

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

UAB

Universitat Autònoma de Barcelona

TESI DOCTORAL

Anàlisi de la responsabilitat professional mèdica a l'atenció urgent a Catalunya entre els anys 2000 i 2019

Doctoranda:

Marta Castellà Rovira

Directors:

Dr. Josep Arimany-Manso

Dra. Mireia Puig i Campmany

Dr. Carles Martin Fumadó

Tutor:

Prof. Dr. Antoni Bulbena Vilarrasa

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal

Facultat de Medicina

Barcelona, maig 2024

Dedicatòria

Als meus pares, Santi i Mercè, per ser els fonaments del meu creixement

Als meus germans, Mar i Santi, pel seu suport i companyia incondicionals

Al Rubén, per mil viatges més junts

Gràcies per estar sempre al meu costat

AGRAÏMENTS

Al Dr. Josep Arimany i Manso, director del Servei de Responsabilitat Professional del COMB i co-director d'aquesta tesi. Per donar-me la oportunitat de treballar amb el seu equip, pel seu consell i recomanacions.

A la Dra. Mireia Puig i Campmany, directora del Servei d'Urgències de l'Hospital de Sant Pau i co-directora d'aquesta tesi. Per creure fermament en mi i donar-me la oportunitat de dur a terme aquest somni. Gràcies per posar-ho tot tant fàcil i per deixar-me formar part del seu excel·lent i reconegut equip.

Al Dr. Carles Martin Fumadó, responsable de la Unitat de Medicina Legal del Servei de Responsabilitat Professional del COMB i co-director d'aquesta tesi. Per la seva dedicació plena, suport, coordinació i actualització constants. Per la immediatesa, la confiança i els ànims que m'ha donat durant tot aquest viatge.

Al Professor Antoni Bulbena, director del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal de la UAB i tutor d'aquesta tesi. Per apostar fermament per la investigació, pels seus coneixements, opinions i aportacions que a més d'imprescindibles sempre han estat afectuoses.

Al Servei de Responsabilitat Professional i l'Àrea de Praxi i del COMB i al CCMC per acollir-me, sempre amb els braços oberts. A l'Anna per la seva predisposició i ajuda, al Dr. Jordi Klamburg pels seus consells, opinions i coneixements. Al Dr. Josep Benet Travé per totes les facilitats i documents. Per haver posat a la meva disposició la seva pròpia tesi.

Al Col·legi de Metges de Barcelona i al seu president el Dr. Jaume Padrós, a la Junta de Govern i al Comitè Ètic d'Investigació Clínica, per obrir-me les seves portes i per donar suport a la investigació i promoure la Seguretat Clínica.

A grans eines informàtiques imprescindibles per la realització de treballs extensos. A Microsoft, perquè Word és molt més que un processador de textos. A Mendeley, perquè no em puc ni imaginar aquesta tasca sense un gestor bibliogràfic i a Sci-Hub perquè malauradament encara queda un llarg camí per l'Open Acces.

A tots els urgenciòlegs: presents, passats i especialment futurs. Perquè la tasca que fem és important i no és fàcil. Espero que aquestes línies puguin contribuir a la formació de la nostra especialitat MUE.

A l'Hospital de Sant Pau on m'he format i treballat, perquè el seu lema #orgullSantPau li va com un anell al dit.

Als meus companys del Servei d'Urgències. Perquè gràcies a cada un de vosaltres, som una mica millors cada dia. Perquè els premis, reconeixements i guardons no rebel·len que el que realment ens fa grans és l'impressionant treball en equip del dia a dia. Perquè tot i les jornades encadenades, epidèmies i pandèmies, per mi anar a treballar és un plaer.

A la Mar i la Irati pels seus consells, opinions i ajuda en aquest projecte, però especialment per la seva companyia i paciència cada dia. Perquè hi ha amistats que ho valen tot.

Als meus pares i germans, perquè sempre han estat amb mi i m'han empès a fer realitat aquest somni que ha estat un repte en un moment especialment difícil. Per posar-me els peus al terra i donar-me ales sempre de forma apropiada. Per fer-me ser millor persona.

Als meus nens Pau, Marc i Laia, per haver-los robat un temps que no els hi podré tornar, però per donar-me cada dia motius per somriure.

Al Rubén, per la seva ajuda incondicional, la seva predisposició i consells. Per ocupar el meu lloc quan ha estat necessari i per fer que els meu fills tinguin el millor pare del món.

Gràcies de tot cor!

ÍNDEX

ÍNDEX.....	9
ABREVIATURES.....	13
ÍNDIX DE TAULES I FIGURES.....	17
JUSTIFICACIÓ.....	25
MARC TEÒRIC.....	29
1 MEDICINA LEGAL I FORENSE.....	31
1.1 INTRODUCCIÓ A LA MEDICINA LEGAL.....	31
1.2 CONCEPTES I DEFINICIONS.....	32
2 LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL.....	35
2.1 INTRODUCCIÓ A LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL.....	35
2.2 CONCEPTE DE RESPONSABILITAT PROFESSIONAL.....	36
2.3 TIPUS DE RESPONSABILITAT PROFESSIONAL MÈDICA.....	38
2.4 ELEMENTS CONSTITUTIUS DE LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL MÈDICA.....	42
2.5 VALORACIÓ PERICIAL EN LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL.....	43
2.6 NIVELLS DE RESPONSABILITAT SANITÀRIA.....	45
2.7 ACTES MÉS FREQUËNTMENT RECLAMATS.....	46
2.8 RECLAMACIONS PER RESPONSABILITAT PROFESSIONAL.....	48
3 MEDICINA D'URGÈNCIES.....	54
3.1 INTRODUCCIÓ.....	54
3.2 CARACTERÍSTIQUES DE LA MEDICINA D'URGÈNCIES.....	54
3.3 HISTÒRIA DE LA MEDICINA D'URGÈNCIES.....	56
3.4 METGES D'URGÈNCIES.....	58
3.5 CARACTERÍSTIQUES DE L'ATENCIÓ URGENT: ACTIVITAT I SATURACIÓ.....	61
4 SEGURETAT CLÍNICA.....	66
4.1 INTRODUCCIÓ.....	66
4.2 EVOLUCIÓ DE LA SEGURETAT CLÍNICA.....	68
4.3 EFECTES ADVERSOS A URGÈNCIES.....	71
4.4 TIPUS D'ERRORS.....	74
5 RECLAMACIONS A L'ATENCIÓ URGENT.....	80
5.1 INTRODUCCIÓ I SITUACIÓ.....	80
5.2 RISC DE RECLAMACIÓ PER ESPECIALITAT.....	81
5.3 RECLAMACIONS A URGÈNCIES.....	82
MARC EMPÍRIC.....	91
1 HIPÒTESI I OBJECTIUS.....	93
2 MATERIAL I MÈTODES.....	94
2.1 PROCEDÈNCIA DE MOSTRA I ACCÉS.....	94
2.2 DEFINICIÓ DE LA MOSTRA D'ESTUDI.....	95
2.3 DEFINICIÓ DE LES VARIABLES.....	96

2.4	ASPECTES ÈTICS I MEDICOLEGALS.....	98
2.5	ANÀLISI ESTADÍSTIC.....	98
	RESULTATS	101
1	ANÀLISI DESCRIPTIU DE LA MOSTRA.....	104
1.1	ESTUDI DE LES RECLAMACIONS	104
1.2	DESCRIPCIÓ DE LA VARIABLE RESPONSABILITAT	106
2	ASPECTES JUDICIALS DE LES RECLAMACIONS.....	109
2.1	VIA DE RECLAMACIÓ EN PRIMERA INSTÀNCIA	109
2.2	EVOLUCIÓ TEMPORAL DE LA VIA DE RECLAMACIÓ	110
2.3	VIA DE RECLAMACIÓ I RESPONSABILITAT	110
3	DISPOSITIU RECLAMAT.....	112
3.1	CLASSIFICACIÓ DEL CENTRE RECLAMAT.....	112
3.2	LOCALITZACIÓ DEL DISPOSITIU RECLAMAT	120
3.3	ACTIVITAT EN L'ÀMBIT HOSPITALARI.....	122
4	ACTE MÈDIC RECLAMAT.....	126
4.1	ESPECIALITAT DE L'ACTE MÈDIC RECLAMAT.....	126
4.2	TIPUS D'ASSISTÈNCIA	130
4.3	MOTIU DE RECLAMACIÓ	131
4.4	CONSEQÜÈNCIES RECLAMADES.....	136
4.5	ANÀLISI DEL PACIENT AFECTE QUAN HI HA RESPONSABILITAT.....	138
5	ANÀLISI DELS METGES RECLAMATS	143
5.1	NOMBRE DE METGES IMPLICATS EN CADA RECLAMACIÓ.....	143
5.2	ESPECIALITAT DEL METGE RECLAMAT	144
5.3	SEXE DEL METGE RECLAMAT.....	147
5.4	EDAT DEL METGE RECLAMAT.....	149
6	RESUM DE LES DADES MÉS RELLEVANTS	151
	DISCUSSIÓ	155
1	ANÀLISI DESCRIPTIU DE LA MOSTRA.....	159
2	COM ES RECLAMA?	167
3	ON ES RECLAMA?	169
4	PER QUÈ ES RECLAMA?	172
5	A QUI ES RECLAMA?	179
	LIMITACIONS	185
	LÍNIES DE FUTUR	189
	CONCLUSIONS	193
	BIBLIOGRAFIA.....	197
	ANNEX	209

ABREVIATURES

- CAP: Centre d'Atenció Primària
- CCMC: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya
- COT: Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia
- COMB: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
- CUAP: Centre d'Urgències d'Atenció Primària
- EA: Esdeveniment Advers
- FSE: Formació Sanitària Especialitzada
- GiO: Ginecologia i Obstetrícia
- MFIC: Medicina Familiar i Comunitària
- MIR: Metge Intern Resident
- MUE: Medicina d'Urgències i Emergències
- OMC: Organización Médica Colegial
- RPM: Responsabilitat Professional Mèdica
- SEM: Sistemes d'Emergències Mèdiques
- SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- SRP: Servei de Responsabilitat Professional
- SUH: Servei d'Urgències Hospitalari

ÍNDEX DE TAULES I FIGURES

FIGURES

FIGURA 1: MODIFICAT DE GISBERT CALABUIG ¹	31
FIGURA 2: HIPÒCRATES. MODIFICAT DE ISTOCK	35
FIGURA 3: MÈTODES DE DOCUMENTACIÓ. EXTRET DE FERRARA ET AL. ²⁰	43
FIGURA 4: PROTOCOL DE L'INFORME PERICIAL. GISBERT-GRIFÓ (2018). RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MÉDICO A VILLANUEVA-CAÑADAS (ED), <i>MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA</i> (PP 119-141). ELSEVIER.....	44
FIGURA 5: PROCEDIMENT DEL CCMC DAVANT UNA RECLAMACIÓ. EXTRET D'ARIMANY-MANSO ET AL. ²²	50
FIGURA 6: EVOLUCIÓ ANUAL DE LA VIA DE RECLAMACIÓ. EXTRET DE BENET-TRAVÉ ³⁰	51
FIGURA 7: ESPECIALITATS DELS METGES D'URGÈNCIES HOSPITALÀRIES. ADAPTAT DE GARCIA-PLAZA ET AL. ⁵¹	60
FIGURA 8: AUGMENT DE LA DEMANDA URGENT AL SNS. ELABORACIÓ PRÒPIA. DADES DEL SNS	62
FIGURA 9: CANVIS POBLACIONALS QUE CONDICIONEN L'ACTIVITAT SANITÀRIA: ÍNDEX DE DEPENDÈNCIA I ESPERANÇA DE VIDA. ELABORACIÓ PRÒPIA. DADES INE	62
FIGURA 10: INDICADORS DE SATURACIÓ DELS SUH. ADAPTAT DE BOYLE ET AL. ⁵⁶	63
FIGURA 11: MODEL DE L'ICEBERG. ADAPTAT DE LA PIRÀMIDE DE HEINRICH.....	67
FIGURA 12: FACTORS AFAVORIDORS D'ERRORS A URGÈNCIES. ADAPTAT DE S. TOMÁS ⁶⁶	67
FIGURA 13: FLORENCE NIGHTINGALE (1820-1910). EXTRET DE ISTOCK.....	69
FIGURA 14: MODEL DEL FORMATGE SUÍS. ADAPTAT DE REASON.....	70
FIGURA 15: CAUSES QUE PODEN PROVOCAR UN EA. EXTRET DE L'APEAS ⁷⁹	72
FIGURA 16: PUNTS CLAU DE L'ESTUDI EVADUR ⁷⁰	74
FIGURA 17: EXTRET DE LEAPE, L. ⁸³	74
FIGURA 18: EXTRET DE SWAAN ET AL. ⁸⁶	75
FIGURA 19: FACTORS RELACIONATS AMB L'ERROR DIAGNÒSTIC. EXTRET DE TUDELA ⁸⁴	77
FIGURA 20: EXTRET DE WANSINK ET AL. ¹¹³	82
FIGURA 21: EXTRET DE BENET-TRAVÉ ³⁰	82
FIGURA 22: MODIFICAT DE BENET-TRAVÉ ³⁰	84
FIGURA 23: VARIACIÓ ANUAL DE LES RECLAMACIONS. EXTRET DE BROWN ⁹⁴	85
FIGURA 24: NOMBRE DE RECLAMACIONS I RELACIÓ AMB LA INDEMNITZACIÓ. EXTRET DE BROWN	86
FIGURA 25: DIAGNÒSTICS MÉS FREQUÈNTMENT RECLAMATS. EXTRET DE FERGUSON ¹⁰⁴	86
FIGURA 26: FLUX DE DEPURACIÓ DE LA MOSTRA	95
FIGURA 27: PROCÉS DE RESOLUCIÓ DE LES RECLAMACIONS I OBTENCIÓ DE LA VARIABLE RESPONSABILITAT	96
FIGURA 28: EVOLUCIÓ DE LES RECLAMACIONS AMB RESPONSABILITAT ALS EEUU. EXTRET DE STUDDERT ⁵	164
FIGURA 29: EVOLUCIÓ DE LA VIA DE RECLAMACIÓ A CATALUNYA. EXTRET DE BENET-TRAVÉ ³⁰	167
FIGURA 30: EXTRET DE JENA ET AL. NEJM ³³	173
FIGURA 31: VILFREDO PARETO. EXTRET DE WIKIMEDIA	178

TAULES

TAULA 1: RECLAMACIONS ANUALS REGISTRADES AL CCMC (TOTAL) I A URGÈNCIES (MOSTRA).....	104
TAULA 2: DESCRIPCIÓ DE LA RESPONSABILITAT	106
TAULA 3: DISTRIBUCIÓ TEMPORAL DE LA VARIABLE RESPONSABILITAT.....	107
TAULA 4: VIA DE RECLAMACIÓ UTILITZADA.....	109
TAULA 5: ASSOCIACIÓ DE LA VIA DE RECLAMACIÓ I LA RESPONSABILITAT.....	110
TAULA 6: AGRUPACIÓ DELS CENTRES I DISTRIBUCIÓ DE LA MOSTRA D'ESTUDI	113
TAULA 7: VIA DE RECLAMACIÓ SEGONS EL TIPUS DE CENTRE RECLAMAT.....	114
TAULA 8: RELACIÓ VIA DE RECLAMACIÓ I ÀMBIT DEL CENTRE	116
TAULA 9: VIA DE RECLAMACIÓ ALS HOSPITALS SEGONS L'ÀMBIT.....	117
TAULA 10: VIA DE RECLAMACIÓ ALS DISPOSITIUS EXTRAHOSPITALARIS SEGONS L'ÀMBIT	117
TAULA 11: RELACIÓ ENTRE TIPUS DE CENTRE I RESPONSABILITAT.....	118
TAULA 12: RELACIÓ ÀMBIT DEL CENTRE I RESPONSABILITAT	118
TAULA 13: RESPONSABILITAT INTRA I EXTRAHOSPITALÀRIA SEGONS L'ÀMBIT DEL CENTRE	119
TAULA 14: DISTRIBUCIÓ GEOGRÀFICA PER TIPUS DE CENTRE	120
TAULA 15: TAXA DE RECLAMACIÓ PER 100.000 HABITANTS	120
TAULA 16: VIA JUDICIAL PER PROVÍNCIA	121
TAULA 17: RELACIÓ ENTRE RESPONSABILITAT I PROVÍNCIA.....	122
TAULA 18: TAXA DE RECLAMACIÓ PER ACTIVITAT ANUAL	123
TAULA 19: DADES DE RESPONSABILITAT, ACTIVITAT I POBLACIÓ	124
TAULA 20: DISTRIBUCIÓ I FREQUÈNCIA DE LES ESPECIALITATS RECLAMADES	127
TAULA 21: DISTRIBUCIÓ DE LES ESPECIALITATS AGRUPADES	128
TAULA 22: RELACIÓ ESPECIALITAT I VIA JUDICIAL	129
TAULA 23: RELACIÓ ENTRE ESPECIALITAT AGRUPADA I RESPONSABILITAT.....	129
TAULA 24: TIPUS D'ASSISTÈNCIA	130
TAULA 25: RELACIÓ ENTRE TIPUS D'ASSISTÈNCIA I VIA DE RECLAMACIÓ	130
TAULA 26: DISTRIBUCIÓ DELS MOTIUS RECLAMATS.....	131
TAULA 27: MOTIU AL·LEGAT PER RECLAMAR	132
TAULA 28: RELACIÓ ENTRE L'ESPECIALITAT I L'AL·LEGACIÓ O NO D'ERROR DIAGNÒSTIC	133
TAULA 29: RELACIÓ ENTRE ESPECIALITAT I AL·LEGACIÓ D'EXISTÈNCIA DE SEQÜELES	134
TAULA 30: VIA DE RECLAMACIÓ QUAN EL MOTIU ÉS DIAGNÒSTIC	135
TAULA 31: VIA DE RECLAMACIÓ QUAN ES RECLAMA PER SEQÜELES.....	135
TAULA 32: RELACIÓ ENTRE ERROR DIAGNÒSTIC I RESPONSABILITAT	136
TAULA 33: RELACIÓ ENTRE LES SEQÜELES I LA RESPONSABILITAT	136

TAULA 34: VIA DE RECLAMACIÓ SI ÈXITUS	137
TAULA 35: RESPONSABILITAT SI ÈXITUS	138
TAULA 36: SEXE DEL PACIENT QUAN ES CONFIRMA RESPONSABILITAT	139
TAULA 37: ANÀLISI DE L'EDAT PER FRANGES	139
TAULA 38: EDAT MITJANA SEGONS EL SEXE	141
TAULA 39: SEXE DEL PACIENT AFECTE I VIA DE RECLAMACIÓ	141
TAULA 40: DISTRIBUCIÓ DEL NOMBRE DE METGES PER RECLAMACIÓ	143
TAULA 41: METGES IMPLICATS SEGONS RESPONSABILITAT	143
TAULA 42: ESPECIALITAT REGISTRADA DEL METGE RECLAMAT	144
TAULA 43: AGRUPACIÓ DE L'ESPECIALITAT REGISTRADA	145
TAULA 44: RESPONSABILITAT PER ESPECIALITAT AGRUPADA	146
TAULA 45: RELACIÓ ENTRE RESPONSABILITAT I TENIR O NO ESPECIALITAT	146
TAULA 46: SEXE DEL METGE RECLAMAT	147
TAULA 47: RESPONSABILITAT SEGONS EL SEXE	148
TAULA 48: EDAT DELS METGES RECLAMATS.....	149
TAULA 49: EDAT DEL METGE RECLAMAT PER SEXE	149
TAULA 50: DIFERÈNCIES D'EDAT ENTRE ELS METGES AMB RESPONSABILITAT I ELS QUE NO	150
TAULA 51: DIFERÈNCIES D'EDAT QUAN HI RESPONSABILITAT ENTRE HOMES I DONES	150
TAULA 52: DADES POBLACIONALS EMPRADES PELS DENOMINADORS	223
TAULA 53: EVOLUCIÓ TEMPORAL DE LA VIA DE RECLAMACIÓ	224
TAULA 54: LLISTAT DE CENTRES I CLASSIFICACIÓ	226
TAULA 55: CLASSIFICACIÓ OFICIAL DELS CENTRES	227
TAULA 56: DISTRIBUCIÓ GEOGRÀFICA DELS CENTRES DE L'ESTUDI	227
TAULA 57: DISTRIBUCIÓ GEOGRÀFICA DEL TIPUS DE DISPOSITIU RECLAMAT.....	227
TAULA 58: DISTRIBUCIÓ TEMPORAL DEL DISPOSITIU RECLAMAT	228
TAULA 59: CLASSIFICACIÓ DE LES ESPECIALITATS ANALITZADES	229
TAULA 60: DISTRIBUCIÓ TEMPORAL SEGONS L'ESPECIALITAT AGRUPADA	230
TAULA 61: : EVOLUCIÓ TEMPORAL SEGONS TIPUS D'ASSISTÈNCIA.....	231
TAULA 62: VIA JUDICIAL EN FUNCIÓ DEL TIPUS D'ASSISTÈNCIA	232
TAULA 63: RECLAMACIONS ON HI HA HAGUT UN ÈXITUS PER ANY	233
TAULA 64: ANÀLISI DE LA RESPONSABILITAT PER ESPECIALITAT	235
TAULA 65: ANÀLISI ANUAL DE LA RESPONSABILITAT PER SEXE	240

GRÀFICS

GRÀFIC 1: PROPORCIÓ DE RECLAMACIONS A URGÈNCIES PER ANY	105
GRÀFIC 2: TAXA DE RECLAMACIÓ PER 100.000 HABITANTS/ANY	106
GRÀFIC 3: DESCRIPCIÓ DE RESPONSABILITAT	106
GRÀFIC 4: DISTRIBUCIÓ TEMPORAL DE LA VARIABLE RESPONSABILITAT	108
GRÀFIC 5: PERCENTATGE DE RECLAMACIONS AMB RESPONSABILITAT	108
GRÀFIC 6: VIA DE RECLAMACIÓ UTILITZADA.....	109
GRÀFIC 7: EVOLUCIÓ TEMPORAL DE LA VIA DE RECLAMACIÓ.....	110
GRÀFIC 8: DISTRIBUCIÓ DE LA RESPONSABILITAT SEGONS LA VIA	111
GRÀFIC 9: PROPORCIÓ DE RESPONSABILITAT SEGONS LA VIA UTILITZADA	111
GRÀFIC 10: TIPUS DE DISPOSITIU RECLAMAT	113
GRÀFIC 11: ÀMBIT PÚBLIC O PRIVAT DEL DISPOSITIU RECLAMAT	114
GRÀFIC 12: DISTRIBUCIÓ DE LA VIA DE RECLAMACIÓ SEGONS TIPUS DE CENTRE	115
GRÀFIC 13: DISTRIBUCIÓ TEMPORAL DEL DISPOSITIU RECLAMAT	115
GRÀFIC 14: REPRESENTACIÓ DE LA VIA DE RECLAMACIÓ SEGONS L'ÀMBIT D'ASSISTÈNCIA	116
GRÀFIC 15: RESPONSABILITAT SEGONS ÀMBIT DEL DISPOSITIU	119
GRÀFIC 16: REPRESENTACIÓ DE LA VIA JUDICIAL PER PROVÍNCIA	121
GRÀFIC 17: EVOLUCIÓ TEMPORAL DE LA TAXA DE RECLAMACIÓ	123
GRÀFIC 18: TAXA DE RESPONSABILITAT PER ACTIVITAT ALS SUH	124
GRÀFIC 19: TAXA DE RESPONSABILITAT CONFIRMADA PER 100.000 HABITANTS I ANY.....	125
GRÀFIC 20: DISTRIBUCIÓ DE LES ESPECIALITATS AGRUPADES	128
GRÀFIC 21: MOTIU DE RECLAMACIÓ	131
GRÀFIC 22: DISTRIBUCIÓ DE L'ERROR DIAGNÒSTIC SEGONS ESPECIALITAT	133
GRÀFIC 23: DISTRIBUCIÓ DE L'AL·LEGACIÓ PER SEQÜELES SEGONS ESPECIALITAT	134
GRÀFIC 24: EVOLUCIÓ TEMPORAL DE LES RECLAMACIONS PER ÈXITUS.....	137
GRÀFIC 25: EVOLUCIÓ TEMPORAL DE LA VIA DE RECLAMACIÓ QUAN HI HA UN ÈXITUS	138
GRÀFIC 26: DISTRIBUCIÓ DE L'EDAT DEL PACIENT ADULT AFECTE.....	140
GRÀFIC 27: DISTRIBUCIÓ DE L'EDAT DEL PACIENT MENOR AFECTE	140
GRÀFIC 28: DISTRIBUCIÓ DEL SEXE PER VIA DE RECLAMACIÓ.....	142
GRÀFIC 29: AGRUPACIÓ DE L'ESPECIALITAT REGISTRADA	145
GRÀFIC 30: SEXE DEL METGE RECLAMAT.....	147
GRÀFIC 31: EVOLUCIÓ TEMPORAL DE LA RESPONSABILITAT PER SEXES.....	148
GRÀFIC 32: DIFERÈNCIA DE L'EDAT SEGONS EL SEXE DEL METGE RECLAMAT	149
GRÀFIC 33: DISTRIBUCIÓ TEMPORAL DEL DISPOSITIU RECLAMAT	228

GRÀFIC 34: DISTRIBUCIÓ TEMPORAL SEGONS L'AGRUPACIÓ D'ESPECIALITAT	230
GRÀFIC 35: EVOLUCIÓ TEMPORAL SEGONS TIPUS D'ASSISTÈNCIA	231

JUSTIFICACIÓ

La seguretat clínica és un pilar fonamental de la sanitat ja que contribueix a la millora contínua. Una font d'estudi és l'anàlisi de l'error a través de les reclamacions per responsabilitat professional per tal de detectar les àrees de més risc.

L'atenció urgent és un àmbit de la medicina poc estudiat a nivell de reclamacions en el nostre entorn ja que no existeix actualment una especialitat que permeti agrupar els professionals que hi treballen. Per una altra banda s'hi atén pràcticament tot el ventall d'àrees de la medicina i en entorns diversos, des de l'atenció extrahospitalària fins a serveis d'urgències de grans hospitals.

Fins al moment actual no existeixen estudis que relacionin l'atenció urgent i el risc de patir una reclamació judicial per via civil o penal en el nostre medi. La revisió de la literatura mostra en canvi que sí que existeix preocupació entre els professionals que treballen en l'àmbit de les urgències sobre aquest motiu i que condiona un augment de la despesa sanitària de manera directa (a través de la medicina defensiva) i indirecta (augment del *burn out*).

La propera creació de l'especialitat de medicina d'urgències planteja el dubte de si es tractarà d'una especialitat d'alt risc per rebre reclamacions o no, pel que es planteja l'estudi com a eina per facilitar dades sobre la pressió judicial que pot existir en aquests serveis o sobre aquests professionals.

S'estructura doncs un marc teòric on s'ofereix al clínic informació sobre què és la Responsabilitat Professional Mèdica i quina és la situació actual de les reclamacions per aquest motiu; seguidament es contextualitza l'atenció urgent, contrastant les particularitats que la caracteritzen: on es desenvolupa, l'activitat assistencial que realitza i el tipus de professional que hi treballa, ja que divergeix de la resta d'especialitats al no estar reconeguda formalment. Finalment s'emmarca el paper de les reclamacions dins la seguretat clínica com a eina de millora.

A continuació es presentarà la metodologia de l'estudi, els resultats obtinguts i la discussió per donar lloc a les conclusions finals.

MARC TEÒRIC

1 MEDICINA LEGAL I FORENSE

1.1 INTRODUCCIÓ A LA MEDICINA LEGAL

La Medicina Legal és la branca de la medicina que s'ocupa dels problemes relacionats amb el Dret. Té un contingut evolutiu segons les necessitats que s'han anat plantejant a cada època en termes socials i jurídics de la Medicina. Tot i això, té una descripció constant: "és la disciplina de la ciència mèdica que s'ocupa de la resolució dels problemes que planteja el Dret, que contribueix al perfeccionament de les normes jurídiques i col·labora amb la societat i els particulars en la resolució dels seus litigis i controvèrsies quan aquestes tenen un substrat biològic"¹. Forma part de les anomenades disciplines medicosocials com la medicina preventiva o la medicina del treball entre d'altres.

El Professor Pere Mata i Fontanet (Reus, 13 de juliol 1811 – Madrid, 27 de maig de 1877) va ser un protagonista impulsor de l'especialitat i la creació del cos de metges forenses. L'any 1843 a través del conegut com a "pla Mata", va incloure la Medicina Legal a la llicenciatura de Medicina i Cirurgia, creant la primera Càtedra de Medicina Legal. El Dr. Mata, estudiós de la medicina forense i especialment de la psiquiàtrica legal i forense va creure necessària l'existència d'uns metges al servei de la Justícia que col·laboressin amb els jutges en la resolució des casos mèdics o biològics que es plantegessin, actuant d'assessors o pèrits. Les seves tesis es van veure reflectides en diversos articles de la Llei de Sanitat de 1855 i va ser al 1862 quan es va crear de manera definitiva el Cos de Metges Forenses adscrits als jutjats². La *Ciència forense* que va anomenar Mata ha anat adequant-se a la infinita evolució de la ciència i la tecnologia, generant un gran entramat de recursos i possibilitats com es mostra gràficament a la Figura 1.

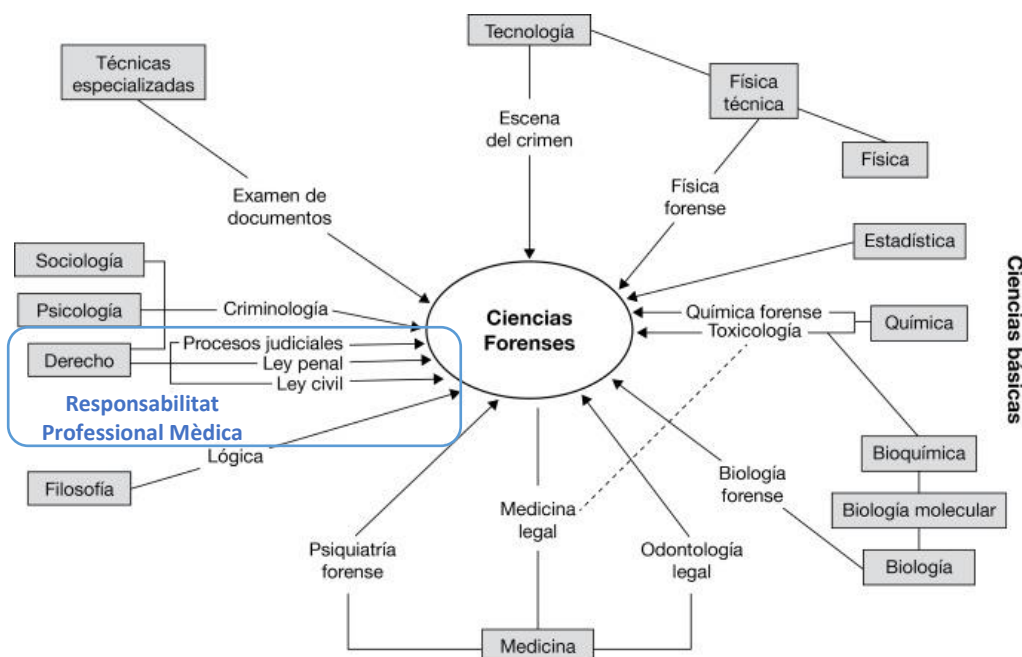


FIGURA 1: MODIFICAT DE GISBERT CALABUIG¹

La complexitat i rellevància d'aquesta especialitat mèdica, guanya encara més pes si entenem que en cada acte mèdic hi ha un dret fonamental del pacient en joc, que darrere de cada decisió ètica hi ha una qüestió jurídica i que per resoldre totes aquestes qüestions, s'han de tenir coneixements medicolegals.

La Medicina Legal i Forense abasta diferents àmbits del dret, com el penal, el civil o el laboral. La valoració medicolegal de la praxi mèdica o l'anàlisi de la responsabilitat professional és, des de fa dècades, un tipus de perícia de molta rellevància per les seves repercussions.

