

Andrés Santiago-Sáez^{1,2}
Bernardo Perea-Pérez²
María E. Albarrán-Juan²
Elena Labajo-González²
Blanca Reneses-Prieto³

Análisis de las sentencias judiciales contra psiquiatras resueltas en segunda instancia en España entre 1992 y 2007

¹Servicio de Medicina Legal
Hospital Clínico San Carlos
Madrid (España)

²Escuela de Medicina Legal
Facultad de Medicina
Universidad Complutense
Madrid

³Directora Adjunta del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Clínico San Carlos

El objetivo del trabajo es analizar las sentencias contra psiquiatras emitidas en segunda instancia o posteriores en España durante el periodo de 1992 a 2007. Se han recopilado sentencias en 13 de las 17 Comunidades Autónomas y tras su análisis estadístico destacan los siguientes resultados: se condenan más del 50% de los casos, pero nunca con cuantías superiores a los 600.000 euros. La patología más frecuentemente implicada en la serie ha sido los trastornos de personalidad con un 48,9%. Los motivos más frecuentes de demanda fueron el error de seguimiento y la negligencia, no existiendo casos de error terapéutico. El fallecimiento del paciente se produjo en el 58,3% de los casos. Y destaca que en un 10% de las sentencias se hace referencia a defectos en la información o en el consentimiento informado.

Los equipos asistenciales de pacientes psiquiátricos tanto del sector público como privado deben extremar el seguimiento de los pacientes institucionalizados y adecuar de la mejor forma posible las instalaciones con especiales medidas de seguridad para los pacientes.

Palabras clave:
Sentencias judiciales, Condenas, Indemnizaciones, Errores de seguimiento, Suicidio

Actas Esp Psiquiatr 2011;39(6):393-400

Analysis of judicial sentences against psychiatrists dictated by appellate courts in Spain between 1992 and 2007

Sentences against psychiatrists dictated in appellate or higher courts of Spain in the period from 1992 to 2007 were analyzed. Decisions were gathered for 13 of the 17 autonomous communities and statistical analysis yielded the following results: in more than 50% of cases, the decision was unfavorable for the psychiatrist, but the

damages never exceeded € 600,000. The most frequent condition in the series was personality disorders (48.9%). The most frequent reasons for seeking legal redress were monitoring errors and negligence; no cases were brought to trial for therapeutic errors. The patient died in 58.3% of cases. It is noteworthy that 10% of the sentences cited defects in patient information or informed consent.

The psychiatric health care teams in both the public and private sector should maximize monitoring of institutionalized patients and optimize installations to provide special security measures for the patients.

Key words:
Judicial sentences, Unfavorable verdicts, Indemnizations, Monitoring errors, Suicide

INTRODUCCIÓN

El incremento de la judicialización de los asuntos sanitarios en España afecta a todas las especialidades, sean quirúrgicas o médicas, hospitalarias o extrahospitalarias. Durante el periodo de 1995 a 1998 se presentaron contra el sistema nacional de salud 932 reclamaciones. Los errores médicos costaron al extinto INSALUD 726,5 millones de las antiguas pesetas por indemnizaciones a 95 pacientes (una media de 7,8 millones de pesetas por paciente). Por especialidades, Medicina de Urgencia supuso el 23,8% de las reclamaciones, Ginecología y Obstetricia el 18,2% y Cirugía Ortopédica y Traumatología el 11,2%. La Psiquiatría no se encontraba entre las diez especialidades médicas más reclamadas. Sin embargo era la cuarta en cuanto al coste medio por caso (con un coste en torno a los 109.000 euros) y supuso el 3,32% de las cantidades pagadas por el INSALUD en ese periodo¹. Estos datos son concordantes con el estudio realizado por Willis con datos del reaseguro de los servicios públicos de salud en España durante el periodo 2005-2007². Esta serie tampoco incluye a la Psiquiatría entre las diez especialidades médicas más reclamadas, pero sí en cuanto a la cuantía media reclamada (noveno lugar con 116.188 euros). Un estudio del

Correspondencia:
Andrés Santiago Sáez
Servicio de Medicina Legal
Hospital Clínico San Carlos
c/ Profesor Martín Lagos, s/n
29040 Madrid
Correo electrónico: asantiago.hcsc@salud.madrid.org

National Health Service Británico informó que se cerraron durante el periodo 1999-2000, 3.254 reclamaciones con un coste de 386 millones de libras esterlinas³.

