Responsabilidad profesional médica en Psiquiatría

Carles Martin-Fumadó[1,2]
Esperanza L. Gómez-Durán[2,3,4]
Manuel Rodríguez-Pazos[5]
Josep Arimany-Manso[3,6]

[1]Institut de Medicina Legal de Catalunya, Departament de Justícia, Barcelona, España
[2]Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona, España
[3]Servicio de Responsabilidad Profesional. Área de Praxis. Colegio de Médicos de Barcelona. Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña. Barcelona, España
[4]Unidad de Psiquiatría. Fundació Sociosanitària de Barcelona. Barcelona, España
[5]Unidad de Medicina Legal y Forense. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España
[6]Unidad de Medicina Legal y Forense. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. Barcelona, España

Introducción. La seguridad del paciente y el riesgo de reclamación por defecto de praxis son preocupaciones de primer orden en Medicina y en Psiquiatría.

Material y métodos. Se analizaron descriptivamente las reclamaciones por presunta mala praxis en Psiquiatría gestionadas en el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña entre 1986 y 2009 evaluando sus características clínicas y legales.

Resultados. Se hallaron 94 casos en 23 años, predominando las alegaciones relacionadas con el diagnóstico (63,83%, incluida la valoración de riesgo autolítico) y el supuesto legal de delito de homicidio por imprudencia profesional grave (46,8%). La mayoría de reclamaciones correspondieron a asistencia en atención hospitalaria (62,77%), urgente (52,5%) y prestada en equipo (53,75%). El eventual perjudicado tipo fue un varón (51,58%) con 36,6 años de edad media. En la mitad de los casos, la secuela alegada fue la muerte. Implicaron a 139 facultativos, predominantemente varones (69,57%) con una edad media de 41 años y de nacionalidad española (91,4%). El tiempo entre el acto médico reclamado y la reclamación fue de 1,28 años y el de resolución de 2,68 años. La mayoría de expedientes (77,66%) se tramitaron por vía judicial. Entre estos, se registraron un 95,77% de archivos o sobreseimientos, 2 condenas (2,81%) y 1 acuerdo (1,41%).

Conclusiones. La incidencia acumulada de 0,013 (1,35%) en 23 años sugiere que la Psiquiatría tiene un riesgo muy bajo de reclamación, con una tasa de responsabilidad profesional médica y cuantía en las indemnizaciones igualmente baja. Existen actuaciones específicas susceptibles de mejora en seguridad clínica resultando clave la valoración del riesgo autolítico.

Palabras clave: Responsabilidad profesional médica, Mala praxis, Seguridad clínica, Valoración del riesgo autolítico

Actas Esp Psiquiatr 2015;43(6):205-12

Correspondencia:
Carles Martin-Fumadó
Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC)
Ciutat de la Justícia de Barcelona i L'Hospitalet
Gran Via de les Corts Catalanes, 111 - Edifici G - 6a planta
08014 Barcelona (España)
Tel.: 935548278
Fax 935548259
Correo electrónico: carles.martin@xij.gencat.cat

Professional Liability in Psychiatry

Introduction. Patient safety and malpractice litigation risks are major concerns in Medicine, in Psychiatry as well.

Material and Methods. Descriptive analysis of clinical and legal characteristics of claims related to psychiatry, opened between 1986 and 2009 at the Council of Physicians Colleges in Catalonia.

Results. We identified 94 cases in 23 years, major allegations were related to diagnosis (63.83%, including suicide risk assessment) and the legal concept of homicide by professional imprudence (46.8%). Claims most frequently related to hospital care (62.77%), happened at the hospital floor (30.85%), during urgent care (52.3%) and related to team work (53.75%). The patient was most frequently male (51.58%) with mean age of 36.6 years. Half of the cases involved the patient's death. 139 physicians were sued, predominantly males (69.57%) with a mean age of 41 years and Spanish (91.4%). Mean time elapsed between the physicians' act and the claim was 1.28 years, and it took

2.68 years to solve the procedure. Most claims were solved at court (77.66%) and among those 95.77% were closed without consequences, 2 ended up with a sentence (2.81%) and 1 with an economical transaction (1.41%).

Conclusions. The cumulative incidence of 0.013 (1.35%) in 23 years reflects a low risk of malpractice claims in Psychiatry, with a low rate of cases solved in favor of the plaintiff and low payouts. However, there are specific clinical safety issues that should be taken into account, such as suicide risk assessment.

Keywords: Medical liability, Malpractice, Patient safety, Suicide risk assessment

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente y el riesgo de reclamación por presunto defecto de praxis son preocupaciones crecientes en la profesión médica, habiéndose descrito repercusiones negativas del riesgo de reclamación sobre la asistencia[1]. Así, prácticamente el 75% de los psiquiatras reconoce haber practicado medicina defensiva en el mes anterior a ser encuestados, con una tendencia mayor entre los licenciados jóvenes[2].

