

## ORIGINAL DE DOCENCIA

# RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES DE CÓRDOBA ENTRE 2012 Y 2022.

PROFESSIONAL RESPONSIBILITY AT THE INSTITUTE OF LEGAL MEDICINE AND FORENSIC SCIENCES OF CÓRDOBA BETWEEN 2012 AND 2022.

Marta M. Pérez-Puentes<sup>1</sup>; José Sáez-Rodríguez<sup>1,2</sup>; Eloy Girela-López<sup>1</sup>; Cristina M. Beltran-Aroca<sup>1</sup>

1. Área de Medicina Legal y Forense. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba, España.
2. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Córdoba, España.

Enviado: 19.07.23 | Revisado: 25.11.23 | Aceptado: 22.12.23

DOI: 10.59457/cmf.2024.27.01.doc01

Cuad Med Forense. 2024; 27(1):29-42

### Resumen

**Objetivos:** analizar las peticiones de informe pericial médico-forense que fueron solicitados por los órganos judiciales de la provincia de Córdoba por casos de presunta responsabilidad profesional, para determinar su incidencia, las características de los procedimientos, la asociación entre las conclusiones médico-legales y las características de la muestra y los datos sociodemográficos de las partes implicadas.

**Métodos:** estudio descriptivo retrospectivo observacional de corte transversal realizado en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Córdoba. Se seleccionaron los casos comprendidos en el período 2012-2022. De los 194 procedimientos recogidos, se incluyó una muestra final de 57.

**Resultados:** la incidencia fue de 4,96 peticiones de informe anuales por cada mil colegiados, involucrando a 111 médicos. Predominó la vía penal (93%). El 70,2% fueron realizados por el servicio de clínica médico-forense, siendo presentadas la mitad por familiares. La asistencia fue pública y hospitalaria mayoritariamente. Las especialidades más reclamadas fueron Medicina Familiar y Comunitaria (24,24%) y Ginecología y Obstetricia (22,72%). El motivo principal fue el retraso diagnóstico-terapéutico, siendo el daño físico la lesión más reclamada. El informe médico-forense estableció ausencia de mala praxis en un 98,2% de casos. Hubo significación estadística entre el fallecimiento y el nivel hospitalario ( $p=0,036$ ), el número de médicos y el tipo de especialidad ( $p=0,001$ ), el ámbito ( $p=0,045$ ) y el lugar asistencial ( $p=0,009$ ).

**Conclusiones:** la incidencia de casos fue inferior a la nacional. Los informes médico-forenses no apreciaron mala praxis en un alto porcentaje. Resulta necesario un cambio de percepción del médico sobre la responsabilidad profesional.

### Palabras clave:

Responsabilidad profesional;  
Mala praxis médica;  
Seguridad asistencial;  
Medicina defensiva;  
Informe médico-forense.

### Correspondencia:

Eloy Girela-López

Facultad de Medicina y Enfermería

Avd. Menéndez Pidal. s/n. 14004.

Córdoba, España.

E-mail: ft1gilpe@uco.es

## Abstract

**Objectives:** To analyze the requests for medical-forensic expert reports made by the judicial authorities of Córdoba in cases of alleged professional responsibility, in order to determine their incidence, the characteristics of the procedures, the association between the medicolegal conclusions and the characteristics of the sample, and the sociodemographic data of the parties involved.

**Methods:** A descriptive retrospective observational cross-sectional study was conducted at the Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences of Córdoba. The cases included in the period 2012-2022 were selected. Out of the 194 collected procedures, a final sample of 57 was included.

**Results:** The incidence was 4.96 requests for reports per year per thousand registered professionals, involving 111 doctors. The penal route predominated (93%). 70.2% were carried out by the medical-forensic clinic service, with half of them being initiated by family members. The majority of the assistance was provided publicly and in a hospital setting. The most claimed specialties were Family and Community Medicine (24.24%) and Gynecology and Obstetrics (22.72%). The main reason was diagnostic and therapeutic delay, with physical harm being the most claimed injury. The medicolegal report established the absence of malpractice in 98.2% of the cases. There was a statistical significance between death and the hospital level ( $p=0.036$ ), the number of doctors and the type of specialty ( $p=0.001$ ), the scope ( $p=0.045$ ), and the healthcare setting ( $p=0.009$ ).

**Conclusions:** The incidence of cases was lower than the national average. The medicolegal reports did not find evidence of malpractice in a high percentage of cases. There is a need for a change in the physician's perception of professional responsibility.

## Key words:

Professional liability;  
Medical malpractice;  
Patient safety;  
Defensive medicine;  
Medicolegal report.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, nuevos problemas legales y éticos se derivan de un cambio de paradigma en la relación médico-paciente, el desarrollo científico de la medicina y nuevas técnicas diagnóstico-terapéuticas, originando un incremento notorio de los casos de responsabilidad profesional (1). La responsabilidad profesional es la obligación ética y legal que tiene el médico de reparar y satisfacer las consecuencias que se derivan de sus acciones, omisiones y errores cometidos en el ejercicio de la profesión (2). Resulta imprescindible para proporcionar una atención sanitaria de calidad, favoreciendo la seguridad del paciente y evitando la práctica de conductas contrarias a la ética médica, tales como la medicina defensiva (3-6). El Código de Deontología Médica lo contempla como un deber de la profesión médica (artículo 24), ya que el médico debe asumir las consecuencias negativas de sus actuaciones y errores, ofre-

ciendo una explicación clara, honrada, constructiva y adecuada (7).

Aparte de la responsabilidad ética y deontológica, los facultativos también pueden ser responsables judicialmente, a nivel penal, civil (contractual o extracontractual) o contencioso-administrativo. Para que una conducta origine responsabilidad profesional se tienen que dar cuatro elementos. El primero es una acción u omisión no acorde a la *lex artis*. Una actuación se considera conforme a la *lex artis* ad hoc cuando se han aplicado cuidados considerados como adecuados según los principios científicos y deontológicos vigentes. El segundo es un daño o perjuicio. El tercero es la existencia de una relación de causalidad entre los anteriores, es decir un nexo de unión entre la acción u omisión cometida por el médico y el daño ocasionado. Y el último la no obligación preexistente (2, 8). Cuando la concurrencia de estos cuatro elementos quede demostrada se originará responsabilidad

profesional, también conocida como mala praxis médica.

conclusiones médico-legales del informe médico-forense emitido.