Una consecuencia inmediata de esta situación puede ser la práctica sistemática de la medicina defensiva, que se aleja de la relación fluida entre médico y paciente, basada en la confianza mutua y con una orientación bioética que potencia la propia autonomía del paciente. Sin embargo, un análisis de los factores que motivan una demanda y de los condicionamientos que influyen en las decisiones judiciales puede ayudar a los especialistas en psiquiatría a valorar determinadas prácticas clínicas de forma especial, extremando las precauciones ante aquellos signos que puedan dar lugar a una demanda judicial.

En este artículo pretendemos determinar las características de las demandas presentadas contra médicos especialistas en psiquiatría, considerando todas aquellas variables que pueden tener alguna influencia tanto en el planteamiento de la demanda como en la resolución del proceso judicial. El objetivo es analizar las demandas judiciales presentadas contra médicos especialistas en psiquiatría, estableciendo las características de éstas y analizando la resolución de las sentencias, considerando si existe condena y su cuantía económica. De este modo, los resultados podrán facilitar una práctica más segura de la especialidad, tanto para el paciente como para el médico ya que existen algunas particularidades propias de dicha especialidad que conviene señalar, dado que de su práctica puede derivarse una responsabilidad profesional.

Estos aspectos específicos son los reflejados en el siguiente esquema, y que se concretan en la posible exigencia de responsabilidad:

- Por el internamiento no voluntario del paciente (que puede derivar en una denuncia o querrela por detención ilegal, coacción y amenazas).
- Por los efectos secundarios e interacciones derivados de los tratamientos farmacológicos.
- Por los tratamientos psicoterapéuticos (especial consideración a cuestiones derivadas de la transferencia).
- Por otros tratamientos (consentimiento informado en el TEC, cirugía, etc.).
- Por las situaciones de urgencia (riesgo de suicidio, agitación).

No existe en la literatura de los últimos años ningún estudio similar, que haga referencia específica a la especialidad de psiquiatría en España.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se ha realizado sobre el "Archivo de sentencias judiciales sanitarias de la Escuela de Medi-

cina Legal de Madrid", de la Universidad Complutense de Madrid. Este archivo contiene 1.899 sentencias judiciales de segunda o última instancia referidas a actuaciones sanitarias emitidas por las jurisdicciones Civil, Penal y Contencioso-administrativa durante el periodo comprendido entre 1995 y junio de 2007. El archivo contiene 49 sentencias que han sido consideradas para este estudio en base a los siguientes criterios de inclusión:

5. Sentencia referida a un médico especialista en psiquiatría, debido al ejercicio de su especialidad, o sentencia referida a un médico en la que no consta su especialidad, pero en la que la maniobra reclamada judicialmente corresponde a la especialidad de psiquiatría, según definición y maniobras contempladas en el anexo a la orden ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, del BOE nº 224 del martes 16 de septiembre de 2008 por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría.
6. Texto de la sentencia en el que figure el tratamiento reclamado, las circunstancias y lugar en el que se produjo, sus consecuencias y la resolución judicial.

En la ficha de recogida de datos se han implementado las siguientes variables:

38. Clave de identificación en la base de Aranzadi (referencia)
39. Jurisdicción en la que se dirime la demanda Civil, Penal o Contencioso-Administrativa
40. Fecha de la sentencia
41. Comunidad Autónoma donde se produce la demanda
42. Ámbito de actividad del profesional demandado
43. Sexo y edad del paciente
44. Cuantía económica de la demanda
45. Existencia o no de condena
46. Número de profesionales implicados
47. Tipo de profesional: psiquiatra u otro tipo de especialista o estamento
48. Cuantía de la indemnización en caso de condena
49. Motivo de la demanda
50. Patología diagnosticada
51. Resultado del daño demandado
52. Observaciones apreciadas por los investigadores

Tras realizar un estudio descriptivo de las variables, se ha realizado un contraste de variables mediante tablas de contingencia mediante la prueba Chi cuadrado utilizando el programa estadístico SPSS 15.