1.2 CONCEPTES I DEFINICIONS

Per tal de facilitar la lectura a persones no familiaritzades amb terminologia legal i per aprofundir en el coneixement del què s'exposarà a continuació, es descriuen conceptes que s'aniran repetint al llarg del manuscrit³.

- MALA PRAXI

Etimològicament significa mala pràctica. Indica que un acte mèdic no s'ha ajustat a la *lex artis ad hoc* (*standard of care* en terminologia anglosaxona), és a dir, al procediment correcte.

Inclou els actes professionals fets amb negligència o imprudència, i també aquells que s'han fet sense tenir els coneixements i habilitats necessàries. Es tracta de mala praxi real quan un resultat ha estat negatiu i les actuacions mèdiques no eren correctes per diferenciar-ho de la mala praxi aparent quan ha esdevingut un resultat negatiu però amb una actuació mèdicament correcte.

- NEGLIGÈNCIA

Aquest terme s'aplica quan s'ha realitzat un acte de qualitat deficient, ja sigui per falta d'atenció o per imperícia, o s'ha deixat de fer una acció que s'havia d'haver efectuat.

- IMPRUDÈNCIA

Es manifesta quan s'actua sense atendre a la precaució recomanable per descuit, lleugeresa o precipitació.

- DELICTE

Acció prohibida per la Llei, segons l'ordenament jurídic de cada estat, sota l'amenaça d'una pena greu. Acció o omissió culposa o conducta dolosa tipificada i penada pel codi penal.

- ERROR MÈDIC

L'error mèdic segons la OMS és qualsevol falla ocorreguda durant l'atenció de salut que hagi causat algun tipus de dany al pacient i l'origen del qual pot relacionar-se amb l'organització i

implementació del servei, a través de múltiples i complexos mecanismes. Cap especialitat mèdica n' està exempta.

- DEMANDA

Petició escrita del litigant davant el jutge per la qual li sotmet la seva pretensió de demanar una sentència favorable al seu interès, en forma d'indemnització econòmica. És de caràcter civil o també ho pot ser en jurisdicció Contenciosa-administrativa i Social.

- DENÚNCIA

Manifestació verbal o escrita davant les autoritats judicials o les forces o cossos de seguretat de l'estat d'un fet legalment punible. Sempre és de caràcter penal.

- RECLAMACIÓ PER DANY EN L'ATENCIÓ SANITÀRIA

Acte pel qual el perjudicat detalla el que presumptament va fer malament el metge i va causar un dany. Pot anar adreçada al metge, al Servei de Responsabilitat Professional del Col·legi, a la institució, l'administració sanitària o la companyia asseguradora. En comptades ocasions, a tribunals d'arbitratge.

- QUERELLA

És la declaració escrita que una persona realitza per a posar en coneixement del Jutge uns fets que entén que poden constituir delictes. A través d'aquesta, el querellant sol·licita l'inici d'una causa criminal en la qual, si s'accepta, s'investigarà per part del Jutge la comissió del presumpte delictes i es personarà com a part acusadora en el procediment.

- ACORD EXTRAJUDICIAL

Negociació prèvia al judici entre els advocats de la part reclamant i la part demandada, en la qual es pacta una indemnització econòmica, o eventualment algun altre tipus d'acord, pel qual el demandant renúncia a qualsevol reclamació ulterior.

- PERITATGE MEDICOLEGAL JUDICIAL

Comprèn la investigació, anàlisi i valoració professional del peritatge en un procediment judicial, amb vista a l'elaboració d'un informe pericial. Ha de realitzar el recull de totes les proves a les quals pugui accedir i que serveixin per fonamentar la seva opinió, d'acord amb les necessitats i demandes de la Justícia.

- PROCÉS JUDICIAL

Es defineix el procés judicial com una relació jurídica entre el jutge i les parts, que es perfecciona amb la contestació a la demanda (*litis contestatio*); comprèn el conjunt de drets, càrregues i obligacions processals assenyalats per la legislació rituària i té per objecte provar la relació

material deduïda en judici per la doble obligació que el jutge resolgui el litigi i que les parts se sotmetin a la seva decisió.

- SOBRESÈÏMENT O ARXIU

Resolució judicial que posa fi al procediment penal. El sobreseïment pot ser també total o parcial depenent de si es refereix a tots o algun dels imputats o delictes d'un procés.

- SENTÈNCIA

És una resolució judicial que posa fi al litigi. Per tant, reconeix la raó o el dret a una de les parts. La sentència absolutòria és aquella que dona la raó a l'investigat o demandat. La sentència condemnatòria, en canvi, acull les pretensions del demandant o acusador. La sentència pot ser ferma, quan no es pot interposar cap recurs o recurrible.

2 LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL

2.1 INTRODUCCIÓ A LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL

Les reclamacions contra metges per presumptes errors, imprudències, negligència o per qualsevol dany durant l'actuació mèdica, van augmentar molt durant les dècades 80-90⁴, però tendeixen al descens des de l'any 2000⁵. En canvi, la pressió judicial que pateixen els facultatius és una preocupació creixent que té gran impacte social, mediàtic i econòmic.

L'exercici de la Medicina mai ha estat lliure de riscos, complicacions i sospita. El dany produït pels metges ha estat motiu de preocupació des de fa segles i ja s'hi fa referència en textos babilònics, a l'antiga Mesopotàmia (segle XVIII aC) on es va descriure el *Codi de Hammurabi*. Aquest codi recollia les lleis que el Déu Marduk enumerava per fomentar el benestar de les seves gentes i inclou 11 lleis de les 282 escrites que es dediquen a la medicina, establint drets i obligacions dels metges.

A l'Antic Egipte, el "Llibre Sagrat" feia referència a la importància del compliment de les normes, emparant a tots aquells que s'hi ajustaven, independentment del resultat obtingut. A la cultura romana es fa referència, per exemple, a la reparació de les lesions causades per metges: *Lex Cornelia de injuriis*, *Lex Aquilia* que bàsicament imposava penes en forma d'indemnització econòmica i que depenien de la condició de llibertat o esclavitud de l'afectat.

Al voltant del 400 aC Hipòcrates va elaborar el *Jurament Hipocràtic* que tenia un enfoc molt més ètic i deontològic i que ha adquirit un valor simbòlic que ha perdurat fins a l'actualitat.

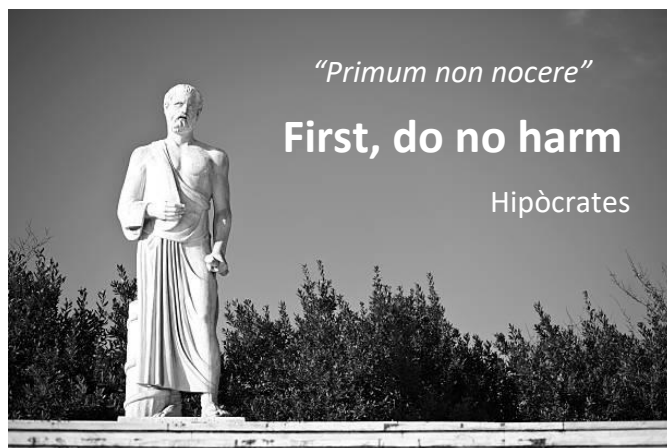


FIGURA 2: HIPÒCRATES. MODIFICAT DE ISTOCK

La responsabilitat mèdica perd interès durant l'Edat Mitjana i fins el segle XX en què certes activitats realitzades durant la Segona Guerra Mundial per metges a l'holocaust nazi van sortir a la llum, qüestionant i posant en dubte tota l'activitat mèdica. A partir de la creació del Codi de Nuremberg l'any 1949⁶, es centra l'atenció mèdica en el pacient i la seva seguretat i fou Ernest A. Codman (1869-1940) el pioner en analitzar aquells casos clínics que no anaven bé als hospitals.

Paral·lelament, existeix un ràpid augment de la tecnologia, la complexitat i la subespecialització. Això comporta més processos diagnòstics i terapèutics no lliures de risc, així com major informació del pacient. Aquesta evolució va de la mà d'un gran canvi social. En pocs anys, la Medicina ha deixat de ser merament paternalista i inqüestionable, per donar lloc a una Medicina centrada en el pacient ben format i informat, amb plena autonomia i capacitat de decisió, amb la qual cosa és més demandant d'atenció i informació.

La millora de les possibilitats diagnòstiques i terapèutiques han contribuït a un augment franc en el nombre de reclamacions a Espanya. Com exemple, el SRP del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, va comptabilitzar 89 reclamacions i 109 metges implicats l'any 1986, mentre que l'any 2019 eren 327 expedients. Aquest augment en el nombre absolut no ha d'alarmar per si sol, ja que, com veurem més endavant, va en clara relació amb un augment en la freqüentació del sistema sanitari i dels metges assegurats.

Els factors que poden haver contribuït a l'increment de les reclamacions són múltiples. Per una banda els pacients han augmentat la seva autonomia i capacitat de decisió (consentiment informat); per altra, l'augment d'informació ha estès la creença que, degut als avenços tècnics i tecnològics, es poden rebre sempre millors resultats i a més, són millors coneixedors dels seus drets i els reclamen⁴.

Actualment la responsabilitat professional mèdica no es regeix de manera específica, pel que està regulada pel Codi Civil o pel Codi Penal segons quin supòsit valori.

La responsabilitat professional mèdica va de la mà de la seguretat del pacient i la seva evolució temporal és paral·lela, com veurem més endavant.

2.2 CONCEPTE DE RESPONSABILITAT PROFESSIONAL

Etimològicament, el terme responsabilitat prové del llatí: *respondere* i apareix al vocabulari espanyol a partir del segle XIX⁷. L'Institut d'Estudis Catalans -Diec2 la defineix com⁸:

1 f. [LC] Qualitat de responsable.

2 f. [LC] Capacitat de respondre d'alguna cosa, de garantir la realització d'una tasca, el compliment d'un deure, de donar-ne raó.

3 [AD] [DR] **responsabilitat administrativa** Obligació que l'Administració pública té d'indemnitzar qui, per culpa d'aquella, ha estat lesionat en els seus drets i de demanar comptes a les autoritats, als funcionaris i als altres agents sobre l'exercici de llurs càrrecs.

4 [AD] [DR] **responsabilitat civil** Responsabilitat jurídica en virtut de la qual hom té obligació de respondre dels actes propis o d'altri.

5 [AD] [DR] **responsabilitat contractual** Responsabilitat civil del deutor que no pot o no vol complir la seva prèvia obligació i que resta compromès a complir-la en virtut d'un contracte.

6 [DR] **responsabilitat extracontractual** Responsabilitat civil que brolla de tot dany, culpós o no, amb independència de qualsevol contracte.

7 [AD] [DR] **responsabilitat penal** Responsabilitat jurídica en virtut de la qual hom és afectat pels efectes legals derivats de la comissió d'un delictes.

Els principis sobre els quals es basa la responsabilitat són els següents³:

1. Tota persona està obligada a no fer mal a un altre.
2. Tot dany infringit a un altre genera l'obligació de respondre i reparar el dany produït o les seves conseqüències.
3. L'obligació de respondre, normalment en forma d'una indemnització econòmica, per compensar el dany o perjudici causat.

En l'àmbit de la Medicina, interessa de forma específica el concepte de responsabilitat mèdica. Sense anomenar-se així, ja es feia referència a aquest concepte durant el segle XVIII aC, com hem vist anteriorment⁹.

Gisbert Calabuig defineix la responsabilitat professional mèdica com "la responsabilitat que tenen els metges de reparar i satisfer les conseqüències dels actes, omissions i errors voluntaris, i fins i tot involuntaris dins de certs límits, comesos durant l'exercici de la seva professió"¹. La responsabilitat del metge no es vincula als resultats, si no al fet de no haver posat a disposició dels pacients els mitjans adequats, d'acord a les circumstàncies i els riscos inherents a cada procediment¹⁰. És a dir, el metge assumeix una obligació de mitjans i no de resultats, el que significa que està obligat a una correcta aplicació de la *Lex artis* o com es coneix en l'àmbit anglosaxó *standard of care*, però no pot garantir plenament l'èxit en cada acte mèdic. La

obligació de mitjans comprèn la utilització de tants recursos com es coneguin d'acord a les circumstàncies dels pacients, donar informació al pacient o a la família del diagnòstic, tractament, riscos que es presenten i assegurar continuïtat fins a l'alta¹¹. La *Lex artis* és doncs, intrínsecament, canviant en el temps.

El metge és responsable de tot allò que no s'adeqüi a la tècnica correcta (*Lex artis ad hoc*, *Standard of care*), la denominada "normopraxi clínica assistencial" definida pel Dr. Rodríguez Pazos que engloba el conjunt de regles o tècniques a les que s'ha d'ajustar un facultatiu en l'exercici d'una activitat^{12,13}.

Per determinar si existeix responsabilitat del metge en alguna actuació, el jutge tindrà en compte si es va actuar amb atenció, meticulositat, perícia i prudència en cadascun dels processos clínics: estudi del pacient, diagnòstic, procediments terapèutics triats i competència en l'aplicació i posterior seguiment¹⁴. Caldrà ajustar l'anàlisi al cas concret i al moment particular i aquest és el concepte de *lex artis ad hoc*: el diagnòstic, tractament i seguiment clínics aplicats en relació als procediments diagnòstics i terapèutics acceptats habitual i comunament en un cas com el que es valora i en les circumstàncies concretes de l'assistència¹⁵, per assegurar la individualització en l'avaluació del cas.

Aquesta definició ha desplaçat la diferenciació clàssica entre medicina curativa i satisfactiva, ja que, des del 2010, la jurisprudència del Tribunal Suprem conclou que la obligació dels metges és sempre de mitjans, amb independència de que es tracti de medicina curativa o satisfactiva¹⁶.

2.3 TIPUS DE RESPONSABILITAT PROFESSIONAL MÈDICA

Els actes derivats de l'exercici professional del metge poden donar lloc a diferents tipus de responsabilitat en funció de l'àmbit d'actuació on tenen lloc.

Es pot distingir la responsabilitat penal, civil, contenciós-administrativa i la ètico-deontològica o col·legial.

2.3.1 RESPONSABILITAT PROFESSIONAL PENAL

És la responsabilitat generada pel dany ocasionat en actes o omissions que estan tipificats com a delictes al Codi Penal, suposant la vulneració del Dret Públic. Actualment es distingeixen dos tipus de conductes penals: les voluntàries o doloroses (conducta intencionada) i les imprudents (per omissió de coneixements). Un metge es pot veure involucrat en un procés penal en diverses circumstàncies⁴:

1. Com tot ciutadà, amb independència de la condició professional.

2. Circumstàncies de responsabilitat mèdica per infracció dolosa de preceptes legals. Entre d'altres, podem destacar: la inducció, la cooperació o la consumació de la inducció al suïcidi; l'eutanàsia activa; l'avortament sense consentiment o amb consentiment fora dels casos permesos per la llei; lesions al fetus; alterar el genotip per manipulació genètica amb fins diferents de l'eliminació o disminució de tares o malalties greus; la producció d'armes biològiques mitjançant enginyeria genètica; la reproducció assistida en una dona sense el seu consentiment; exposició dolosa a radiacions ionitzants, i el delictes o falta d'intrusisme.

3. Certes circumstàncies que suposen augment de la pena per raó de la professió: omissió del deure de socors (es castiga al professional que, estant obligat a això, denegues assistència o abandonés els serveis sanitaris i, com a conseqüència, es derivés un risc per a la salut de les persones); divulgació del secret professional; actes relacionats amb el tràfic de drogues tòxiques, estupefaents o substàncies psicotròpiques (receptació dolosa de béns, cultiu, elaboració); la certificació falsa (augmenta la pena si el facultatiu és funcionari públic).

4. Conductes penades per imprudència professional. El Codi Penal classifica:

- La imprudència greu: és la omissió de les normes elementals de precaució i cautela i en el professional sanitari inclouen: l'homicidi imprudent, l'avortament imprudent, les lesions fetals, la manipulació genètica o la substitució d'infants.
- La imprudència menys greu: són totes les conductes negligents que no poden considerar-se greus.

Aquest tipus de responsabilitat s'exigeix mitjançant una denúncia o querrela criminal i el tribunal competent és el jutjat d'instrucció. Les sancions ocasionades per la via penal es diuen penes i es castiguen en forma de multa, inhabilitació professional (privació de l'exercici i la seva titularitat) o privació de llibertat.

Cal destacar que aquestes situacions, a més de la pena privativa de llibertat (presó), comporten sempre la pena d'inhabilitació especial per a la professió, ofici o càrrec durant un temps determinat. Aquesta inhabilitació suposa la privació de la facultat per exercir l'activitat professional durant el temps que determini el tribunal o jutge de forma expressa i motivada en la sentència. La Sala Penal del Tribunal Suprem ha manifestat en sentència que quan un facultatiu compleix una pena d'inhabilitació, aquesta s'estén a l'exercici de tota la medicina, sense que es pugui limitar a l'especialitat. Les condemnes penals porten aparellada una pena civil, amb obligació de compensació econòmica del dany causat a la víctima.

2.3.2 RESPONSABILITAT PROFESSIONAL CIVIL

El Dret Civil és el dret privat que regula les relacions de les persones amb els altres. En l'àmbit mèdic, la responsabilitat Civil consisteix en la obligació del metge de reparar el dany o perjudici causat durant la seva activitat professional, per tant, la via de reclamació més freqüent és precisament la via civil¹⁰.

La responsabilitat civil neix de la llei, dels contractes i dels actes i omissions il·lícits o en els que intervé la culpa o la negligència (article 1.089 del Codi Civil). Comprèn la restitució, la reparació del dany causat i la indemnització dels perjudicis.

És exigible al professional, a la societat professional, al centre privat o a les seves companyies asseguradores, i es castiga amb una sanció econòmica en forma d'indemnització. Es formula a través d'una demanda civil i el tribunal competent és el jutjat de primera instància³. La sanció d'una infracció produïda per la via Civil serà una indemnització.

Se'n distingeixen tres tipus:

- Responsabilitat civil contractual: És pròpia de la medicina privada. És un contracte bilateral i consensuat, és a dir, amb coneixement previ de les parts que hi intervenen. És principalment un contracte de mitjans i no de resultats a excepció d'algunes situacions específiques que el Tribunal Suprem anomena de "medicina voluntària" com és el cas de cirurgia plàstica, la odontologia i la vasectomia dins la urologia.
- Responsabilitat civil extracontractual: Neix del dany ocasionat per acció o omissió intervenint-hi la culpa o la negligència (article 1.902 del Codi Civil).
- Responsabilitat civil d'origen penal: Aquest tipus de falta va unit a una sanció de caràcter penal i correspon a la reparació del dany tipificat com a tal.

En matèria de responsabilitat civil, és necessari demostrar el dany amb proves que justifiquin el dany o perjudici causat, el que s'anomena "càrrega de prova", que recau sobre la persona demandant. En moltes ocasions però, serà el propi metge qui acrediti que ha actuat conforme la *Lex artis* i per això queda lliure de responsabilitat.

Les actuacions mèdiques que acumulen un major nombre de demandes són: la denegació o insuficient assistència, la falta o insuficiència de consentiment, els errors diagnòstics o de tractament, la manca de seguiment, la violació del secret professional, la manca d'informació (condemnat fins i tot en situacions que l'assistència és bona⁴), el dany desproporcionat o la pèrdua d'oportunitat.

2.3.3 RESPONSABILITAT CONTENCIÓS-ADMINISTRATIVA

És la via de reclamació de danys i perjudicis per presumpta atenció sanitària deficient contra l'Administració sanitària o centres contractats o concertats. A diferència de la via Penal o Civil en què cal demostrar que hi ha hagut una falta mèdica, en aquest cas, només caldrà justificar que s'ha produït un dany i que existeix relació causal entre l'atenció sanitària i el perjudici.

En aquest cas, es presenta reclamació patrimonial a l'Administració (Departament de Salut) i si s'escau, demanda al jutjat contenciós administratiu.

Aquest tipus de responsabilitat té unes característiques específiques. És unitària, afecta totes les Administracions Públiques. És directa, la responsabilitat patrimonial s'exigeix i s'imputa directament a l'Administració, tant si el dany s'ha causat de forma impersonal com si s'ha causat per un agent de l'Administració. És objectiva, de manera que és aliena als conceptes de culpa o negligència: atén només el fet danyós.

S'ha de tenir en compte que les empreses asseguradores de salut o la mateixa Administració, quan són condemnades a pagar indemnitzacions per mala praxi dels seus professionals poden repercutir contra el metge considerat culpable per rescabalar-se el cost de la condemna.

2.3.4 RESPONSABILITAT ÈTICO-DEONTOLÒGICA I COL·LEGIAL

És la responsabilitat que resulta de l'incompliment dels deures establerts per les normes regulades pels estatuts generals de la Organització Mèdica Col·legial i el Codi de Deontologia Mèdica de Catalunya. Aquests codis no constitueixen únicament un tracte de deures morals sinó que determinen obligacions pels col·legiats¹⁷.

Aquests fets seran valorats per les pròpies Comissions Deontològiques dels Col·legis de Metges. Les funcions de les comissions deontològiques es defineixen i es recullen als estatuts col·legials i en el cas del Col·legi de Metges de Barcelona (COMB) també s'encarrega d'assessorar la Junta de Govern en les qüestions relatives a la ètica mèdica i la deontologia professional. Està integrada per 29 membres designats per l'actual Junta de Govern i ratificats per l'Assemblea de Compromissaris.

Entre les seves principals funcions destaquen¹⁸:

- Assessorar la Junta de Govern en els àmbits d'ètica i deontologia.
- Vetllar per la revisió i actualització del Codi Deontològic.
- Promoure la formació i difusió de la ètica i deontologia mèdiques entre els col·legiats.
- Identificar i promoure el debat i el posicionament entre noves situacions de la pràctica professional que plantegin dilemes morals.

2.4 ELEMENTS CONSTITUTIUS DE LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL MÈDICA

Els tribunals consideraran que existeix responsabilitat professional mèdica quan es donin els requisits recollits en els elements consecutius que es descriuen a continuació.

2.4.1 OBLIGACIÓ PREEXISTENT

És l'element fonamental de la responsabilitat professional mèdica en els casos en què la omisió de prestació dels serveis o atencions mèdiques constitueixen l'origen del presumpte dany o perjudici¹. Caldrà demostrar que en aquell cas en concret, un professional mèdic determinat, tenia la obligació d'actuar com a tal en el precís moment.

2.4.2 FALTA MÈDICA O ERROR MÈDIC

La noció de falta en la doctrina jurídica de la responsabilitat mèdica ha evolucionat notablement en els últims anys. A partir de la segona meitat del segle XX, la professió mèdica ha anat perdent les seves característiques "artístiques" per assumir de manera progressiva la condició d'activitat tècnica qualificada.

Per *falta mèdica* s'ha d'entendre la incapacitat, imprudència, falta d'atenció, negligència o el no seguiment de les regles de l'art i la tècnica de curar. És el que els juristes anomenen incompliment de la *lex artis*: falta d'adequació de l'exercici mèdic, en un determinat moment, al que és la norma segons els coneixements de la ciència mèdica.

En qualsevol cas, la prova pericial serà clau per a que el magistrat pugui determinar el grau de la falta mèdica comesa, que com a norma general, es divideix en falta lleu, greu o gravíssima en el que els juristes anomenen *ignorància inexcusable*.

2.4.3 EL DANY O PERJUDICI CAUSAT

Per poder parlar de responsabilitat mèdica, és necessari que la falta comesa hagi provocat un dany real (mort, lesions físiques o psíquiques i/o patrimonials) al pacient, la família o fins i tot a tercers. Aquests danys poden afectar:

- Al pacient: és el cas més freqüent i poden ser somàtics (empitjorament, complicacions, trastorns i mort), pecuniaris (despeses generades per allargament de malaltia, consultes a especialistes, etc.) o bé morals (situacions d'impacte emocional que generen impotència, inquietud, temor).
- Parents del malalt: els perjudicis són exclusivament morals i econòmics.
- Un tercer: també té en compte danys morals i econòmics.

2.4.4 LA RELACIÓ DE CAUSALITAT

Per tal que el perjudici causat durant l'assistència mèdica, obligui a la restitució o compensació del dany, ha d'existir una relació directa entre l'acte mèdic i el dany causat¹. Aquest element constitutiu tan obvi és sovint el més difícil de justificar degut a la pluralitat de les causes.

Tot i existir diferents criteris a valorar, en Medicina Legal, l'únic acceptable és el criteri de la causa adequada. Segons aquest criteri, només es pot considerar causa aquell esdeveniment que, segons el curs natural de les coses, és capaç de produir l'efecte lesiu present, que és suficient per explicar la conseqüència.

La perícia mèdica en els procediments de responsabilitat professional, té com a objectiu establir el nexce de causalitat entre el dany i l'acció mèdica.

2.5 VALORACIÓ PERICIAL EN LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL

La prova pericial mèdica és una declaració de coneixement a la que arriba un perit sobre els fets que han motivat el procés o de les investigacions realitzades sobre els principis de la ciència mèdica. L'informe pericial mèdic és imprescindible per valorar la praxi en reclamacions d'actes mèdics. Es realitza davant un jutge o de forma extrajudicial i està regulada per les lleis processals (Criminal o Civil). El peritatge mèdic serveix per assessorar l'Administració de Justícia i per això calen coneixements científics, processals i medicolegals^{4,19}.

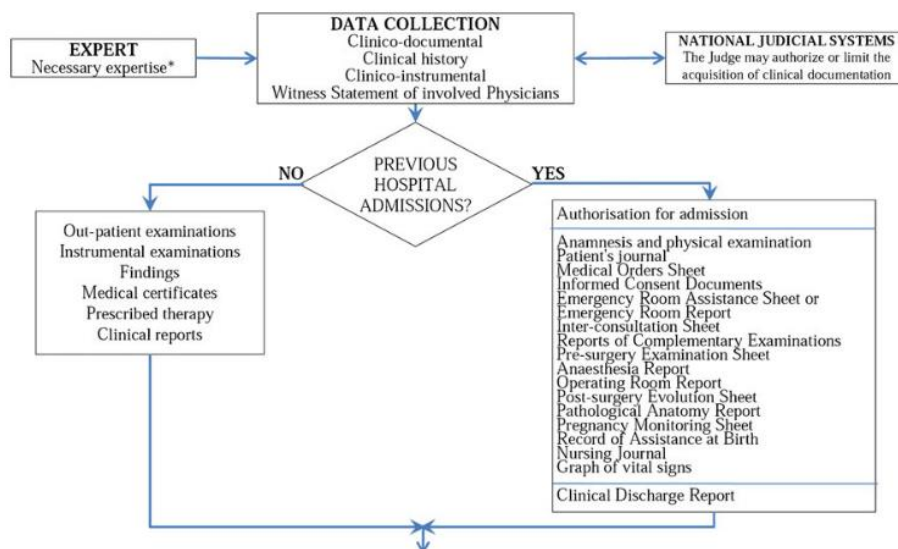


FIGURA 3: MÈTODES DE DOCUMENTACIÓ. EXTRET DE FERRARA ET AL.²⁰

En els procediments judicials per imprudència mèdica, la prova fonamental és la pericial medicoforense, sense que determini el resultat del procediment.

L'informe pericial en casos de valoració d'assistència mèdica ha d'incloure¹:

- Filiació i titulació del pèrit i motiu de la perícia.
- Mitjans de valoració: contingut de la denúncia, querella o demanda, de les declaracions del perjudicat, dels investigats o demandats, dels testimonis, informes mèdics, història clínica, exploracions complementàries, bibliografia mèdica sobre el tema i la pròpia exploració clínica o autòpsia.
- Antecedents clínic-assistencials: conèixer el nivell sanitari on s'ha produït l'assistència, mitjans disponibles i els coneixements en el moment en què es va realitzar l'acte assistencial.
- Resultats de l'exploració física o psíquica efectuada o de l'autòpsia i anàlisis complementaris realitzats.
- Consideracions medicolegals, on s'avaluarà la pràctica mèdica dins els cànons de *la lex artis* i *lex artis ad hoc*, estudiant la pràctica mèdica habitual.
- Conclusions medicolegals amb especial concreció de:
 - L'existència o no d'error mèdic i de quin tipus.
 - La presència de dany o perjudici: s'avaluarà tipus de perjudici i seqüeles.
 - Valoració de la possible relació de causalitat entre l'error mèdic i el perjudici apreciat.
 - L'avaluació d'altres circumstàncies concurrents que hagin pogut contribuir al resultat final.
 - L'avaluació del tractament realitzat per assistir el dany.
 - Avaluació de les seqüeles i terminis legals a fi de calcular indemnitzacions. En aquest aspecte, la manca de barems específics per determinar les seqüeles, dificulta la valoració uniforme de les víctimes de pràctica mèdica²¹.

Protocolo o guía de actuación del informe médico pericial en procedimientos por presunta responsabilidad profesional sanitaria
I. Preámbulo
II. Objeto de la pericia
III. Metodología pericial:
A. Estudio minucioso de la denuncia o querella criminal
B. Estudio de declaraciones judiciales: denunciados, denunciantes y testigos
C. Revisión y estudio de toda la historia clínica y las pruebas complementarias
D. Examen clínico y anamnesis en vivos, y autopsia médico-legal en fallecidos
E. Revisión bibliográfica amplia y actualizada (protocolos o guías de actuación!)
F. Estudio de otras pruebas periciales aportadas (Síntesis clínica)
IV. Estudio de la presunta imprudencia o falta médica:
A. Estudio de la praxis médica realizada. Relación de los hechos ocurridos
B. Estudio de la práctica médica habitual (<i>lex artis ad hoc</i>)
C. Estudio comparativo de la práctica médica realizada y la <i>lex artis ad hoc</i> . Consideraciones de Medicina legal: valorar la prestación de cuidados y clasificación del error: <ul style="list-style-type: none">- Defectos en información y/o en el CI- Error diagnóstico o diagnóstico defectuoso- Error terapéutico- Fallo en la vigilancia y/o el control- Error en el tratamiento de complicaciones- Defectos de organización sanitaria: equipo médico, material, listas de espera, etc.
V. Estudio del daño o perjuicio ocasionado:
A. Descripción del daño. Valorar riesgo típico, complicación, daño desproporcionado
B. Valoración del daño corporal: uso analógico de baremos (Ley 35/2015)
VI. Valoración de la relación de causalidad:
A. Teorías de causalidad: causa adecuada; probabilidad estadística o cualificada; pérdida de la oportunidad; creación culposa de un riesgo; <i>but for test-substantial factor test</i> ; cursos causales no verificables. Descartar la existencia de fuerza mayor
B. Criterios clásicos causalidad: topográficos, cronológicos, fisiopatogénicos, clínicos, continuidad evolutiva, verosimilitud, realidad y certeza diagnóstica y de exclusión
VII. Emisión de conclusiones médico-legales:
A. Valoración de la adecuación a la <i>lex artis ad hoc</i> del acto médico
B. Valoración del daño o perjuicio ocasionado
C. Valoración del nexo de causalidad

FIGURA 4: PROTOCOL DE L'INFORME PERICIAL. GISBERT-GRIFÓ (2018). RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MÉDICO A VILLANUEVA-CAÑADAS (ED), *MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA* (PP 119-141). ELSEVIER

Donat el complex i rigorós procés, és recomanable que el pèrit tingui, no només una adequada formació mèdica, sinó també coneixement jurídics que permetin reconèixer el sentit de les qüestions que els juristes puguin plantejar amb una adequada orientació metodològica per l'emissió del seu dictamen. Un bon pèrit ha de ser conscient de l'abast de les conclusions que apareixen als seus informes. Un error professional o un informe pericial poc escrupolós pot comportar errors en les decisions d'un tribunal.

2.6 NIVELLS DE RESPONSABILITAT SANITÀRIA

La responsabilitat s'estén a les persones de les que depengui l'autoria material del delictes. L'extensió de la responsabilitat és rellevant perquè d'ella depèn la obligació de reparar¹.

2.6.1 RESPONSABILITAT DEL METGE

Inclou les faltes comeses pel personal del seu equip, incloent des dels més especialitzats fins a auxiliars de clínica i personal administratiu, la labor dels quals ha d'estar sempre dirigida i supervisada pel facultatiu.