La limitada literatura al respecto a nivel nacional y los motivos expuestos previamente, justifican la necesidad de profundizar en la caracterización del fenómeno y los posibles factores involucrados en los casos de mala praxis. Por ello, el objetivo principal fue determinar la incidencia anual y caracterizar las peticiones de informe por responsabilidad profesional al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Córdoba (IMLCF-CO) entre 2012 y 2022. Además, se pretendió analizar la asociación de las características de la muestra con las

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal, para analizar los casos de peticiones de informe por responsabilidad profesional al IMLCF-CO.

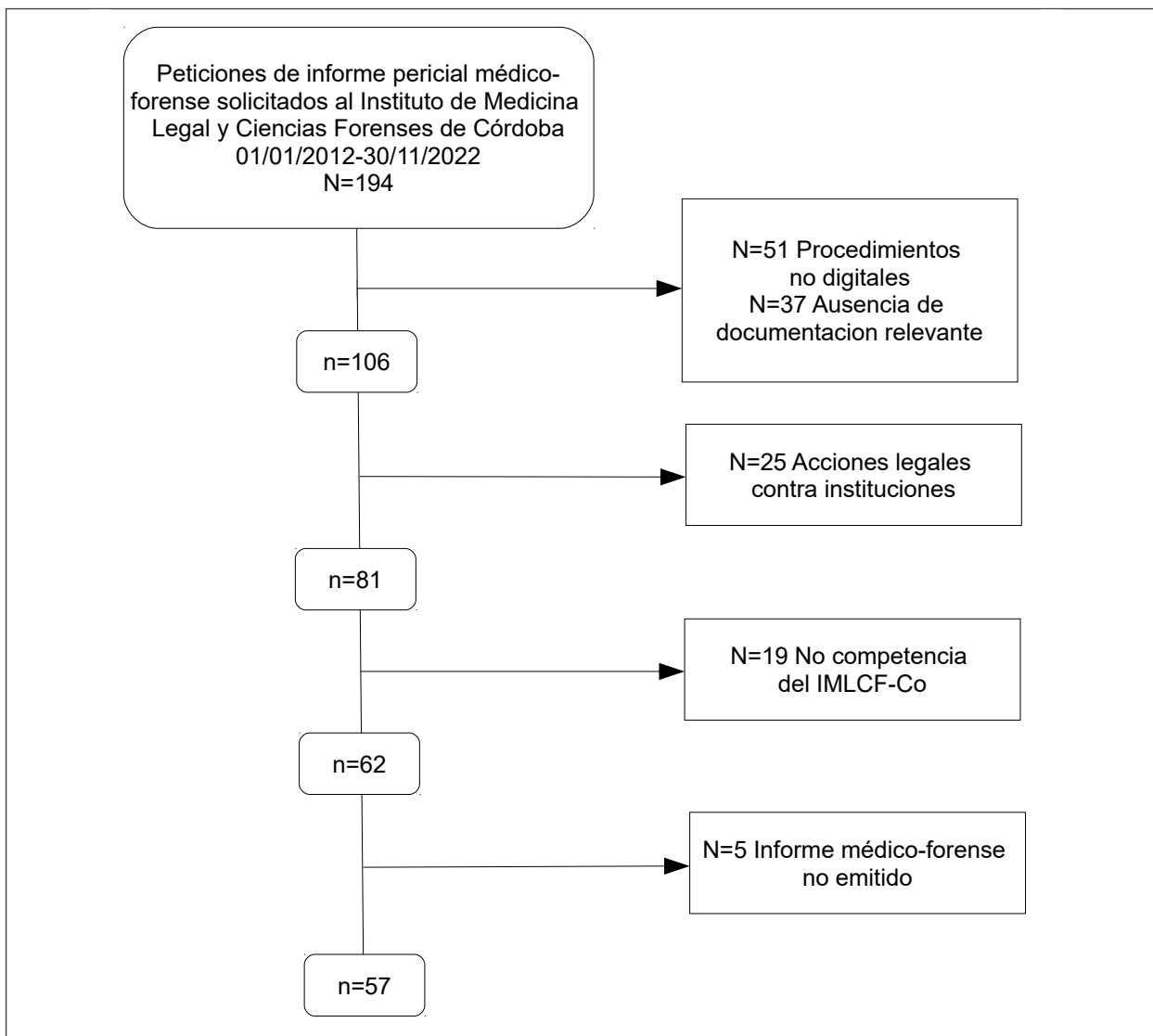


Figura 1. Diagrama de flujo de la muestra.

## Población de estudio y plan de trabajo

Se predeterminó un tamaño muestral de 385 peticiones de informe para estimar un porcentaje poblacional previsible de alrededor del 50% (nivel de confianza: 95%, precisión:  $\pm 5$  unidades porcentuales, tasa de reposición estimada del 0,1%) (calculadora GRANMO v.7.12 2012). El muestreo fue no probabilístico opinático, recogiendo inicialmente 194 peticiones de informe.

Se incluyeron los casos analizados entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de noviembre del 2022. Fueron excluidos aquellos incompletos, no digitalizados, los dirigidos contra instituciones o que no fueran competencia del IMLCF-CO, y aquellos cuyo informe médico-forense (IMF) no hubiera sido emitido aún. La muestra final ascendió a 57 casos (Figura 1).