Sin embargo, de acuerdo con la literatura científica nacional e internacional la Psiquiatría no es una de las especialidades con más alto riesgo de reclamación[1-4]. En Estados Unidos, Jena[3] registró una probabilidad anual de enfrentarse a una demanda del 2,6% en Psiquiatría y tan solo un 0,5% finalizaban con el pago de una indemnización. En España, la Psiquiatría ocupa el decimoctavo lugar en número de reclamaciones para Arimany[1] (1,83% de 5.246 reclamaciones analizadas), finalizando solo un 4,16% de ellas con el pago de una indemnización y siendo ésta de 17.132 euros de media. También en España, Perea-Pérez[4] situó a la Psiquiatría en el decimocuarto lugar respecto al número de reclamaciones (2,63%).

A nivel internacional, se han descrito diferentes motivos de reclamación en Psiquiatría, con frecuencia relacionados con el diagnóstico y el suicidio[5,6]. En nuestro entorno, Santiago-Sáez[7] publicó un análisis, limitado en número, de 25 casos judiciales que involucraban a psiquiatras, destacando la relevancia del suicidio en responsabilidad profesional médica (RPM) en Psiquiatría (implicaba la muerte del paciente en el 51,2% de las reclamaciones y tentativas autolíticas en un 7,3% adicional).

A pesar de que solo una pequeña proporción de eventos adversos en medicina conduce a una reclamación y que no todas las reclamaciones conllevan defectos en la praxis, las reclamaciones por RPM son una de las manifestaciones más visibles de los eventos adversos en la atención médica y algunos de ellos podrían ser potencialmente evitables[8]. Los datos de las reclamaciones por RPM representan una fuente potencialmente rica para aprender de los errores y aportar evidencia, estando claramente infraexplotados[8,9]. La comprensión de las razones principales por las que los médicos son demandados disminuye los riesgos de reclamación y posibilita mejoras en seguridad clínica[10].

El presente estudio analiza 94 casos de reclamaciones por presunta mala praxis en Psiquiatría, con el objetivo de identificar las características clínicas de los eventos más frecuentemente reclamados en la praxis psiquiátrica asistencial, así como las características de las reclamaciones y las consecuencias de las mismas, no existiendo en nuestro entorno ningún análisis similar publicado. El examen detallado de los resultados pretende identificar problemas recurrentes y poder fundamentar recomendaciones de mejora de la seguridad clínica del paciente y de la seguridad jurídica de los profesionales en Psiquiatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) gestiona la principal póliza de RPM de Cataluña y su funcionamiento ha sido previamente descrito en recientes publicaciones[11,12]. Cualquier reclamación extrajudicial, civil o penal por RPM interpuesta contra un asegurado es gestionada directamente por el SRP que posee una base de datos histórica de más de 8.000 reclamaciones desde 1986[11,12]. Los médicos y abogados especialistas en RPM utilizan un formulario electrónico estandarizado para el registro de información en la base de datos[13], utilizando como fuentes de datos las anotaciones y registros clínicos, informes y evaluaciones de expertos, así como informes de resultados y de coste.

Se obtuvo la autorización del CCMC y se identificaron y revisaron los expedientes de reclamaciones relativas a Psiquiatría recogidas en la base de datos. A los efectos del análisis, los eventos que provocaron la demanda fueron clasificados en diferentes categorías en función de los datos clínicos, así como del presunto delito o derecho vulnerado, analizándose las características de los pacientes y de los profesionales médicos. La finalización del procedimiento se dividió en procedimientos judiciales y extrajudiciales, en función de la participación o no de los tribunales en su resolución y en procedimientos con RPM o no, en función de si hubo o no indemnización, registrándose las cuantías de las mismas (costas y honorarios de abogados no incluidos).

Se realizó un análisis descriptivo de los eventos más comunes que condujeron a una reclamación durante el periodo de estudio (del 1 de enero de 1986 al 31 de diciembre de 2009), sus características clínicas, económicas y jurídicas.

Las diferencias entre grupos fueron comparadas con el análisis de la Chi cuadrado y el test de Kruskal-Wallis, con una P<0,05 para la significación estadística. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 12,0 para el análisis de los datos.

RESULTADOS

Se halló una incidencia de 94 reclamaciones pertenecientes a Psiquiatría, siendo la incidencia acumulada de 0,013 (1,35%) en 23 años (entre 7.237 reclamaciones de 1986 a 2009). Los motivos alegados en las reclamaciones, los supuestos legales presuntamente vulnerados y la distribución temporal de las reclamaciones durante el periodo de estudio se reflejan en las Tablas 1 y 2 y la Figura 1.