RESULTADOS

En la jurisdicción Civil se han resuelto un 85,7% de las sentencias. Esta alta proporción de sentencias correspon-

dientes a la jurisdicción Civil se debe a la propia naturaleza de la base de datos utilizada. Muchas de las denuncias Penales son desestimadas y pasan a demandas civiles donde la posibilidad de prosperar es mayor.

El número de sentencias se ha triplicado en el último periodo de estudio respecto al primero (Figura 1). La Comunidad Autónoma con mayor número de sentencias es Cataluña con un 24,5 % del total de la muestra. Tanto el sistema público como el privado se reparten el ámbito de la asistencia demandada.

Dos tercios de los pacientes implicados en el caso era hombre y el rango de edad más frecuente con un 41,7% fue el de los 18 a los 40 años. El rango económico más frecuente en relación con la cuantía económica reclamada se sitúa entre los 60.0001 a los 600.000 euros. La patología más frecuentemente implicada en la serie ha sido los trastornos de personalidad con un 48,9%.

Llama la atención el alto porcentaje de condenas emitidas con un 51,1% (respecto a otras especialidades médicas⁴). En las sentencias predomina la implicación de más de un profesional (55%) y en relación al tipo de profesional se iguala la condición de psiquiatra con la de otros profesionales, sumando ambas el 77,5% del total de los casos.

De los casos en los que ha existido condena, el rango de indemnizaciones entre 18.001 y 60.000 euros constituye el 45,8% y el rango de indemnizaciones entre 60.001 y 600.000 euros el 50%. Ambos grupos suponen prácticamente la totalidad de las cuantías establecidas en las sentencias. En nuestra serie, la cuantía media de la indemnización fijada por los tribunales es de 57.588 euros. A esta cantidad habría que añadir los gastos judiciales y administrativos (en nuestra serie desconocidos) para averiguar el coste de los siniestros para las compañías aseguradoras.

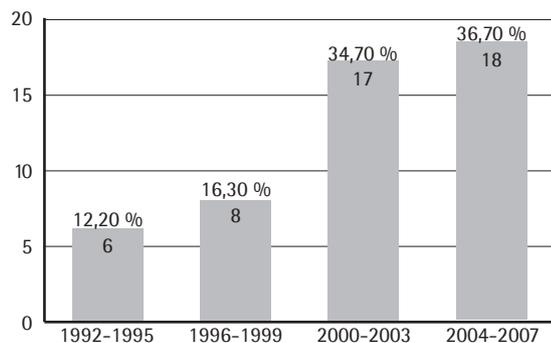


Figura 1

Evolución Cronológica

En este aspecto es importante destacar la ausencia de condenas por encima de 130.000 euros. El hecho imputado como motivo de la demanda más frecuente es el error de seguimiento con un 42,9% de los casos. El resultado final del daño resultó en el fallecimiento del paciente en el 58,3% de los casos, siendo las lesiones y los daños morales de frecuencias similares (20,8%). Como mecanismo lesional destaca el suicidio con un 51,2% siguiéndole en frecuencia las quemaduras con un 12,2% (Tablas 1 y 2).

Respecto al contraste de variables en los cruces a través de las tablas de contingencia chi cuadrado destacan los siguientes resultados:

Los dos últimos periodos estudiados (2000 al 2007) presentan preferentemente demandas económicas situadas entre los 60.001 y los 600.000 euros. Situándose las condenas entre los 18.001 y los 600.000 euros sobre todo en estos últimos años de la serie.

En cuanto la relación entre el tipo de profesional que es más condenado destaca el grupo formado por el "psiquiatra más otro estamento profesional". Existiendo además relación entre este mismo grupo y las mayores cuantías indemnizatorias.

Al relacionar los tipos de profesionales con el motivo de la demanda, existe una relación entre los grupos de "psiquiatra más otro estamento profesional" y "otros profesionales no psiquiatras" y el error de seguimiento.

En cuanto al cruce entre el ámbito asistencial y la existencia o no de condena, existe una clara relación entre el sistema público y la existencia de condena en las sentencias. Sin embargo en el ámbito privado dos tercios de los casos no se condenaron.

Existe relación entre las mayores cuantías indemnizatorias y el error de seguimiento.

Al relacionar el resultado de las lesiones con la edad, destaca los grupos entre los 18 y los 65 años con resultado de muerte. Además este resultado se presenta preferentemente en los hombres. Las mujeres se reparten por igual el resultado de muerte, lesiones y daños morales.