La relació metge-pacient s'ha ampliat al treball en equip dels metges en una relació guiada per l'autonomia del pacient²², pel què el pacient té una major capacitat de decisió (consentiment informat) respecte el procediment mèdic. Aquesta autonomia va de la mà d'un major coneixement dels seus drets, més accés a continguts científics a través de les diferents tecnologies i un augment en la comunicació metge-pacient per canals diferents al presencial, de manera que pot generar mals entesos en el propi pacient o la família.

El pacient doncs, ben informat i coneixedor dels seus drets, els reclamarà si veu que no s'acompleixen.

2.6.2 RESPONSABILITAT DE LES INSTITUCIONS SANITÀRIES

Correspon a hospitals, clíniques, centres d'atenció primària i àrees de salut i afecta al principi d'organització clínica, jerarquia i coordinació. En la pràctica assistencial, la responsabilitat sanitària ha de ser compartida entre el personal sanitari i la institució i/o administració, generant un vincle de responsabilitat.

2.6.3 RESPONSABILITAT DE L'ADMINISTRACIÓ

La seva funció és la correcta planificació de l'assistència sanitària amb la obligació de que no suposi cap risc pels pacients. Cal recordar que la protecció de la salut és un dret constitucional²³.

2.7 ACTES MÉS FREQUËNTMENT RECLAMATS

2.7.1 CONCEPTES JURISPRUDENCIALS

2.7.1.1 Concepte de mala praxi

Com s'ha vist anteriorment, *mala praxi* significa etimològicament mala pràctica, *malpractice* en terminologia anglosaxona, i es tracta d'una terminologia jurídica, no mèdica. Es produeix *mala praxi* en qualsevol acte mèdic que no s'ajusti a la *lex artis* en llenguatge jurídic o a l'*standard of care* de Brown²⁴.

El concepte *normopraxi* té en compte els criteris d'atenció, diligència, perícia i prudència en cada moment del procés assistencial. A continuació s'enumeren les fases del procés assistencial i els criteris a valorar en cada moment:

- Estudi clínic: atenció per l'estudi clínic i diligència pel diagnòstic precoç.
- Diagnòstic: perícia (habilitat).
- Elecció d'alternatives terapèutiques: perícia i cautela assistencials (ponderació risc-benefici).
- Informació: atenció.
- Procediment terapèutic: perícia i prudència.
- Seguiment evolutiu: diligència i prudència.
- Compliment de les normes medicolegals: atenció.

Independentment d'intentar assegurar sempre la normopraxi, la diligència exigible al facultatiu serà la *lex artis ad hoc*, és a dir, s'espera que el metge actuï d'acord a l'estat de la ciència en el moment de l'exercici de la conducta i conforme el conjunt de deures mèdics exigibles.

2.7.1.2 El dany desproporcionat

Es recorre al dany desproporcionat quan un acte mèdic produeix un resultat anormal, insòlit i inusualment greu en relació als riscos que normalment comporta una intervenció quirúrgica o un tractament mèdic. En aquests supòsits, el professional haurà de justificar les circumstàncies en què es va produir el dany i donar una explicació coherent sobre el motiu de la important dissonància que existeix entre el risc inicial i la conseqüència final. L'absència o omissió d'aquesta explicació és la que pot determinar la imputació i crear una deducció de negligència.

2.7.1.3 La pèrdua d'oportunitat

La pèrdua d'oportunitat es defineix com aquell efecte advers que priva al pacient d'unes determinades expectatives de curació o milloria. Es caracteritza per la incertesa sobre si, en cas d'haver-se produït l'actuació mèdica omesa, hagués evitat o millorat un deficient estat de salut del pacient.

Per tal que existeixi una “pèrdua d'oportunitat”, s'ha de complir:

- Que hi hagi una acció o omisió negligent que no sigui la causant del dany.
- Que hi hagi incertesa causal, és a dir, incertesa en la seqüència que haguessin pres els esdeveniments si s'haguessin seguit altres vies d'actuació.
- Càlcul d'oportunitats on s'han de valorar les expectatives que s'han quedat frustrades i quina és la proporció de perjudici que ha causat l'atenció deficient. En aquest cas s'han de tenir en compte les possibilitats reals de guariment o de millora a l'hora de calcular la possible indemnització.

A les reclamacions per responsabilitat professional mèdica, la pèrdua d'oportunitat es pot classificar en tres supòsits diferents:

- Retard diagnòstic: caldrà analitzar si ha estat a conseqüència de no haver realitzat un seguiment adequat, si no s'han realitzat les proves necessàries per a la detecció de la malaltia i l'afectació que pugui haver causat en l'evolució i el pronòstic d'aquesta. Són doncs, aquells actes mèdics, que sense causar dolències, influeixen en el curs i l'evolució de la malaltia per haver-la privat d'opcions de guariment o millora.
- Defecte d'informació: es relaciona amb l'obligació que té el metge d'informar el pacient durant tot el procés assistencial (tractament, riscos, complicacions, alternatives). Aquí recau la importància de l'existència del consentiment informat, i la seva falta pot determinar danys morals per pèrdua d'oportunitat al negar-li al pacient l'opció de decidir sobre les alternatives de tractament.
- Errors d'interpretació ecogràfics: fa referència a la pèrdua d'oportunitat concreta dels progenitors de prendre una determinada decisió d'interrupció de l'embaràs en cas d'haver conegut l'existència d'una malformació fetal.

2.7.2 TIPUS D'ACTES RECLAMATS MES FREQUENTS

En la majoria de reclamacions judicials, no existeixen actes de mala praxi. La reclamació s'interposa perquè s'ha produït un dany que la persona afectada o bé la seva família imputen al facultatiu. Les reclamacions es justifiquen per les següents raons:

- Falta d'informació: Una proporció majoritària dels reclamants refereix una falta d'informació del metge o de l'equip mèdic, ja sigui abans de l'actuació mèdica, o quan ja s'ha produït l'efecte advers. No haver informat prèviament amb suficient precisió dels riscos i complicacions que es podien presentar, o de les dificultats d'aconseguir l'objectiu diagnòstic o terapèutic, és interpretat pel reclamant que no va tenir l'oportunitat de pronunciar-se sobre si acceptava o no el procediment mèdic que li va

causar el dany (pèrdua d'oportunitat). La comunicació de l'error és una obligació ètica i moral i contribueix en la milloria de la seguretat clínica. És una tasca difícil i no ha de ser improvisada, però fer-ho té beneficis sobre el professional, minimitzant l'afectació com a segona víctima²⁵.

- Insatisfacció: Moltes reclamacions es presenten perquè el malalt se sent insatisfet pel resultat d'un acte mèdic i interpreta que hi ha responsabilitat del metge per no haver fet bé les coses.
- Un factor que intervé i afavoreix el major nombre de reclamacions és l'augment de les possibilitats diagnòstiques i terapèutiques, que han conduït a la falsa creença que pràcticament tot té solució en medicina.
- Desproporció: Quan es produeixen danys desproporcionats per complicacions rares o molt lesives en el curs d'un acte mèdic considerat com a banal o poc important, és fàcil que es produeixi una reclamació per reclamar el que es considera injust.
- Voluntat d'evitar mal als altres: Quan els danys ocasionats són importants i es considera que són conseqüència d'una mala praxi, molts reclamants justifiquen com a raó principal de la seva reclamació el seu desig que el jutge apliqui mesures sancionadores, que tinguin una força dissuasiva per evitar que es torni a produir una situació similar i, d'aquesta manera, evitar que altres pacients experimentin en el futur els mateixos efectes adversos que ells han patit.

2.8 RECLAMACIONS PER RESPONSABILITAT PROFESSIONAL

2.8.1 SITUACIÓ DE LA RESPONSABILITAT PROFESSIONAL MÈDICA

2.8.1.1 A NIVELL INTERNACIONAL

El fenomen de les reclamacions va aparèixer als Estats Units com a conseqüència d'un seguit de canvis culturals, socials, estructurals i econòmics. Aquest fenomen, anomenat *malpractice crisis* per Ferrara²⁶, ha esdevingut una pandèmia en la que es reclamen tot tipus d'indemnitzacions per danys patits de manera presumptament injusta. Aquesta crisi ha succeït principalment degut al deteriorament econòmic de les asseguradores que han hagut d'incrementar les primes i reduir l'oferta, dificultant la cobertura a nivell nacional.

En l'àmbit europeu, durant la última dècada també hi ha hagut un notable increment d'aquestes reclamacions amb gran disparitat de criteris en quant la valoració judicial²⁷ i un mateix error s'indemnitza de manera molt desigual fins i tot entre diferents províncies. Això genera sensació d'injustícia i desigualtat.

Com a intent d'harmonitzar aquesta discordança, l'Acadèmia Internacional de Medicina Legal ha elaborat una Guia: *Malpractice and medical liability. European Guidelines on Methods of Ascertainment and Criteria of Evaluation*²⁰ que recull informació bàsica per avançar en la uniformitat de les actuacions pericials en quant a reclamacions per responsabilitat professional²⁸.

2.8.1.2 EN EL NOSTRE ENTORN

A Espanya, les Administracions Públiques van assumir la condició de prenedors d'assegurances de responsabilitat civil en l'àmbit de la pràctica sanitària pública l'any 1991, i asseguren la seva responsabilitat patrimonial i civil dels empleats en l'assistència pública²⁹. La cobertura estatal depèn actualment de grans companyies asseguradores subjectes a possibles canvis imminents degut a la gran dificultat que ha suposat garantir la correcta cobertura de tots els territoris pels augments de primes i costos a diferents comunitats autònomes.

En quant a l'assistència privada, l'article 8 de la Llei 44/2003 d'Ordenació de les Professions Sanitàries obliga a subscriure una assegurança, de manera que existeix una cobertura molt més variada a través de diverses asseguradores.

En qualsevol cas, és necessària una assegurança que garanteixi la cobertura òptima de possibles esdeveniments adversos produïts per defectes de praxi i a la vegada que promogui millores en quant a la seguretat clínica i eviti o previngui una situació de *malpractice crisi* com està succeint a altres països¹⁰.

A Catalunya la situació divergeix de la resta de l'Estat i adquireix unes particularitats que l'han constituït com a referent en l'àmbit de responsabilitat professional. Des de l'any 1993, el model català disposa d'una pòlissa conjunta del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) i el Servei Català de la Salut (CatSalut), la qual cosa garanteix una homogeneïtat en la gestió dels expedients i evita dificultats en la cobertura de sinistres.

Té una gestió coordinada, però individual i independent, pel CCMC en el cas de l'assegurança de facultatius i activitat privada i pel CatSalut per a l'activitat pública. Existeixen casos anomenats "connexes" en que intervé la pòlissa del CCMC i CatSalut conjuntament per defensar els metges de la sanitat pública.

En quant a la pòlissa del CCMC es considera la principal asseguradora de responsabilitat professional a Catalunya, amb més de 26.000 metges assegurats. És d'adhesió voluntària i caràcter col·lectiu, i es gestiona des del mateix col·lectiu mèdic a través del Servei de

Responsabilitat Professional (SRP) del CCMC, a qui la companyia asseguradora delega la gestió²² i és qui té la funció de tramitar i defensar qualsevol reclamació interposada als seus assegurats. A més el SRP té el deure de resoldre les inquietuds dels seus facultatius en matèria de responsabilitat, informar-los i promoure la seguretat clínica a través de l'anàlisi de reclamacions i la gestió de riscos.

El procediment que es realitza enfront una reclamació es descriu gràficament a la Figura 5.

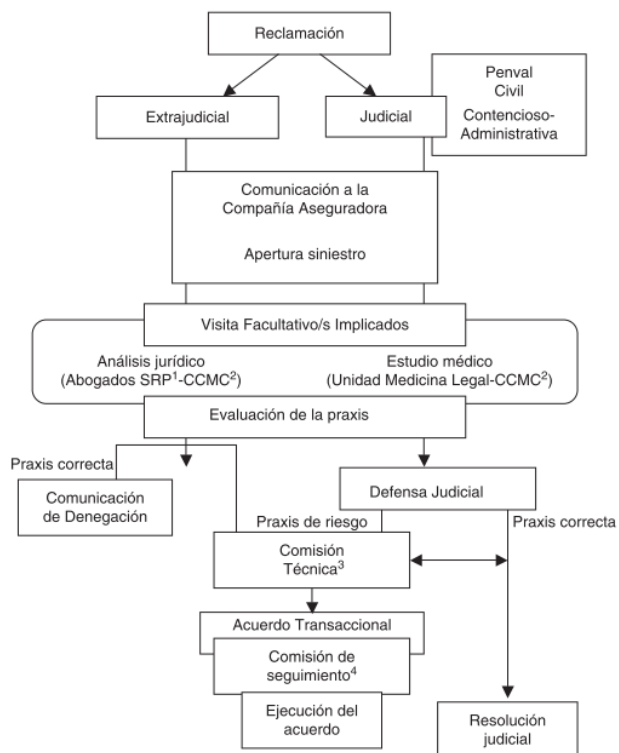


FIGURA 5: PROCEDIMENT DEL CCMC DAVANT UNA RECLAMACIÓ. EXTRET D'ARIMANY-MANSO ET AL.²²

Aquest model resulta beneficiós pel col·lectiu mèdic i per la societat, a la qual presta els serveis, fent una gestió responsable de l'error mèdic i un enfocament extrajudicial dels expedients (amb assumptió de responsabilitat quan existeix defecte de praxi), la qual cosa ha modificat el perfil de reclamacions dels últims anys i ha permès un procés de millora contínua en quan a seguretat clínica i atenció del facultatiu com a segona víctima.

2.8.2 LES RECLAMACIONS PER RESPONSABILITAT MÈDICA, EN XIFRES

El considerable augment de reclamacions que hi va haver a nivell internacional, no sembla reproduir-se en el nostre entorn. Cada sistema sanitari té les seves particularitats i característiques i les diferències culturals i socials influeixen en la relació metge pacient. A

Espanya, la universalitat de la xarxa pública i els honoraris dels facultatius, substancialment més baixos que en altres regions europees, fan que la cultura de la reclamació no hagi assolit l'envergadura d'altres països¹⁰. En la mateixa línia, a nivell econòmic les indemnitzacions més altes (anomenades catastròfiques) es situen al voltant dels 200.000€, lluny dels més de 700.000\$ estatunidencs¹¹, permetent definir l'escenari estatal.

El SRP entre els anys 1986 i 2023 té enregistrats 11.092 expedients amb una mitjana de 346,68 casos/any. Entre els anys 2000 i 2017, la mitjana ha estat de 13,3 reclamacions per cada 1.000 assegurats, mostrant xifres estables des d'aleshores²⁹.

El model implementat al nostre entorn, ha afavorit la gestió extrajudicial dels expedients, desjudicialitzant els procediments. En l'anàlisi del període 1991-2005 es resolía que l'1,33% dels metges assegurats rebia una reclamació i només en el 0,26% s'acabava demostrant responsabilitat professional, resolent-se com acord o sentència condemnatòria²², mentre que el recent anàlisi de Benet-Travé demostra el clar increment de la via extrajudicial en detriment de les vies civil i penal (Figura 6)³⁰.

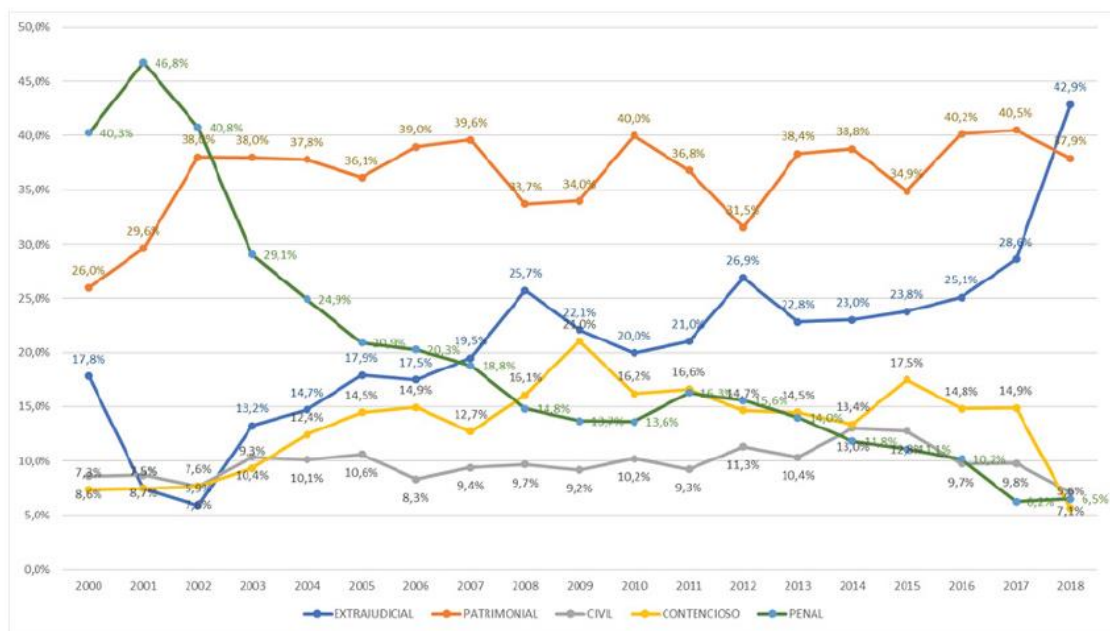


FIGURA 6: EVOLUCIÓ ANUAL DE LA VIA DE RECLAMACIÓ. EXTRET DE BENET-TRAVÉ³⁰

En quant al perfil del facultatiu reclamat, s'han intentat analitzar els factors de risc que porten a més reclamacions. Les dades indiquen que hi ha un predomini de sexe masculí entre els reclamats i entre els subjectes amb una reclamació prèvia que va donar lloc a una indemnització³¹. Igualment, els especialistes amb una reclamació indemnitzada, tenen més risc de rebre noves reclamacions amb indemnització³².

L'especialitat reclamada, també ha estat objecte d'estudi, ja que ens permet diferenciar aquelles especialitats d'alt risc de les que no ho són. En aquest sentit, la literatura americana de Jena³³ mostrava la neurocirurgia, la cirurgia cardioràstica, la cirurgia general, la cirurgia ortopèdica i en cinquè lloc la cirurgia plàstica com a especialitats d'alt risc de reclamació. En el nostre àmbit destaquen les reclamacions en la cirurgia ortopèdica i traumatologia, ginecologia i obstetrícia, cirurgia general, oftalmologia i cirurgia plàstica²².

2.8.3 JUSTIFICACIÓ DE LES RECLAMACIONS

Com s'ha descrit anteriorment, hi ha hagut una explosió en quan el nombre de reclamacions que, tot i haver-se mantingut estables en el nostre àmbit, es deuen a una sèrie de circumstàncies i consideracions múltiples, podent diferenciar causes atribuïbles a canvis socials i altres causes pròpies de l'evolució mèdica^{1,34}.

- Evolució de la Medicina
 - Augment clar i progressiu de l'activitat mèdica³⁵, amb hipermedicalització de la societat que sovint comporta un excés de prestacions sanitàries¹.
 - Progrés de la medicina amb introducció de procediments més eficaços en el tractament i el diagnòstic de determinades malalties, però de més risc degut a més complexitat i tecnificació, comportant més iatrogènia.
 - Augment de la burocràcia institucional que implica el compliment de determinades pautes hospitalàries que poden ser anteposades a l'efectivitat i l'atenció del pacient.
 - Hiperespecialització de la medicina que condueix a camps tant específics que es poden passar per alt aspectes més genèrics de la professió.
 - Despersonalització de la medicina amb sistemes tecnificats, saturats i impersonals.
- Importants canvis socials i de percepció i informació de la medicina:

A partir dels anys 60 es va iniciar la transició des del paternalisme mèdic amb opinions i decisions inqüestionables a la participació del pacient en base el principi d'autonomia, regulat per la Llei 41/2002 de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica³⁶:

 - La divulgació de mèrits científics sovint de forma triomfalista, amb problemes i solucions per tot tipus de dolències, fa que el propi pacient percebi la milloria o curació com a un dret, augmenti de forma considerable les expectatives i per tant condicioni el grau de satisfacció en cas que no s'assoleixi.

- El rebuig cultural al dolor i al patiment. La societat actual és molt menys tolerant front els successos desafortunats i sovint es busquen raons o explicacions que ho justifiquen, amb tendència a creure que tot és evitable.
- El canvi en la relació metge-pacient amb pèrdua de confiança individual i cap al sistema sanitari.
- L'ànsia de guanys econòmics per la via de la indemnització.

2.8.4 DE LES RECLAMACIONS A LA SEGURETAT CLÍNICA DEL PACIENT

Segons Studdert³⁷ hi ha tres objectius a l'hora d'analitzar la mala praxi: detectar pràctiques insegures, compensar les persones danyades a causa d'actes negligents i aplicar justícia correctiva quan calgui. Per tant, com veiem, en primer lloc, es tracta de la seguretat del pacient i d'aprendre de les reclamacions.

Arrel de la publicació del llibre de Linda Khon: *To err is human* l'any 1999³⁸, hi ha hagut una preocupació creixent entre personal sanitari, pacients i la societat en general sobre la seguretat del pacient. Si bé és cert que existeixen els errors, l'objectiu comú de tots ha de ser poder detectar-los, prevenir-los i evitar-los en la mesura del possible.

Els errors succeeixen i, com es veurà més endavant, afortunadament, no sempre comporten conseqüències. En cas d'haver conseqüència o dany, pot existir reclamació. L'anàlisi de les reclamacions, és doncs, font de coneixement i cal estudiar-les i analitzar-les per elaborar mapes de risc, determinar àrees de major complicació, establir els procediments més complexos i elaborar recomanacions per tal de garantir al màxim la seguretat dels pacients. Aquest tema serà desenvolupat en profunditat a l'[Apartat 4](#).

3 MEDICINA D'URGÈNCIES

3.1 INTRODUCCIÓ

La Medicina d'Urgències és aquell àmbit de la Medicina que actua sobre qualsevol malaltia o lesió en el moment agut o en que no es pot retardar l'assistència per l'amenaça imminent que suposa per la salut.

L'atenció urgent és doncs, un dels serveis més visibles que ofereix qualsevol sistema sanitari públic. La qualitat del servei i la percepció que en té la persona prové d'una suma molt específica entre la capacitat de resolució, la seguretat clínica, el tracte interpersonal, la gestió del temps i el confort. Tot emmarcat en la sensació d'incertesa que pateix el ciutadà quan consulta i la presentació més o menys abrupta del propi problema de salut. Per tant, la seva qualitat és un dels principals factors generadors de confiança en el sistema sanitari d'un país i modula l'ús que la ciutadania fa d'aquests serveis.

L'actual realitat sociodemogràfica, amb la població cada vegada més envellida i amb majors desigualtats econòmiques, i els canvis en les necessitats de salut de la població, han portat a un augment de la utilització dels serveis d'urgències. Aquest context fa necessària la constant adaptació dels serveis d'atenció continuada i urgent, organitzats a través d'una xarxa integrada que permeti donar resposta efectiva a les necessitats de la població³⁹.

3.2 CARACTERÍSTIQUES DE LA MEDICINA D'URGÈNCIES

Qualsevol resposta a una urgència mèdica dependrà principalment de la situació del pacient i dels recursos dels que es disposi. A més, un dels factors definitoris de la medicina d'urgències és el factor temps. Tant és així que es diferencien dos conceptes⁴⁰:

- Emergència: situació d'inici brusc que representa risc vital o de funció bàsica que necessita assistència immediata (minuts) i que és objectivable. Aquesta situació obliga a posar en marxa recursos i mitjans especials per prevenir un desenllaç fatal.
- Urgència: situació d'inici ràpid, però no brusc, que necessita assistència ràpida (hores) i pot presentar un component subjectiu.

En aquest últim concepte d'urgència, s'inclouen situacions de diversa tipologia i consideració, per exemple:

- Situacions sense risc vital immediat, però que poden arribar a presentar-lo en un període breu de temps si no es fa un diagnòstic ràpid i s'estableix un tractament precoç. Per exemple una obstrucció intestinal, una pneumònia, etc.

- Situacions sense risc vital on pren especial rellevància un diagnòstic precoç des del punt de vista epidemiològic. Per exemple, una tuberculosi.
- Urgències socials: una deficient assistència social obliga a la immediata resolució de problemes no mèdics.
- Urgències per inadequada o insuficient assistència primària, on el principal problema és la gestió de recursos sanitaris.

Aquestes consideracions i peculiaritats fan que l'assistència urgent s'encarregui de múltiples patologies i situacions i que constitueixi un nivell essencial a la cadena que integra el sistema sanitari ja que és la base de molts dels processos que s'hi generen. En la literatura americana es descriu que tot i que els serveis d'urgències només consumeixen 3 cèntims de cada dolar invertit en salut i només donen feina al 4% de metges americans, gestiona l'11% de visites ambulatòries, el 28% de les visites d'atenció aguda i la meitat d'ingressos hospitalaris⁴¹ constituint, junt a l'atenció primària, la base de la sanitat pública.

Malgrat el clar impacte i rellevància, els serveis d'Urgències són molt "joves" i s'han desenvolupat recentment, constituint de manera progressiva estructures assistencials consolidades i ben organitzades amb alta capacitat resolutiva i de qualitat. Són serveis que es caracteritzen per una elevada freqüentació i càrrega assistencial, on sovint hi ha manca d'informació clínica disponible degut a la pròpia emergència o a l'estat clínic de la persona, i on la presa de decisions succeeix en un entorn de més incertesa que en d'altres àmbits. Les característiques de l'atenció urgent requereixen d'una formació específica, que actualment no està recollida en el marc de la Formació Sanitària Especialitzada (FSE) del sistema espanyol, restant actualment com una especialitat *non nata* a diferència d'altres països, que compten amb un programa específic de formació pels metges d'urgències⁴².

Els sistemes d'emergències han d'assegurar en tot moment una resposta apropiada, eficient i de qualitat a la població, amb l'objectiu de reduir la mortalitat i morbiditat de la persona que pateix la urgència o l'emergència i per dur-ho a terme, el sistema es recolza sobre principis compartits per altres unitats⁴⁰:

- Accessibilitat: els recursos han d'estar disponibles des de qualsevol lloc i en qualsevol moment, així com respondre a criteris de disponibilitat i diversitat en relació amb les particularitats territorials.

- Eficàcia: els serveis han de tenir un funcionament que permeti una reducció màxima dels temps de reacció i atenció. En una emergència, un element determinant en l'evolució és el temps transcorregut fins que es produeix la primera assistència.
- Qualitat: les accions i pràctiques realitzades han d'adaptar-se a cada situació, correspondre a les recomanacions clíniques (protocols), maximitzar les possibilitats de supervivència i evitar les posteriors complicacions.
- Continuitat: el sistema ha de permetre la integració de tots els eslabons de la cadena entre aquests serveis i tota la xarxa de dispositius, tant de l'atenció primària com hospitalària, així com sociosanitària. En aquest sentit ha de permetre el trasllat de pacients als recursos més adients segons el cas.

Aquests principis responen a la trajectòria que ha patit l'atenció urgent a través de la història i que serà revisada a continuació.

En quan al lloc on es desenvolupa l'atenció urgent, cal remarcar que si bé els escenaris són múltiples, en el nostre àmbit es diferencia l'atenció continuada de Centres d'Atenció Primària (CAP o CUAP), els Serveis d'Urgències Hospitalaris (SUH) i els Sistemes d'Emergències Mèdiques (SEM), responsables de l'atenció de la major part de les urgències i emergències extrahospitalàries junt a altres dispositius d'emergències com els bombers. Per a la lectura d'aquest treball, cal puntualitzar que l'anàlisi de les dades es realitza seguint aquesta classificació. En canvi, la revisió teòrica es basa principalment en les dades hospitalàries a nivell universal, ja que són les més extenses i a la vegada homogènies, minimitzant les diferències estructurals i organitzatives que ens trobem als sistemes de salut a nivell internacional.

3.3 HISTÒRIA DE LA MEDICINA D'URGÈNCIES

Es pot afirmar que la Medicina d'Urgències existeix des de l'inici de la humanitat, ja que sempre hi ha hagut lesions o malalties agudes que han requerit acció immediata, en especial si comprometen la vida, un membre o un òrgan vital⁴³. Tot i això, el gran desenvolupament de la Medicina d'Urgències com avui la coneixem, ha estat durant el segle XX i el seu reconeixement i estructuració és posterior als anys 60.

Dels inicis fins a Napoleó

Fins a mitjans del segle XVIII a Europa l'economia es basava fonamentalment en l'agricultura i el comerç i tenia lloc a l'entorn rural. La Medicina estava poc o gens evolucionada en una època

marcada per epidèmies i on patir un accident greu era pràcticament una condemna a mort. La Revolució Industrial a mitjans del segle XVIII engloba el conjunt de transformacions econòmiques, tecnològiques i socials que van influir en tots els aspectes de la vida quotidiana de la societat del moment, traslladant l'economia a l'entorn urbà, industrialitzat i mecanitzat, generant noves necessitats i inquietuds que no s'havien plantejat fins aleshores.

Per un costat van aparèixer els accidents laborals a les fàbriques i els accidents produïts pels productes que es construïen a aquestes fàbriques, com l'automòbil⁴⁴. A més, el trasllat de la població cap a les ciutats i l'aparició de noves malalties sobretot a la població menys afavorida, així com la tecnificació i l'evolució de la medicina, van fer augmentar la demanda de recursos sanitaris, impulsant-se la creació de "Cases de socors" i l'aparició dels primers hospitals.

Per altra banda, la intensitat dels conflictes bèl·lics i la gran mortalitat que causaven, va generar la necessitat d'atendre als lesionats de forma precoç, en un lloc proper al front dels conflictes i en cas de ser necessari, gestionar una ràpida evacuació, creant-se les primeres ambulàncies. Aquestes premisses, les recollia el Baron Dominique Jean Larrey (1766–1842), cap de cirurgia de l'exèrcit de Napoleó, en el seu treball sobre Cirurgia militar: *Memoires de chirurgie militaire et campagnes* (1812)⁴⁵. Els importants avenços en l'atenció mèdica dels lesionats van fer pensar que podria ser beneficiós aplicar els coneixements apresos durant els conflictes bèl·lics a l'atenció prehospitalària i hospitalària de la població civil en èpoques de pau. Va ser aleshores que es va reconèixer la necessitat de contar amb personal mèdic i paramèdic entrenat en l'atenció urgent, especialment del pacient traumatològic, així com equips d'electromedicina i vehicles preparats per al trasllat de pacients⁴³. Al principi doncs, als Serveis d'Urgències hi arribaven els pacients que anteriorment mai haguessin arribat vius a l'hospital.

La Revolució industrial i els primers hospitals

A mitjans de segle XX, la majoria d'hospitals, comptaven amb àrees o dispositius d'assistència urgent que en la literatura anglosaxona anomenaven "*Casualty Department*" (literalment "departament de víctimes"). Hi acudien pacients amb patologia de naturalesa quirúrgica com talls, fractures, etc. No existia la urgència mèdica com la coneixem ara ja que en cas de patir mal de panxa o dolor toràcic, la gent contactava amb el seu metge habitual qui feia una visita al domicili⁴⁶. L'evolució sociocultural, la globalització i els grans fluxos de persones fan que la gent no estigui arrelada enlloc, sense vincles personals ni familiars i per tant, sense metge de família. La medicina general desapareix progressivament a favor dels especialistes i l'accés a la medicina

és a través dels hospitals, principalment les urgències, que tenen la porta oberta 24/7/365 i sense limitacions en l'accés per motius econòmics o socials⁴⁷.

Les urgències com les coneixem actualment

Des de l'aparició de les primeres àrees de socors fins ara, ha existit una gran evolució tècnica i tecnològica amb progressiva especialització dels facultatius. Clàssicament, cada especialista s'ha preocupat d'atendre les seves particulars urgències i els serveis d'urgències hospitalaris eren "terra de ningú" on sovint hi actuaven metges de menor categoria o amb menor experiència que eren obligats a ser allà per accedir posteriorment a una especialització quirúrgica. Eren àrees percebudes com a càstig o una manera fàcil d'aconseguir feina al finalitzar una especialitat. En qualsevol cas, no es consideraven àrees que requerissin una preparació específica, com també va succeir durant molts anys amb els pacients crítics o traumàtics⁴³.

Els serveis d'Urgències Hospitalaris actuals, s'han desenvolupat arrel de la Llei General de Sanitat d'abril de 1986 (Llei 14/1986), constituent de manera progressiva estructures assistencials consolidades i ben organitzades amb alta capacitat resolutiva i de qualitat. Arrel d'aquesta llei, es va instaurar l'Atenció Primària com a eix vertebral de la sanitat i es van implementar grans canvis en la percepció de la salut pública.