La mayoría de reclamaciones correspondieron a atención hospitalaria (62,77%), seguida del 15,96% de consulta particular y el 14,89% de atención primaria. El defecto de praxis alegado ocurrió en planta hospitalaria en un 30,85% de los casos, en consultas externas en el 29,79% y en urgencias en un 24,47%. La asistencia concreta implicada en la reclamación se valoró por los autores del presente estudio como urgente en un 52,5% de los casos y no urgente en un 47,5% de ellos. El tipo de asistencia prestada se consideró individual en un 46,25% de los casos y en equipo en un 53,75%. Estas dos últimas circunstancias hay que entenderlas como independientes del lugar en el que tuvieron lugar.

Excepto un caso en que se alegaba error diagnóstico en dos hermanas, en los restantes el perjudicado fue una única persona. Predominó el sexo masculino (51,58%) y la edad media del perjudicado fue de 36,6 años (DE 16,18 años). Se acreditaron antecedentes psiquiátricos en el 93,68% de los perjudicados. La secuela alegada del supuesto defecto de praxis fue la muerte en el 50% de los casos, mientras que no pudieron objetivarse secuelas en el 20,21% de los casos.

Existieron un total de 139 facultativos implicados en los 94 expedientes de la muestra: 62 casos implicaban a un único profesional, 25 casos a dos profesionales, 3 casos a tres profesionales, 2 casos a cuatro profesionales y 2 casos a cinco profesionales. Cinco facultativos constaban implicados en dos reclamaciones. Predominantemente se reclamó a facultativos varones (69,57%), con una edad media de 41 años (DE 8,7 años), de nacionalidad española (91,4%), transcurridos 15,1 años desde la licenciatura hasta el acto médico (DE 8,13 años) y entre aquellos profesionales en que existía constancia de la especialidad en psiquiatría (52,52% de los reclamados) la media fue de 12 años desde la obtención de la especialidad (DE 9,31 años).

El tiempo medio transcurrido entre el acto médico reclamado y la interposición de la reclamación fue de 1,28 años (DE 1,4 años) y el de resolución de la reclamación fue de 2,68 años (DE 2,27 años).

Tabla 1 **Motivos alegados en las reclamaciones**

Presuntos errores en el diagnóstico psiquiátrico establecido, con error aparejado en el tratamiento (disconformidad de paciente o familia con el diagnóstico y tratamiento recibido)	23	24,47%
Presunto error en la estimación del riesgo autolítico (déficit en la prevención de conductas suicidas)	22	23,40%
Disconformidad con el tratamiento establecido (presunto error en el tratamiento prescrito, la dosis, el cese del tratamiento o disconformidad ante los efectos secundarios; se han incluido las reclamaciones de familiares por realizar la interrupción legal del embarazo en el supuesto de trastorno mental)	15	15,96%
Presunto error en el diagnóstico psiquiátrico establecido (disconformidad de paciente o familia con el diagnóstico recibido)	7	7,45%
Disconformidad ante la negativa a proporcionar/continuar atención médica (No atender a intentos de contacto con el profesional, no acceder a las demandas del paciente/familia, disconformidad con el alta y supuesta omisión del deber de socorro)	6	6,38%
Retraso diagnóstico de patología orgánica (1 caso de broncoaspiración y 4 casos de meningioma)	5	5,31%
Incorrecta tramitación judicial del ingreso involuntario (ausencia de la preceptiva comunicación y autorización de ingreso)	4	4,26%
Disconformidad con el contenido de la documentación médica (peritación judicial e informes médicos)	3	3,19%
Disconformidad ante situaciones administrativas (asignación de facultativo y honorarios médicos)	2	2,18%
Presunto déficit en la vigilancia/supervisión debida (fallecimientos en contención mecánica)	2	2,18%
Motivo sin especificar	5	5,31%
Total	94	100%

Tabla 2	Supuestos legales presuntamente vulnerados en las reclamaciones		
Delito de homicidio por imprudencia profesional grave		44	46,80%
Disconformidad en la praxis médica sin que la misma constituya específicamente la vulneración de ningún supuesto legal		12	12,77%
Delito de lesiones por imprudencia profesional grave		13	13,83%
Delito de aborto		7	7,45%
Delito de detención ilegal		4	4,26%
Delito de omisión del deber de socorro cometido por profesional		4	4,26%
Delito de falsedad en documento público		1	1,06%
Supuesto del Código Deontológico de la OMC de España		1	1,06%
Delito de intrusismo		1	1,06%
Supuesto de la LO 1/1982, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen		1	1,06%
Sin datos		6	6,38%
Total		94	100%