DISCUSIÓN

La psiquiatría no es una especialidad de alto riesgo judicial, situándose en puestos muy alejados de la cabeza de las diferentes series nacionales e internacionales^{1,2}, aunque los estudios son escasos y normalmente proceden de fuentes interesadas (compañías de seguros, asociaciones de pacientes, etc.). El análisis de las sentencias de nuestra serie muestra:

Tabla 1		Estudio descriptivo	
		Número	Porcentaje
Jurisdicción			
Total: 49	Civil	42	80,0 %
	Penal	5	11,7 %
	Contencioso-Administrativa	2	12,2 %
Fecha de la sentencia			
Total: 49	1992-1995	6	12,2%
	1996-1999	8	16,%
	2000-2003	17	34,7%
	2004-2007	18	36,7%
Comunidad Autónoma			
Total: 49	Andalucía	4	8,2%
	Aragón	2	4,1%
	Asturias	4	8,2%
	Canarias	1	2%
	Cantabria	1	2%
	Castilla La Mancha	2	4,1%
	Castilla León	1	2%
	Cataluña	12	24,5%
	Galicia	1	2%
	Madrid	6	12,2%
	Murcia	1	2%
	P. Vasco	1	2%
	Tribunal Supremo	10	20,4%
	Valencia	3	6,1%
Ámbito asistencial			
Total: 47	Público	26	55,3%
	Privado	20	42,6%
	Mutua	1	2.1%
Sexo			
Total: 48	Hombre	31	64,6 %
	Mujer	17	35,4 %
Edad paciente			
Total: 12	Menor 18 años	2	16,7%
	18-40 años	5	41,7%
	41-65 años	3	25%
	mayor 65 años	2	16,7%

Tabla 1		Continuación	
		Número	Porcentaje
Cuantía económica de la demanda			
Total: 31	< 6.000 €	0	0
	6.001 -18.000 €	2	6,5%
	18.001 - 60.000 €	7	22,6%
	60.001 - 600.000 €	21	67,7%
	> 600.000 €	1	3,2%
Patología del paciente			
Total: 45	Trastorno Cognitivo	11	24,4%
	Trastorno Afectivo	6	13,3%
	Trastorno Personalidad	22	48,9%
	Trastorno Adaptativo	6	13,3%

Tabla 2		Estudio descriptivo	
		Número	Porcentaje
Condena			
Total: 47	Sí	24	51,1%
	No	23	48,9%
Nº de profesionales implicados			
Total: 40	Uno	18	45%
	Más de uno	22	55%
Tipo de profesional demandado			
Total: 40	Psiquiatra	16	40%
	Psiquiatra+otra especialidad	0	0
	Psiquiatra+otro estamento	9	22,5%
	Otro profesional	15	37,5%
Cuantía de la indemnización			
Total: 24	< 6.000 €	1	4,2%
	6.000-18.000 €	0	0
	18.001-60.000 €	11	45,8%
	60.001-600.000 €	12	50%
	> 600.000 €	0	0
Hecho imputado motivo de la demanda			
Total: 49	Negligencia	10	20,4%