## Plan de análisis

La variable principal fue la conclusión del IMF (ausencia de mala praxis/mala praxis), y como secundarias: fecha episodio; fecha IMF; edad paciente ( $\leq 37$ / $>37$  años); número de médicos implicados; reclamante (paciente/familiar/otro); sexo paciente/médico (hombre/mujer/varios/desconocido), tipo de especialidad (médica: se encargan de la asistencia del paciente a través de actos diagnósticos o terapéuticos que no requieren técnicas quirúrgicas/quirúrgica: se emplean técnicas y procedimientos de carácter invasivo o quirúrgico, incluyendo esta categoría a las especialidades de carácter médico-quirúrgico/ambas: aquellos casos en los que estaban involucradas especialidades de los dos tipos), especialidad, nacionalidad del médico (española/otra/desconocida), ámbito asistencial (público/privado), lugar de la asistencia (hospitalario/comunitario), motivo de la acción legal (asunto relacionado con la ausencia o falta de adecuación de la documentación clínica/trato inadecuado al paciente/problemática derivada de un procedimiento diagnóstico o terapéutico/demora o retraso en el diagnóstico o en la aplicación de medidas terapéuticas), tipo de daño (muerte/daño físico/daño psíquico/daño físico y psíquico), motivo de la ausencia de responsabilidad profesional en relación con los cuatro elementos integrantes (ninguno/obligación

preexistente/falta de acción u omisión *lex artis*/existencia de daño/nexo de causalidad), vía judicial (penal/civil/contencioso-administrativa), servicio médico-forense que realizó el IMF (clínica médico-forense/ patología forense). Las funciones de ambos servicios se encuentran reguladas en la normativa estatal y autonómica (9), de tal forma que el de clínica médico-forense se encarga, entre otros, de valorar pericialmente daños corporales objeto de actuaciones procesales y control periódico de las personas lesionadas, así como de estudiar los casos de presunta mala praxis médica sin resultado de muerte. El servicio de patología forense fundamentalmente desarrolla la investigación médico-legal en casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad y en supuestos de presunta mala praxis médica con resultado de muerte.

Para el análisis bivalente se recodificaron: el número de médicos implicados (un médico/ $>1$  médico), sexo médico (hombre/mujer/otros), tipo de daño (muerte/daño físico y/o psíquico), motivo ausencia responsabilidad profesional (ninguno/algún elemento), motivo de la acción legal (procedimiento diagnóstico-terapéutico/retraso diagnóstico-terapéutico), vía judicial (penal/otra).

## Análisis estadístico de los datos

En el estudio descriptivo de las variables cualitativas se utilizaron tablas de distribución de frecuencias absolutas (n) y porcentajes válidos (%). Para las cuantitativas se calcularon medias aritméticas (m), desviación típica (DS), valores máximos (máx.) y mínimos (mín.). Para el análisis bivalente, se utilizó el test paramétrico ANOVA de un factor ( $>2$  grupos) y test no paramétricos como la prueba U de Mann-Whitney ( $2$  grupos) y la prueba H de Kruskal-Wallis ( $>2$  grupos). Las variables cualitativas fueron analizadas mediante tablas de contingencia usando el estadístico de Ji-cuadrado de Pearson para datos independientes, y si la frecuencia esperada era menor de 5, la prueba exacta de Fisher. Se estimó un intervalo de confianza del 95%. En las comparaciones múltiples se utilizaron el análisis de supervivencia mediante curva de Kaplan-Meier y la prueba de Log-Rank. Todos los contrastes fueron bilaterales, considerándose como significativos los valores

Tabla 1. Características de las partes implicadas en los informes evaluados.

			n (%)
Reclamante n=57	Tipo	Paciente	28(49,1)
		Familiar	29(50,9)
Pacientes n=57	Sexo	Hombre	32(56,1)
		Mujer	25(43,9)
	Edad (años)	≤37	27(47,4)
		>37	30(52,6)
Médicos n=111	Sexo	Hombre	64(57,65)
		Mujer	46(41,44)
		Desconocido	1(0,9)
	Nacionalidad	Española	107(96,39)
		Otra	3(2,7)
		Desconocida	1(0,91)
	Nº de médicos implicados/ caso n=57	Un médico	33(57,9)
>1 médico		24(42,1)	
Tipo de especialidad n=57	Médica	27(47,4)	
	Quirúrgica	25(43,9)	
	Ambos tipos	5(8,8)	

de  $p < 0,05$ . Los datos fueron recogidos en un fichero Excel siendo procesados y analizados con el programa estadístico SPSS versión.25 (IBM-SPSS). Para las figuras se utilizó GraphPad Prism versión.8.0.1.

### Aspectos éticos

El estudio se realizó previa aprobación de la Comisión de Docencia del IMLCF-CO y del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba (ref. CEI-5472). Estuvo sujeto a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, respetando la confidencialidad de los datos conforme al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y la Ley Orgánica 03/2018, de Protección de Datos

de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales.

## RESULTADOS

El número de peticiones de informe fue de 194 con una incidencia total de 4,96 por cada mil colegiados al año. La muestra definitiva incluyó 57 casos. En la evolución de IMF emitidos entre 2012-2022, hubo un máximo de 11 IMF (19,30%) en 2013 (Figura 2). La mediana de IMF al año fue de 7 (RQ: 9-4).

El 70,2% de los informes fueron realizados por el servicio de clínica médico-forense,

**Tabla 2. Especialidades médicas involucradas.**

	n (%)
Medicina Familiar y Comunitaria	16(24,24)
Ginecología y Obstetricia	15(22,72)
Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor	5(7,57)
Cirugía General y Aparato Digestivo	5(7,57)
Cirugía Ortopédica y Traumatología	5(7,57)
Cirugía Plástica	4(6,06)
Cirugía Cardiovascular	2(3,03)
Medicina Interna	2(3,03)
Aparato Digestivo	1(1,51)
Cardiología	1(1,51)
Cirugía Torácica	1(1,51)
Cirugía Pediátrica	1(1,51)
Enfermedades Infecciosas	1(1,51)
Hematología	1(1,51)
Medicina Física y Rehabilitación	1(1,51)
Medicina del Trabajo	1(1,51)
Neurología	1(1,51)
Oftalmología	1(1,51)
Pediatría	1(1,51)
Psiquiatría	1(1,51)
Total	62(100)

y el 29,8% por el de patología forense al tener como resultado el fallecimiento del paciente.

La Tabla 1 muestra las características de las partes implicadas en los procedimientos, destacando un caso en el que fueron denunciados más de 6 médicos (1,8%).

En la relación de especialidades afectadas destacaron Medicina Familiar y Comunitaria y Ginecología y Obstetricia (Tabla 2), sumando entre ambas un 46,96%. En un total de 8 casos (12,9%) se encontraban implicadas varias especialidades. La Tabla 3 muestra diversas características de la muestra.