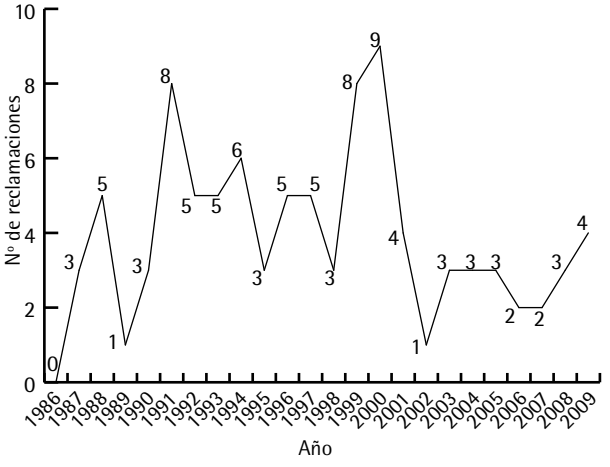

Figura 1 — *Distribución temporal de las reclamaciones registradas en el periodo comprendido entre los años 1986 y 2009*

La mayoría de expedientes se tramitaron por la vía judicial (77,66%, n=73). Entre los 71 expedientes judiciales finalizados se registraron 68 archivos o sobreseimientos (95,77%), 2 condenas (2,81%) y 1 acuerdo transaccional acompañado de la renuncia a la demanda (1,41%). Las condenas se situaron en la década de los 80. La primera condena correspondió a secuelas de trastornos del movimiento no reversibles en un caso de coma por tratamiento con litio, conllevando una indemnización de 8.800.000 pesetas. La segunda condena correspondió al fallecimiento de un paciente por retraso diagnóstico de patología neoplásica cerebral, habiéndose sostenido una orientación diagnóstica de trastorno del estado de ánimo, conllevando una indemnización de 10.000.000 pesetas. Se alcanzó un acuerdo transaccional de 8.500.000 pesetas en la década de los 90 en un caso de error de vigilancia en un paciente ingresado con resultado de muerte. Entre los expedientes extrajudiciales no existieron casos de responsabilidad profesional médica con indemnización.

DISCUSIÓN

Los datos del presente estudio, con una incidencia de 94 reclamaciones por presunta RPM en Psiquiatría y una incidencia acumulada de 0,013 (1,35 %) en 23 años, sugieren que la Psiquiatría es una especialidad con un riesgo muy bajo de reclamación, coincidiendo con los escasos trabajos a nivel español e internacional[1,3]. Pese a la ausencia de datos fiables sobre número de especialistas en nuestro entorno, considerando que el número medio estimado de psiquiatras en Cataluña durante el periodo de estudio es de aproximadamente 600[14], supondría que anualmente un 0,9% de los psiquiatras se enfrentan a una reclamación, arrojando una cifra claramente inferior a la ya baja probabilidad registrada por Jena en Estados Unidos[3]. Diversos autores apuntan que esta baja incidencia de reclamaciones en Psiquiatría se relaciona con que los procedimientos psiquiátricos raramente ocasionan secuelas más allá del daño emocional, por lo que en muchas ocasiones no se denuncian[5,6,15]. La patología psiquiátrica de quienes interponen la reclamación es otro

factor a considerar. Se ha señalado que las personas afectas de problemas de salud mental en general presentan dificultades de acceso a la justicia[16], mientras que las patologías asociadas a sintomatología paranoide o actitudes extrapunitivas hacia el terapeuta podrían favorecer la interposición de reclamaciones[5].

En relación a los motivos de la reclamación, Slawson[5] indicaba que las reclamaciones son con frecuencia consecuencia de un posible error diagnóstico o de un mal resultado terapéutico. Para Slovenko[6] los motivos más reclamados fueron los relativos a errores en la valoración del riesgo autolítico (un 17% para Simon[17]), errores en el consentimiento, altas hospitalarias negligentes, violación de la confidencialidad y la mala administración de medicación o la terapia electro-convulsiva. En España, trabajos anteriores con datos y calificaciones jurídicas apuntan al error de seguimiento (42,9%) y la negligencia profesional (20,4%), no reflejando casos de error terapéutico[7]. En el trabajo presentado, la disconformidad en el tratamiento o en el diagnóstico o en el diagnóstico y tratamiento suponen el 76,59% del total de motivos de reclamación, más allá de los señalados por Slawson[5] y Meyer[18]. Esta predominancia de la disconformidad en el diagnóstico y tratamiento, que además no se sigue de una objetivación de defecto de praxis por parte del facultativo, podría relacionarse con las dificultades de *insight* que habitualmente presentan los pacientes afectos de trastornos psiquiátricos graves[19]. En nuestro estudio, como en otros internacionales[6], destaca el grupo de reclamaciones en que existe una disconformidad en el diagnóstico del riesgo autolítico. Es un hecho irrefutable que la valoración del riesgo autolítico (un acto médico no exclusivo pero característico de la Psiquiatría) es difícil y debe realizarse siempre. Ambas características, unidas al hecho de que el resultado negativo, independientemente de que haya existido una correcta valoración o no, es muy grave, le convierte en una actuación clave. Atendiendo a que la obligación del profesional es un obligación de medios y no de resultados, se recomienda realizar dicha valoración siguiendo en todo momento las guías internacionales existentes (con o sin la realización de escalas y basándose en una correcta entrevista clínica) y reflejando la actuación de manera explícita en la historia clínica, lo que hace que, normalmente, los tribunales no consideren que ha existido responsabilidad[20]. Además, añadido a la propia reclamación, debe tenerse en cuenta que el suicidio de un paciente es uno de los eventos más traumáticos en la vida profesional del psiquiatra[17,21] por lo que la evaluación del riesgo de suicidio es una de las competencias básicas en la formación[22].