1. La mayoría de las demandas que prosperan tienen como objetivo la compensación económica. Respecto a la demanda el 85,7% de la muestra total es de orden civil, encontrándose sólo en el orden penal el 10,2% de los casos. Este estudio recoge las sentencias en segunda instancia o última instancia contra psiquiatras, lo que quiere decir que en el orden penal muchas demandas o no se admiten a trámite y se archivan o no se condenan en primera instancia, puesto que el volumen de demandas presentadas en el ámbito penal es muy superior. Las sentencias han evolucionado cronológicamente superando el último periodo de 2003 al 2007 en tres veces el número de las del periodo 1992-1995, progresión que refleja la actitud más litigante de nuestro entorno social. Actualmente van tomando posiciones algunas propuestas importantes de negociación extrajudicial con ofertas de indemnización y esfuerzos mediadores como los modelos Suecos, Daneses o de Nueva Zelanda⁵. Destaca como Comunidad Autónoma Cataluña con un 24,5% de los casos, aunque las demandas se encuentran muy repartidas en nuestra geografía existiendo casos en 13 de las 17 Comunidades Autónomas.
Dos tercios de los pacientes son de sexo masculino y en cuanto a la distribución etaria existe un pequeño repunte en el grupo de 18 a 40 años, aunque el dato de la edad sólo se refleja en una cuarta parte de las sentencias. Sólo se documentan dos casos en menores de 18 años y los casos de denuncias por asistencia a menores con problemas psiquiátricos se han incrementado en EEUU en los últimos tiempos⁶.
A la hora de reclamar una cantidad económica dos tercios de las sentencias se sitúan en el grupo de 60.001 a 600.000 euros, sin embargo las condenas se sitúan en este rango económico inferior en el 50% de los casos, siendo el 45,8% de las sentencias condenatorias en una cuantía entre 18.001 y 60.000 euros. En nuestra serie el coste medio de las cuantías indemnizatorias es de 57.588 euros, a esta cantidad habría que sumar el resto de costas judiciales. No existen condenas superiores a 130.000 euros y posiblemente el límite de los 600.000 € en cuanto a la cantidad reclamada tiene relación con el límite que establecen las compañías en las indemnizaciones por siniestro. Como dato comparativo, el estudio del periodo 1995-1998 del INSALUD³ arroja un coste medio de indemnizaciones por caso en la especialidad de psiquiatría de 108.433 €. El número de sentencias condenatorias es elevado, con un 51,1% de los casos, siendo esta cifra superior a otras especialidades médicas⁵.
La imputación del daño se realiza a partes iguales a un solo profesional o más de uno. En cuanto al tipo de profesional demandado los psiquiatras se equiparan al grupo "otros profesionales no psiquiatras", reflejando este hecho un reparto en la responsabilidad de los cuidados (Figura 2).
2. En cuanto a los motivos de la demanda judicial el error de seguimiento, es el motivo que destaca con un 42,9% de los casos, seguido de la negligencia profesional (20,4%). Sin embargo no se hace referencia en ningún caso al error terapéutico, importante por la importante variabilidad farmacológica y la trascendencia de determinados fármacos y técnicas utilizados en este campo de la medicina.
Los trastornos de personalidad identifican el diagnóstico del 48,9% de los casos, lo que evidencia la potencial conflictividad de este tipo de pacientes y lo importante que resulta extremar su manejo tanto médico como institucional.
De los casos analizados, en casi el 60% se produce la muerte del paciente (Figura 3), estableciéndose una relación de más de 3 a 1 entre hombres y mujeres, esta proporción es similar a un estudio realizado en California sobre más de 42.000 casos de fallecidos por suicidio publicado hace más de 20 años⁷. Y cuando se estudia el mecanismo lesional destaca con el 51,2% de los casos el suicidio seguido de las lesiones por quemaduras (12,2%) y los intentos de suicidio (7,3%) (Figura 4). El hecho de que se produzca la muerte del paciente tiene un gran peso en la toma de decisiones judiciales, considerándose en los argumentos de las sentencias que han existido en un gran número de casos deficiencias en el seguimiento de estos pacientes e incluso negligencias profesionales, estos datos coinciden con un estudio realizado en Francia en 2007, donde se hace una valoración de las especiales medidas que se deben tomar sobre los pacientes ya desde el Servicio de Urgencias de los centros sanitarios para prevenir el suicidio⁸. Para un grupo de autores de la Universidad de Florida y la Facultad de Derecho de Yale (EEUU) muchos de los suicidios consumados entre pacientes psiquiátricos no responden a un impulso, sino que son perfectamente planificados lo que genera evidentemente responsabilidad en el personal a su cargo⁹. En un 10% aproximadamente de las sentencias se apreciaba un déficit en la información facilitada al paciente o sus familiares o en el documento de consentimiento informado. Supone este dato una cifra importante a considerar, hay que tener en cuenta que la documentación del consentimiento informado no protege contra las demandas, pero su ausencia las agrava. El proceso de una buena información y el otorgamiento del consentimiento se considera un elemento relevante en la práctica asistencial, es una obligación exigible al profesional de la Medicina y forma parte integrante de la *Lex Artis*, cuyo incumplimiento determina por sí mismo la obligación reparadora (Sentencias del Tribunal Supremo de 22-10-93, 17-1-94 y 24-4-94), por ello sus deficiencias incurren generalmente en responsabilidad, lo que viene a afianzar la corriente de la relación entre una práctica segura y la buena comunicación con el paciente. En este sentido, el simple documento legal que hace que el paciente refleje por escrito que ha sido informado y que