S'estructura també la medicina extrahospitalària, amb la creació del Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) l'any 1991 a Catalunya que neix arrel de la necessitat de reduir la mortalitat que es produïa entre el lloc de l'accident o l'aparició dels símptomes i l'atenció hospitalària. Es va crear un centre coordinador que rebia l'alerta i gestionava els recursos i es va invertir en vehicles equipats i personal amb formació específica⁴⁸.

3.4 METGES D'URGÈNCIES

Actualment el programa estatal de formació està emmarcat dins la FSE del Ministeri de Sanitat a través del sistema MIR (Metge Intern Resident). Els metges un cop finalitzen l'estudi de grau, realitzen una prova d'avaluació per tal d'accedir a una plaça de formació en l'especialitat que desitgin.

Com s'ha descrit anteriorment, l'atenció urgent té unes particularitats que requereixen certes habilitats, competències i coneixements. S'atenen un ampli ventall de patologies: des de veritables emergències amb risc vital fins a patologia de baixa complexitat sovint no resolta per

la saturació d'altres esglaons del sistema sanitari. El metge d'urgències ha de ser expert en emergències i a la vegada estar actualitzat en la patologia més prevalent; ha de ser capaç de discernir i actuar enfront patologia crítica, ha de gestionar serveis saturats i treballar amb prioritització i triatge, garantint una correcta gestió de recursos que assegurin el principi de justícia i igualtat per a tothom, i prenent decisions en un entorn d'alta incertesa en moltes ocasions.

Tot i aquestes particularitats, la Medicina d'Urgències i Emergències (MUE) no està contemplada com a especialitat dins el marc de la FSE al nostre país, tot i que actualment és un Projecte de Real Decret (setembre 2023)⁴⁹. El país pioner en la creació d'un programa específic de formació va ser els Estats Units als anys 60, quan van incorporar de manera formal els primers cursos de residència en especialització de medicina d'urgències⁴³. Des de l'any 1972 està reconeguda l'especialitat a Irlanda i el Regne Unit i a la resta de la Unió Europea només quedaven 7 països sense haver-la reconegut l'any 2005 (Alemanya, Àustria, Xipre, Dinamarca, Espanya, Grècia i Portugal)⁵⁰. Existeix una lluita des de fa anys entre societats a favor i en contra de la creació d'aquesta especialitat i de la troncalitat en el programa formatiu dels metges residents.

El que es pretén en aquest apartat és demostrar que existeix una gran heterogeneïtat en la formació i el perfil dels metges dedicats a l'atenció urgent en el nostre medi. El que defensen moltes societats és que la formació especialitzada podria equiparar aquestes diferències i homogeneïtzar els coneixements bàsics de metges d'urgències hospitalàries, extrahospitalàries i de centres d'atenció primària.

Atesa la implementació generalitzada de la formació especialitzada en el nostre medi, durant els últims anys als serveis d'urgències han anat desapareixent els metges generalistes per donar pas a especialistes en Medicina Familiar i Comunitària (MFic) i Medicina Interna principalment. Aquesta ha estat legalment afavorida l'any 2001 per la creació de la figura "homologada" del metge d'urgències hospitalàries que va establir els requisits per ser considerat com a tal: *"encontrarse en posesión de cualquier título de médico especialista o la certificación prevista en el artículo 3 del Real Decreto 853/1993, de 4 de junio, sobre el ejercicio de las funciones de médico de medicina general en el Sistema Nacional de Salud"* tal com s'explica al Reial Decret 866/2001 pel que van ser creades les categories i modalitats de metges d'urgències hospitalàries i metges d'admissió i documentació en les institucions sanitàries⁵¹.

Alguns estudis apunten a que l'elevada càrrega assistencial d'aquest col·lectiu limita el seu accés als cursos de formació continuada⁵² i els professionals incorporats als serveis d'Urgències, han

anat completant progressivament i de manera individual la seva formació en competències de medicina d'urgències, constituint actualment Serveis d'Urgències amb personal experimentat i competent, de gran qualitat i que, tot i l'alta freqüentació, tenen una gran aprovació dins la societat, ja que una de les raons que fa que els pacients acudeixin a urgències és la gran confiança que tenen en aquests serveis i els seus professionals i la seva alta capacitat de resolució⁵³.

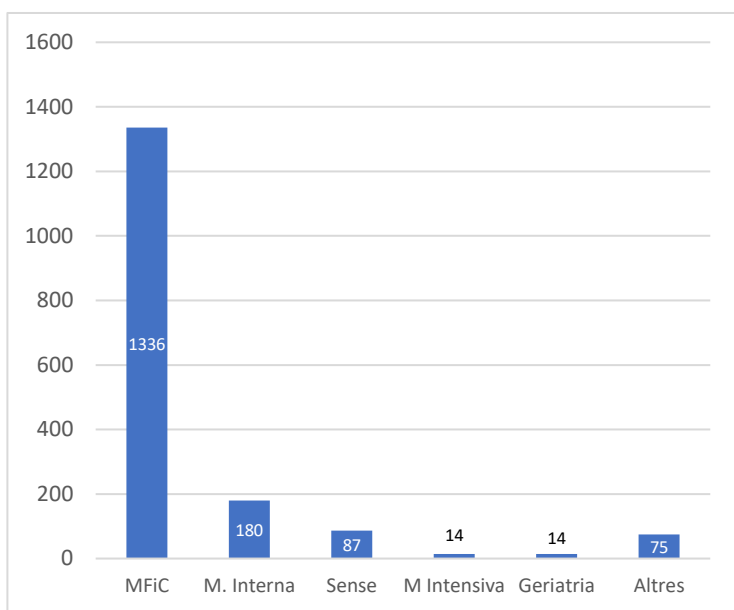


FIGURA 7: ESPECIALITATS DELS METGES D'URGÈNCIES HOSPITALÀRIES.
ADAPTAT DE GARCIA-PLAZA ET AL⁵¹.

Garcia Plaza publica l'any 2021 un estudi descriptiu i transversal de gairebé dos anys de duració en el què descriu les especialitats mèdiques presents als serveis d'urgències hospitalaris⁵¹. Un 78,31% dels més de 1.700 adjunts enquestats estaven en possessió de l'especialitat de MFiC i un 10,55% de Medicina Interna com a segona especialitat més representada.

Un 5% no tenien especialitat i estaven representades la Geriatria i la Medicina Intensiva amb un 0,82% cadascuna, seguides de 24 especialitats més que també van tenir representació com Pneumologia, Traumatologia, Medicina Nuclear, etc (Figura 7). El principal defecte d'aquest estudi és que la mostra no té igual representació en els diferents tipus d'hospitals. Tot i això, es mostra una correlació significativa entre la complexitat de l'hospital i la variabilitat de les especialitats dels seus serveis d'urgències així com menor proporció de MFiC.

Aquest és l'anàlisi més recent en l'àmbit estatal i en quan a Metges d'Urgències Hospitalàries. Pel que fa els metges que atenen als CUAP (Centres d'Urgències d'Atenció Primària) i al SEM (Sistema d'Emergències Mèdiques) són majoritàriament especialistes en MFiC si més no, no hi ha bibliografia que ho avaluï en el nostre entorn. En el nostre anàlisi, la mostra més representativa és la hospitalària, per això, sense menystenir els altres dispositius, ens referirem a elles.

3.5 CARACTERÍSTIQUES DE L'ATENCIÓ URGENT: ACTIVITAT I SATURACIÓ

L'elevada activitat als serveis d'urgències i els freqüents episodis de saturació són sobradament coneguts, no només pel personal que hi treballa sinó que sovint se'n fa ressò a la societat. Independentment de les implicacions mediàtiques o socials, s'ha demostrat que aquests episodis poden contribuir a una pitjor assistència, posant en risc la seguretat del pacient⁵⁴ i amb més risc de reclamació.

L'elevada activitat d'aquests serveis ha estat objecte d'anàlisi i Kellermann y Martínez⁴¹ descriuen que les sales d'urgències permeten avaluar la totalitat del sistema de salut.

La sala d'urgències és més que un departament. És una "habitació amb vistes" del nostre sistema de salut. La forma més ràpida d'avaluar la salut pública, l'atenció primària i els sistemes hospitalaris, és passar unes hores a un servei d'urgències. Kellermann y Martínez⁴¹

Expliquen que si existeix una pobre salut pública, a urgències s'hi trobarà més patologia susceptible de prevenció amb vacunes, relacionada amb tabac o amb mala alimentació. Si l'atenció primària és dèbil, les sales d'espera s'omplen de patologia que hauria d'estar tractada i si la gestió hospitalària no és eficient, als boxs i passadissos d'urgències hi haurà pacients malalts, pendents de completar un ingrés hospitalari.

3.5.1 LES URGÈNCIES A CATALUNYA I ESPANYA EN XIFRES

L'atenció urgent es divideix de forma general en tres nivells: urgències hospitalàries, urgències d'atenció primària i urgències extrahospitalàries gestionades pels sistemes d'emergència (112/061). Cada comunitat autònoma en fa la gestió i n'analitza les dades, però també hi ha dades estatals que es resumeixen a continuació i es representen a la Figura 8³⁵:

- A l'Atenció Primària del Sistema Nacional de Salut (SNS) espanyol s'hi atenen 30,7 milions d'urgències amb una freqüentació mitjana de 0,66 consultes per habitant/any.
- Les demandes anuals dels serveis 112/061 es quantifiquen en 6,8 milions. Això equival a 147,4 sol·licituds per 1.000 habitants.
- Als serveis d'Urgències hospitalaris del SNS s'hi atenen 23,5 milions d'urgències anuals, de les quals un 11,3% precisen ingrés hospitalari. Això suposa 0,5 consultes per habitant i any.
- Els ingressos urgents, suposen més de dos terços dels ingressos als hospitals (68,7%).

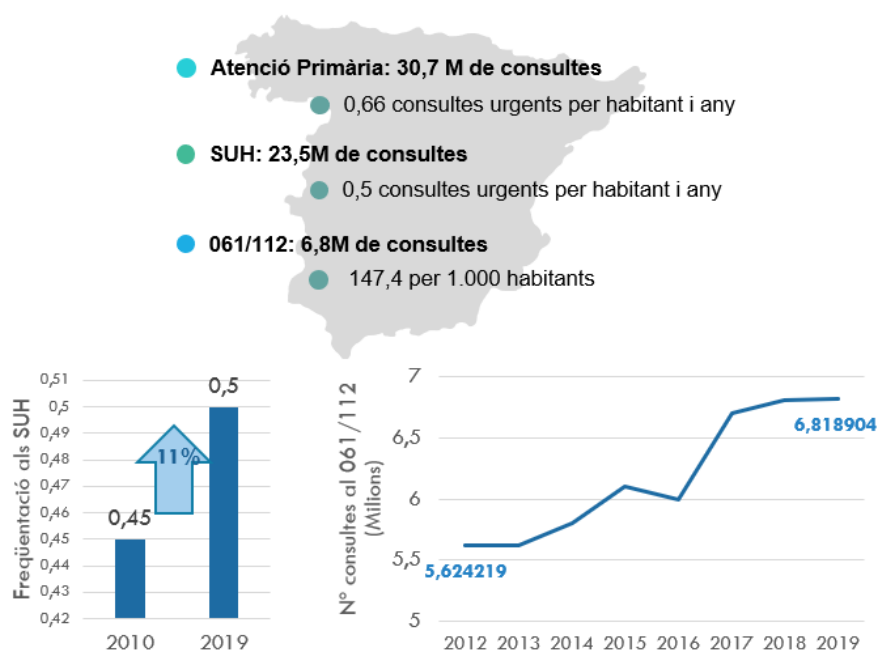


FIGURA 8: AUGMENT DE LA DEMANDA URGENT AL SNS. ELABORACIÓ PRÒPIA. DADES DEL SNS

Hi ha una clara tendència a l'alça en l'ús dels dispositius sanitaris des del 2010 per múltiples causes entre les que es troben l'augment de l'esperança de vida, la inversió de la piràmide poblacional, l'augment de la dependència, la cronificació de les malalties, la complexitat dels tractaments mèdics i molts altres factors que no són objectiu d'aquest estudi però que influeixen en l'activitat de l'atenció urgent que fa grans progressos i adaptacions a contrarellotge encaminats a poder resoldre tota la problemàtica que s'hi planteja (Figura 9).

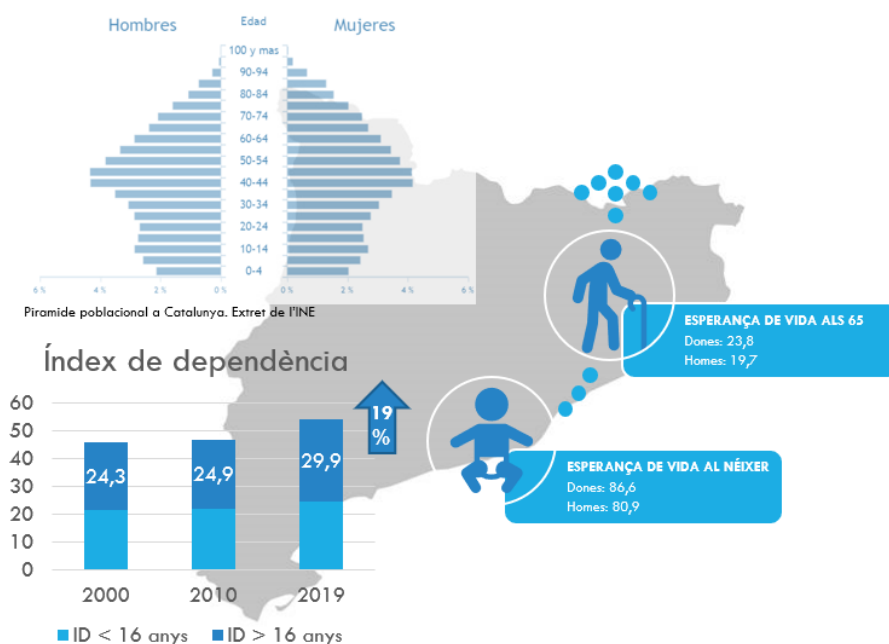


FIGURA 9: CANVIS POBLACIONALS QUE CONDICIONEN L'ACTIVITAT SANITÀRIA: ÍNDEX DE DEPENDÈNCIA I ESPERANÇA DE VIDA. ELABORACIÓ PRÒPIA. DADES INE

A Catalunya, els serveis d'urgències van atendre 5 milions de pacients l'any 2019 (667 urgències per 1.000 habitants). L'any 2020, el 41,5% de dones i el 34,4% d'homes catalans de totes les edats van visitar un servei d'urgències i un 8,7% de la població general va estar ingressada al menys una nit a un centre hospitalari (sovint els ingressos de menys de 48 hores es realitzen als propis Serveis d'Urgències o a unitats d'estada curta que depenen d'ells). A més, el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) va rebre 3.852.331 de trucades durant aquest període. Totes aquestes dades s'incrementen cada any de forma progressiva⁵⁵.

3.5.2 LA SATURACIÓ DELS SERVEIS D'URGÈNCIES

Tot i el gran desenvolupament i estructuració dels serveis d'urgències hospitalaris, els episodis de saturació ocorren de forma periòdica i generalitzada i impulsen grans debats sobre les causes o les solucions a aquests fenòmens amb important repercussió social i política. Probablement la situació socioeconòmica requereixi un replantejament de tot el sistema sanitari durant els propers anys i els serveis d'urgències hi tenen un paper crucial⁵⁴.

✓	Dificultat en la ubicació dels pacients que arriben en ambulància (> 15 minuts)
✓	Pacients que marxen sense ser valorats (>5%)
✓	Demora > 5 minuts al procés de triatge
✓	Índex d'ocupació del SUH > 100%
✓	>90% pacients amb estades superiors a 4 hores
✓	Retard en la valoració diagnòstica dels pacients (>30 minuts)
✓	Retard a l'ingrés hospitalari un cop decidit (<90% dels pacients ingressen en 2 hores)
✓	Elevat percentatge de pacients que esperen llit d'ingrés (> 10%)

FIGURA 10: INDICADORS DE SATURACIÓ DELS SUH. ADAPTAT DE BOYLE ET AL.⁵⁶

Boyle estableix uns indicadors que defineixen la saturació com es pot veure a la Figura 10⁵⁶, però a més, molts autors han intentat justificar aquests episodis de saturació a urgències:

- Ús inadequat dels SUH: S'estima una inadequació del 30,7%. S'ha demostrat però que aquestes consultes no són en realitat les causants de la saturació ja que per definició no requereixen tractaments complexos ni ingrés i si el procés assistencial funciona correctament, no haurien de participar substancialment en el col·lapse⁵⁷.
- Creixent complexitat dels pacients per envelliment i comorbiditat que requereixen una atenció molt més curosa i laboriosa.
- Afluència discontinua: es tracta d'un factor característic i determinant dels propis serveis d'urgències. Respon a grans variacions horàries, entre dies de la setmana amb especial predomini dels dilluns i a fenòmens cíclics mediambientals o socials. Aquestes

importants variacions en la demanda, generen dificultats en la planificació, especialment dels recursos humans^{58,59}.

- Manca de facultatius: el càlcul teòric dels recursos humans necessaris ha d'estar basat en la ocupació de les unitats i no únicament en el nombre d'entrades diàries, ja que els facultatius s'han de fer càrrec no només dels pacients que hi ha per visitar, sinó dels que resten pendants d'ingrés hospitalari^{56,60}.
- Manca d'experiència del personal que treballa als SUH, ja que en hospitals grans fins el 30,6% dels facultatius són residents⁶⁰.
- Retard en la realització de proves complementàries o l'obtenció de resultats, estretament lligat amb l'excés de demanda de proves per pressió social i medicina defensiva⁵⁶.
- Important pressió interna al propi servei d'urgències, definida com pacients ja visitats que romanen al servei. Aquest grup inclou:
 - Factors dependents del propi servei d'urgències: pacients que esperen a ser visitats o alguna prova complementària.
 - Factors dependents de l'hospital: pacients que esperen ingrés o una prova complementària que no depèn d'urgències.
 - Factors no dependents d'urgències ni de l'hospital: espera d'un familiar, assistència social o ambulància.

Bàsicament el retard en la sortida de pacients dels serveis d'urgències fa que es dediqui temps als pacients visitats en detriment del que està per visitar, generant una espiral amb difícil solució⁶¹.

L'augment d'activitat, l'alta ocupació i la saturació dels serveis d'urgències deteriora l'efectivitat i la qualitat de la seva tasca assistencial i té implicacions a diferents nivells. La dada positiva és que no hi ha evidència que hagi influït en la taxa d'ingrés hospitalari, ja que s'ha mantingut en el 16,5%, igual que fa 50 anys. Per tant, els serveis d'urgències, continuen tractant i donant d'alta a molts més pacients dels que ingressen⁴¹, sovint facilitat per la implementació i millora de la continuïtat assistencial.

L'augment de la pressió assistencial sí que s'associa a un descens de la majoria d'indicadors de qualitat, a pitjors resultats clínics i a l'augment de mortalitat⁵⁴. És doncs un problema cabdal en la seguretat clínica del pacient que per la seva rellevància serà tractada en un tema a part més endavant (veure [Apartat 4: Seguretat Clínica](#)).

A més això implica insatisfacció de pacients i famílies amb risc de reclamació⁶² i el conseqüent *burnout* del personal sanitari que condueix a absentisme i abandonament dels facultatius experimentats donant pas a altres professionals amb menor experiència, constituint un peix que es mossega la cua.

4 SEGURETAT CLÍNICA

4.1 INTRODUCCIÓ

La seguretat clínica constitueix una de les principals preocupacions dels gestors sanitaris. El canvi social i cultural dels últims anys ha permès abandonar el paternalisme i posar al pacient al centre de l'assistència sanitària, com a beneficiari però també com a director de la seva trajectòria i permetent que prengui les seves pròpies decisions. Estem en un entorn sanitari on el facultatiu ofereix i acompanya però el pacient coneix, pregunta, s'informa i decideix, amb la qual cosa, també qüestiona els resultats i els efectes adversos o errors.

Fent de nou referència a l'origen etimològic del mot "Seguretat", al Diccionari de la llengua catalana de l'Institut d'Estudis Catalans (DIEC2) hi consten dues accepcions que es relacionen amb la pràctica clínica. Per una banda "*qualitat de segur*" interpretat com lliure i exempt de perill, dany o risc. Per altra banda, "*que assegura un bon funcionament, que evita un perill*", aquesta accepció inclou la responsabilitat que té el sistema per complir amb aquesta indemnitat^{63,64}. Per tant, a la Seguretat Clínica hi convergeix la Qualitat Assistencial i la Responsabilitat Professional.

"És d'homes equivocar-se, de bojos persistir en l'error" Ciceró (106-43aC)

La necessitat de millorar la qualitat assistencial envers la seguretat del pacient recau en que els errors ocorren i són inherents a la naturalesa humana. Com més elevada i complexa sigui l'activitat assistencial que es realitza, majors són les probabilitats de que es produeixin errors.

"Els que no fan res, mai erren" Theodore de Banville (1823-1891)

Per aprofundir en el tema, es faciliten a continuació una sèrie de definicions⁶⁵ que també s'il·lustren a la Figura 11:

- Incident o error: esdeveniment que podria haver causat dany o complicació o que pot afavorir l'aparició d'un esdeveniment advers, però que no ho ha fet, com a conseqüència de l'atzar, la prevenció o la mitigació.
- Esdeveniment advers (EA): dany no intencional causat a un pacient com a resultat clínic no esperat de l'assistència sanitària i que pot o no estar associat a un error clínic.

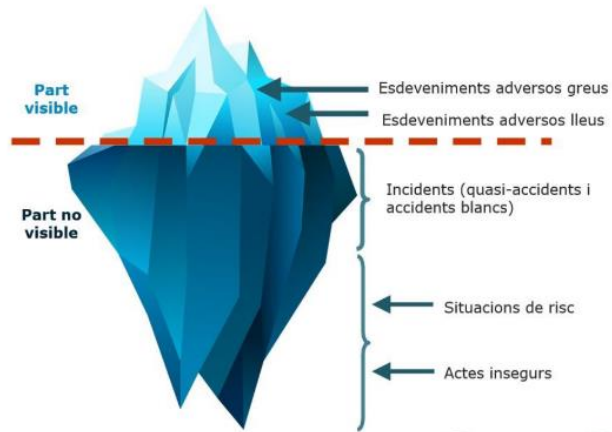


FIGURA 11: MODEL DE L'ICEBERG. ADAPTAT DE LA PIRÀMIDE DE HEINRICH

En relació al tema d'estudi, cal tenir en compte que qualsevol d'aquests casos es pot percebre com un error de praxi i involucrar al facultatiu en una reclamació.

Professionals: experiència
- Metges/esses Formació heterogènia Plantilla, guàrdies, personal eventual, MIR... Manca de seguiment del pacient
- Infermeria
- Motivació (<i>burnout</i>)
Error en comunicació
- Professional – pacient
- Professional – professional
- Canvis de torn o guàrdia
- Errors de medicació: Ordres verbals Mala lletra Manca de revisió per farmàcia
Condicions de treball
- Escassa informació del pacient: Pacient desconegut Dificultat d'accés a la història clínica
- Interrupcions i distraccions
- Torns de treball Guàrdies: cansament i privació de són Torns: intercanvis d'informació
- Pressió assistencial Ràtio metge/essa o infermeria – pacient Ubicació inadequada
- Canvi d'ubicació del pacient
- Manca de treball en equip

Com s'ha desenvolupat anteriorment, l'atenció urgent es caracteritza per una alta freqüentació, situacions de risc vital, manca d'informació clínica completa i interrupcions i distraccions freqüents. Aquesta barreja inevitable fa dels serveis d'urgències una àrea propícia als errors o esdeveniments adversos. S. Tomás⁶⁶ va enumerar els factors que predisposen als errors a urgències com es mostra a la Figura 12.

FIGURA 12: FACTORS AFAVORIDORS D'ERRORS A URGÈNCIES. ADAPTAT DE S. TOMÁS⁶⁶

L'estudi de la seguretat clínica, doncs, es pot fer des de diferents vessants. Per una banda, l'anàlisi dels efectes adversos o incidents permet identificar aquells moments de l'atenció sanitària de més risc⁶⁷⁻⁷⁰, elaborant el que s'anomena un mapa de risc i promovent estratègies per minimitzar l'error. Per altra banda, l'estudi de les reconsultes identifica aquell grup de patologies o processos assistencials amb més dificultat diagnòstica⁷¹. Per últim, l'anàlisi de les reclamacions permet esbrinar on el pacient considera que hi ha hagut una manca de praxi.

Aquest estudi pretén fer un anàlisi des d'aquest últim punt de vista. Però inicialment es revisarà la bibliografia que hi ha al respecte.

En qualsevol cas, a banda de l'abordatge acadèmic que es fa en aquest estudi, és primordial analitzar i estudiar els errors, per aprendre d'ells i millorar la qualitat assistencial.

4.2 EVOLUCIÓ DE LA SEGURETAT CLÍNICA

Com s'ha anomenat anteriorment, el Codi de Hammurabi (1692 aC) s'aproxima als inicis de la seguretat del pacient quan enumera el primer conjunt de Lleis de la història i en dedica 11 a la Medicina. Posteriorment Hipòcrates (460 aC) amb el seu aforisme *primum non nocere* (*Epidèmies*, Llibre I, Secció II, #V) amplia la mirada i centra el seu tractat en l'atenció del metge junt amb la col·laboració del pacient⁷².

A la era post hipocràtica hi trobem importants aportacions, tals com Ambroise Paré (1509-1590), pare de la cirurgia, que va saber reconèixer i a més publicar els seus errors. Durant la batalla de Vilaine va esgotar l'oli de saüc amb el que es cauteritzaven les ferides per arma de foc i va improvisar un remei a base de rovell d'ou, oli de roses i trementina¹. Sorprenentment els pacients tractats amb aquest nou unguent al dia següent no tenien febre ni inflamació i tenien menys dolor que els cauteritzats els quals patien "gran dolor, tumor i inflació al voltants de les seves ferides". Mai més va tornar a cauteritzar-les.

Posteriorment cap al 1825, Pierre Charles Alexandre Louis (1787-1872) va introduir el "*méthode numérique*" en un important avançament cap a la medicina basada en l'evidència, ja que segons ell era "necessari contar" per tal d'apreciar el valor dels símptomes, conèixer l'evolució i duració,

¹ Oleoresina derivada de diverses espècies de pins, emprada com a base d'ungüents i en la producció de càmfora sintètica i que té propietats rubefaents i carminatives

assigna'ls-hi un grau de severitat, saber la seva freqüència relativa, valorar l'eficàcia dels tractaments, etc. Va quantificar la medicina recorrent a l'estadística i de fet, gràcies a aquest mètode, va demostrar la ineficàcia terapèutica de les sagnies en els processos inflamatoris⁷³.

Florence Nightingale (1820-1910) (Figura 13) va ser la pionera a les cures d'infermeria i considerada la mare de la política de la higiene de mans. Va disminuir la mortalitat hospitalària d'un 40% a un 2% només aplicant mesures higièniques durant la guerra de Crimea (1853-1856) i va plantejar la necessitat d'ensenyar als malalts i als seus familiars a ajudar-se a ells mateixos per mantenir la seva autonomia.



FIGURA 13: FLORENCE NIGHTINGALE (1820-1910). EXTRET DE ISTOCK

Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) va demostrar la potencial iatrogènia de l'acte mèdic estudiant la febre puerperal i utilitzant de manera revolucionària a les pacients per transmetre els seus coneixements a través

d'anuncis i pancartes reclamant la higiene de mans i del material obstètric, ja que aleshores el concepte de neteja, desinfecció i higiene i tota la teoria de Semmelweis sonaven ridículs entre el col·lectiu científic.

Ja entrat al segle XX, Ernest Codman (1869-1940), pare de la qualitat assistencial, va defensar i implementar el rastreig i l'avaluació dels resultats dels tractaments mèdics i quirúrgics. Es preguntava si una actuació havia estat exitosa o no i per quin motiu per tal de millorar en actuacions futures. A més va ser el pioner de la idea de les auditories que permeten identificar errors o mancances en l'atenció mèdica.

Als anys 50 es van publicar els primers estudis sobre el risc d'hospitalització i els errors mèdics i gràcies a la implementació de les primeres pràctiques segures relacionades amb actes quirúrgics i procediments anestèsics, s'ha aconseguit disminuir la mortalitat relacionada amb l'anestèsia de forma significativa.

Paral·lelament grans estudis epidemiològics com *Error en Medicina*⁷⁴ del Professor L. Leape han contribuït a augmentar el coneixement sobre el dany causat durant l'atenció sanitària i la freqüència dels efectes adversos i els incidents, apel·lant als sistemes de notificació i prevenció. Als inicis existia certa reticència al reconeixement de l'error que s'interpretava com una acusació o fracàs i podia conduir a la medicina defensiva, però paulatinament s'ha anat imposant la cultura de la seguretat.

L'any 1999 Linda Khon va publicar l'informe *To err is human*³⁸ que va posar de manifest la situació del moment respecte a la seguretat clínica i va suposar l'impuls necessari pel desenvolupament de la seguretat del pacient entenent-se, com es defineix en el mateix informe, com l'absència de lesions o complicacions evitables produïdes com a conseqüència de l'assistència sanitària rebuda. Es va recomanar la premissa hipocràtica de "*primum non nocere*" i la necessitat de sistematitzar la notificació dels errors i esdeveniments adversos.

Reason va presentar l'any 2000 el model del "formatge suís"⁷⁵ que permet visualitzar que els errors tenen lloc per múltiples causes i que, tot i existir mecanismes de defensa, quan s'encadenen errors i es travessen les defenses, es produeixen els esdeveniments adversos (Figura 14).

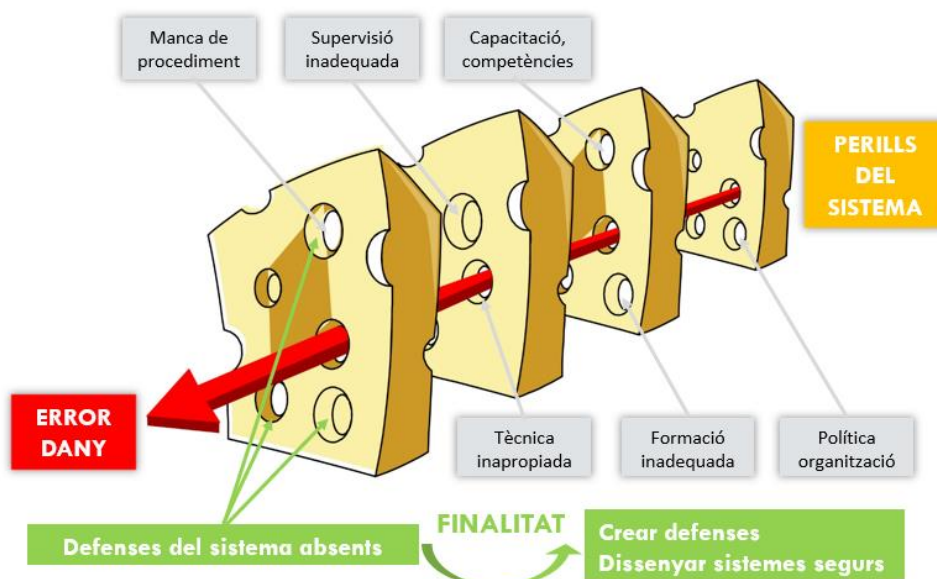


FIGURA 14: MODEL DEL FORMATGE SUÍS. ADAPTAT DE REASON

Des de l'any 2002 la Organització Mundial de la Salut (OMS) posa la màxima atenció en la seguretat del pacient i la qualitat assistencial de tots els països membres i l'any 2004 es va crear l'Aliança per la Seguretat del Pacient⁷⁶.

En el nostre entorn el Ministeri de Sanitat va desenvolupar al 2005 "L'estratègia de la seguretat del pacient del Sistema Nacional de Salut 2015-2020" basada en les recomanacions internacionals i d'experts espanyols i orientada a promoure i millorar la cultura de la seguretat en les organitzacions sanitàries, incorporar la gestió del risc sanitari, formar als professionals i als pacients en aspectes bàsics de seguretat i implementar pràctiques segures, implicant pacients i ciutadans.