Slawson apuntaba que los casos relacionados con suicidios se deben habitualmente a un fallo en la supervisión[5]. En el presente análisis únicamente en dos casos se alegó supervisión inadecuada, si bien en uno de ellos se estimó la existencia de responsabilidad profesional, por lo que, a pesar de su relativa poca frecuencia, su importancia es innegable[23]. Igualmente, debe señalarse que, conforme a datos propios, las reclamaciones sobre errores en la supervisión con frecuencia se dirigen hacia la institución de ingreso, más que contra el facultativo referente concreto por lo que no consta en los registros del SRP del CCMC.

Por último, si bien el consentimiento informado en muchos casos no suponía el motivo principal de la reclamación, el incumplimiento del consentimiento fue una causa frecuente de problemas en el procedimiento[5]. Para algunos juristas, dicho documento constituye la regla de oro utilizada para medir el grado de responsabilidad que se puede imputar al médico[24]. Por ello, y de acuerdo a las recomendaciones generales[25,26], se recuerda la obligatoriedad del estricto cumplimiento de los preceptos médico-legales en materia de autonomía del paciente, información y documentación clínica, así como la importancia de la completa documentación de lo ocurrido en la historia clínica[27,28].

Respecto al tipo de perjuicio presuntamente vulnerado destacan el delito de homicidio y de lesiones por imprudencia profesional grave, apuntando que las reclamaciones que se presentan tienen, a priori, un supuesto perjuicio importante. Los casos registrados de delito de aborto corresponden a supuestos, que dependen de un contexto legislativo y cultural que les hace difícilmente comparables con otros estudios y que responde a características históricas concretas y cambiantes.

Probablemente debido al prolongado periodo temporal estudiado el predominio en la muestra de los expedientes judiciales (77,66%) no refleja la tendencia actual de los sistemas sanitarios hacia los procedimientos extrajudiciales que, desde la despersonalización y la "desculpabilización", permiten un abordaje contextual que, además de indemnizar, plantea acciones de mejora del sistema aumentando la seguridad y confianza de pacientes y profesionales[29].

En lo que respecta a la concurrencia o no de responsabilidad profesional médica, ésta existió en tres casos, correspondiendo a una tasa de condena del 3,19%, con unas cuantías indemnizatorias de 8.500.000, 8.800.000 y 10.000.000 pesetas.

En el ámbito internacional[5] más de un tercio de las reclamaciones se solucionaron sin indemnización económica, siendo la media de indemnización de 31.000 dólares (entre 1974-78). En las que sí concluyeron con el pago de una indemnización, en el 25% de los casos la cantidad excedía los 30.000 dólares mientras que en otro 23% de los casos se cerraron con el pago de menos de 10.000 dólares. Estos datos confirman que las reclamaciones en Psiquiatría poseen una baja tasa de RPM y una baja cuantía. También para Jena[3] la Psiquiatría es una especialidad con una de las menores tasas de indemnización, aunque, en Estados Unidos se ha subra-

yado la importancia de las reclamaciones en el ejercicio de psicoterapia[6,30] y en casos puntuales las indemnizaciones han sido muy sustanciales[31]. Santiago-Sáez[7], sobre una base de datos de origen jurídico, registró un porcentaje de condena que superaba el 50% de los casos, siendo el rango económico más frecuente en relación con la cuantía reclamada entre los 60.001 a los 600.000 euros (67,7%). De los casos en los que había existido condena, el rango de indemnizaciones entre 18.001 y 60.000 euros constituía el 45,8%. Más recientemente Arimany[1], evaluando la especialidad de Psiquiatría en la muestra del CCMC, en un periodo temporal más reducido que el del presente trabajo, registró que los casos indemnizados se correspondían con el 4,16% (siendo el 17,32% el porcentaje medio de casos indemnizados en el conjunto de todas las especialidades). Así, en el CCMC, para la especialidad de Psiquiatría, la indemnización media en estos casos es de 17.132 euros (mediana de 3.061 euros y máxima de 60.101 euros)[1].