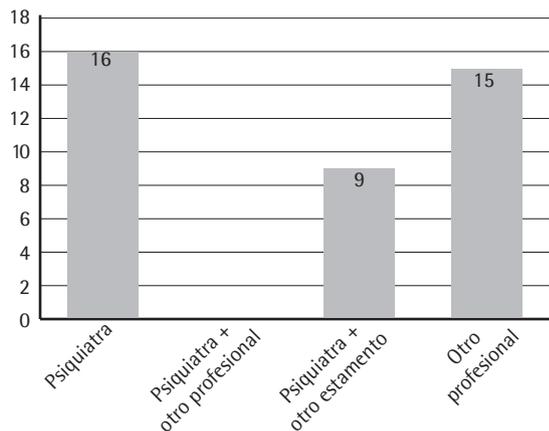


Figura 2 Tipo de profesional demandado

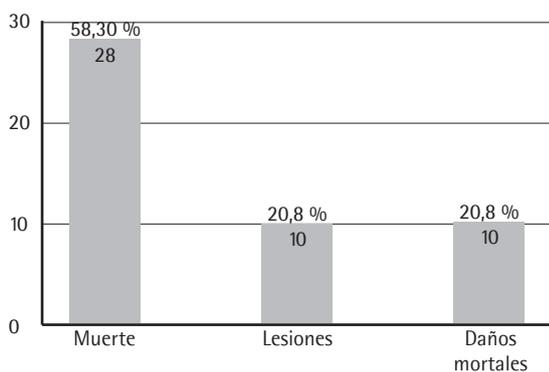


Figura 3 Resultado del daño

consiente con el procedimiento no evita las demandas. De hecho, no es la firma del documento lo que constituye el consentimiento informado, sino el asentimiento del paciente a una información detallada. La firma del documento es sólo la constancia de esta. Un documento firmado en el que se demuestre que no existió comprensión por parte del paciente, o bien que se hizo con premura, puede ser invalidado. Por tanto, el consentimiento informado no tiene validez, o al menos, eficacia, si no existe una relación fluida entre el paciente y el médico, a este respecto Kim Scout del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Michigan insiste en un artículo del año 2004 sobre los aspectos ya no sólo legales del consentimiento sino también sobre los aspectos éticos del mismo¹⁰.

3. En cuanto la relación entre el tipo de profesional que es más condenado destaca el grupo formado por el "psiquia-

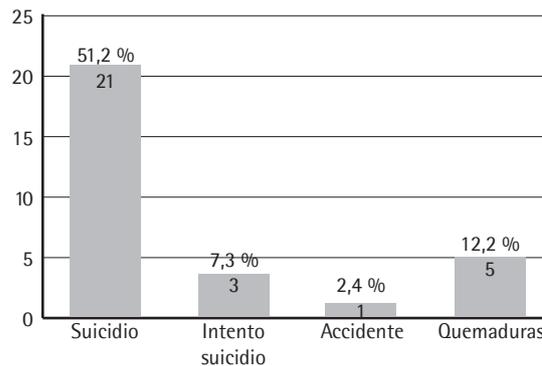


Figura 4 Mecanismo lesional

tra más otro estamento profesional". Existiendo además relación entre este mismo grupo y las mayores cuantías indemnizatorias. Entiende el juzgador por lo tanto que existe una responsabilidad no sólo del profesional a cargo del paciente, sino también del resto del equipo asignado, como puede ser el personal de enfermería, celadores, vigilantes, etc. Este mismo grupo junto con el tipo de profesional clasificado como "otros profesionales" son demandados principalmente por un error de seguimiento del paciente durante su evolución y en segundo lugar por negligencia, al entenderse que no han existido los suficientes cuidados para garantizar los fatales resultados en un grupo importante de los pacientes.

En el contraste de la variable ámbito con la existencia de condena o no, llama poderosamente la atención el hecho de que en el ámbito público se condena de una forma más frecuente que en el ámbito privado. Esto quizá deba suponer una llamada de atención a las instituciones públicas sobre la necesidad de establecer mayores mecanismos de control en el seguimiento de los pacientes y en la configuración de las instalaciones y recursos.