Des de totes les societats científiques s'intenta promoure aquesta cultura amb estratègies de formació en matèria de seguretat, qualitat i responsabilitat professional entre els professionals de la medicina així com la medicina basada en l'evidència, les llistes de comprovació (*checklist*) i altres eines estandarditzades, clares i visuals així com protocols i guies de pràctica clínica que permeten desenvolupar l'activitat mèdica sense errors i garantir la qualitat assistencial.

L'especialitat pionera en temes de seguretat és probablement l'anestesiologia, que l'any 2010 va proclamar la "Declaració de Hèlsinki sobre la seguretat del pacient en anestesiologia" en un esforç per optimitzar les cures del pacient perioperatori. Són moltes les societats que han anat desenvolupant estratègies encaminades a millorar la seguretat, algunes basant-se en l'estudi dels efectes adversos, altres analitzant les reclamacions. Totes aquestes vies van dirigides a aprendre dels errors així com a atendre els professionals de manera individualitzada, ja que es consideren la "segona víctima" de les reclamacions.

4.3 EFECTES ADVERSOS A URGÈNCIES

Quan un o varis errors, sobrepassen les barreres de seguretat i causen un dany al pacient, parlem d'esdeveniment advers (EA).

El primer gran estudi estatal que va pretendre descriure els efectes adversos a les àrees d'hospitalització d'Espanya és l'estudi ENEAS (Estudio Nacional de Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización). Aquest estudi es va realitzar l'any 2005 i s'hi analitzen 24 hospitals. Es recullen un total de 665 esdeveniments adversos. Un 9,3% d'EA estan relacionats amb l'assistència sanitària (8,4% amb l'assistència hospitalària directa), i es consideren lleus un 45%, moderats un 39% i greus un 16%. Es constata una taxa d'1,4 EA per cada 1.000 dies d'estada hospitalària del pacient. Un 25% dels esdeveniments que té lloc als hospitals té a veure amb els procediments realitzats, pel que es podrien evitar un 31,7% al igual que el 34,9% dels que es relacionen amb la medicació. En total un 42,8% es van considerar evitables⁷⁷.

Arrel d'aquesta publicació Requena i Aranaz⁷⁸ van extreure les dades dels EA associats a l'assistència sanitària als Serveis d'Urgències Hospitalaris (SUH) i en van determinar les causes, l'impacte en quan a gravetat, l'increment en dies d'estada hospitalària i la seva possible evitabilitat. Van detectar que la incidència d'EA relacionats amb l'assistència a urgències i detectada durant la hospitalització va ser de 0,76% i la proporció d'EA que es produeixen a l'àrea d'urgències va ser del 3% del total d'EA. El 55,2% van ser lleus, 31% moderats i 13,8% greus. El 48,3% estaven relacionats amb les cures, el 20,7% amb la medicació, el 13,8% amb les infeccions nosocomials, el 6,9% estaven associats amb algun procediment i el 10,3% al diagnòstic. El 44,8%

dels EA van tenir com a conseqüència un increment en l'estada i en un 24,1% va condicionar l'ingrés i tota la hospitalització va ser deguda a l'aparició de l'EA. El 75,9% van ser evitables sense trobar relació entre la gravetat i la evitabilitat. Pels autors, l'edat és un factor de risc d'EA, ja que els majors de 65 anys tenen el doble de risc de patir un EA.

Paral·lelament es va realitzar l'estudi APEAS⁷⁹ que analitza els EA de l'Atenció Primària (AP), on també es realitza atenció urgent. Aquest va xifrar una taxa d'EA en 18,63 per cada 1.000 ciutadans atesos a l'AP. Un 57,4% dels pacients tenien algun factor de risc intrínsec sent la hipertensió, dislipèmia, diabetis, obesitat, depressió i insuficiència cardíaca els més freqüents. Per tant és fàcil concloure que la medicació hi juga un paper important en tots ells. Un 24,8% dels EA genera una visita a un servei d'urgències o bé una atenció especialitzada, donant lloc a un ingrés en el 5,8% dels casos.

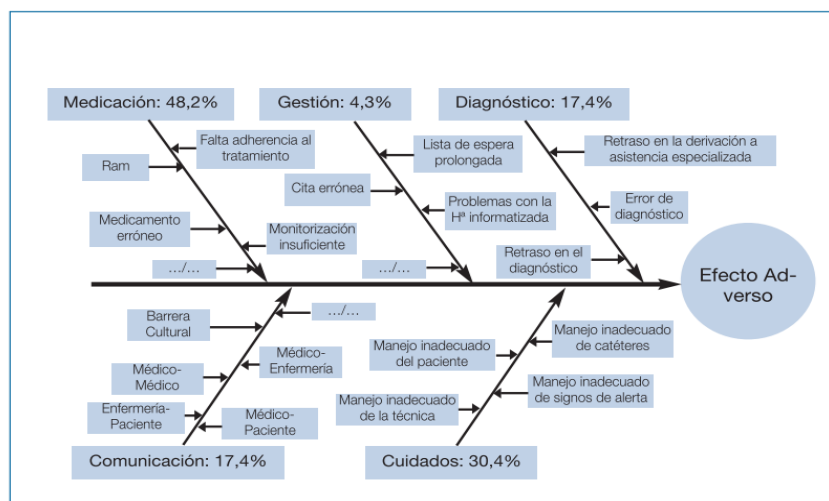


FIGURA 15: CAUSES QUE PODEN PROVOCAR UN EA. EXTRET DE L'APEAS⁷⁹

Una valoració molt interessant de l'estudi APEAS i extrapolable als serveis d'urgències, és l'anàlisi de les causes que poden motivar un EA com es mostra a la Figura 15 (diagrama d'Ishikawa o de l'espina de peix). Els factors relacionats amb la medicació són els més freqüents, però val la pena posar atenció en els que es relacionen amb la comunicació (25%) entre professionals i pacients, ja que també són molt habituals als serveis d'urgències i són un àmbit fàcilment abordable i millorable.

Els serveis d'urgències hospitalàries (SUH) es consideren àrees d'alt risc per l'aparició d'incidents o efectes adversos⁶⁷ que en algunes ocasions poden derivar en reclamacions medicolegals. L'estudi de Fordyce⁶⁸ va detectar un 18% d'errors en una mostra de 1.935 pacients atesos als SUH. Ramlakhan⁶⁹ fa una excel·lent revisió on la freqüència d'EA durant els últims anys és d'entre

el 3,6 i 32,6 per cada 1.000 visites (0,36-3,26% de totes les assistències) i 0,9-6% dels no ingressats. Dels pacients que retornen als SUH les primeres 72h, un 12% presentava un EA⁷¹.

Fordyce et al.⁶⁸ van ser els pioners en realitzar un estudi d'esdeveniments adversos centrats als serveis d'urgències i amb la peculiaritat que consisteix en un estudi prospectiu. Van identificar 18 errors en l'atenció per cada 100 pacients atesos als serveis d'urgències americans. D'aquests, el 2% van resultar en EA.

Posteriorment arran de totes aquestes dades l'any 2009 es va posar en marxa a través de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) l'estudi EVADUR (Eventos Adversos en URgencias)⁷⁰. Es tracta d'un estudi prospectiu amb seguiment dels pacients durant l'estada a urgències i fins a 7 dies després de l'alta. Compta amb la participació de 21 hospitals espanyols i es van analitzar un total de 3.854 expedients.

Xifren la incidència d'incidents en un 12% dels quals 0,9% en van patir 2 o més. En total se'n van descriure 505, que suposa una taxa de 0,13 EA per pacient visitat a urgències. El perfil de pacient que va patir més EA de manera significativa era un pacient gran (de més de 60 anys), amb algun factor de risc, que havia estat traslladat per un servei d'Emergències (112/061) o de dintre l'hospital, amb una estada hospitalària més llarga i classificat com a més greu (nivells 1 i 2) segons els sistemes de triatge (MAT-SET).

Després de detectar un EA, el 7,1% dels pacients van requerir observació o monitorització addicional, el 3,2% més proves, el 6,1% tractament quirúrgic i un 21,4% una nova consulta o derivació a un altre nivell assistencial. El 7,3% van requerir ingrés com a conseqüència de l'EA o incident.

Dels EA detectats, els més freqüents (25,3%) estaven relacionats amb les cures, 23% amb medicació (8% reaccions adverses i 14,7% errors en la medicació), 18% amb el diagnòstic i un 17% d'errors en la comunicació. Aquesta distribució divergeix dels EA de pacients hospitalitzats o d'atenció primària, on predominen els errors de medicació. El 69,1% dels EA es van considerar evitables. Cal destacar d'aquest estudi que només el 20% dels EA es va registrar a la història clínica i aquest fet posa en evidència la manca de sensibilitat dels estudis retrospectius, com el de Bañeres⁶⁷ que detecta un 7,4% de possibilitat de patir un EA als hospitals catalans en un estudi retrospectiu de cohorts de revisió d'històries clíniques.

Punts clau de l'EVADUR

El 70% dels EA es van considerar evitables

3.854 pacients --> 12% (462) van patir un incident

La mortalitat relacionada amb un EA és de 0,05%

Un 7,5% de les visites a urgències es devien a un EA

Les causes més involucrades: cures, medicació, diagnòstic i comunicació

FIGURA 16: PUNTS CLAU DE L'ESTUDI EVADUR⁷⁰

Altres sèries a Austràlia, Nova Zelanda⁸⁰ i Suècia⁸¹ també identifiquen els errors diagnòstics i els problemes amb la medicació com la principal font d'error als serveis d'urgències.

Tot i la baixa taxa d'efectes adversos, i la baixa mortalitat que comporten, en un sistema que atén a 5 milions de pacients anuals⁸² implica 2.500 morts cada any per aquesta causa, de les quals el 70% es podrien haver evitat.

4.4 TIPUS D'ERRORS

Diagnostic
1. Error in diagnosis or delay in diagnosis.
2. Failure to employ indicated tests .
3. Use of outmoded tests or therapy.
4. Failure to act on the results of monitoring or testing.
Treatment
5. Technical error in the performance of an operation, procedure, or test.
6. Error in administering the treatment (including preparation for treatment or operation).
7. Error in the dose of a drug or in the method of using a drug.
8. Avoidable delay in treatment or in responding to an abnormal test.
9. Inappropriate (not indicated) care (considering the patient's disease, its severity, and comorbidity, the anticipated benefit from treatment did not significantly exceed the known risk, or a superior alternative treatment was available).
Preventive
10. Failure to provide indicated prophylactic treatment.
11. Inadequate monitoring or follow-up of treatment .
Other
12. Failure in communication .
13. Equipment failure .
14. Other systems failure .

FIGURA 17: EXTRET DE LEAPE, L.⁸³

Existeixen múltiples classificacions dels errors en l'àmbit sanitari. A la Figura 17 es detallen els més descrits a la literatura segons Leape⁸³ i es pot afirmar que els errors en els camps del diagnòstic, tractament i prevenció són els més habituals. Altres autors destaquen els errors generats per la comunicació, principalment en la transferència d'informació entre

professionals per la seva condició de corregible o millorable. En aquest aspecte, degut al funcionament i la pròpia idiosincràsia dels serveis d'urgències, on els pacients i el personal són canviants podria ser un punt interessant de millora.

Per la seva transcendència als serveis d'urgències, es desenvoluparà a continuació l'error diagnòstic, de medicació i comunicació.

4.4.1 ERROR DIAGNÒSTIC

La orientació diagnòstica dels pacients és el factor que determina la necessitat d'exploracions complementàries i d'ingrés hospitalari, així com el tractament específic i el pronòstic⁸⁴. S'estima

que aquests errors tenen lloc en un 5-15% dels pacients en funció de les sèries estudiades. Segons l'estudi EVADUR, l'error o el retard diagnòstic va suposar la tercera causa d'esdeveniment advers amb el 18% dels casos⁷⁰. La sèrie americana comparable a EVADUR en quant a metodologia és la de Fordyce et al. que va descriure que entre els errors reportats, un 22% tenien a veure amb el procés diagnòstic⁶⁸.

4.4.1.1 Concepte d'error diagnòstic

Definir l'error diagnòstic no és senzill, però s'ha estandarditzat segons Graber que és aquell diagnòstic que no es fa, que es fa tard (quan es disposava d'informació suficient a l'inici) o que és equivocat⁸⁵. De la mateixa manera que no és fàcil definir el concepte, a vegades tampoc s'arriba a un acord de si hi ha hagut error o no, així que aquest debat pot dificultar el consens en la valoració i la interpretació d'un suposat error diagnòstic.

A la Figura 18 s'il·lustra el procés diagnòstic i els condicionants que hi intervenen. Per una banda, la influència del factor temps i la naturalesa evolutiva dels processos clínics, amb diferents manifestacions al llarg de la valoració clínica. Per una altra banda, la importància de mantenir l'equilibri entre l'infradiagnòstic i la recerca massa intensiva d'aquest. Així mateix, s'ha de considerar la influència que hagi pogut tenir la probabilitat de gravetat de cada sospita diagnòstica. Per salvar aquestes consideracions, alguns autors plantegen fer un enfoc més modern: deixant de banda la categorització dicotòmica d'error (sí o no) i mesurar-lo amb una escala⁸⁶.

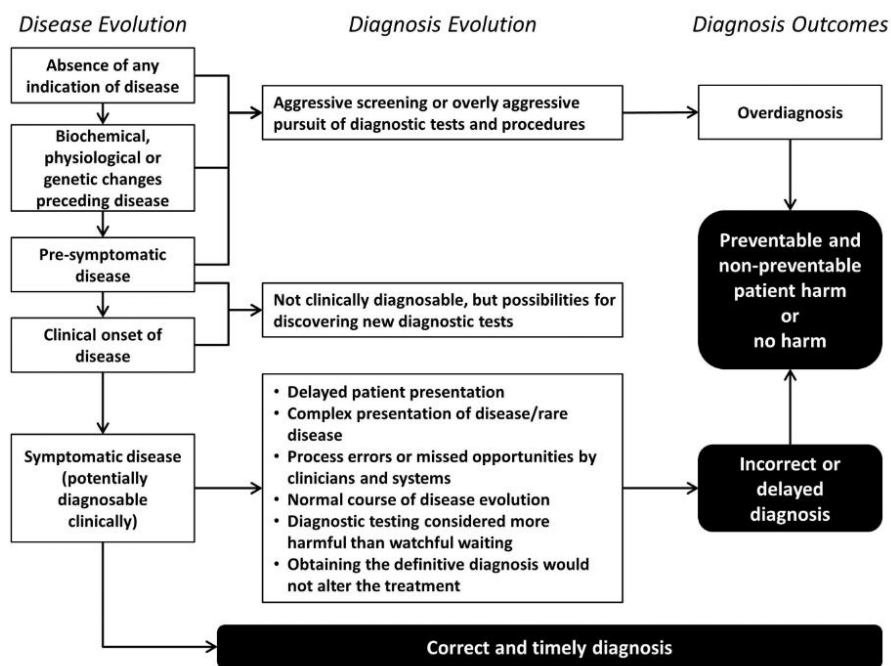


FIGURA 18: EXTRET DE SWAAN ET AL.⁸⁶

En base al procés diagnòstic, Schiff et al. analitzen els tres moments clau en que es pot produir l'error⁸⁷:

- Manca de sol·licitud d'una prova diagnòstica (laboratori o radiodiagnòstic) en el 44% dels casos.
- Avaluació clínica: consideració d'un diagnòstic, prioritització o reconeixement de complicacions en un 32%.
- Manca a la història clínica (10%) o a l'exploració física (10%).

L'estudi i anàlisi dels errors diagnòstics es pot plantejar des de diferents punts de vista. Per una banda, diferents sèries d'estudis de necròpsies, mostren manca de correlació clínic-diagnòstica *postmortem* en un 7-18%. En aquestes casos, els diagnòstics més freqüentment omesos a urgències eren patologia aguda com infart de miocardi, embòlia pulmonar, dissecció aòrtica, hemorràgia digestiva, hemorràgia subaracnoidal, pancreatitis i isquèmia mesentèrica^{88,89}.

Un diagnòstic concret a destacar és la ruptura aòrtica, que ha estat estudiada de forma independent. Un metaanàlisi que recull 1.109 pacients mostra que la incidència de ruptura no diagnosticada assoleix el 42% dels casos, confosa majoritàriament per un còlic nefrític o bé un infart de miocardi⁹⁰.

Una altra font d'anàlisi d'error és contrastar els diagnòstics realitzats a urgències front els diagnòstics a l'alta després d'una d'hospitalització. En aquest cas, la incidència de l'error diagnòstic varia entre el 0,6 i el 12%^{91,92} i el motiu de consulta que més error acumulava era la febre⁹³.

Per últim, un altre punt d'anàlisi es pot fer mitjançant les reclamacions. Els errors diagnòstics van ser la primera causa de reclamació, amb el 28-37% dels casos, suposant el 35-46% dels costos econòmics de les indemnitzacions⁹⁴⁻⁹⁶. Aquest punt serà desenvolupat més endavant.

L'impacte que tenen en el pacient aquests errors també han estat motiu d'estudi. L'anàlisi varia segons les diferents sèries, però de forma global, es pot afirmar que en el 45% dels casos el dany produït ha estat moderat o greu^{69,87}. Aquest impacte clínic i moral es suma a l'impacte econòmic que té el retard en el diagnòstic de determinades patologies com les neoplàsies o el deteriorament funcional d'un infart de miocardi o ictus.

4.4.1.2 Factors relacionats amb l'error diagnòstic

<i>Cognitivos</i>
Falta de conocimientos
Deficiente recopilación, verificación o procesamiento de datos
Falta de rigor, vigilancia o memoria
<i>Del sistema</i>
Insuficiente supervisión
Sobrecarga de trabajo
Interrupciones durante la labor clínica
Tiempos de respuesta elevados en exploraciones complementarias
Equipamientos insuficientes
Fallos informáticos
Comunicación (transferencia de pacientes, responsabilidad no clarificada)
Conflictos interprofesionales
<i>No evitables</i>
Presentación clínica atípica
Imposibilidad del paciente para referir su historia clínica (demencia, enfermedad psiquiátrica, estado confusional, barrera idiomática, falta de colaboración)

FIGURA 19: FACTORS RELACIONATS AMB L'ERROR DIAGNÒSTIC.
EXTRET DE TUDELA⁸⁴

Un cop definit què és l'error diagnòstic i descrits els processos que impliquen més risc de que es produeixi, mereix especial atenció assenyalar els factors que es relacionen amb l'aparició de l'error diagnòstic. Segons Tudela et al. es poden classificar en 3: cognitius, del sistema i no evitables (Figura 19)⁸⁴. Aquesta classificació, il·lustra com es

podria actuar en dos dels tres grans

factors en la recerca de la millora de la seguretat clínica del pacient.

Tot i les incessants propostes de millora, hi ha condicionants important en els clínics i els seu procés diagnòstic, molt arrelats, que poden afavorir l'aparició d'errors⁸⁴:

- Esforç per etiquetar sempre als pacients: en cas de manifestacions atípiques o inespecífiques, el diagnòstic forçós cap a patologia mes freqüent conduirà a error. Algun exemple d'aquest cas seria la infecció urinària en el pacient geriàtric amb davallada funcional, els quadres abdominals catalogats de gastroenteritis de manera precipitada o la dispnea encasellada a la insuficiència cardíaca.
- Biaixos emocionals: recopilació precipitada de dades, diagnòstic impulsiu (sense diagnòstic diferencial), influència d'experiències recents, sobreconfiança, l'arrelament (fixar-se en una manifestació precoç), el biaix de confirmació (seleccionar la informació que confirma la hipòtesi inicial), la recerca satisfeta (després d'un primer diagnòstic, deixar de buscar altres causes o conseqüències) i els biaixos d'acció (per excés) o d'omissió (tendència a inacció).
- Influències cognitives o afectives: l'ànim, la irritabilitat o el cansament.

És rellevant destacar que la dinàmica particular dels serveis d'urgències, amb afluència discontinua, presentacions clíniques greus, canvis de torn, presa de decisions ràpida, facultatius en formació i episodis de saturació, fa que siguin àrees especialment vulnerables a aquests factors.

4.4.2 ERROR EN LA MEDICACIÓ

Els problemes relacionats amb la medicació (PRM) han estat molt estudiats a l'atenció sanitària, tanmateix la naturalesa i les particularitats dels serveis d'urgències han quedat exclosos de molts d'aquests estudis⁹⁷. El mètode d'observació directa, ha demostrat ser eficaç en la detecció i prevenció d'aquests errors⁹⁸.

Per detectar aquests errors, la literatura més completa analitza el circuit de la utilització d'un fàrmac: prescripció, validació, preparació, dispensació, administració i seguiment.

Diferents estudis situen la taxa dels errors en la medicació entre el 10 i el 35,6%^{98,99} i globalment es produeixen 0,9 errors/pacient/dia⁹⁹.

Als serveis d'urgències, s'estima que el 16% dels errors estan relacionats amb la medicació⁶⁸. En una sèrie espanyola on van realitzar 800 observacions, la taxa d'error va ser del 23,7% i van detectar una mitjana de 0,5 errors/pacient/dia. Aquesta taxa és lleugerament més elevada per la metodologia de l'estudi ja que es tracta d'un estudi observacional i prospectiu que la pot haver sobreestimat. El tipus d'error més freqüent era el relacionat amb l'administració del fàrmac seguit d'una incorrecta preparació. El farmacèutic observador va haver d'intervenir en el 3,2% dels errors per evitar errors de prescripció, preparació o omissió de dosis. La major part del errors (59,6%) no van causar dany al pacient. Aquesta sèrie va detectar més errors en el personal d'infermeria amb menys experiència, però sense relació amb dies festius o laborables¹⁰⁰.

4.4.3 ERROR EN LA COMUNICACIÓ

Hi ha molts punts en la informació que mereixen especial atenció. Per una banda la comunicació amb el pacient: es torna a fer referència a l'abandonament del paternalisme a favor de l'autonomia i la capacitat de decisió del pacient. Això és possible si prèviament es fa una correcta exposició dels fets, clara i adequada a l'interlocutor. A través del consentiment informat, el pacient competent, decideix de forma lliure entre les opcions clíniques disponibles²⁵.

Per altra banda, el traspàs d'informació entre professionals sanitaris: el triatge, els canvis de torn, les ordres verbals, etc. són potencials fonts d'error¹⁰¹. Al llarg del seu procés assistencial, un mateix pacient pot ser atès per diferents professionals i en diferents nivells assistencials. De forma addicional, es pot trobar fins amb tres torns de personal al dia. Per aquest motiu, s'han proposat diferents tècniques estructurades i estandarditzades per fer el traspàs d'informació de forma més segura (SBAR, checklist...) ¹⁰².

Un interessant estudi basat en una enquesta sobre la percepció dels pacients en quan a seguretat clínica després d'una estada hospitalària, informava que aquells pacients que havien

rebut la informació correcta i havien tingut la opció de formular preguntes, tenien menys percepció d'errors i complicacions¹⁰³.

Altres estudis associen la manca de comunicació amb el risc de patir una reclamació posterior^{104,105}. En alguns casos, fins i tot s'associa més al risc de reclamació la manca de comunicació que la pròpia naturalesa de l'esdeveniment advers o el seu resultat¹⁰⁶.

Aquests tipus d'error doncs, són clarament modificables i en ells poden recaure importants conseqüències.

5 RECLAMACIONS A L'ATENCIÓ URGENT

5.1 INTRODUCCIÓ I SITUACIÓ

Com s'ha descrit anteriorment, si conflueixen pacients desconeguts, d'elevada complexitat, amb patologia de caràcter agut, entre freqüents interrupcions i distraccions i amb una elevada pressió assistencial, topem amb el que alguns autors han anomenat "la tempesta perfecta"^{107,108} i s'entén que els serveis d'urgències hospitalaris poden ser una gran font d'errors. Si l'error es percep com un defecte de praxi, aquest EA pot esdevenir una reclamació.

Aquestes reclamacions es poden confondre en la literatura, ja que a vegades es parla de "queixes" (*complaints* a la literatura internacional) quan es formulen al propi lloc on succeeixen i sovint fan referència a desavinences o incidències de funcionament tals com la pèrdua d'objectes, dèficits organitzatius, de tràmits, de tracte, de confort...^{109,110}.

Per altra banda les reclamacions (*claims*) són el fonament d'aquest estudi i es dirigeixen al sistema o al facultatiu. Poden ser extrajudicials o judicials ja sigui en la jurisdicció civil, penal o contenciós-administrativa com s'ha descrit a l'[Apartat 1](#).

L'anàlisi de les reclamacions per responsabilitat professional és una font d'aprenentatge, ja que està àmpliament documentada la utilitat d'aprendre de l'error per tal de millorar la seguretat del pacient.

Hi ha força literatura al respecte, que pretén analitzar les característiques de les reclamacions per suposada responsabilitat mèdica entre els diferents professionals. Tot i això, les dades han de ser interpretades de forma cautelosa ja que existeixen importants diferències socials, culturals, administratives i organitzatives que condicionen l'existència o no d'una reclamació davant el mateix esdeveniment mèdic^{96,111}. Així mateix, les llargues sèries descriptives plantegen un biaix de temporalitat pel que fa a les quanties indemnitzades, dificultant l'estudi de l'evolució històrica dels costos³⁰.

De la mateixa manera, a l'hora d'analitzar les reclamacions per especialitat topem de nou amb l'inconvenient de l'existència o no de l'especialitat a analitzar. Aquí radica un dels problemes del nostre estudi, ja que la Medicina d'Urgències i Emergències no és considerada especialitat pròpia en el nostre medi actualment, fent que sovint quedi exclosa dels anàlisis¹¹¹.

5.2 RISC DE RECLAMACIÓ PER ESPECIALITAT

Establir un risc de reclamació per especialitat és complicat, i més pel que fa la medicina d'urgències. Cada sistema sanitari i cada centre es gestiona d'una determinada manera: a les àrees d'urgències hi intervenen múltiples especialitats i la literatura sovint és confusa en aquest aspecte. Tot i això, existeixen sèries descriptives al respecte que es presenten a continuació.

Alguns autors, fugint de la classificació per especialitats, promulguen que el risc de patir una reclamació és absolutament aleatori i que a aquest només hi contribueixen els anys de pràctica clínica i el volum assistencial, que és l'equivalent estadístic a "L'exposició de risc" als serveis d'urgències¹¹².

L'any 2011 Jena *et al.*³³ van publicar al *New England Journal of Medicine* un estudi descriptiu i observacional de 15 anys de duració que recollia més de 40.000 metges de 25 especialitats assegurats per una única companyia als EEUU. Van determinar que el 7,4% de tots els metges patien una reclamació per suposada mala pràctica clínica a l'any i en un 1,6% d'aquestes reclamacions es pagava una indemnització econòmica. L'autor va determinar la proporció de metges de cada especialitat ja que existeix un ampli ventall, entre el 19,1% de neurocirurgia i el 2,6% de psiquiatria i posteriorment va classificar cada especialitat com a alt o baix risc de reclamació. La importància d'aquesta classificació radica en que una petita part d'especialitats, acumulen la gran majoria de reclamacions. Conclou a més a més que als 65 anys, el 99% dels metges de les especialitats definides com d'alt risc, s'hauran enfrontat a una reclamació.

Aquest estudi situa la medicina d'urgències en un risc intermedi de patir una reclamació amb un 7,5% enfront el 7,4% del total de facultatius, ocupant el 15è lloc de les 25 especialitats definides. Destaca en el seu estudi que els metges reclamats més joves eren els d'urgències amb 43,2 anys de mitjana enfront els 49 anys globals i els 53 dels ginecòlegs com a facultatius més grans. No es va aprofundir en més anàlisis demogràfiques dels metges analitzats.

Conèixer el nombre de reclamacions que es produeixen a urgències té un interès cabdal en la millora de la pràctica clínica, si més no, la comparació sistemàtica de nombres absoluts proporciona importants biaixos a diferents nivells. Un sistema per minimitzar les diferències seria ajustar el nombre de reclamacions a la quantitat de visites realitzades a urgències. En aquest sentit una sèrie als Països Baixos situa la taxa en 0,97 reclamacions per 10.000 visites a urgències (Figura 20)¹¹³, mentre que a la sèrie del nostre àmbit és de 0,34 (Figura 21)³⁰.

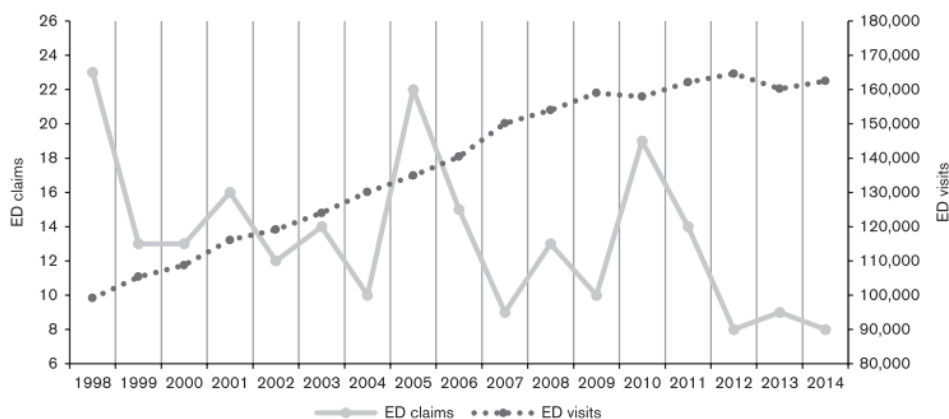


FIGURA 20: EXTRET DE WANSINK ET AL.¹¹³



FIGURA 21: EXTRET DE BENET-TRAVE³⁰

La literatura espanyola no classifica els metges d'urgències degut a que no es considera una especialitat pròpia, tanmateix sí que ha analitzat l'atenció urgent dels actes, suposant la tercera causa del total de reclamacions, únicament per darrere de la Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia i la Ginecologia i Obstetrícia^{30,114}. Suposa un 23,9% de les reclamacions de l'àmbit públic (via contencios administrativa)¹¹⁵ i un 9,7% de les sentències sanitàries on fins en el 46% de les reclamacions es va apreciar algun defecte de praxi¹¹⁴.

5.3 RECLAMACIONS A URGÈNCIES

5.3.1 FREQUÈNCIA DE RECLAMACIÓ

La medicina d'urgències implica varies especialitats que actuen en aquest àmbit i per fer-ne un anàlisi exhaustiu cal recórrer a la literatura internacional i assumir els biaixos ja esmentats.

El principal problema de presentar els diferents estudis és que no són comparables entre ells i que les fonts són diverses: l'administració pública, les companyies asseguradores, declaracions voluntàries, etc. A més a més cada país té les seves particularitats, no només dels serveis d'urgències, sinó també dels sistemes judicials i tot emmarcat en diferències culturals i socioeconòmiques significatives.

Es farà a continuació una revisió dels principals estudis nacionals en els que cal tenir en compte que no s'especifica la medicina d'urgències, sinó els actes realitzats a les urgències. Seguidament es revisaran els estudis internacionals i finalment s'intentarà resumir de manera sintètica.

La primera sèrie espanyola la publica Perea-Pérez al 2013¹¹⁴ i analitza més de 2.800 reclamacions interposades als tribunals en segona i tercera instància. La font del expedients condueix a un biaix de selecció al que fa referència l'autor i que comporta una sobreestimació de sentències condemnatòries, però on s'aprecia fins al 46% de responsabilitat. Segons aquesta sèrie, la medicina d'urgències és la tercera especialitat més reclamada amb el 9,7% dels casos, per darrere de Ginecologia (13,5%) i Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (COT) (12,3%). Perea-Pérez destaca un predomini de les sentències civils (85%) per sobre les penals i les contenciós-administratives, probablement degut a l'absència de sentències de primera instància així com les reclamacions extrajudicials. Paral·lelament l'estudi d'Armany i Manso¹¹¹ analitza més de 5.000 reclamacions catalanes interposades als facultatius per via penal, civil o extrajudicial. En aquest cas, només existeix responsabilitat en el 17,3% dels casos.