Asimismo, nuestros resultados evidencian que media un tiempo prolongado entre el acto médico que motiva el procedimiento y la interposición de la reclamación, correspondiendo a un proceso de reflexión en el perjudicado o su familia que podría abrir las puertas a la mediación. En este sentido, Slawson[5] relaciona la baja frecuencia de reclamaciones en Psiquiatría con la mayor atención que los profesionales de esta especialidad prestan a la relación médico-paciente respecto a otras especialidades médicas, pudiendo solventarse de esta manera los conflictos derivados de eventuales eventos adversos sobrevenidos.

En cuanto a la existencia de secuelas derivadas del presunto defecto de praxis, internacionalmente se apunta que la mayoría de reclamaciones en Psiquiatría no van acompañadas de secuelas y cuando existen tienen un grado leve[5]. A nivel español Santiago-Sáez[7] registró un 58,3% de casos de fallecimiento del paciente, predominantemente por suicidio, estableciéndose una relación de más de 3:1 entre hombres y mujeres. Esto coincide con el 50% de fallecimientos localizados en nuestra muestra, hecho relevante puesto que en otras especialidades se ha registrado que la gravedad de las secuelas del presunto defecto de praxis se relaciona con un mayor riesgo de resultado de condena[32].

En el ámbito español se ha descrito que el sexo del perjudicado es femenino en el 54% de los casos considerando la totalidad de especialidades médicas[33], mientras que el 64,6% de los perjudicados serían hombres en reclamaciones por RPM en Psiquiatría[7], encontrando el presente trabajo un 51,58 % de varones. Respecto a la edad de los perjudicados, se ha señalado que el rango de edad más frecuente se sitúa entre los 18 y los 40 años[7]. La presente investigación halló una media de edad de 36,6 años, con seis casos en los que el perjudicado tenía 15 años de edad o menos. En este sentido, cabe mencionar que el progresivo desarrollo de la red de Salud Mental Infanto-Juvenil en los últimos años podría verse acompañado de un incremento en el número de denuncias con perjudicados menores de edad[34], más aún cuando la patología psiquiátrica en un menor y las circunstancias sobrevenidas en su asistencia puede colisionar con las expectativas paternas, tal y como ocurre en el ámbito de los defectos de praxis en Obstetricia[35].

En dos de los tres casos en los que se estimó que existía responsabilidad profesional médica, las patologías que sufría el paciente resultaban de gravedad (trastorno bipolar y trastorno psicótico). Sin embargo, en otras especialidades se ha descrito que es menos probable que se estime la concurrencia de responsabilidad profesional en sujetos afectos de patologías severas, puesto que por la propia severidad de la patología son esperables consecuencias de gravedad[36].

Respecto a los distintos profesionales médicos implicados en los procedimientos objeto de estudio, la media de edad fue de 41 años. Podría presumirse que a medida que el profesional se va formando y adquiriendo experiencia disminuiría el riesgo de reclamaciones por responsabilidad profesional. Sin embargo, esto no coincide con lo expuesto en Estados Unidos[5] donde los médicos denunciados son de edad mediana y con frecuencia se trata de médicos cualificados (lo que presupone mayor edad media), pudiendo relacionarse con una asunción mayor de responsabilidad sobre el paciente o la asistencia a cuadros más complejos.

Respecto al predominio de varones entre los psiquiatras reclamados, debe recordarse que en España la profesión médica se ha ido feminizando en los últimos años[37,38], lo que puede suponer cambios futuros, habiéndose descrito porcentajes más bajos de reclamación en las mujeres y significativamente más bajos de RPM en las reclamaciones interpuestas contra ellas[39].

Para finalizar, la existencia de incidencias múltiples de los profesionales médicos implicados y la multiplicidad de profesionales implicados en un procedimiento subrayan la necesidad de una intensa formación en Medicina Legal por parte de los psiquiatras. Así, en el contexto de internamientos psiquiátricos involuntarios existen denuncias por supuestos de detención ilegal. En este sentido, se estima que la correcta protocolización de las intervenciones médicas con atención a aspectos médico-legales básicos lograría evitar algunas de estas reclamaciones[40,41]. Se trata de una cuestión de máximo interés jurídico, destacando una reciente sentencia del TC en la que otorga el amparo solicitado a un paciente internado involuntariamente en un centro psiquiátrico, declarando que se había vulnerado el derecho fundamental a la libertad personal (art. 17.1 CE) y por lo tanto, correspondía restablecerlo en la integridad de su derecho y, a tal fin, declarar la nulidad de los Autos del Juzgado de Primera Instancia que se había hecho cargo inicialmente del proce-

dimiento de internamiento y de la sección de la Audiencia Provincial que había resuelto el recurso de apelación correspondiente[42].