Tabla 3. Características de la muestra analizada.

		n (%)
Ámbito asistencial n=57	Público	43(75,4)
	Privado	14(24,6)
Lugar de asistencia n=57	Hospital	40(70,2)
	Comunitario	17(29,8)
Motivo mala praxis n=57	Documentación clínica	0(0)
	Trato al paciente	0(0)
	Retraso diagnóstico/ terapéutico	31(54,4)
	Procedimiento diagnóstico/ terapéutico	26(45,6)
Daños reclamados n=57	Muerte	18(31,6)
	Daño físico	37(64,9)
	Daño psíquico	0(0)
	Daño físico y psíquico	2(3,5)
Vía judicial n=57	Penal	53(93)
	Civil	3(5,3)
	Contencioso-Administrativa	1(1,7)

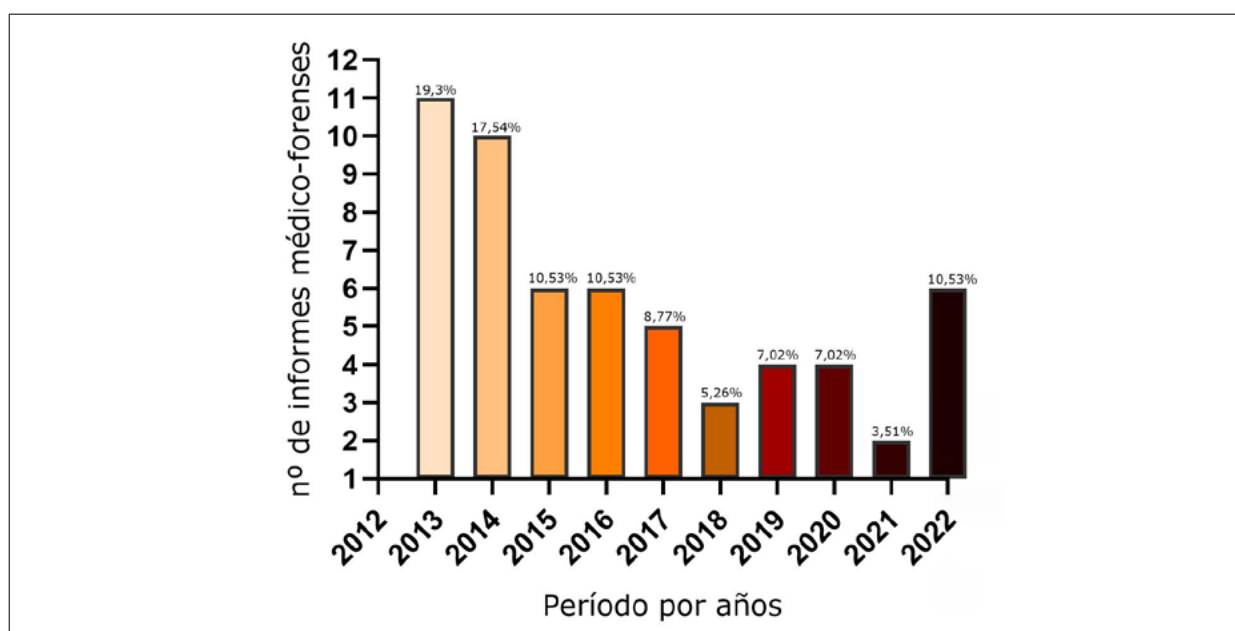


Figura 2. Evolución de los informes médico-forenses emitidos.

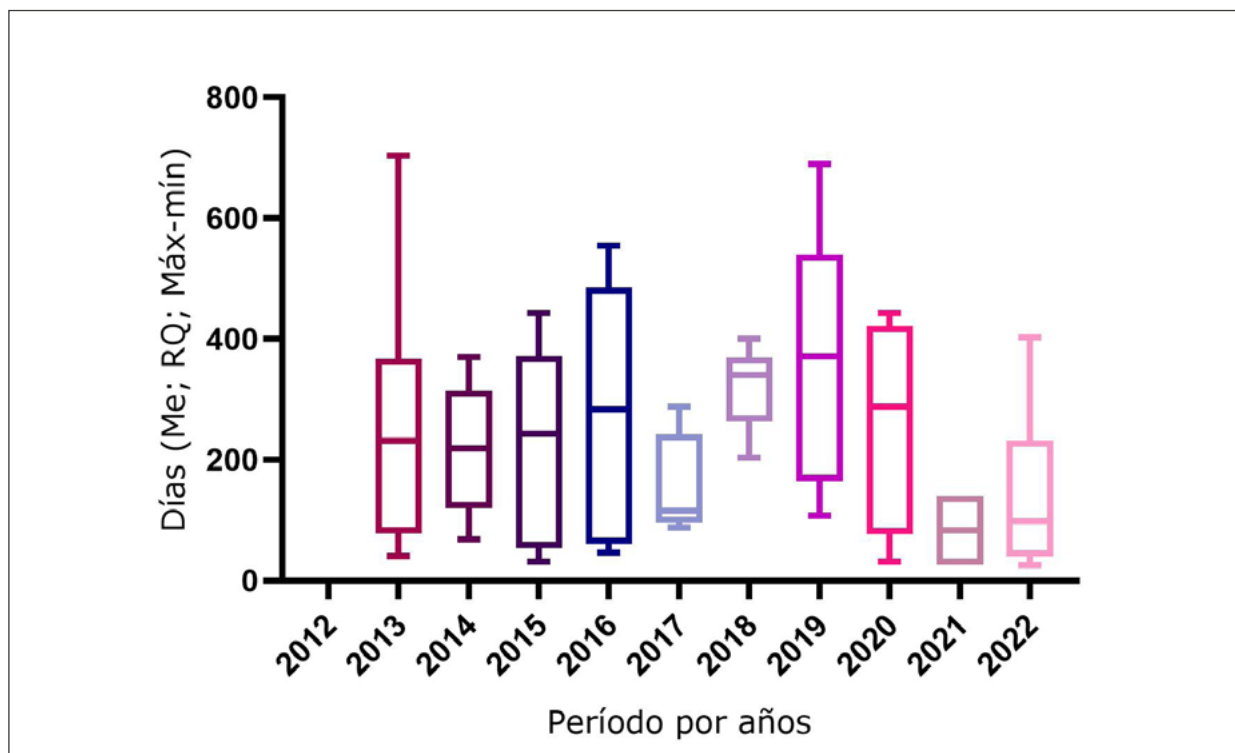


Figura 3. Tiempo de elaboración del informe médico-forense en el período 2012-2022 (mediana; rango intercuartílico; valores máximos y mínimos).