Un altre àmbit d'atenció urgent és l'atenció primària, en la que la feina del dia a dia inclou les urgències o les visites no programades. A l'anàlisi de 224 reclamacions (extrajudicials, civils i penals) interposades a metges de família, considerada una especialitat de baix risc, el 65,5% van ser produïdes durant l'atenció urgent i només es van indemnitzar el 2,6% dels casos. Quan es relaciona la variable responsabilitat amb l'atenció urgent no hi ha diferències estadísticament significatives¹¹⁶.

Un recent i extens estudi de Benet-Travé³⁰ amb l'anàlisi de més de 12.000 expedients catalans, procedents de la pòlissa d'assegurances individual predominant i la principal font del CatSalut revela fins un 30% de responsabilitat global amb predomini a la via civil (47%) front la penal (12,6%). Aquest estudi és el primer del nostre àmbit que fa referència a les urgències aportant informació tant rellevant com la taxa de reclamació per urgències ateses que és de 0,34 per 10.000 com s'ha dit anteriorment. En un esforç per classificar les urgències, identifica l'àrea assistencial on tenen lloc el total reclamacions, evidenciant que el 16% de les reclamacions tenen

lloc als serveis d'urgències, per darrere únicament dels quiròfans (38,26%) i les consultes d'atenció especialitzada (24,4%). De forma excepcional, descriu reclamacions realitzades a les ambulàncies (0,08% del total), a la via pública (0,02%) i les urgències domiciliàries (0,01%). Addicionalment, classifica els actes en mèdics o quirúrgics, descrivint que el 91,43% del total de reclamacions interposades a urgències implicaven una actuació mèdica i no quirúrgica (Figura 22).

Àrea assistencial	Mèdicas		Quirúrgicas		Total N	Total % %	
	N	%	N	%		Acumulado	
Quirófano	105	1,63%	5.439	67,57%	5.544	38,26%	38,26%
Atención especializada	2.574	39,96%	961	11,94%	3.535	24,40%	62,66%
Servicio de Urgencias	2.157	33,49%	202	2,51%	2.359	16,28%	78,94%
Hospitalización	396	6,15%	794	9,86%	1.190	8,21%	87,15%
Atención Primaria	632	9,81%	35	0,43%	667	4,60%	91,75%
Sala de partos	20	0,31%	424	5,27%	444	3,06%	94,82%

FIGURA 22: MODIFICAT DE BENET-TRAVE³⁰

L'estudi més proper a la medicina d'urgències de forma independent a l'estat espanyol és l'anàlisi d'Hernández-Herrero et al.¹¹⁵ sobre els procediments judicials contenciós-administratius. Analitza 243 reclamacions espanyoles interposades a l'atenció urgent en un període de gairebé 13 anys i utilitzant com a font els tribunals superiors de justícia. Ajusta el nombre de sentències a la població i descriu que la comunitat autònoma amb un menor índex de reclamació és Catalunya, amb 0,2 reclamacions per 100.000 habitants, enfront La Rioja que era la més alta amb 1,9.

Reporta una responsabilitat en primera instància d'aproximadament el 30%. És el primer estudi a nivell estatal que analitza les reclamacions a urgències, ja que la manca de reconeixement de l'especialitat ha impedit en altres ocasions un anàlisi complet per especialitats¹¹¹. Malauradament l'estudi d'Hernández-Herrero no inclou els processos judicials (civils ni penals) ni extrajudicials (que són els més freqüents) i no relaciona la incidències de reclamacions amb el nombre d'actes mèdics realitzats, fet que impossibilita el càlcul de la taxa de reclamació.

Com s'ha comentat anteriorment, en la literatura internacional les dades varien de forma considerable i els resultats han de ser interpretats amb cautela. La comparativa sistemàtica no és possible, com va demostrar Giraldo⁹⁶ a través d'un estudi comparatiu de sentències a Espanya i a Massachussets, on el percentatge de responsabilitat era del 25,9% al nostre medi comparat amb el 75% de l'escenari estatunidenc.

Tot i aquestes diferències, és convenient fer referència a la literatura internacional que, a diferència de la nacional, té en compte l'especialitat d'urgències pròpiament dita.

Wansink¹¹³ revisa les reclamacions produïdes als serveis d'urgències de 5 hospitals dels Països Baixos i obtingudes a partir del departament legal de cadascun. A més a més de corroborar l'important increment de l'atenció a urgències, fa un anàlisi de la taxa de reclamació per 10.000 urgències ateses (comparable a l'estudi de Benet-Travé) que és de 0,97 amb important variació interanual i amb tendència significativa al descens. Tanmateix, la responsabilitat atribuïda no canvia de manera significativa, ni tan sols quan es compara la era pre-metges d'urgències amb la era post-metges especialistes. Sí que queda palès l'augment en el cost de les indemnitzacions al llarg del període d'estudi.

Seguint el marc internacional, l'estudi de Brown et al⁹⁴ ofereix un disseny molt similar al que es pretén fer amb el present estudi i serà presentat més endavant, però en un escenari força diferent com és el marc medicolegal estatunidenc. Ell descriu 11.529 reclamacions tancades per esdeveniments ocorreguts als serveis d'urgències americans en majors de 18 anys durant 23 anys (1985-2007) i en recull dades administratives de la reclamació, característiques dels pacients, gravetat de la lesió causada i indemnització. Aquesta informació és extreta de la companyia asseguradora majoritària dels EEUU (60% dels metges) amb l'acrònim PIAA (Physician Insurers Association of America).

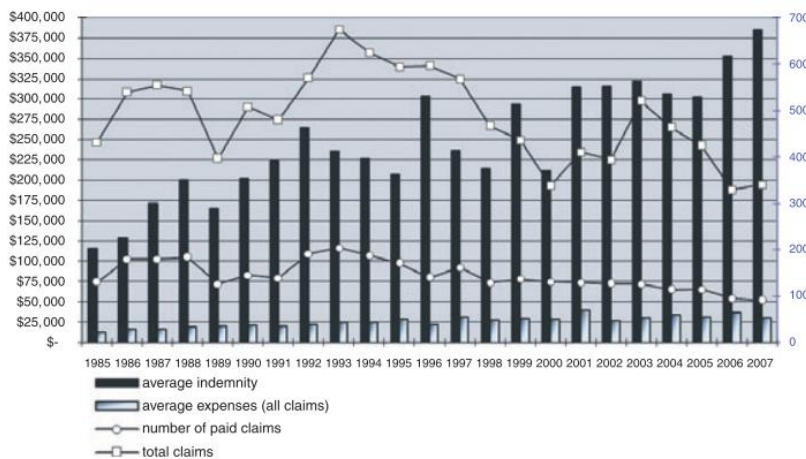


FIGURA 23: VARIACIÓ ANUAL DE LES RECLAMACIONS. EXTRET DE BROWN⁹⁴

La figura 23 mostra un petit descens del nombre de casos totals i indemnitzats, però amb un augment de cost de la indemnització i de la seva defensa. Dictamina que el 31% dels casos estudiats van requerir indemnització al demandant amb una mitjana de \$188,572

per pagament. La major part dels reclamats eren metges d'urgències (19%), seguits per Medicina Interna i Medicina de Família (15 i 14% respectivament) i posteriorment Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (11%) i Cirurgia General (10%). La major part dels reclamats eren homes (93%), amb contracte a temps complet (96%) i aparentment amb certificació especialitzada (74%) però amb antecedents d'altres reclamacions (72%).

L'estudi no discrimina entre el perfil de pacients atesos: si eren més greus a la seva arribada a urgències, etc. En canvi, sí que avalua la repercussió de la lesió causada (Figura 24) i demostra que el 80% dels casos indemnitzats van implicar seqüeles greus o danys permanents. La mort estava implicada en un 36% del total de les reclamacions i fins al 40% de les que van requerir indemnització. El diagnòstic més associat a les reclamacions que implicaven la mort, era l'infart agut de miocardi.

Injury	Closed Claims	% of Total	Paid Claims	% Paid	Total Indemnity	Average Indemnity
Emotional	260	2	27	10	\$2,279,595	\$84,429
Insignificant	363	3	63	17	\$1,935,214	\$30,718
Minor temporary	2,115	18	540	26	\$27,669,430	\$51,240
Major temporary	1,520	13	413	27	\$47,086,994	\$114,012
Minor permanent	1,388	12	411	30	\$55,005,362	\$133,833
Significant permanent	894	8	319	36	\$90,566,849	\$252,561
Major permanent	557	5	230	41	\$77,693,742	\$337,799
Grave	312	3	130	42	\$60,943,767	\$468,798
Death	4,120	36	1,394	34	\$312,499,167	\$224,174
Total*	11,529		3,527	31	\$665,680,120	\$188,738

*Five paid claims were classified in more than one category.

FIGURA 24: NOMBRE DE RECLAMACIONS I RELACIÓ AMB LA INDEMNITZACIÓ. EXTRET DE BROWN

5.3.2 PRINCIPALS PROCESSOS IMPLICATS EN LES RECLAMACIONS

Com s'ha descrit anteriorment, els EA que més es produeixen a urgències estan relacionats amb les cures⁷⁰. Tot i això, les reclamacions es centren principalment en els errors diagnòstics. En l'esforç per millorar la seguretat clínica del pacient, un estudi molt interessant és esbrinar quines són aquelles patologies més freqüentment involucrades en un error diagnòstic que impliqui demanda. La literatura és coincident en la major part dels quadres clínics: el dolor toràcic en totes les seves vessants i els dolors abdominals acumulen més de la meitat del total de reclamacions. Per aquest motiu, pren rellevància conèixer quins processos clínics són els que més freqüentment s'ha implicat amb reclamacions i analitzar-los. Hi ha força literatura al respecte degut a la implicació en quan a seguretat del pacient.

	Brown et al., 2010 (13)	Karcz et al., 1996 (17)	Karcz et al., 1993 (16)	Karcz et al., 1990 (15)	Combined Relative %*	Weighted Avg†
Chest pain or missed acute myocardial infarction	992	57	30	20	9.5%	8.7%
Missed fractures	688	97	20	54	11.8%	6.5%
Abdominal pain or appendicitis	637	55	14	20	7.8%	5.7%
Wounds	184	109	26	64	10.7%	2.4%
Intracranial bleeding	NR	20	4	14	3.60%	3.60%
Aortic aneurysm	222	NR	2	6	1.70%	1.90%
Pediatric fever or meningitis	NR	8	4	3	1.5%	1.5%
Epiglottitis	NR	4	1	3	0.7%	0.7%
Total cases (n)	11529	549	199	262		
Years analyzed	1985–2007	1975–1993	1988–1990	1980–1987	1975–2007	

NR = not reported.

* Averaged percentage of closed claim cases attributed to each high-risk diagnosis (all years combined; sample sets treated independently).

† Weighted average percentage (by case size [n]) of closed claim cases attributed to each high-risk diagnosis.

FIGURA 25: DIAGNÒSTICS MÉS FREQUÈNTMENT RECLAMATS. EXTRET DE FERGUSON¹⁰⁴

El procés diagnòstic associat a més risc de reclamació per suposada mala pràctica clínica és el dolor toràcic i l'error o absència de diagnòstic d'infart agut de miocardi. A més, és el diagnòstic més prevalent quan hi ha implicada la mort del pacient i la que suposa la indemnització més

elevada^{104,117}. Les reclamacions més habituals fan referència a la inadequada documentació: descripció de les característiques del dolor i dels factors causals o reductors d'aquest, símptomes associats o una anamnesi incompleta dels factors de risc cardiovascular. Al document d'alta sovint hi ha manca d'instruccions o normes per a la reconsulta per aquells dolors inespecífics. Altres aspectes que es reclamen amb freqüència és si no s'ha fet la comparació de l'electrocardiograma amb els previs i quan hi ha un excés de dependència en les proves analítiques quan aquestes són "negatives"¹¹⁷.

El segon motiu de reclamació és l'error diagnòstic de fractures o dislocacions òssies i, en menor mesura lesions tendinoses, lligamentoses o nervioses. Les fractures que amb més freqüència s'infradiagnostiquen són les de les extremitats, les vertebres i el crani. L'origen de l'error a vegades és degut a l'absència de realització de la radiografia, però generalment és per una mala interpretació dels resultats que pot arribar a ser del 30% quan la lectura la realitza un facultatiu no radiòleg¹¹⁸. Els retards diagnòstics es poden associar a pitjors resultats quirúrgics o a temps de convalescència més perllongats¹¹⁷, pel que aquesta dada recolza la importància de promoure la formació continuada en interpretació radiològica.

La tercera àrea diagnòstica que amb freqüència es reclama és el dolor abdominal, principalment el retard diagnòstic de l'apendicitis que implica major taxa de complicacions com la perforació, peritonitis o abscessificació. Els estudis que s'han fet referents a les reclamacions post apendicitis tenen en comú que sovint hi havia una presentació clínica atípica, en forma de dolor abdominal difús i etiquetat com a gastroenteritis. Una altre característica és que s'havia administrat analgèsia de tercer esgló prèvia a l'alta. Les recomanacions que fan al respecte és que en cas d'absència d'una prova que exclogui l'apendicitis, és necessari un seguiment en 24h després de l'alta mèdica d'urgències.

Seguidament els problemes neurològics també prenen especial rellevància al servei d'urgències. No tant per l'impacte en quan a nombre de reclamacions sinó per l'impacte econòmic de les seves indemnitzacions quan hi ha seqüeles. Els diagnòstics omesos amb més freqüència són l'hemorràgia subaracnoidal i l'accident isquèmic transitori per l'absència de realització d'una TAC cerebral.

Altres diagnòstics associats són el tromboembolisme pulmonar, que sempre s'ha de tenir en consideració per les múltiples presentacions que té o la ruptura de l'aneurisma d'aorta abdominal que fins en el 50% dels casos no s'associa a un diagnòstic previ d'aneurisma. Aquests dos casos, tot i que són relativament poc freqüents, s'associen a una elevada mortalitat.

5.3.3 IMPLICACIONS DE LES RECLAMACIONS

Les reclamacions als metges que atenen urgències tenen implicacions en diferents àmbits. Per una banda el que Cohen¹¹⁹ va resumir: *Time and Money*. Va analitzar 10 anys de reclamacions a metges d'urgències americans (1995-2004) i conclou que el temps invertit en litigis era de gairebé 4 anys (46 mesos de mitjana). A més la mitjana de les indemnitzacions era de 220.000\$, teòricament a càrrec de l'asseguradora. Tot i això, el cost real pel facultatiu era de 14.000\$ en forma de "despeses", independentment del resultat de la demanda.

Altres autors comparen les despeses legals d'un metge en funció de si té o no formació en medicina d'urgències. En una revisió de 428 casos tancats de 15 anys de durada, el 22,4% dels metges reclamats que no tenien formació específica en urgències van haver de pagar una indemnització, mentre que només el 13,3% dels que sí tenien formació amb una diferència estadísticament significativa ($p=0,04$). Demostren també que el cost total per facultatiu (indemnització i cost de la defensa) és el doble en els metges que no han rebut formació específica front els que sí l'han rebut¹²⁰.

Al present estudi no s'han analitzat les quanties indemnitzades. Per una banda, perquè les dades econòmiques dels expedients son limitades i impliquen un biaix temporal si no se'n fa un correcte anàlisi socioeconòmic. Per altra banda, perquè s'han centrat els objectius de l'estudi en aspectes més clínics.

A més a més, els costos econòmics no són els més perseverants pels facultatius. Als anys 80 Wu va fer referència per primer cop al concepte "segona víctima", que descriu com el professional sanitari implicat en un esdeveniment advers inesperat, en un error mèdic o en un dany al pacient és victimitzat o traumatitzat per l'esdeveniment¹²¹. Aquest concepte pretén definir les dificultats emocionals i professionals a les que s'haurà d'enfrontar el facultatiu després d'un resultat inesperat. Es despertaran sentiments de culpa, vergonya, inseguretats i por que podran persistir durant mesos i afectar a la salut, la conducta i el rendiment laboral mentre persisteix l'ansietat o la simptomatologia depressiva, havent-se descrit casos de suïcidi per aquest motiu. Aquest fet posa de manifest la necessitat de que existeixin xarxes de suport al professional que sembla que

no percep l'ajuda de forma satisfactòria i no se sent recolzat pel sistema. Fins a un 90% del facultatius enquestats a EEUU i Canadà sentien que ni els hospitals ni les organitzacions els havien recolzat després d'un error mèdic¹²².

La por a la segona víctima i al litigi, condueix a la percepció que té el facultatiu sobre el risc de patir o no una reclamació. Una enquesta realitzada a gairebé 1.500 metges d'urgències espanyols va evidenciar que el 91,3% dels facultatius sentien major pressió legal, realitzant proves diagnòstiques inefectives fins un 89,8% i allargant estades (63%) per precaució¹²³. Aquestes modificacions tenen importants costos econòmics^{119,124}.

En contra de la percepció subjectiva dels facultatius¹²³, la taxa de reclamació és menor de l'esperada³⁰ però contribueix sovint a la realització de medicina defensiva.

Poder conèixer les reclamacions realitzades al nostre àmbit i relacionar-les amb processos clínics freqüents, podria ajudar a trobar punts de millora que garanteixin la seguretat del pacient, minimitzant efectes adversos i protegint al facultatiu.

MARC EMPÍRIC

1 HIPÒTESI I OBJECTIUS

1.1 HIPÒTESI

La hipòtesi principal d'aquest estudi és que el nombre de reclamacions als facultatius que treballen a l'atenció urgent a Catalunya han augmentat entre els anys 2000 i 2019.

1.2 OBJECTIUS

L'objectiu principal és analitzar la incidència de reclamacions en l'atenció mèdica urgent registrades al CCMC entre els anys 2000 i 2019.

Els objectius secundaris inclouen:

1. Conèixer el nombre de reclamacions verdaderament justificades i relacionar-les amb l'activitat assistencial i la població.
2. Descriure la via utilitzada per a reclamar al llarg del període d'estudi.
3. Identificar els dispositius sanitaris més freqüentment reclamats a la mostra i la via utilitzada per reclamar en cadascun.
4. Conèixer la distribució geogràfica de les reclamacions a Catalunya i calcular-ne la taxa poblacional.
5. Identificar la patologia més freqüentment reclamada i analitzar si hi ha diferent proporció de reclamacions justificades i diferent via emprada.
6. Conèixer si les reclamacions són per actes mèdics o quirúrgics.
7. Conèixer els motius al·legats per reclamar. Identificar els més freqüents i conèixer la via judicial utilitzada i el tant per cent de reclamacions justificades per cada motiu.
8. Identificar aquelles reclamacions realitzades per l'èxitus del pacient. Conèixer si la mort del pacient té implicacions en la via de reclamació o en l'atribució de responsabilitat.
9. Identificar les dades demogràfiques bàsiques (edat i sexe) d'aquells pacients en els que s'ha identificat risc o ha existit responsabilitat.
10. Determinar si el metge reclamat té o no especialitat registrada i quina. Conèixer l'edat i el sexe del metge reclamat i si pot condicionar la determinació de responsabilitat o risc.

Aquest estudi ha de permetre conèixer millor el risc de reclamació a l'atenció urgent per tal de contribuir a millorar la pràctica clínica i la seguretat del pacient.

2 MATERIAL I MÈTODES

2.1 PROCEDÈNCIA DE MOSTRA I ACCÉS

El Consell Català de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) (<http://www.ccmc.cat/>) és la corporació que agrupa els quatre col·legis oficials de metges catalans (Barcelona, Girona, Lleida i Tarragona) i té la responsabilitat de coordinar la seva actuació i a la vegada representa a la professió davant les institucions sanitàries. Per respondre davant qualsevol incidència de l'exercici mèdic, és obligatori tenir contractada una pòlissa de responsabilitat civil professional. La pòlissa del CCMC actualment a través de Relyens Mutual vetlla per la seguretat dels facultatius adherits de forma voluntària i col·lectiva a la pòlissa del CCMC. Aquesta pòlissa amb més de 25 anys d'experiència, és l'assegurança principal de Catalunya i compta amb més de 26.000 facultatius assegurats^{125,126}.

El CCMC disposa d'una base de dades única des de l'any 1986 que conté la informació integrada de tots els expedients generats per motiu d'una reclamació de responsabilitat professional que recaigui sobre algun dels professionals col·legiats a qualsevol dels quatre col·legis catalans i assegurats amb la pòlissa de responsabilitat civil. Es gestiona a través del Servei de Responsabilitat Professional (SRP) del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB).

Aquesta base de dades conté tots els expedients relacionats amb reclamacions interposades als facultatius assegurats de manera voluntària, per suposada negligència mèdica des de l'any 1986 i fins el moment actual (11.092 expedients al tancament de 2023). Això la converteix en una base de dades molt potent a nivell científic i acadèmic, única a l'estat espanyol. No s'inclouen les reclamacions dirigides a l'Administració Sanitària amb finalitat econòmica, ja que aquestes segueixen la via Contenciós-Administrativa, en l'àmbit de l'assistència pública..

La citada base és propietat i d'ús exclusiu del CCMC i les asseguradores i està gestionada pel SRP del COMB mitjançant un aplicatiu informàtic d'ús exclusiu. El sistema informàtic va ser modificat l'any 2013; aleshores el sistema anomenat SASA va ser substituït per una nova aplicació anomenada SIGERP, adaptada als estàndards del moment i incorporant noves prestacions i funcionalitats per la milloria de la gestió de les reclamacions.

L'obtenció d'aquesta informació continguda a la base de dades i amb finalitat investigadora, només és possible a través del programa específic, pel que es va procedir a sol·licitar autorització al Comitè Ètic d'Investigació (CEI) del COMB ([Annex 1](#)) i es va signar el contracte de confidencialitat pertinent ([Annex 2](#)) per fer-ne la recollida de manera presencial i supervisada a les dependències del SRP del COMB i garantir l'anonimat de les persones involucrades.

2.2 DEFINICIÓ DE LA MOSTRA D'ESTUDI

La mostra de l'estudi està constituïda per tots els expedients existents al CCMC en un període de 20 anys: entre els anys 2000 i 2019 ambdós inclosos. Aquests expedients contenen les reclamacions presentades als tribunals com a conseqüència de suposada negligència mèdica en relació a l'atenció urgent.

2.2.1 CRITERIS D'INCLUSIÓ

- Criteri temporal: l'apertura d'un expedient al CCMC en el període de temps comprès entre l'1 de gener de l'any 2000 i el 31 de desembre de l'any 2019, independentment de la data en què es va realitzar l'acte mèdic reclamat.
- Objecte de la mostra: els expedients oberts on s'identifiqui "Acte mèdic urgent" o bé que l'àrea mèdica identificada sigui "Ucias" o "Servei ucias".

2.2.2 CRITERIS D'EXCLUSIÓ

Es van excloure aquells expedients relacionats amb patologia obstètrica, ja que es tracta d'una àrea mèdica que sovint actua de manera urgent però mereix una atenció i anàlisi diferents.

2.2.3 PROCÉS DE DEPURACIÓ DE LA MOSTRA

Entre els anys 2000 i 2019 es van obrir 6.289 expedients al CCMC. A través dels programes SASA i SIGERP i aplicant els criteris de selecció esmentats, es van obtenir un total de 661 expedients.

D'aquests expedients es van haver d'excloure 4 expedients per tractar-se de reclamacions interposades a l'Administració, 1 per no tractar-se d'una intervenció en context urgent, 1 atenció al part i una altre per no tenir relació amb l'acte mèdic sinó amb una suposada agressió sexual. El flux de depuració de la mostra s'il·lustra a la Figura 26.

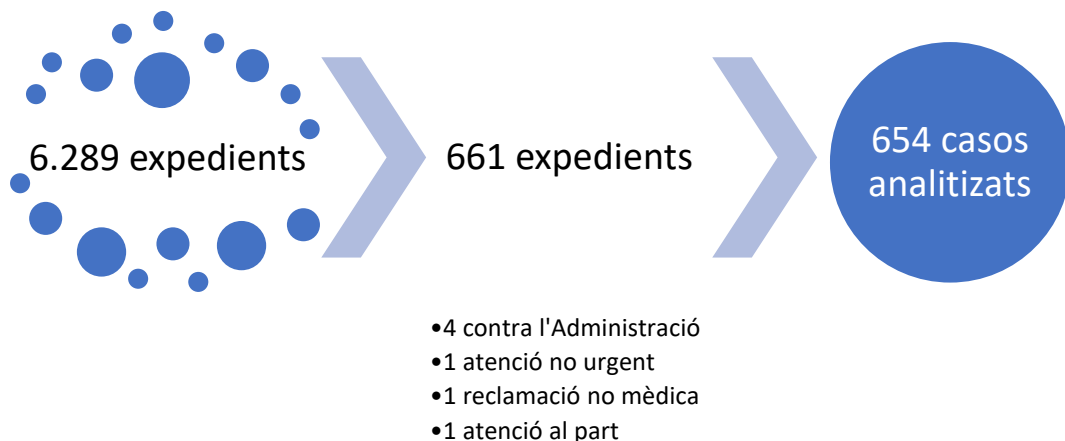


FIGURA 26: FLUX DE DEPURACIÓ DE LA MOSTRA

2.2.4 RECOLLIDA DE DADES I CONFECCIÓ DE LA BASE DE DADES

La recollida de dades es va realitzar mitjançant una taula Excel ([Annex 3](#)) que posteriorment es va bolcar al programa SPSS pel seu anàlisi.

2.3 DEFINICIÓ DE LES VARIABLES

Cada expedient té una referència única i inequívoca. Les variables d'estudi de cada expedient es van recollir en quatre grups segons la seva tipologia:

2.3.1 VARIABLES RELATIVES AL PROCÉS JUDICIAL

- Estat de la reclamació: Actiu o Passiu
- Via de la reclamació interposada en primera instància:
 - Via extrajudicial
 - Via penal
 - Via civil
- Resolució de la reclamació:
 - Acord: ambdues parts es poden d'acord per tancar el cas. A aquest acord s'hi pot arribar des de qualsevol via.
 - Sentència absolutòria: el Jutge dictamina i estableix en sentència que el demandat no és responsable, ni ell ni la seva companyia asseguradora, de ninguna indemnització.
 - Sentència condemnatòria: sentència en la que el Jutge dictamina i estableix que el demandat és responsable i amb la sentència detalla quina és la pena, així com la indemnització a la que cal que el metge i la seva companyia asseguradora s'enfrontin.
 - Sobreseïment o arxiu: decisió presa pels instructors del cas a través d'una via judicial (civil o penal) que després de rebre i estudiar la demanda, desestimen donar opció a un procés judicial.
- Responsabilitat professional mèdica: Construïda a partir de les variables relatives al procés judicial prèvies i es representa a la Figura 27.
 - Sí: en cas de sentència condemnatòria o acord o indemnització prèvia al procediment judicial.
 - No: absència de responsabilitat, valoració pericial de defensa de praxi, sentència absolutòria, sobreseïment o arxiu del cas.

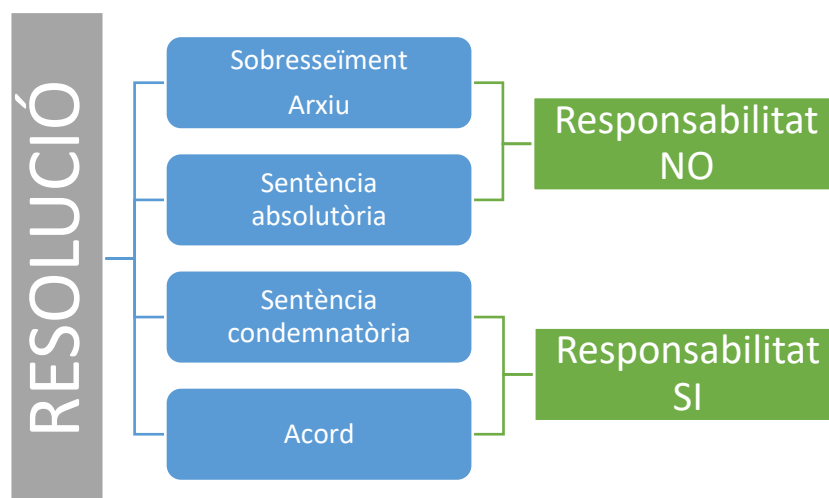


FIGURA 27: PROCÉS DE RESOLUCIÓ DE LES RECLAMACIONS I OBTENCIÓ DE LA VARIABLE RESPONSABILITAT

2.3.2 VARIABLES RELACIONADES AMB EL DISPOSITIU

- Àmbit assistencial de la reclamació:
 - Públic: qualsevol activitat mèdica realitzada a hospitals pertinents a l'Institut Català de la Salut (ICS) així com hospitals de gestió mixta però activitat fonamentalment pública (XHUP: Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública).
 - Privat: Activitat mèdica laboral duta a terme a centres d'atenció privada o mutual.
- Tipus de centre reclamat segons la classificació de la Generalitat de Catalunya¹²⁷ ([Annex 7](#)) i agrupats posteriorment en:
 - Hospital: C11, C12, C13
 - CAP: C23
 - SEM: C257
 - Altres: C21, C24, C25
- Localització del dispositiu reclamat: Província.

2.3.3 VARIABLES RELACIONADES AMB L'ACTE MÈDIC

- Especialitat de l'acte mèdic reclamat: definit per un pèrit expert com l'àrea mèdica que es relaciona amb el procés reclamat.
- Motiu de la reclamació: categoritzat segons opinió experta com:
 - Complicacions post-operatòries
 - Defecte d'informació
 - Defecte de pràctica quirúrgica
 - Defecte de relació metge-malalt
 - Defecte de seguiment clínic-evolutiu
 - Error o retard diagnòstics
 - Manca de mitjans
 - Per seqüeles
 - Denegació d'auxili
 - Retard d'assistència
 - Relació d'altres professionals
 - Maltractaments
 - Falsedat documentació pública
- Seqüeles: Es van obtenir camps múltiples i heterogenis pel que només s'analitzarà quan el resultat és la variable dura Èxitus.
- Tipus de praxi:
 - Procediment diagnòstic o terapèutic
 - Sense cirurgia
 - Amb cirurgia
- Variables relatives al pacient afecte: analitzades únicament quan s'ha confirmat responsabilitat professional:
 - Edat
 - Gènere: Home o Dona

2.3.4 VARIABLES RELATIVES AL METGE RECLAMAT

- Variables demogràfiques: edat en el moment de l'acte mèdic i gènere.
- Especialitat si consta

2.3.5 VARIABLES EXTERNES NECESSÀRIES PELS DENOMINADORS

- Població a Catalunya 2000-2019: Institut d'Estadística de Catalunya¹²⁸: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10328&col=1&lang=es>
- Activitat sanitària a Catalunya 2000-2019¹²⁹: Portal estadístic, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Activitat per procediments segons Conjunt Mínim de Base de Dades (CMBD) entre els anys 2000-2019¹³⁰.
- Activitat assistencial registrada pel Ministerio de Sanidad y Consumo: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/siae/escri-siae/actividad-asistencial/actividad-urgencias>

2.4 ASPECTES ÈTICS I MEDICOLEGALS

El present estudi s'ha desenvolupat sota el més rigorós respecte als aspectes ètics i medicolegals en investigació i amb les autoritzacions requerides.

La investigació s'ha realitzat amb el degut respecte a la privacitat, intimitat i confidencialitat de la totalitat de les dades obtingudes sobre els expedients consultats i conforme a la legislació vigent sobre la protecció de dades. Els resultats exposats no permeten la identificació de cap pacient ni professional sanitari o centre implicats en els casos analitzats.

La totalitat del present estudi s'ha realitzat sobre registre de dades i no ha implicat entrevistes a persones o institucions perjudicades o implicades. La consulta de les dades s'ha fet després d'haver signat un compromís de confidencialitat i sota el vistiplau i conformitat del CEI del COMB atorgat el 7 de juny de 2022 ([Annex 1](#) i [Annex 2](#)).

No ha existit tampoc en la present investigació cap finançament de l'estudi ni conflicte d'interessos.

2.5 ANÀLISI ESTADÍSTIC

Per testar la hipòtesi nul·la s'ha realitzat un anàlisi descriptiu de les variables registrades. A l'estadística descriptiva es mostra, per les variables categòriques els valors absoluts, percentatge i interval de confiança (IC 95%) i per les variables quantitatives, la mitjana.

