción a tanto alzado).

El error diagnóstico también se recoge en otras series como el motivo más frecuente de reclamación[14]. Así, por ejemplo, en una revisión de 559 casos de quejas por negligencia en patologías neurológicas ocurridos en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, entre los años 1995 y 2005, el error diagnóstico se citó un 44% de las veces, siendo la enfermedad discal degenerativa (27%), los tumores del sistema nervioso central (21%), las infecciones del sistema nervioso central (11%) y las hemorragias subaracnoideas (9%) las más reclamadas[15]. En un estudio más reciente del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, con datos hasta el año 2012, el error diagnóstico seguía siendo la causa más frecuente de reclamación, pero a diferencia del anterior, las patologías habían cambiado, siendo la patología medular, la enfermedad cerebrovascular, los tumores intracraneales, la hidrocefalia y la patología neuromuscular las más frecuentes[16].

En conclusión, la teoría de la pérdida de oportunidad asistencial, aunque con poco recorrido temporal de aplicación, ha cobrado más fuerza en los últimos años en la medicina pública española cuando de patologías neurológicas se trata, lo que se está produciendo en las diferentes comunidades autónomas, con especial interés en Aragón, Murcia, Madrid y Comunidad Valenciana, indemnizando en su mayoría con cantidades inferiores a 50.000 euros. Las sentencias fueron dictadas fundamentalmente por error diagnóstico o tratamiento inadecuado.

Las sentencias por pérdida de oportunidad asistencial en patologías neurológicas se han incrementado en los últimos años en la medicina pública española. En general, la mayoría de los pacientes fueron hombres que tuvieron secuelas (61,1%), siendo las patologías que con más frecuencia originaron la condena la encefalopatía neonatal hipóxico-isquémica (14,4%) y las lesiones medulares (14,4%).

Editor responsable del artículo

Javier Arias-Díaz.

Documento descargado de http://www.gacetasanitaria.org el 22/02/2017. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

¿Qué se sabe sobre el tema?

No existe en la literatura médica ni jurídica ningún estudio similar que haga referencia específica a la pérdida de oportunidad asistencial en el ámbito neurológico.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Las sentencias por pérdida de oportunidad asistencial en patologías neurológicas se han incrementado en los últimos años. Las sentencias fueron dictadas fundamentalmente por error diagnóstico o tratamiento inadecuado. La mayoría de los pacientes fueron hombres que tuvieron secuelas, siendo las patologías que con más frecuencia originaron la condena la encefalopatía neonatal hipóxico-isquémica y las lesiones medulares.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a Gaceta Sanitaria, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

C. Sardinero-García ha participado en la concepción y el diseño del trabajo, la recogida de datos y su análisis e interpretación, y la redacción, revisión y aprobación del manuscrito. A. Santiago-Sáez ha participado en la concepción y el diseño del trabajo, y en la redacción, revisión y aprobación del manuscrito. M.C. Bravo ha participado en la concepción y el diseño del trabajo, y en la redacción, revisión y aprobación del manuscrito. B. Perea-Perea ha participado en la concepción y el diseño del trabajo, y en la redacción, revisión y aprobación del manuscrito. M.E. Albarrán-Juan ha participado en la concepción y el diseño del trabajo, y en la redacción, revisión y aprobación del manuscrito. E. Labajo-González ha participado en la concepción y el diseño del trabajo, y en la redacción, revisión y aprobación del manuscrito. J. Benito-León ha participado en la concepción y el diseño del trabajo, la recogida de datos y su análisis e interpretación, y la redacción, revisión y aprobación del manuscrito.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Sardinero García C. Responsabilidad administrativa, civil y penal por falta de información en el ámbito clínico: criterios indemnizatorios. Valencia: Tirant Lo Blanch; 2016. p. 394.
2. Galán Cortés JC. Responsabilidad civil médica. Navarra: Civitas; 2016. p. 1160.
3. Asúa González CI. Pérdida de oportunidad en la responsabilidad sanitaria. Cizur Menor (Navarra): Thomson-Aranzadi; 2008. p. 236.
4. Saigí Ullastre U, Gómez Durán EL, Arimany Manso J. Cuantificación de la pérdida de oportunidad en responsabilidad profesional médica. Rev Esp Med Legal. 2013;39:157–61.
5. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Aubia-Marimón J. Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. Gac Sanit. 2013;27:92–3.
6. Mir Puigpelat O. La responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria. Organización, imputación y causalidad. Madrid: Civitas; 2000. p. 340.
7. Medina Alcoz L. La doctrina de la pérdida de oportunidad en la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria. En: Gascón Abellán M, González Carrasco MC, Cantero Martínez J, coordinadores. Derecho sanitario y bioética, cuestiones actuales. Valencia: Tirant Lo Blanch; 2011. 1183 p.
8. Sardinero-García C, Santiago-Sáez A, Bravo MC, et al. Responsabilidad por pérdida de oportunidad asistencial en patología oncológica maligna en la medicina pública española. Gac Sanit. 2016, http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.007. Jul 26, pii: S0213-9111(16)30097-8 [Epub ahead of print].
9. Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Actualizado el 31/12/2014; consultado el 22/5/2016.) Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2015.pdf
10. Martín-Casals M, Ribot Igualada J, Sole Feliu J. Medical malpractice liability in Spain: cases, trends and developments. Eur J Health Law. 2003;10:153–81.
11. Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B, Albarrán-Juan ME, et al. Análisis de las sentencias judiciales en la práctica de la cardiología resueltas en segunda instancia en España entre 1992 y 2007. Rev Esp Cardiol. 2012;65:801–6.
12. Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B, Albarrán-Juan ME, et al. Análisis de sentencias judiciales contra psiquiatras resueltas en segunda instancia en España entre 1992 y 2007. Actas Esp Psiquiatr. 2011;39:393–400.
13. Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B, Labajo-González E, et al. Análisis de sentencias judiciales contra neurocirujanos resueltas en segunda instancia en España entre 1995 y 2007. Neurocirugia (Astur). 2010;21:53–60.
14. Giraldo P, Sato L, Sala M, et al. A retrospective review of medical errors adjudicated in court between 2002 and 2012 in Spain. Int J Qual Health Care. 2016;28:33–9.
15. McNeill A. Neurological negligence claims in the NHS from 1995 to 2005. Eur J Neurol. 2007;14:399–402.
16. Coysh T, Breen DP. A nationwide analysis of successful litigation claims in neurological practice. JRSM Open. 2014;5, 2042533313518914.