Se concluyó ausencia de mala praxis en un 98,2% de IMF. En el 86% (n=49) no había ningún elemento constitutivo de responsabilidad profesional, en cinco se determinó únicamente falta de acción u omisión de la *lex artis* y en dos casos se observó nexo de causalidad. Sólo en un caso se establecieron todos los elementos necesarios para considerar mala praxis.

La mediana del tiempo de elaboración del IMF, desde el registro del caso hasta la emisión del IMF, fue de 210 días (87,5-359). La Figura 3 representa el tiempo de elaboración por año, sin diferencias significativas ( $p=0.436$ ).

El servicio de patología forense tiene encomendada la evaluación solo de aquellos casos con resultado de muerte, por lo que en ninguno de sus informes emitidos (0,0 vs.70%) el promotor del asunto era el paciente ( $p\leq 0,001$ ). Los supuestos en los que el paciente se encontraba vivo y sus familiares solicitaron el inicio del trámite (n=12),

se correspondían con menores que fueron representados (n=7; 58,3%) y sujetos incapaces por razón de enfermedad (n=5; 41,7%).

Los casos que afectaban a especialidades de carácter exclusivamente médico no presentaron diferencias en función del servicio que emitía el IMF (clínica/patología forense) ( $p=0.423$ ). En este mismo grupo de especialidades, se observó cierta tendencia estadística según el sexo del médico afectado, resultando más afectados los hombres (71,4 vs. 44,4%;  $p=0,051$ ).

No se apreció significación en el ámbito asistencial ( $p=0,518$ ), pero sí cierta tendencia entre la asistencia hospitalaria y el servicio de patología forense (88,2 vs. 62,5%;  $p=0,052$ ).

Se observó tendencia estadística ( $p=0,054$ ) entre el procedimiento diagnóstico/terapéutico como motivo de mala praxis y las especialidades de tipo médico o quirúrgico (33,3 vs. 60%). El fallecimiento como daño



fue significativamente más frecuente a nivel hospitalario (40 vs. 11,8%;  $p=0,036$ ).

El número de médicos involucrados fue significativamente mayor ( $p=0,001$ ) en las especialidades de carácter quirúrgico ( $2,12\pm 1,45$ ), en el ámbito público ( $2,44\pm 3,49$ ) ( $p=0,045$ ) y hospitalario ( $2,55\pm 3,60$ ) ( $p=0,009$ ), sin resultar relevante respecto a las conclusiones del IMF ( $p=0,596$ ).

El grupo de pacientes de  $\leq 37$  años de edad fue más frecuente en las especialidades quirúrgicas frente a las médicas (68 vs. 37%;  $p=0,026$ ). En aquellas distintas a Ginecología y Obstetricia, el grupo más frecuente eran los de  $> 37$  años (55,6 vs. 90%;  $p=0,003$ ). En Ginecología y Obstetricia hubo mayor casuística en la asistencia hospitalaria (35 vs. 5,9%;  $p=0,025$ ).

El tiempo de emisión del IMF no varió significativamente según el servicio médico-forense ( $p=0,118$ ), el tipo de daño ocasionado al paciente ( $p=0,12$ ), la conclusión del IMF ante la existencia o no de mala praxis ( $p=0,246$ ), ni tampoco conforme al número de profesionales implicados en cada caso ( $p=0,779$ ).

## DISCUSIÓN

Nuestra investigación evidenció una incidencia inferior a la reportada por el Consejo General de Colegios de Médicos de Cataluña (CGCMC) entre 2000-2011 (13,8 reclamaciones/mil asegurados/año) (10), ya que consideraron reclamaciones judiciales y extrajudiciales. A nivel internacional, los datos son difícilmente comparables por una sistemática diferente y una demarcación territorial más amplia, aunque las cifras también son superiores a las nuestras por los motivos descritos anteriormente (11).

A pesar de que no apreciamos un aumento significativo de mala praxis, numerosos estudios muestran un incremento notable a nivel nacional e internacional (1,3,12-14). La disparidad de resultados podría deberse a la diferencia temporal de los períodos evaluados o a la heterogeneidad de los criterios de inclusión de la muestra (en nuestro

caso no consideramos aquellos supuestos que no requirieron participación del IMLCF o los tramitados por vía extrajudicial, entre otros), limitando así la extrapolación de los resultados.

Los casos analizados en nuestro estudio por el servicio de patología forense eran menos numerosos, coincidiendo con Giménez-Pérez *et al.* que describieron un 32% de fallecidos en las denuncias por responsabilidad profesional en Barcelona durante 2004-2009 (1).

Las características de las partes implicadas en los procedimientos coincidieron con referencias previas, exceptuando el sexo del paciente. Mayoritariamente el reclamante era el paciente o familiar (3,15). Los pacientes eran fundamentalmente mayores de edad, debido a una mayor probabilidad de sufrir enfermedades y asistencia médica (1,3,16,17). También descrito por Hernández-Gil, destaca la existencia de un grupo minoritario infantil relacionado con el momento del nacimiento (17). Según estudios previos el sexo de los pacientes era mayoritariamente femenino (1,3,16,17), hecho no constatable en nuestro estudio, probablemente porque el número de casos relacionados con patologías vinculadas a las mujeres eran mayores en dichos estudios. Los médicos involucrados eran por lo general hombres de nacionalidad española. Se plantea la hipótesis de que el sexo mujer en el médico se vincula a rasgos de personalidad más humanísticos que facilitarían la relación médico-paciente, disminuyendo la probabilidad de insatisfacción con la asistencia (18-20).