Posteriorment s'han estudiat les possibles associacions amb la variable principal (Responsabilitat) mitjançant anàlisis bivariades i multivariades. S'ha utilitzat la tabulació creuada per la que s'obtenen taules de contingència per representar els valors de les freqüències creuades de dues variables. Pel contrast d'hipòtesis d'associació entre variables s'ha emprat Khi Quadrat de Pearson (χ^2) o la T de Student segons indicació i el nivell de significació estadística es situa a $p < 0.05$.

En els dos anàlisis s'ha seguit un disseny descriptiu longitudinal de tall transversal.

Per dur a terme l'anàlisi s'ha fet servir el paquet estadístic SPSS (IBM® SPSS® Statistics Version 25)

RESULTATS

De les 6.289 reclamacions registrades al CCMC entre els anys 2000 i 2019 i després del procés de depuració de la mostra com s'ha exposat anteriorment, 654 (10,4%) corresponen a l'actuació urgent que serà l'objecte d'estudi en aquest apartat.

Per tal de fer els resultats més entenedors, primer es farà un anàlisi descriptiu de la mostra i després es respondrà a les següents preguntes:

- Com es reclama? → Via judicial utilitzada a les reclamacions
- On es reclama? → Dispositiu d'atenció urgent reclamat
- Per què es reclama? → Descripció de l'acte mèdic reclamat
- A qui es reclama? → Descripció del metge principalment reclamat

A cadascun dels anàlisi s'hi sumarà l'apartat anterior si es creu convenient. En aquelles dades en què sigui possible es relacionarà amb les dades d'activitat o poblacionals de les que es disposi.

Mereix una especial dedicació la variable *Responsabilitat* creada especialment per aquest estudi. Aquesta variable respon a SI quan hi ha hagut condemna per via judicial o acord o indemnització per via extrajudicial i serà comparada amb la pròpia mostra, de manera que permet identificar aquelles situacions o conductes de risc.

En el contrast d'hipòtesi amb resultat estadísticament significatiu, es ressaltarà el valor contrastat i els estadístics s'agrupen correctament identificats a l'[Annex 17](#).

1 ANÀLISI DESCRIPTIU DE LA MOSTRA

En aquest primer apartat es presenta un anàlisi descriptiu de la mostra. Les dades corresponen a les reclamacions interposades a l'atenció urgent i registrades al CCMC des de l'1 de gener de l'any 2000 fins al 31 de desembre de l'any 2019.

Posteriorment es resoldrà el *Quan es demostra responsabilitat* (condemna o indemnització mitjançant un acord extrajudicial) pel que es descriurà la variable *Responsabilitat* per la seva rellevància a l'estudi i perquè després serà utilitzada en els següents apartats.

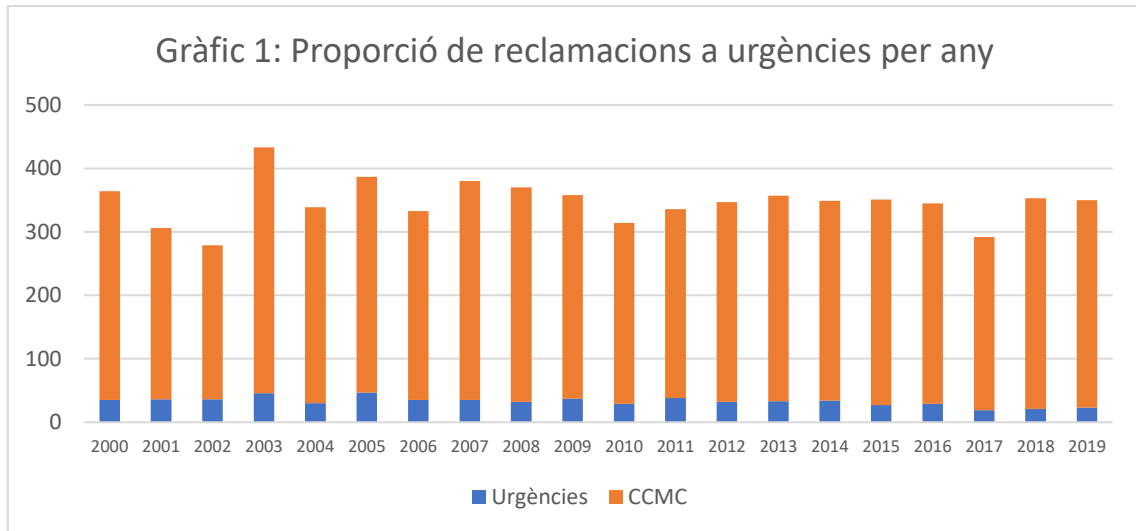
1.1 ESTUDI DE LES RECLAMACIONS

1.1.1 RESPECTE LA MOSTRA I EL CCMC

A la Taula 1 es presenten el nombre de reclamacions anuals registrades al CCMC, el nombre d'aquestes que corresponen a l'atenció urgent i el percentatge que suposa. Al Gràfic 1 es representa la distribució temporal. L'any correspon a l'any de registre de la reclamació i no a la de l'acte mèdic reclamat.

	MOSTRA		TOTAL	
	Freqüència	Percentatge de la mostra	Total	Percentatge del total
2000	35	5,4%	329	10,64%
2001	36	5,5%	270	13,33%
2002	36	5,5%	243	14,82%
2003	46	7,0%	387	11,89%
2004	30	4,6%	309	9,71%
2005	47	7,2%	340	13,82%
2006	35	5,4%	298	11,75%
2007	35	5,4%	345	10,15%
2008	32	4,9%	338	9,47%
2009	37	5,7%	321	11,53%
2010	29	4,4%	285	10,18%
2011	38	5,8%	298	12,75%
2012	32	4,9%	315	10,16%
2013	33	5,0%	324	10,19%
2014	34	5,2%	315	10,79%
2015	27	4,1%	324	8,33%
2016	29	4,4%	316	9,18%
2017	19	2,9%	273	6,96%
2018	21	3,2%	332	6,33%
2019	23	3,5%	327	7,03%
TOTAL	654	100,0%	6289	10,4%

TAULA 1: RECLAMACIONS ANUALS REGISTRADES AL CCMC (TOTAL) I A URGÈNCIES (MOSTRA)



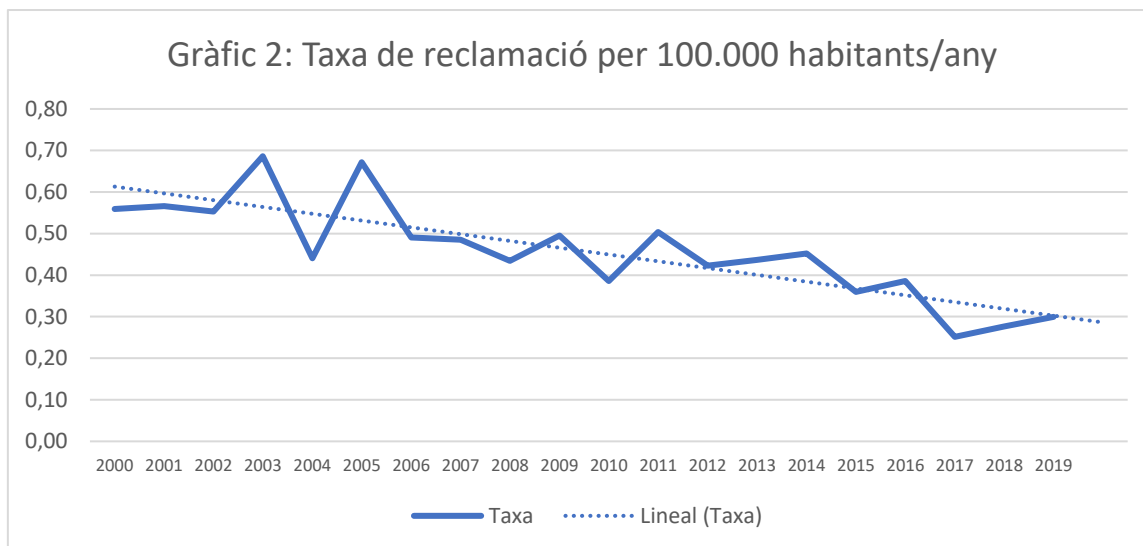
GRÀFIC 1: PROPORCIÓ DE RECLAMACIONS A URGÈNCIES PER ANY

Es pot determinar que el 10,4% de les reclamacions registrades al CCMC entre els anys 2000 i 2019 són atribuïbles a l'atenció urgent i hi ha una mitja de 32,7 reclamacions l'any, amb tendència a la baixa: de 35 reclamacions l'any 2000 a 23 el 2019.

1.1.2 RESPECTE A LA POBLACIÓ

Un cop descrites les dades absolutes s'ha cregut convenient ajustar-les per les dades tant poblacionals com d'activitat en aquells casos que ha resultat possible, ja que en el període d'estudi hi ha hagut un clar augment d'ambdues.

Les dades poblacionals s'han extret del Portal d'Estadística de Catalunya¹²⁸ i les que s'han utilitzat com a denominador pels anàlisis estan recollides a l'[Annex 4](#). Quan s'han calculat taxes, tant poblacionals com d'activitat, s'ha fet per 100.000 habitants o visites per facilitar la lectura. L'anàlisi pertinent demostra que hi ha una taxa mitjana de 0,46 reclamacions per 100.000 habitants per any i que ha disminuït clarament al llarg del període d'estudi com es mostra al Gràfic 2, sent de 0,56 l'any 2000 i de 0,3 l'any 2019.



GRÀFIC 2: TAXA DE RECLAMACIÓ PER 100.000 HABITANTS/ANY

1.2 DESCRIPCIÓ DE LA VARIABLE RESPONSABILITAT

La *Responsabilitat* és la variable que s'ha creat a efectes d'aquest estudi. És positiva (Sí) en aquelles reclamacions en què s'ha arribat a un acord extrajudicial o indemnització o bé hi ha hagut sentència condemnatòria en els expedients tramitats per via judicial.

La responsabilitat permet conèixer la probabilitat de que existeixi *mala praxi* en les reclamacions, és a dir, aquelles conductes, situacions o actes que podem anomenar "de risc" per la qual cosa, mereix un anàlisi específic.

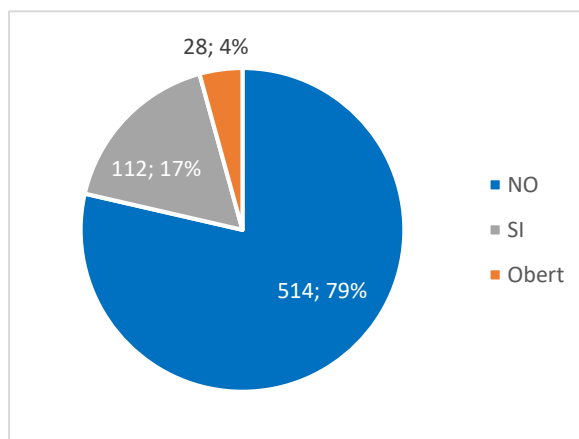
Hi ha un petit percentatge de reclamacions (n=28; 4,3%) en procés de resolució de les que encara no es disposa d'aquesta dada i es mostra com *Obert*.

A la mostra es conclou que només en 112 (17,1%) reclamacions es va assumir responsabilitat com es mostra a la Taula 2 i al Gràfic 3.

Taula 2: Responsabilitat

	Freqüència	Percentatge
NO	514	78,6
SI	112	17,1
Obert	28	4,3
Total	654	100,0

TAULA 2: DESCRIPCIÓ DE LA RESPONSABILITAT



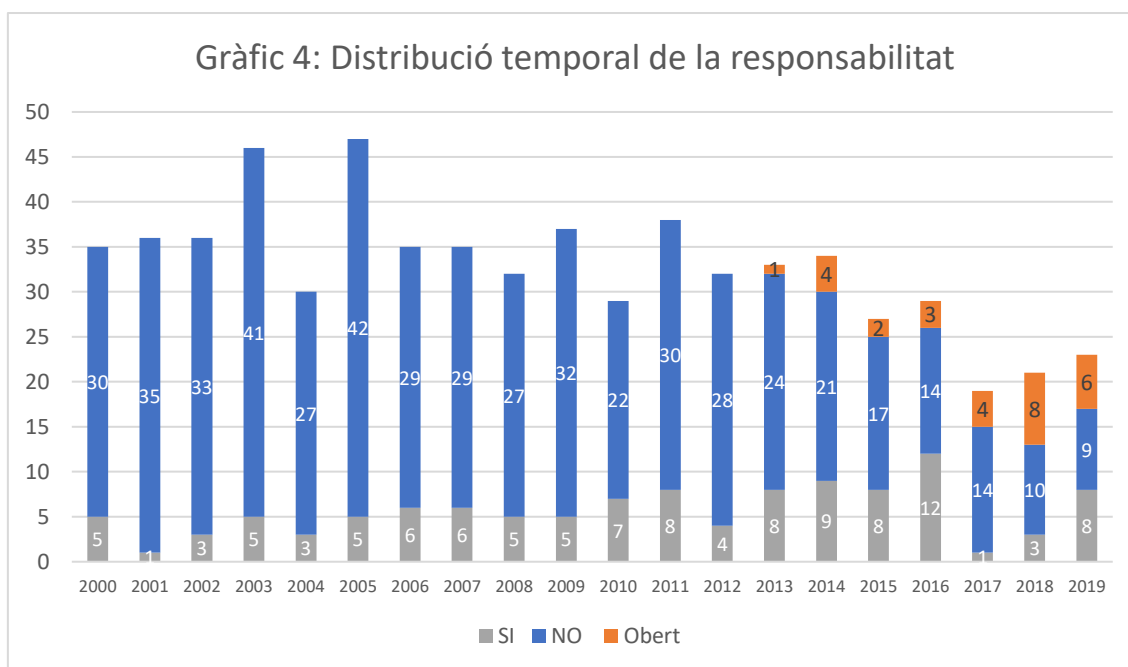
GRÀFIC 3: DESCRIPCIÓ DE RESPONSABILITAT

L'evolució de la variable *Responsabilitat* durant el període d'estudi mereix especial atenció, ja que si bé és cert que la major part dels expedients que no estan resolts es concentren al final del període d'estudi (Taula 3 i Gràfic 4), sembla existir una tendència creixent en confirmar-se la responsabilitat, com es mostra al Gràfic 5 i de forma relativa (reclamacions amb responsabilitat/reclamacions sense responsabilitat) al Gràfic 6.

Taula 3: Distribució temporal de la variable responsabilitat

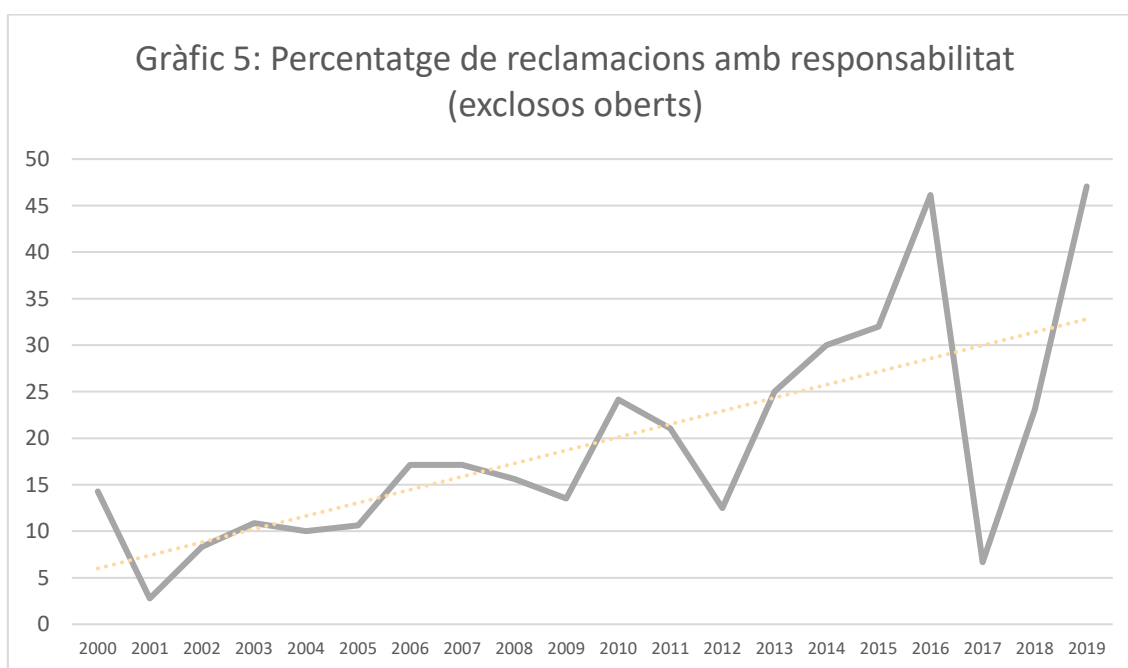
	Responsabilitat			Total	Percentatge
	No	Obert	Si		
2000	30	0	5	35	14.29
2001	35	0	1	36	2.78
2002	33	0	3	36	8.33
2003	41	0	5	46	10.87
2004	27	0	3	30	10.00
2005	42	0	5	47	10.64
2006	29	0	6	35	17.14
2007	29	0	6	35	17.14
2008	27	0	5	32	15.63
2009	32	0	5	37	13.51
2010	22	0	7	29	24.14
2011	30	0	8	38	21.05
2012	28	0	4	32	12.50
2013	24	1	8	33	24.24
2014	21	4	9	34	26.47
2015	17	2	8	27	29.63
2016	14	3	12	29	41.38
2017	14	4	1	19	5.26
2018	10	8	3	21	14.29
2019	9	6	8	23	34.78
Total	514	28	112	654	17.13

TAULA 3: DISTRIBUCIÓ TEMPORAL DE LA VARIABLE RESPONSABILITAT



GRÀFIC 4: DISTRIBUCIÓ TEMPORAL DE LA VARIABLE RESPONSABILITAT

Al Gràfic 5 s'il·lustra el progressiu augment de la *Responsabilitat* confirmada al llarg dels anys en els expedients de l'atenció urgent.



GRÀFIC 5: PERCENTATGE DE RECLAMACIONS AMB RESPONSABILITAT

Ara que s'ha fet l'anàlisi descriptiu de la variable *Responsabilitat*, aquesta serà incorporada en els anàlisis successius, excloent els expedients *oberts*.

2 ASPECTES JUDICIALS DE LES RECLAMACIONS

En aquest apartat dels resultats es respondrà a la pregunta *Com es reclama?* per tal de conèixer la via judicial emprada en les reclamacions interposades a l'atenció urgent.

La via de reclamació analitzada és la interposada en primera instància en tots els casos.

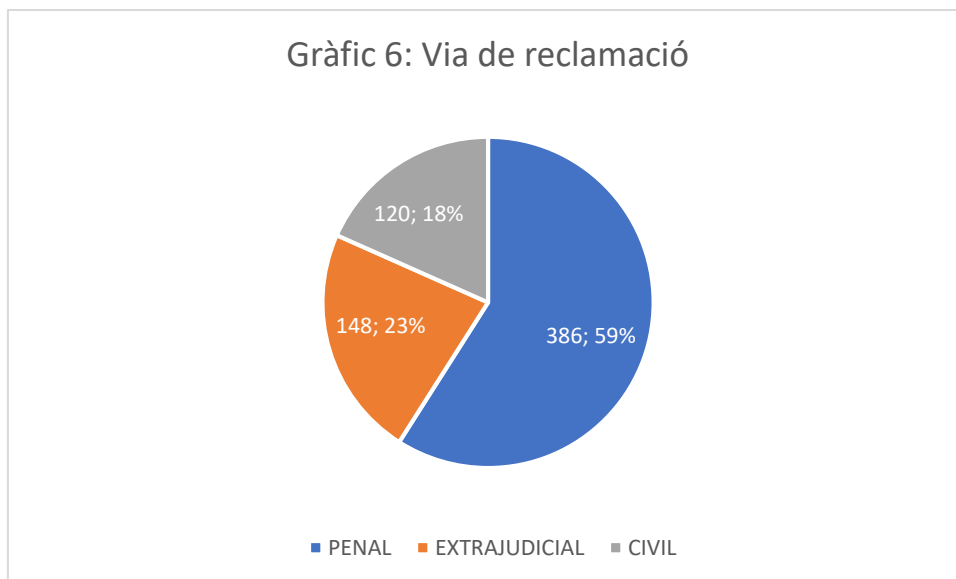
2.1 VIA DE RECLAMACIÓ EN PRIMERA INSTÀNCIA

La via de reclamació predominant és la penal (59%; n=386) seguida de l'extrajudicial (22,6%; n=148) i la civil (18,3%; n=120) com es mostra a la Taula 4 i al Gràfic 6.

Taula 4: Via de reclamació utilitzada

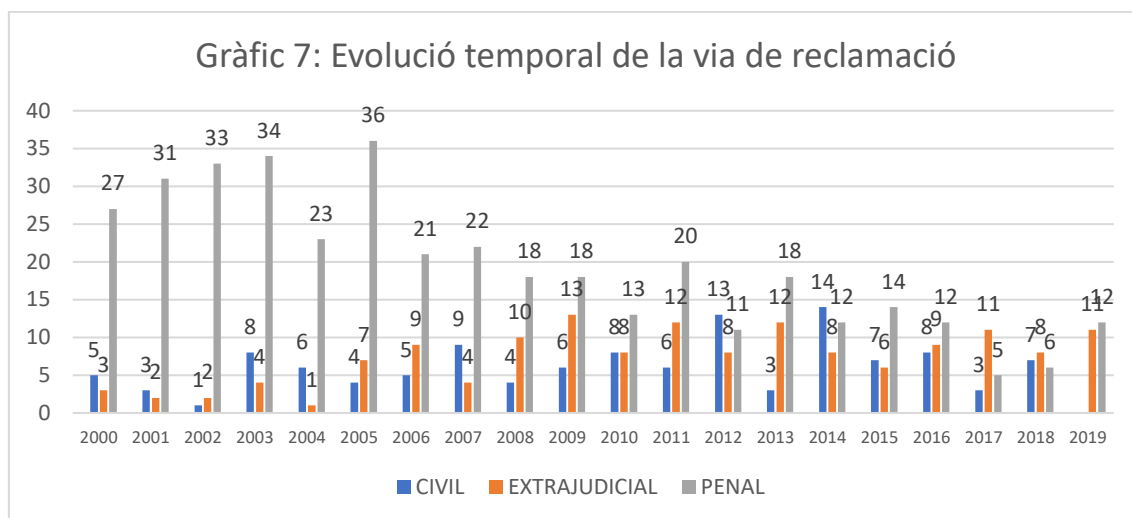
	Freqüència	Percentatge
PENAL	386	59,0
EXTRAJUDICIAL	148	22,6
CIVIL	120	18,3
Total	654	100,0

TAULA 4: VIA DE RECLAMACIÓ UTILITZADA



GRÀFIC 6: VIA DE RECLAMACIÓ UTILITZADA

2.2 EVOLUCIÓ TEMPORAL DE LA VIA DE RECLAMACIÓ



GRÀFIC 7: EVOLUCIÓ TEMPORAL DE LA VIA DE RECLAMACIÓ

El predomini de la via penal descrit anteriorment és degut principalment als primers anys del registre (2000-2005) com es mostra al Gràfic 7, amb un augment progressiu de les altres vies al final de l'estudi. La taula corresponent a aquestes dades es pot consultar a l'[Annex 5](#).

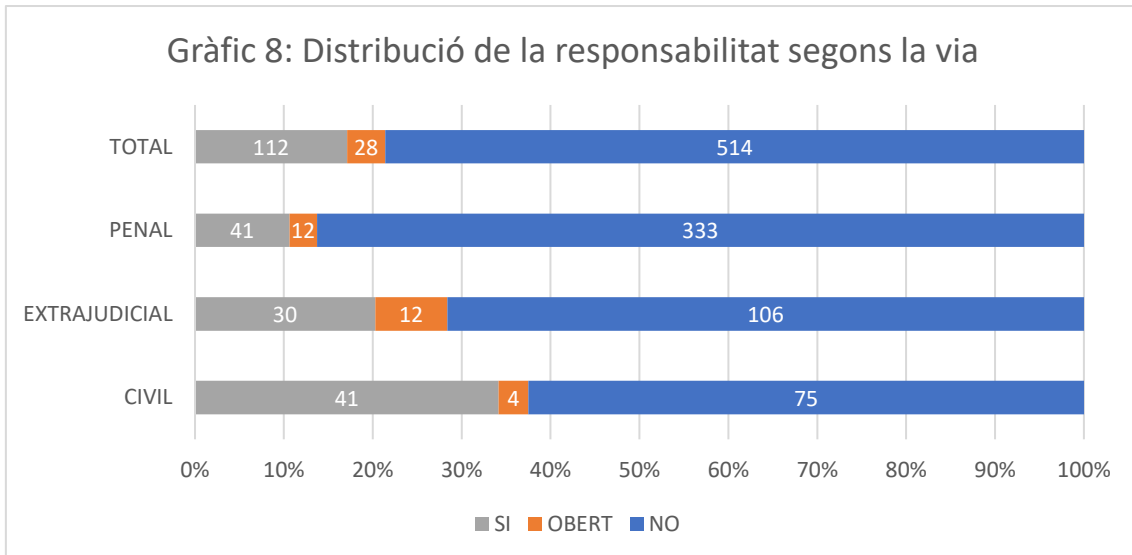
2.3 VIA DE RECLAMACIÓ I RESPONSABILITAT

L'anàlisi de la responsabilitat en funció de la via optada per la reclamació conclou que es més probable resultar responsable en aquelles reclamacions tramitades per via civil (34,2%) que en les de via penal (10,6%). Aquesta associació assoleix la significació estadística ($X^2(2)=37$; $p<.001$) com es mostra a la Taula 5 i està representada visualment al Gràfic 8.

Taula 5: Associació via de reclamació i la responsabilitat

Via		Responsabilitat		Total
		NO	SI	
CIVIL	Recompte	75	41	116
	% dins de Via	64,7%	35,3%	100,0%
EXTRAJUDICIAL	Recompte	106	30	136
	% dins de Via	77,9%	22,1%	100,0%
PENAL	Recompte	333	41	374
	% dins de Via	89,0%	11,0%	100,0%
Total	Recompte	514	112	626
	% dins de Via	82,1%	17,9%	100,0%

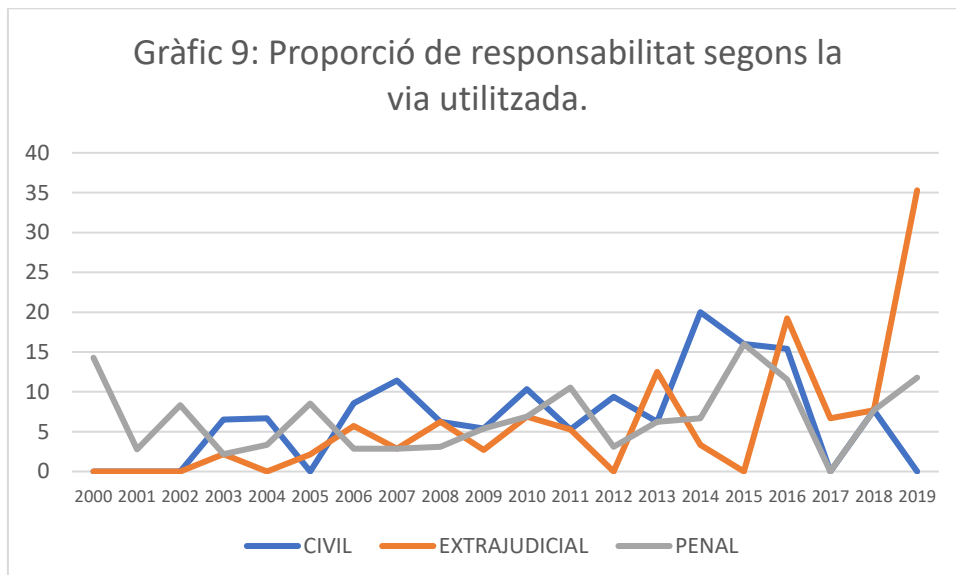
TAULA 5: ASSOCIACIÓ DE LA VIA DE RECLAMACIÓ I LA RESPONSABILITAT



GRÀFIC 8: DISTRIBUCIÓ DE LA RESPONSABILITAT SEGONS LA VIA

Donat que la via de reclamació predominant és diferent segons el període d'estudi, s'ha analitzat per separat la proporció de reclamacions resoltes amb responsabilitat per cada via de reclamació i al llarg del temps (Gràfic 9).

Es demostra que el percentatge de responsabilitat augmenta durant el període d'estudi a expenses de la via extrajudicial, que assoleix un 35% de responsabilitat l'any 2019.



GRÀFIC 9: PROPORCIÓ DE RESPONSABILITAT SEGONS LA VIA UTILITZADA

3 DISPOSITIU RECLAMAT

S'analitzarà *On es reclama?* quan es parla d'atenció urgent pel que primer es descriurà l'organització sanitària a Catalunya.

L'atenció urgent a Catalunya es pot classificar en tres grans grups. Per una banda hi ha l'atenció hospitalària, que és aquella que es presta als dispositius amb capacitat d'internament, bé siguin hospitals d'aguts, especialitzats i de mitjana o llarga estada. Aquests dispositius són els més representats a la mostra i poden dedicar-se a l'atenció pública o privada. Per una altra banda hi ha l'atenció extrahospitalària o ambulatòria prestada pels Centres d'Atenció Primària (CAP) en forma d'atenció continuada o centres d'urgències d'atenció primària (CUAP) en l'àmbit públic. En l'àmbit privat, hi ha un grup similar de dispositius en què es realitza atenció urgent ambulatòria en centres variats i heterogenis com consultoris mèdics particulars o centres mèdics polivalents. Finalment, el Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) de Catalunya, que s'estén per tot el territori i realitza l'atenció pública urgent al lloc de l'accident o d'aparició dels símptomes i en garanteix el trasllat quan està indicat.

La codificació dels centres s'ha realitzat seguint la classificació del Departament de Salut¹²⁷ i es registra la classificació de tots els dispositius analitzats a l'estudi a l'[Annex 6](#), així com la classificació oficial i la distribució geogràfica a l'[Annex 7](#).

3.1 CLASSIFICACIÓ DEL CENTRE RECLAMAT

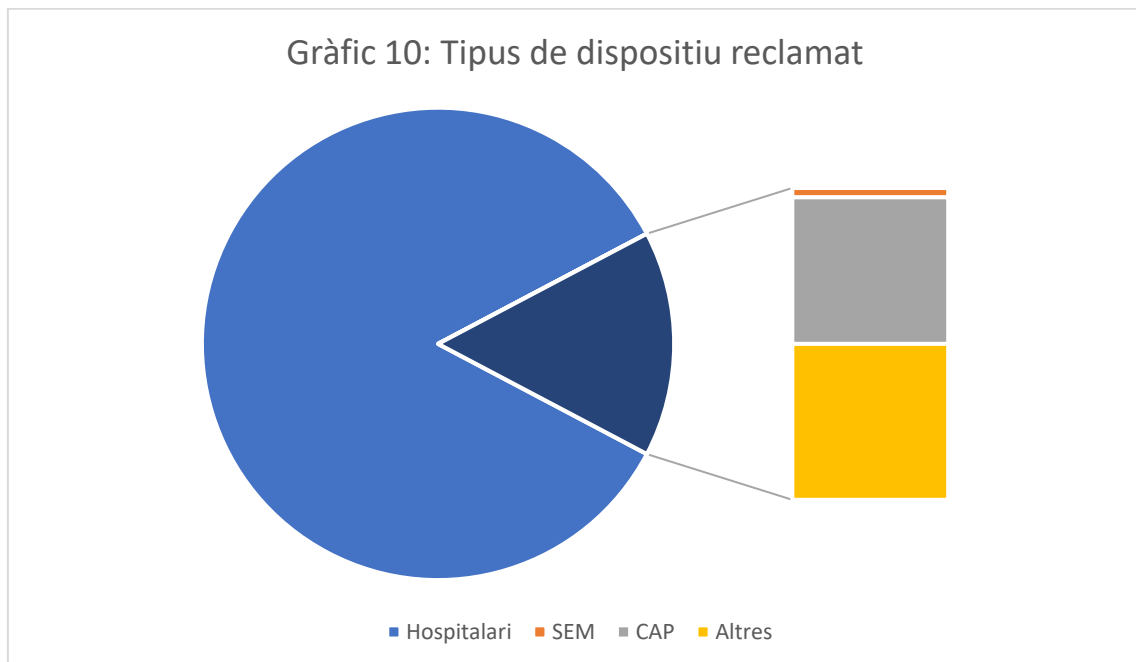
Es definiran dues variables respecte el centre reclamat. El "tipus" de centre fa referència a si és Hospital, CAP/CUAP, SEM o altres i "l'àmbit d'atenció" a si és públic o privat.