CONCLUSIONES

La Psiquiatría es una especialidad con baja frecuencia de reclamación y con una concurrencia de RPM extremadamente baja. La reclamación tipo en Psiquiatría se interpone ante los tribunales, por la familia del presunto perjudicado, más de un año después del evento adverso y se resuelve en aproximadamente 2,5 años sin consecuencias judiciales para el denunciado. Suelen relacionarse con disconformidades en el diagnóstico y/o tratamiento o la valoración del riesgo autolítico, siendo el evento adverso reclamado el fallecimiento del perjudicado con elevada frecuencia, que se sitúa en torno a la treintena de edad y sufre un trastorno mental grave. Los profesionales implicados son varones, en la cuarentena de edad y españoles.

Si bien el tamaño muestral no permitió identificar grupos de riesgo con significación estadística, el análisis descriptivo apuntó a una serie de actuaciones específicas susceptibles de mejora en seguridad clínica y prevención de reclamaciones. Entre los motivos alegados de reclamación destaca, por su relativa alta frecuencia, la disconformidad en el diagnóstico del riesgo autolítico, por lo que se considera que su evaluación así como la comunicación con las familias al respecto debe subrayarse como competencia básica en la formación de los psiquiatras. Igualmente, conforme a los expedientes que registraron responsabilidad profesional, debe recomendarse el despistaje de patología orgánica en los cuadros clínicos atípicos, el seguimiento de fármacos que requieren vigilancia especial como litio o clozapina y asegurar la adecuada supervisión de los pacientes con riesgo autolítico durante los internamientos.

Finalmente, se estima indispensable una amplia formación en Medicina Legal por parte de los psiquiatras dado que el correcto manejo de la información, la documentación médica y la correcta protocolización de las intervenciones médicas con atención a aspectos médico-legales básicos, como los que rigen en materia de internamientos involuntarios, lograría evitar muchas de las reclamaciones por presunto defecto de praxis.

LIMITACIONES

El presente trabajo deriva del análisis de la base de datos del SRP del CCMC y la generalización de los resultados podría verse limitada por la delimitación territorial de la muestra, por posibles diferencias con aquellos expedientes del territorio en que la reclamación se dirige de manera directa contra la Administración y no contra los facultativos implicados y por un predominio de la práctica privada entre los asegurados. Si bien se trata de la mayor muestra publicada en nuestro entorno, el relativo pequeño tamaño muestral impidió la obtención de resultados significativos en el análisis bivariable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Aubia-Marimon J. Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. Gac Sanit. 2013;27:92-3.
2. Passmore K, Leung W-C. Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire survey. Postgrad Med J. 2002;78:671-3.
3. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. N Engl J Med. 2011;365:629-36.
4. Perea Pérez B, Santiago Sáez A, Labajo González ME, Albarrán Juan ML, Sánchez Sánchez JA. Análisis de las consecuencias médico-legales de las reclamaciones judiciales de pacientes. Estudio comparativo de los casos de traumatología, ginecología y obstetricia, anestesia y reanimación y odontoestomatología. Trauma Fund MAPFRE. 2009;20264-8.
5. Slawson PF, Guggenheim FG. Psychiatric Malpractice: A review of the national loss experience. Am J Psychiatry. 1984;141:979-81.
6. Slovenko R. Malpractice in Psychotherapy. An overview. Psychiatr Clin N Am. 1999;22:1-15.
7. Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B, Albarrán-Juan ME, Labajo-González E, Reneses-Prieto B. Análisis de las sentencias judiciales contra psiquiatras resueltas en segunda instancia en España entre 1992 y 2007. Actas Esp Psiquiatr. 2011;39:393-400.
8. Gómez-Durán EL, Martin-Fumadó C, Arimany-Manso J. Legal medicine contributions to patient safety. From ascertainment and evaluation to research in medical liability. Int J Legal Med. 2013;127:1051-3.
9. Gómez-Durán EL, Martin-Fumadó C, Arimany-Manso J. De la responsabilidad profesional médica a la seguridad clínica. Aten Primaria. 2014;46:110-1.
10. Wilson N, Strunck AL. Survey on professional liability. ACOG Clin Rev. 2006;12:13-6.
11. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Bruguera M, Aubía J. Un modelo integral y de gestión directa del aseguramiento de la responsabilidad profesional médica en Cataluña. Med Clin (Barc). 2013;141:300-4.
12. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL. La gestión de la responsabilidad profesional médica desde el colectivo de la profesión médica y enfocada a la seguridad clínica. Rev Esp Med Legal. 2013;39:142-8.
13. Gómez-Durán EL, Mulà-Rosías JA, Lailla-Vicens JM, Benet-Travé J, Arimany-Manso J. Analysis of obstetrics and gynecology professional liability claims in Catalonia, Spain (1986–2010). J Forensic Leg Med. 2013;20:442-6.
14. Solsona M, Treviño R, Merino M, Ferrer L. Demografia de les professions sanitàries a Catalunya: anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. Centre d'Estudis Demogràfics. Available in: http://www.gencat.cat/salut/ies/pdf/estudi_demografic.pdf
15. Conte HR, Karasu TB. Malpractice in Psychotherapy: An overview. American Journal of Psychotherapy. 1990;44:232-46.
16. Mind. Another assault. Mind's campaign for equal access to justice for people with mental health problems. 2007. Available in: http://www.mind.org.uk/assets/0000/4014/Anotherassault.pdf
17. Simon RI, Shuman DW. Therapeutic risk management of