Existen estudios que alegan una mayor existencia de demandas judiciales en países donde la sanidad privada predomina, pero destaca un incremento en el sector público en los últimos años (1,21). Al igual que en otros trabajos, en el nuestro predominó la asistencia en el ámbito público (16,22). García-Ruiz *et al.* observaron una mayor casuística a nivel público, pese a cifras más elevadas de condenas en el sector privado (22).

La asistencia fue predominante a nivel hospitalario (3,22), posiblemente porque las especialidades más reclamadas se desem-

peñaron en ese ámbito. Como ocurre con Ginecología y Obstetricia, cuyos eventos adversos más frecuentes ocurren entorno al momento del parto (22,23).

Coincidiendo con los estudios publicados, las especialidades involucradas con mayor frecuencia fueron Ginecología y Obstetricia, Cirugía Ortopédica y Traumatología y Medicina Familiar y Comunitaria (1,10,13,15-17,23-26). Entre las tres agruparon más de la mitad de los casos (54,53%). Contrasta a nivel internacional con otras especialidades tales como Neurocirugía o Urología que, si bien son consideradas de riesgo alto-moderado en Estados Unidos (27-29), en nuestra serie no se encontraron representadas.

Las especiales de tipo quirúrgico presentaron cifras más elevadas de eventos adversos y peticiones de informe por presunta mala praxis (1,10,13,15,21). Según el CGCMC en Barcelona entre 1986-2012, más del 50% de las peticiones fueron dirigidas contra estas especialidades (13). Aunque en nuestro caso las especialidades médicas representaron un mayor porcentaje de peticiones, el margen de diferencia fue estrecho.

Existen similitudes entre el motivo de petición de IMF en el ámbito internacional, nacional y nuestro estudio, considerando en todas las series estudiadas que el retraso diagnóstico-terapéutico es el motivo más frecuente de reclamación (21,30,31). Sin embargo, Arimany-Manso *et al.* (10) en Cataluña y Matsen *et al.* (32) en California reportaron como predominantes los errores diagnósticos y terapéuticos, nuestra segunda causa más frecuente.

El daño más frecuentemente reclamado en nuestro estudio fue el físico. Aunque la bibliografía difiere según la especialidad, coincide con Hernández-Herrero *et al.* (29) en el ámbito de la Neurocirugía, situando las secuelas físicas en primer lugar frente al fallecimiento, salvo en Cardiología y Cirugía Cardiovascular (3).

Aunque la literatura describe una tendencia creciente de casos de mala praxis, hay discrepancias con otros trabajos incluido el nuestro, al evidenciar un gran porcen-

taje de IMF que no determinaron responsabilidad profesional (1,16,28). Estos datos podrían cambiar la concepción generalizada de algunos facultativos y el miedo ante la posibilidad de encontrarse implicado en un proceso de responsabilidad profesional. Ello favorecería el abandono de prácticas poco éticas como la medicina defensiva, y su bienestar psíquico-físico disminuyendo dolencias asociadas al temor de enfrentarse a un procedimiento judicial (8,20,22,26,29,33-35).

Las investigaciones cuya muestra incluyen casos de las tres vías judiciales manifiestan similitud con nuestros resultados. Salvo algún dato a favor de la vía civil (24), la mayoría consideran la penal como la más solicitada (1,31,34), debido a costes más bajos y mayor rapidez (36).

En nuestro trabajo se observó asociación significativa en los casos evaluados por el servicio de patología forense y el familiar como promotor del caso ( $p \leq 0,001$ ), ya que el daño resultante es el fallecimiento del paciente. En un 30% de los casos en los que el paciente estaba vivo, fueron los familiares quienes iniciaron el trámite por motivos de minoría de edad o incapacidad por enfermedad. Se trata de un tema de gran relevancia probablemente a desarrollar en futuras investigaciones.

El sexo del paciente no se relacionó con el servicio médico-forense, aunque los fallecidos eran mayoritariamente hombres. Giménez-Pérez *et al.* (1) difieren al determinar que la mujer es la más perjudicada y la que presenta más secuelas y fallecimientos, quizás en relación con rasgos de su personalidad al solicitar asistencia médica en peores condiciones. En nuestro caso los hombres se encontraban principalmente en el segundo grupo de edad, lo que podría explicar un mayor número de fallecimientos.

Acorde con Aranaz-Andrés *et al.* los eventos adversos eran más numerosos y graves en las especialidades de carácter quirúrgico, a diferencia de nuestro estudio (37).

De acuerdo con Unwin *et al.* no se puede determinar que la diferencia de sexo en la

acción médico-legal este influida por la especialidad médica (19). Sin embargo, observamos cierta tendencia estadística entre la especialidad y el sexo del médico. Planteamos la hipótesis de que las características demográficas en ese período de tiempo influyan en el resultado, por lo que deberíamos aumentar la muestra para verificarlo.

No encontramos datos a favor de mayor riesgo de fallecimiento según el ámbito asistencial, aunque sí cierta tendencia entre la asistencia hospitalaria y el fallecimiento y una relación significativa con la muerte como daño más frecuente. Esto podría ser debido a que los pacientes cuya situación es más crítica precisan una atención más compleja prestada a nivel hospitalario (34).

Acorde con otros estudios, las especialidades quirúrgicas estaban implicadas en mayor medida en eventos relacionados con el diagnóstico y la terapéutica (22,23), probablemente debido a mayor complejidad técnica y procedimientos más invasivos, tales como el parto en Ginecología y Obstetricia.

Un mayor número de profesionales médicos involucrados se asoció a la especialidades quirúrgicas, el ámbito público y la asistencia hospitalaria. Dato justificable por una asistencia de carácter multidisciplinar, donde el trabajo en equipo es la base de la práctica clínica.

El grupo de pacientes de  $\leq 37$  años se asoció en mayor medida a las especialidades médico-quirúrgicas, debido a que en su mayoría eran mujeres en edad fértil atendidas por el servicio de Ginecología y Obstetricia. Conforme con la literatura existente, esta especialidad presenta gran proporción de casos de mala praxis, motivo por el que se analizó en comparación con el resto. No pudimos inferir un mayor número de muertes ni que el ámbito asistencial influyera en los eventos adversos de esta especialidad, pero sí una asociación con la asistencia hospitalaria, debido a que la mayoría de los casos estaban relacionados con el momento del parto (22,23). Dada la relevancia del parto y ante un posible aumento de prácticas defensivas, se crearon incluso listas de verificación de alcance internacional para

incrementar la seguridad clínica centrada en ese momento (23).