El riesgo judicial de la psiquiatría podría ocasionar una reacción por parte del especialista planteando una medicina defensiva, dilatando en el tiempo la puesta en marcha de medidas terapéuticas o ingresos involuntarios necesarios, enfatizando el riesgo de algunos procedimientos y, posiblemente, distanciándose del paciente. La medicina defensiva se basa en evitar la responsabilidad por negligencia en lugar de considerar un análisis sosegado entre el riesgo-beneficio de la actuación¹¹. En Inglaterra un cuestionario enviado a médicos psiquiatras identificó a un 75% de profesionales que habían realizado medicina defensiva en el mes anterior al mismo¹². Sin embargo, la actitud defensiva no parece ser la solución a este problema. Una mala comunicación con el paciente incrementa enormemente el riesgo de litigio.

Las conclusiones generales de este estudio son las siguientes:

1. El número de sentencias contra psiquiatras en segunda o posterior instancia en España es escasa hasta la fecha, aunque se han triplicado en los últimos años respecto al primer periodo del estudio. Sin embargo más de la mitad de las resoluciones son condenatorias con altas indemnizaciones económicas, pero nunca superando los 130.000 euros.
2. Los motivos fundamentales de las demandas son el error de seguimiento y la negligencia, acusando principalmente al psiquiatra junto con otros estamentos profesionales. No existe ningún caso demandado por error terapéutico. El personal sanitario y no sanitario debe analizar el entorno de trabajo para adecuar instalaciones, formación del personal auxiliar y recomendar a los gestores determinados sistemas de seguridad adaptados a las necesidades de los pacientes en pro de la seguridad del paciente.
3. Los resultados son fatales en el 60% de los pacientes con su fallecimiento, principalmente por mecanismo de suicidio, quemaduras o intentos de suicidio.
4. Existe un 10% de casos en los que se aprecia déficit en el proceso de información o en el otorgamiento del consentimiento, hecho importante que debe extremar el cuidado, con una fluida comunicación con el paciente informando de forma adecuada a él o a sus familiares de los motivos del ingreso, diagnósticos patológicos, expectativas terapéuticas y pronósticos evolutivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. INSALUD, Memoria Estadística INSALUD. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
2. Torre D. El seguro de responsabilidad civil. En: Actas del XII Encuentro de Responsabilidad Sanitaria. Madrid: Unidad Editorial, 2008.
3. Fenn P. Counting the cost of medical negligence. *BMJ* 2002;325:233-4. doi: 10.1136/bmj.325.7358.233
4. Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, Labajo-González ME, Albarrán-Juan ME. Análisis de las consecuencias médico-legales de las reclamaciones judiciales en pacientes. Estudio comparativo de los casos de traumatología, ginecología y obstetricia, anestesia y reanimación y odontoestomatología. *Trauma Fund MAPFRE* 2009;20(4):264-8.
5. Appelbaum PS. Law & psychiatry: reforming malpractice: the prospects for change. *Psychiatr Serv*. 2011 Jan;62(1):6-8.
6. Ash P. Malpractice in child and adolescent psychiatry. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002 Oct;11(4):869-85.
7. Phillips D, Sanzone A. A Comparison of Injury Date and Death Date in 42,698 Suicides. *Am J Public Health*. 1988;78:541-3.
8. Franchitto N, Mathur A, Franchitto L, Gavarrí L, Telmon N, Rougé D. Emergency suicide care in France: The psychiatrist's liability as seen in case law. *Int J Law Psychiatry*. 2007 Nov-Dec;30(6):472-9.
9. April R, Smith Tracy K, Witte, Nadia E, Teale, Sarah L, King, Ted W, Bender, and Thomas E. Revisiting Impulsivity in Suicide: Implications for Civil Liability of Third Parties. *Behav Sci Law*. 2008;26(6):779-97.
10. Scott Y, Kim H. Evidence-Based Ethics for Neurology and Psychiatry Research. *NeuroRx*. 2004;1(3):372-7. doi:10.1602/neurorx.1.3.372
11. Cunningham W, Wilson H. Complaints, shame and defensive medicine. *BMJ Qual Saf*. 2011;20:449-52. doi:10.1136/bmjqs.2011.051722
12. Passmore K, Leung W-C. Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire
13. Survey. *Postgrad Med J*. 2002;78:671-3.