clinical-legal dilemmas: should it be a core competency. J Am Acad Psychiatry Law. 2009;37:155-61.
18. Meyer DJ. Psychiatry malpractice and administrative inquiries of alleged physician misconduct. Psychiatr Clin N Am. 2006;29:615-28.
19. Villagrána JM, Luque R. Psicopatología del insight. Psiquiatr Biol. 2000;7:202-15.
20. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, sala de lo contencioso-administrativo, 336/2007, de 30 de marzo.
21. Gitlin MJ. A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. Am J Psychiatry. 1990;156:1630-4.
22. Simon R, Shuman DW. The standard of care in suicide risk assessment: an elusive concept. CNS Spectr. 2006;11:442-5.
23. Gómez-Durán EL, Guija JA, Ortega-Monasterio L. Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica. Med Clin (Barc). 2014;142(Supl. 2):24-9.
24. Martín Pallín JA. Errores médicos. Rev Clin Esp. 2012;212:186-7.
25. Medallo Muñiz J, Pujol Robinat A, Arimany Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. Med Clin (Barc). 2006;126:152-6.
26. Pujol-Robinat A, Martin-Fumadó C, Giménez-Pérez D, Medallo-Muñiz J. Criterios medicolegales en la valoración de la responsabilidad profesional médica. Rev Esp Med Legal. 2013;39:135-41.
27. Quaderns de Bona Praxi. Praxi mèdica i reclamacions judicials. Maig 2011. COMB.
28. González Hernández E, Castellano Arroyo M. El consentimiento en las actuaciones médicas en las comunidades autónomas españolas: regulación actual. Rev Esp Med Legal. 2012;38:100-6.
29. Rodríguez Hornillo M, De la Riva Moreno C, Serratosa Sánchez-Ibargüen A. Responsabilidad sanitaria: responsabilidad personal del médico vs. responsabilidad del sistema sanitario. Cuad Med Forense. 2011;17:59-66.
30. Appelbaum PS. Law & psychiatry: Third-party suits against therapists in recovered-memory cases. Psychiatr Serv. 2001;52:27-8.
31. Ramona v Superior Court Ramona (judgement on jury veredict), n.61898 (Napa Cty Superior Ct, July 11, 1994). Available in: http://caselaw.findlaw.com/ca-court-of-appeal/1122202.html
32. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Medical Malpractice. NEJM. 2004;350:283-9.
33. Álvarez González F, Hidalgo Salvador E, Sánchez del Castillo D, García Pérez H. Estudio retrospectivo de las denuncias por malpraxis médica en la provincia de Málaga. Cuad Med Forense. 2007;13:9-19.
34. Capellà Batista-Alentorn A. La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2001;79:101-28.
35. Herczeg J. High-risk obstetrics, medicolegal problems. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1997;71:181-5.
36. Roche E, Gómez-Durán EL, Benet-Travé J, Martin-Fumadó C, Arimany-Manso J. Professional liability claims in vascular surgery practice. Ann Vasc Surg. 2014;28:324-9.
37. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Servei d'Informació. Informe Anual, 2010.
38. Arrizabalaga P, Bruguera M. Feminización y ejercicio de la medicina. Med Clin (Barc). 2009;4;133:184-6.
39. Bruguera M, Gómez-Durán EL, Arrizabalaga P, Arimany-Manso J. Reclamaciones por presunta malapraxis. ¿Existen diferencias entre médicos varones y mujeres? Med Clin (Barc). 2013. http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.10.008
40. Martin Fumadó C, Barbería Marcalain E, Arimany Manso J. Motivos de reclamación en psiquiatría. Comunicación (póster) presentada en el XVIII Simposium de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense. Barcelona. 2011.
41. Gómez-Durán EL, Martin-Fumadó C, Arimany-Manso J. Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar: aspectos médico-legales. Med Clin (Barc). 2013 Nov 21. doi:pii: S0025-7753(13)00715-X. 10.1016/j.medcli.2013.10.004.
42. Sentencia del Tribunal Constitucional, sala Segunda, recurso de amparo 5.070/2.009, de 2 de julio de 2012.