Numerosas referencias reconocen la importancia del IMF como uno de los documentos de mayor complejidad. La neutralidad y objetividad en su labor de auxilio a los Tribunales de Justicia, la necesidad de ajustarse a la ética y una profunda investigación según el caso, han originado la creación de protocolos dada la dificultad de su elaboración (12,17,25,38). En ocasiones su realización se prolonga en el tiempo y es difícil determinar una medida temporal considerada como correcta para su emisión en cada caso. Álvarez-González *et al.* reportaron en Málaga una media de 111 días, cifra inferior a la nuestra, e incluso se observó que el IMF en el servicio de clínica médico-forense se emitía en un menor tiempo que en el de patología (16). Puede justificarse porque el fallecimiento del paciente se entiende como una situación más compleja. No hubo asociación estadística con determinadas situaciones que nos pueden hacer pensar que la gravedad es mayor, y por tanto la elaboración del IMF requeriría de más tiempo, como un daño más grave, una conclusión favorable o un mayor número de médicos implicados, entre otros. Esto último puede hacernos valorar si las acciones legales comenzaron por la creencia firme de responsabilidad profesional o por perjudicar al médico.

La principal limitación del estudio fue un tamaño muestral no representativo de la población, que requeriría ser ampliado para mejorar la potencia del estudio. En segundo lugar, la dificultad de acceso a la información para recopilar los datos faltantes. Por último, el estudio sobre un único centro limita la extrapolación de los resultados, siendo preferible un estudio multicéntrico para evaluar la casuística de forma global.

## CONCLUSIONES

Las cifras de peticiones de informe al IMLCF-CO durante el período analizado fueron inferiores a las observadas a nivel nacional al no contemplar las extrajudiciales. Esta circunstancia junto al alto porcentaje de IMF que no

apreciaron mala praxis (98,2%), podría favorecer un cambio en la práctica asistencial del facultativo evitando conductas contrarias a la ética médica como la medicina defensiva.

Las especialidades más implicadas fueron Medicina Familiar y Comunitaria y Ginecología y Obstetricia y el motivo principal fue el retraso diagnóstico-terapéutico, alegando fundamentalmente daño físico. Al ser de carácter más grave, los casos de fallecimiento eran más frecuentes en la asistencia hospitalaria. El número de médicos implicados por caso fue más elevado en las especialidades quirúrgicas y en el ámbito público y hospitalario debido a la práctica multidisciplinar. Destaca el servicio de Ginecología y Obstetricia por la gran representación de los partos en su casuística.

Las conclusiones definitivas del IMF no se asociaron con circunstancias predisponentes a la existencia de responsabilidad profesional, tales como un mayor número de profesionales implicados, la gravedad del daño del paciente, o un tiempo de elaboración del documento más prolongado. Se debería considerar que algunos casos fueran promovidos exclusivamente con la finalidad de dañar al facultativo tras una asistencia insatisfactoria para el paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Giménez-Pérez D, Pujol-Robinat A, Castellá-García J, Espinal-Berenguer A, Vázquez-Fariñas A, Medallo-Muñiz J. Denuncias por responsabilidad profesional médica en Barcelona (2004-2009). Análisis médico-forense. *Rev Esp Med Legal*. 2020;46(2):56-65. DOI: 10.1016/j.reml.2019.07.002
2. Gisbert-Grifo M, Gisbert-Jordá T, Hernández-Gil A. Responsabilidad profesional del médico. En: Villanueva-Cañadas E, editor. *Gisbert Calabuig. Medicina legal y Toxicología*. 7ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2019. p. 119-141.
3. Hernández-Herrero M, Cayón-de Las Cuevas J. Judicialización en cardiología y cirugía cardiovascular: estudio observacional transversal en materia de responsabilidad patrimonial en la sanidad pública española. *Rev Esp Med Legal*. 2022;48(4):136-43. DOI: 10.1016/j.reml.2022.03.002
4. Benet-Martí JM, Martín-Fumadó C, Benet-Travé J, Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J, Bertran-Ribera MM. Responsabilidad profesional médica en la asistencia urgente de especialistas en medicina familiar y comunitaria. *Rev Esp Med Legal*. 2022;48(1):3-9. DOI: 1016/j.reml.2021.03.003
5. Martín-Fumadó C, de Caso J, Carreras-Castañer A, Arimany-Manso J. Aprender del error en Cirugía Ortopédica y Traumatología. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2022;66(6):506-7. DOI: 10.1016/j.recot.2022.04.001
6. Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Arimany-Manso J. De la responsabilidad profesional médica a la seguridad clínica. *Aten Primaria*. 2014;46(2):110-1. DOI: 10.1016/j.aprim.2013.02.006
7. Organización Médica Colegial de España. La responsabilidad del médico. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Madrid; 2022. p. 33-34.
8. Medallo-Muñiz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(4):152-6. Spanish. DOI: 10.1157/13084023
9. Junta de Andalucía. Decreto 69/2012, de 20 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Institutos de Medicina Legal de la Comunidad Autónoma de Andalucía, del Consejo Andaluz de Medicina Legal y Forense y de la Comisión de Coordinación de los Institutos de Medicina Legal. *BOJA*. 30/03/2012;63:8-14. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2012/63/boletin.63.pdf>
10. 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(7):300-4. DOI: 10.1016/j.medcli.2013.02.025
11. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician spe-

- cialty. *N Engl J Med*. 2011;365(7):629–36. DOI: 10.1056/NEJMsa1012370
12. 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(4):135–41. DOI: 10.1016/j.reml.2013.07.002
  13. Bori G, Gómez-Durán EL, Combalia A, Trilla A, Prat A, Bruguera M, et al. Seguridad clínica y reclamaciones por responsabilidad profesional en Cirugía Ortopédica y Traumatología. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2016;60(2):89–98. DOI: 10.1016/j.recot.2015.10.004
  14. Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, Barberia E, Ferrer F, Sala J, et al. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. *Rev Clin Esp*. 2012;212(4):198–205. DOI: 10.1016/j.rce.2011.12.018
  15. Combalia A, Torà-Rocamora I, Diestre-Tomas A, Muñoz-Mahamud E, Cano JG, Prat-Marín A. Influencia de las reclamaciones en la gestión asistencial de un servicio de cirugía ortopédica y traumatología. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2022;66(6):469–76. DOI: 10.1016/j.recot.2022.01.004
  16. 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;47:9–19.
  17. Hernández-Gil A. Estudio médico forense de la responsabilidad profesional médica. *Rev Est Jur Seg Época*. 2008;8:107–147. DOI: 10.17561/rej
  18. Taragin MI, Wilczek AP, Karns ME, Trout R, Carson JL. Physician demographics and the risk of medical malpractice. *Am J Med*. 1992;93(5):537–42. DOI: 10.1016/0002-9343(92)90582-v
  19. Unwin E, Woolf K, Wadlow C, Potts HWW, Dacre J. Sex differences in medico-legal action against doctors: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2015;13:172. DOI: 10.1186/s12916-015-0413-5
  20. Aso-Escario J. Litigabilidad y defendibilidad en neurología y neurocirugía. Un modelo «terapéutico» para el manejo de reclamaciones por mala praxis asistencial. *Neurocirugía*. 2022;33:22–30. DOI: 10.1016/j.neurcir.2021.10.002
  21. Bruguera M, Viger M, Bruguera R, Benet J, Arimany J. Reclamaciones por presunta negligencia relacionadas con endoscopia digestiva. Análisis de una casuística de 22 años. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34(4):248–53. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2010.11.008
  22. García-Ruiz N, Santiago-Sáez A, Albarrán-Juan ME, Labajo-González E, Perea-Pérez B. Análisis de reclamaciones judiciales contra obstetras y ginecólogos en España. Estudio específico de la vía penal (1987–2013). *Rev Esp Med Legal*. 2016;42(4):136–41. DOI: 10.1016/j.reml.2016.07.004
  23. Gómez-Durán EL, Lailla-Vicens JM, Arimany-Manso J. Seguridad clínica y responsabilidad profesional en ginecología y obstetricia. *Rev Esp Med Legal*. 2016;42(4):133–5. DOI: 10.1016/j.reml.2016.10.001
  24. Castellano-Arroyo M, Davide-Ferrara S. La responsabilidad profesional médica en Europa. *Rev Esp Med Legal*. 2014;40(4):161–6. DOI: 10.1016/j.reml.2014.05.003
  25. Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, Labajo-González ME, Albarrán-Juan ME, Dorado-Fernández E, García-Martín Á. El médico ante los tribunales: análisis de las sentencias judiciales relacionadas con la responsabilidad profesional médica en España. *Rev Esp Med Legal*. 2013;39(4):130–4. DOI: 10.1016/j.reml.2013.05.001
  26. 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. DOI: 10.1016/j.gaceta.2012.03.006
  27. Golan R, Kuchakulla M, Watane A, Reddy R, Parikh R, Ramasamy R. Medical Malpractice Lawsuits Involving Urology Trainees. *Urology*. 2022;166:79–86. DOI: 10.1016/j.urology.2021.12.030
  28. Martin-Fumadó C, Benet-Travé Josep, Morales-Ferrero JI, Arimany-Manso J. Responsabili-

- dad profesional médica en neurocirugía. *Neurocirugía*. 2022;33(3):155-156. DOI: 10.1016/j.neucir.2022.01.002
29. Hernández-Herrero M, Cayón de las Cuevas J. Neurocirugía y judicialización: estudio observacional de la responsabilidad por daños provocados en la práctica neuroquirúrgica pública en España. *Rev Esp Med Legal*. 2023. DOI: 10.1016/j.reml.2022.12.001
30. Añel-Rodríguez RM, Cambero-Serrano MI, Irurzun-Zuazabal E. Análisis de las reclamaciones de pacientes en Atención Primaria: una oportunidad para mejorar la seguridad clínica. *Rev Calid Asist*. 2015;30(5):220-5. DOI: 10.1016/j.cali.2015.04.007
31. Benet-Martí JM, Martín-Fumadó C, Benet-Travé J, Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J, Bertran-Ribera MM. Responsabilidad profesional médica en la asistencia urgente de especialistas en medicina familiar y comunitaria. *Rev Esp Med Legal*. 2022;48:3-9. DOI: 10.1016/j.reml.2021.03.003
32. Matsen FA, Stephens L, Jette JL, Warme WJ, Posner KL. Lessons regarding the safety of orthopaedic patient care: an analysis of four hundred and sixty-four closed malpractice claims. *J Bone Joint Surg Am*. 2013;95(4):e201-8. DOI: 10.2106/JBJS.K.01272
33. Gómez-Durán EL, Martín-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(5):1051-3. DOI: 10.1007/s00414-013-0885-9
34. Perea-Pérez B, Garrote Díaz JM, Hernández Gil Á, Martínez Hernández S, García ÁF, Santiago-Sáez A. Medicina defensiva en los Servicios de Urgencias Hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95:e202106080.
35. Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. El profesional sanitario como segunda víctima del daño en la asistencia. *Med Clin (Barc)*. 2020;154(3):98-100. DOI: 10.1016/j.medcli.2019.09.005
36. Carles M. Responsabilidad por una práctica médica inadecuada: una perspectiva económica. *Gac Sanit*. 2003;17(6):494-503. DOI: 10.1016/s0213-9111(03)71797-x
37. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remon C, Vialler-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E, et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. 2009;21(6):408-14. DOI: 10.1093/intqhc/mzp047
38. Casado-Blanco M. Aspectos éticos de las periciales en la valoración de la praxis médica. *Rev Esp Med Legal*. 2020;46(4):191-6. DOI: 10.1016/j.reml.2019.09.001

#### Si desea citar nuestro artículo:

Pérez-Puentes MM; Sáez-Rodríguez J; Girela-López E; Beltran-Aroca CM. Responsabilidad Profesional en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Córdoba entre 2012 y 2022. *Cuad Med Forense*. 2024; 27(1):29-42. DOI:10.59457/cmef.2024.27.01.doc01