A continuació (Taula 6 i Gràfic 10) es presenta la distribució de la mostra d'estudi en quant a dispositiu reclamat. S'observa un clar predomini (84,7%; n=554) dels centres hospitalaris, dels quals el 78,3% (n=434) són públics. La resta de la mostra correspon a l'atenció extrahospitalària, amb una petita representació del SEM (n=3; 0,5%), un 7,2% (n=47) de Centres d'Atenció Primària i un 7,6% (n=50) de dispositius heterogenis agrupats com a *altres* i vinculats a l'atenció privada. L'atenció pública representa un 74% (n=484) de la mostra i el sector privat un 26% (n=170) (Gràfic 11).

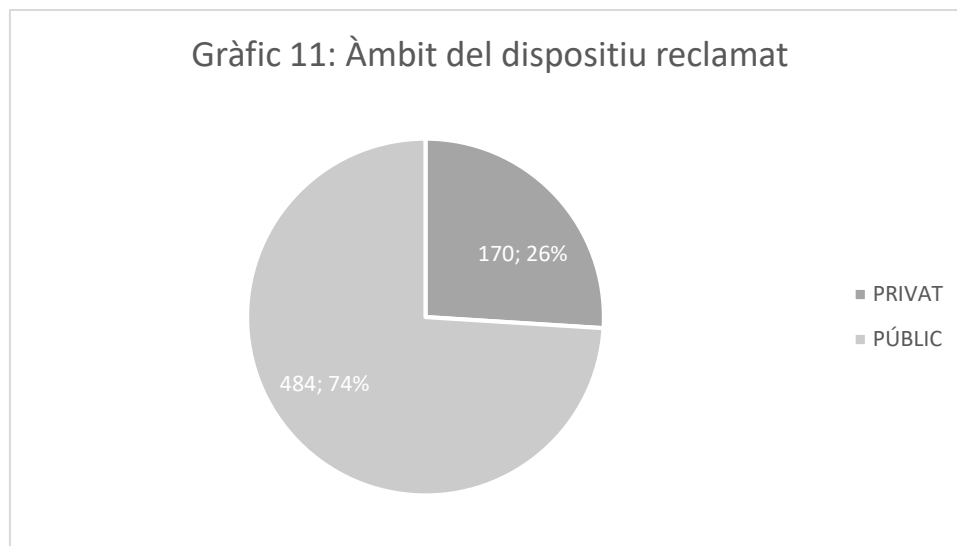
Taula 6: Agrupació dels centres i distribució de la mostra d'estudi

		PRIVAT	PÚBLIC	TOTAL
HOSPITALARI				
HOSPITAL	Hospitals general	118	429	547
	Hospitals especialitzats	0	4	4
	Hospitals de mitjana i llarga estada	2	1	3
	Total	120	434	554
	% Públic/Privat	21,7%	78,3%	
	% del total	18,3%	66,4%	84,7%
EXTRAHOSPITALARI				100
CAP	CAP (43) + CUAP (4)		47	47
	% del total		7,2%	7,2%
SEM	SEM		3	3
	% del total		0,5%	0,5%
ALTRES	Consultes mèdiques	4		4
	Centres polivalents	25		25
	Centres especialitzats	21		21
	Total	50		50
	% del total	7,6%		7,6%
Total		170	484	654
	% del total	26,0%	74,0%	

TAULA 6: AGRUPACIÓ DELS CENTRES I DISTRIBUCIÓ DE LA MOSTRA D'ESTUDI



GRÀFIC 10: TIPUS DE DISPOSITIU RECLAMAT



GRÀFIC 11: ÀMBIT PÚBLIC O PRIVAT DEL DISPOSITIU RECLAMAT

3.1.1 VIA DE RECLAMACIÓ I CLASSIFICACIÓ DEL CENTRE

3.1.1.1 Tipus de centre

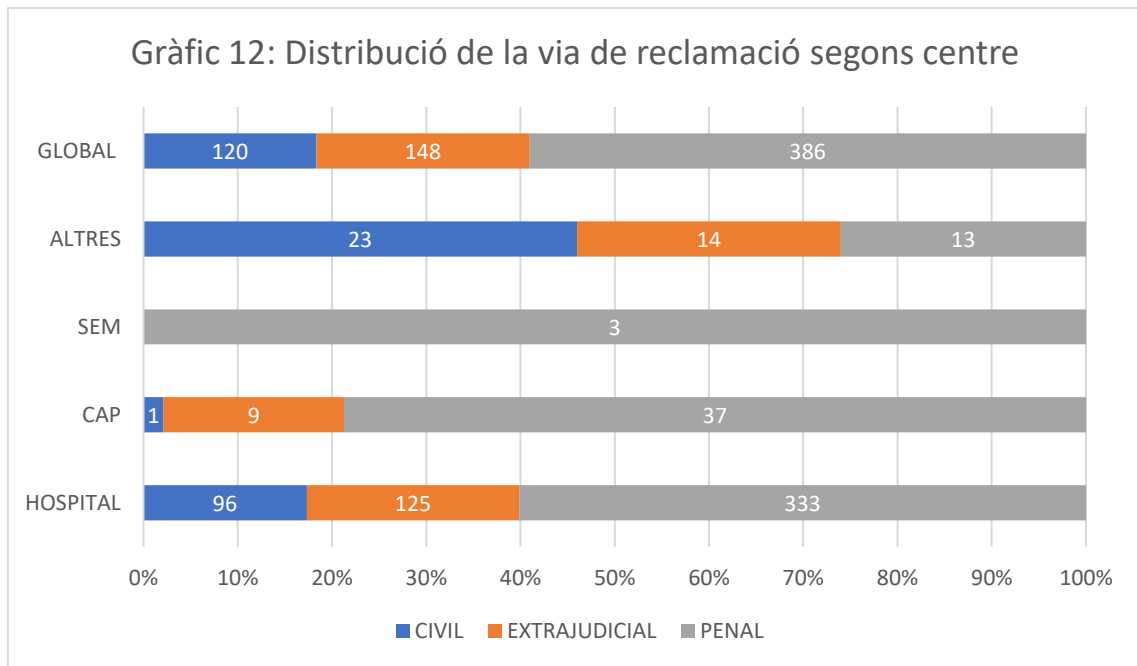
En aquest apartat es resol la incògnita de si treballar en un tipus o un altre de centre influeix en la via de reclamació que s'utilitzarà o no.

Segons el següent anàlisi (Taula 7 i Gràfic 12), de manera significativa amb $X^2(6)=43.3$ i $p<.001$ es confirma que treballar en un CAP s'associa a major risc de rebre una reclamació via penal, treballar al SEM predisposa (100% de la mostra a estudi amb $n=3$) que la via de reclamació serà penal i els altres dispositius extrahospitalaris, de caràcter més privat en general, s'associen a rebre reclamacions per via civil en el 46% dels casos.

Taula 7: Dispositiu reclamat i via de reclamació

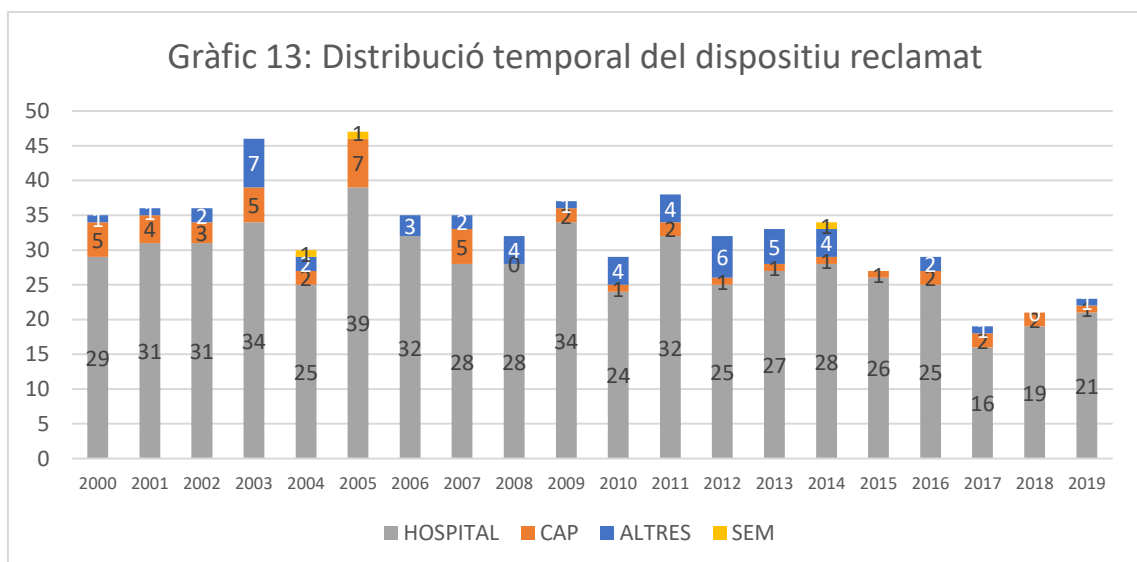
		CIVIL	EXTRAJUDICIAL	PENAL	TOTAL
HOSPITAL	Recompte	96	125	333	554
	% del dispositiu	17,3%	22,6%	60,1%	100,0%
CAP	Recompte	1	9	37	47
	% del dispositiu	2,1%	19,1%	78,7%	100,0%
SEM	Recompte	0	0	3	3
	% del dispositiu	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
ALTRES	Recompte	23	14	13	50
	% del dispositiu	46,0%	28,0%	26,0%	100,0%
Total	Recompte	120	148	386	654
	% del dispositiu	18,3%	22,6%	59,0%	100,0%

TAULA 7: VIA DE RECLAMACIÓ SEGONS EL TIPUS DE CENTRE RECLAMAT



GRÀFIC 12: DISTRIBUCIÓ DE LA VIA DE RECLAMACIÓ SEGONS TIPUS DE CENTRE

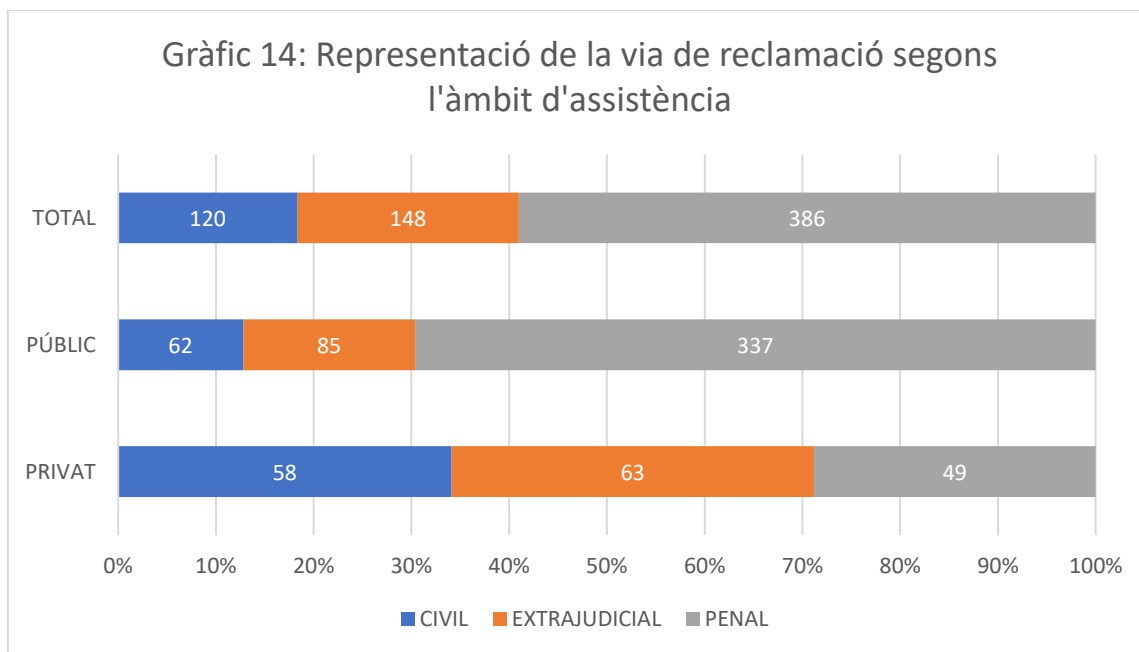
Aquest resultat planteja el dubte si pot ser determinant la distribució temporal del dispositiu reclamat. Al Gràfic 13 es representa el tipus de centre per any, observant com a l'inici del període d'estudi, on hi ha més reclamacions per via penal, també hi ha major percentatge de CAP.



GRÀFIC 13: DISTRIBUCIÓ TEMPORAL DEL DISPOSITIU RECLAMAT

3.1.1.2 Àmbit del dispositiu

Quant a l'àmbit d'assistència, hi ha clar predomini de la via penal (69,6%;n=337) en l'àmbit públic mentre que a l'àmbit privat destaca la via civil (34,1%;n=58) i es representa visualment al Gràfic 14. Aquesta associació és estadísticament significativa ($\chi^2(2)=87.7;p<.001$) com s'observa a la Taula 8.



GRÀFIC 14: REPRESENTACIÓ DE LA VIA DE RECLAMACIÓ SEGONS L'ÀMBIT D'ASSISTÈNCIA

Taula 8: Relació via de reclamació i àmbit d'assistència

	CIVIL	EXTRAJUDICIAL	PENAL
PRIVAT	58	63	49
	34,1%	37,1%	28,8%
PÚBLIC	62	85	337
	12,8%	17,6%	69,6%
Total	120	148	386
	18,3%	22,6%	59,0%

TAULA 8: RELACIÓ VIA DE RECLAMACIÓ I ÀMBIT DEL CENTRE

3.1.1.3 Via de reclamació i centre: conclusions

La via de reclamació que més s'utilitza a les reclamacions urgents és la penal (59%). S'observen diferències significatives entre el tipus de centre i l'àmbit, on el públic acumula la major representació tant de la via penal com de mida de la mostra, ja que combinen els CAP, el SEM i el 66% d'hospitals. Per tant s'ha cregut convenient fer l'anàlisi separatament.

A la Taula 9 es presenta com, dintre dels hospitals, aquells de gestió pública tenen major representació de la via penal (68,4%), mentre que als privats, les vies de reclamació es distribueixen de forma equilibrada [$\chi^2(2)=58.1$ i $p<.001$].

Taula 9: Via de reclamació als hospitals segons l'àmbit

		CIVIL	EXTRAJUDICIAL	PENAL	TOTAL
PRIVAT	Recompte	35	49	36	120
	% dins d'àmbit	29,2%	40,8%	30,0%	100,0%
PÚBLIC	Recompte	61	76	297	434
	% dins d'àmbit	14,1%	17,5%	68,4%	100,0%
Total	Recompte	96	125	333	554
	% dins d'àmbit	17,3%	22,6%	60,1%	100,0%

TAULA 9: VIA DE RECLAMACIÓ ALS HOSPITALS SEGONS L'ÀMBIT

Entre els centres extrahospitalaris, succeeix el mateix: la via penal és la predominant als centres públics (80%) i entre els privats augmenta molt la representació de la via civil (46%) com es mostra a la Taula 10 [$\chi^2(2)=35$ i $p<.001$].

Taula 10: Via de reclamació als dispositius extrahospitalaris segons l'àmbit

		CIVIL	EXTRAJUDICIAL	PENAL	TOTAL
PRIVAT	Recompte	23	14	13	50
	% dins d'àmbit	46,0%	28,0%	26,0%	100,0%
PÚBLIC	Recompte	1	9	40	50
	% dins d'àmbit	2,0%	18,0%	80,0%	100,0%
Total	Recompte	24	23	53	100
	% dins d'àmbit	24,0%	23,0%	53,0%	100,0%

TAULA 10: VIA DE RECLAMACIÓ ALS DISPOSITIUS EXTRAHOSPITALARIS SEGONS L'ÀMBIT

3.1.2 RESPONSABILITAT I CLASSIFICACIÓ DEL DISPOSITIU

Es busca la distribució de la variable *Responsabilitat* en funció de la classificació del centre.

3.1.2.1 Tipus de centre

No es poden demostrar diferències estadísticament significatives ($p=0.83$) en quant a la presència o no de Responsabilitat en funció del dispositiu reclamat com mostra la Taula 11.

Taula 11: Relació entre tipus de centre i responsabilitat

		Responsabilitat		Total
		NO	SI	
ALTRES	Recompte	41	8	49
	% dins de centre	83,7%	16,3%	100,0%
CAP	Recompte	36	9	45
	% dins de centre	80,0%	20,0%	100,0%
HOSPITAL	Recompte	434	95	529
	% dins de centre	82,0%	18,0%	100,0%
SEM	Recompte	3	0	3
	% dins de centre	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Recompte	514	112	626
	% dins de centre	82,1%	17,9%	100,0%

TAULA 11: RELACIÓ ENTRE TIPUS DE CENTRE I RESPONSABILITAT

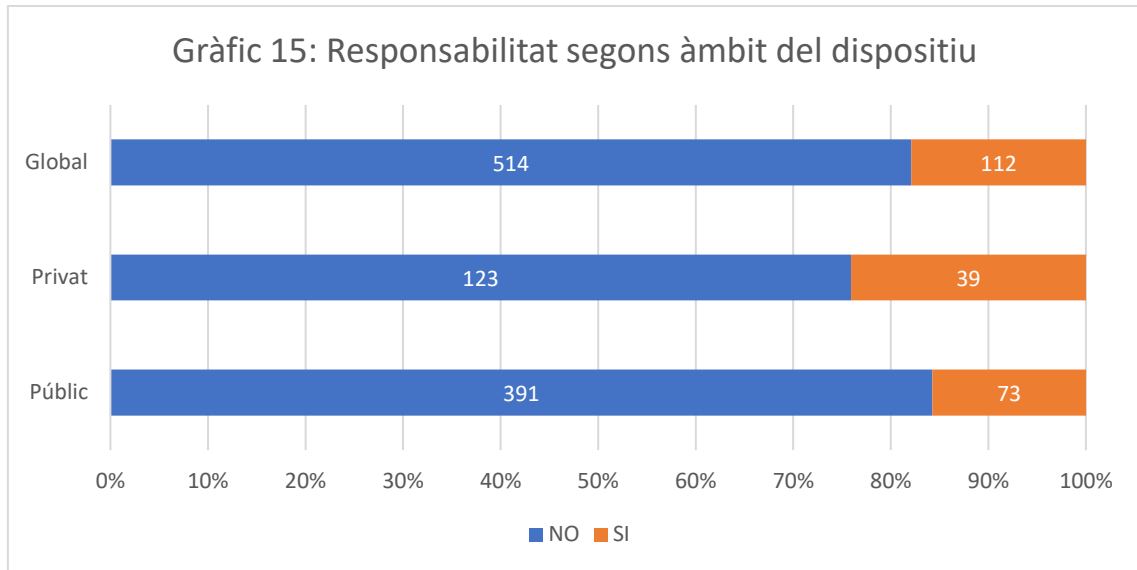
3.1.2.2 Àmbit del dispositiu

Es demostra un major percentatge de casos amb responsabilitat en l'àmbit privat (24,1%;n=39) respecte el públic (15,7%;n=73) que assoleix la significació estadística ($p=0.017$) com es mostra a la Taula 12 i al Gràfic 15.

Taula 12: Relació àmbit del centre i responsabilitat

		Responsabilitat		Total
		NO	SI	
PRIVAT	Recompte	123	39	162
	% Àmbit Centre	75,9%	24,1%	100,0%
PÚBLIC	Recompte	391	73	464
	% Àmbit Centre	84,3%	15,7%	100,0%
Total	Recompte	514	112	626
	% Àmbit Centre	82,1%	17,9%	100,0%

TAULA 12: RELACIÓ ÀMBIT DEL CENTRE I RESPONSABILITAT



GRÀFIC 15: RESPONSABILITAT SEGONS ÀMBIT DEL DISPOSITIU

3.1.2.3 Responsabilitat i centre: conclusions

S'han analitzat separatament els hospitals i els dispositius extrahospitalaris, ja que s'ha demostrat que l'àmbit públic o privat condiona tant la via de reclamació utilitzada com la major presència de responsabilitat.

A la Taula 13 es mostra com a l'hospital hi ha diferències estadísticament significatives [$X^2(1)=8.7$ i $p=.003$] que corroboren la major presència de responsabilitat a l'àmbit privat (fins el 27,4%) respecte el públic (15,7%). En canvi, a l'àmbit extrahospitalari, les diferències de responsabilitat entre centres públics o privats no són significatives ($p=0.75$).

Taula 13: Responsabilitat intra i extrahospitalària segons l'àmbit

		Responsabilitat		
		NO	SI	Total
PRIVAT	Recompte	82	31	113
	% d'àmbit	72,6%	27,4%	100,0%
PÚBLIC	Recompte	352	64	416
	% d'àmbit	84,6%	15,4%	100,0%
Total	Recompte	434	95	529
	% d'àmbit	82,0%	18,0%	100,0%

a. Assistència = HOSPITALÀRIA

		Responsabilitat		
		NO	SI	Total
PRIVAT	Recompte	41	8	49
	% d'àmbit	83,7%	16,3%	100,0%
PÚBLIC	Recompte	39	9	48
	% d'àmbit	81,3%	18,8%	100,0%
Total	Recompte	80	17	97
	% d'àmbit	82,5%	17,5%	100,0%

a. Assistència = EXTRAHOSPITALÀRIA

TAULA 13: RESPONSABILITAT INTRA I EXTRAHOSPITALÀRIA SEGONS L'ÀMBIT DEL CENTRE

3.2 LOCALITZACIÓ DEL DISPOSITIU RECLAMAT

Pel que fa a la distribució geogràfica, es va utilitzar en un primer anàlisi la classificació per Regions Sanitàries que proposa la Generalitat¹³¹ i es pot consultar a l'[Annex 7](#). Aquesta distribució ha anat variant en el temps i no hi ha registre d'activitat amb aquesta classificació prèvia a l'any 2017. Per aquest motiu, i a efectes de calcular les taxes, s'han agrupat els centres per províncies (Taula 14), permetent fer relacions poblacionals posteriorment.

La província de Barcelona agrupa el 75,7% (n=495) de les reclamacions com era esperable degut a la centralització dels serveis sanitaris i a la concentració de la població.

A la Taula 15 es calcula la taxa de reclamació per habitant i província, és a dir la relació del nombre total de reclamacions per província amb la població mitjana de cada regió en el mateix període. Hi ha una mitjana de 8,1 reclamacions per 100.000 habitants amb predomini a la província de Barcelona.

Taula 14: Distribució geogràfica del tipus d'hospital

	HOSPITAL	ALTRES	CAP	SEM	Total	Percentatge
BARCELONA	421	44	30	0	495	75,7%
TARRAGONA	52	2	8	0	62	9,5%
GIRONA	51	1	2	0	54	8,3%
LLEIDA	23	2	5	0	30	4,6%
FORA AUTONOMIA	7	1	0	0	8	1,2%
NO CONSTA	0	0	2	3	5	0,8%
Total	554	50	47	3	654	100%

TAULA 14: DISTRIBUCIÓ GEOGRÀFICA PER TIPUS DE CENTRE

Taula 15: Taxa de reclamació per 100.000 habitants

	RECLAMACIONS	POBLACIÓ MITJA (2000-2019)	TAXA 100.000 HABITANTS
BARCELONA	495	5.348.189	9,26
TARRAGONA	62	749.013	8,28
GIRONA	54	706.076	7,65
LLEIDA	30	415.945	7,21

TAULA 15: TAXA DE RECLAMACIÓ PER 100.000 HABITANTS

També s'ha estudiat si hi ha diferències entre els dispositius reclamats al llarg del temps d'estudi, observant-se una distribució homogènia sense diferències temporals, pel que les dades es mostren en forma de taula i de gràfic a l'[Annex 8](#).

3.2.1 VIA DE RECLAMACIÓ I LOCALITZACIÓ DEL DISPOSITIU

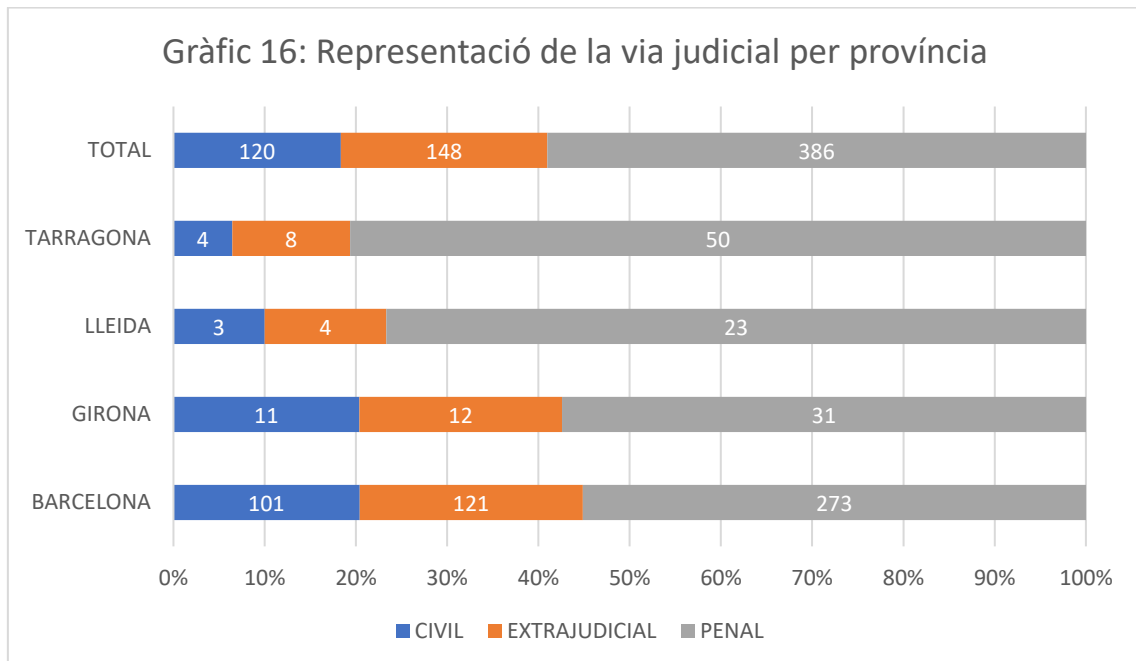
L'estudi de la via judicial per províncies mostra un augment de l'ús de la via penal a les províncies de Lleida i Tarragona que és estadísticament significativa ($\chi^2(10)=20,9;p=.02$) com es mostra a la Taula 16 i s'il·lustra al Gràfic 16.

Taula 16: Relació via de reclamació i província

	CIVIL	EXTRAJUDICIAL	PENAL
BARCELONA	101	121	273
	20,4%	24,4%	55,2%
GIRONA	11	12	31
	20,4%	22,2%	57,4%
LLEIDA	3	4	23
	10,0%	13,3%	76,7%
TARRAGONA	4	8	50
	6,5%	12,9%	80,6%
Total	120	148	386

TAULA 16: VIA JUDICIAL PER PROVÍNCIA

Gràfic 16: Representació de la via judicial per província



GRÀFIC 16: REPRESENTACIÓ DE LA VIA JUDICIAL PER PROVÍNCIA

3.2.2 RESPONSABILITAT I LOCALITZACIÓ DEL DISPOSITIU

Es demostra una menor responsabilitat a la província de Tarragona (87%;n=54) i un augment en els dispositius fora de Catalunya (Taula 14), però aquestes diferències no assolixen significació estadística ($p=0.76$).

Taula 17: Relació entre responsabilitat i província

	Responsabilitat			Total
	NO	Obert	SI	
BARCELONA	385	22	88	495
	77,8%	4,4%	17,8%	100%
TARRAGONA	54	2	6	62
	87,1%	3,2%	9,7%	100%
GIRONA	41	2	11	54
	75,9%	3,7%	20,4%	100%
LLEIDA	24	1	5	30
	80,0%	3,3%	16,7%	100%
NO CONSTA	5	0	0	5
	100,0%	0,0%	0,0%	100%
FORA AUTONOMIA	5	1	2	8
	62,5%	12,5%	25,0%	100%
Total	514	28	112	654
	78,6%	4,3%	17,1%	100%

TAULA 17: RELACIÓ ENTRE RESPONSABILITAT I PROVÍNCIA

3.3 ACTIVITAT EN L'ÀMBIT HOSPITALARI

Fins al moment, no s'han pogut relacionar les reclamacions amb l'activitat assistencial, però en l'estudi del dispositiu, sí que disposem de dades sobre l'atenció hospitalària (no l'ambulatoria). Aquest punt és rellevant ja que en els 20 anys d'estudi, ha augmentat l'activitat dels Serveis d'Urgències Hospitalàries (SUH) fins a un 20%: de menys de 4 milions d'assistències l'any 2000 als més de 5 milions al 2019.

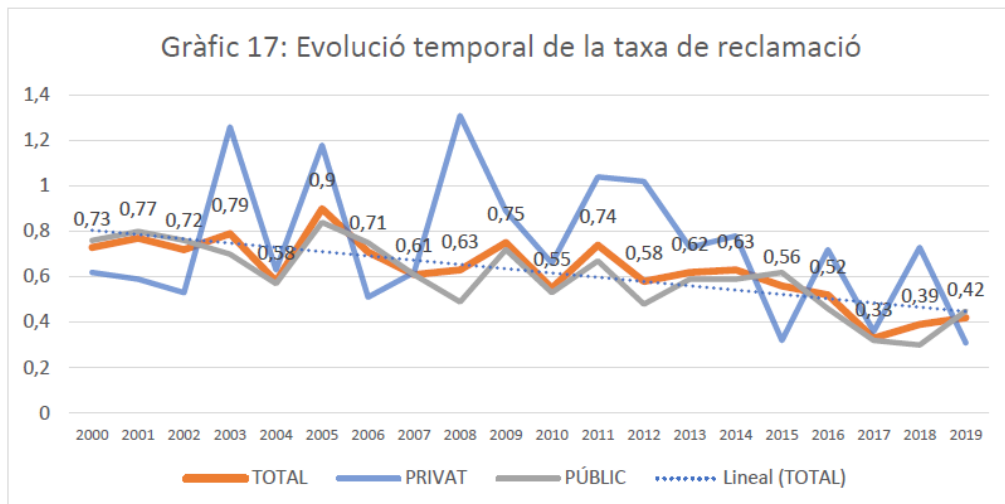
Per tant a continuació es mostra la relació entre l'activitat dels SUH enregistrada al portal estadístic (INE) del Ministeri de Sanitat³⁵ i les reclamacions realitzades als centres hospitalaris (n=554).

3.3.1 TAXA DE RECLAMACIONS PER ACTIVITAT ANUAL

Any	TOTAL			PRIVAT			PÚBLIC		
	Recl	Activitat	% x 100.000	Recl	Activitat	% x 100.000	Recl	Activitat	% x 100.000
2000	29	3.946.766	0,73	4	646.652	0,62	25	3.300.114	0,76
2001	31	4.046.566	0,77	4	682.484	0,59	27	3.364.082	0,80
2002	31	4.319.510	0,72	4	747.681	0,53	27	3.571.829	0,76
2003	34	4.276.816	0,79	9	716.507	1,26	25	3.560.309	0,70
2004	25	4.305.488	0,58	5	796.636	0,63	20	3.508.852	0,57
2005	39	4.329.950	0,90	9	761.880	1,18	30	3.568.070	0,84
2006	32	4.513.535	0,71	4	790.849	0,51	28	3.722.686	0,75
2007	28	4.553.985	0,61	5	810.605	0,62	23	3.743.380	0,61
2008	28	4.446.453	0,63	10	763.770	1,31	18	3.682.683	0,49
2009	34	4.521.451	0,75	8	901.633	0,89	26	3.619.818	0,72
2010	24	4.362.568	0,55	4	605.210	0,66	20	3.757.358	0,53
2011	32	4.349.756	0,74	8	771.209	1,04	24	3.578.547	0,67
2012	25	4.305.471	0,58	8	784.188	1,02	17	3.521.283	0,48
2013	27	4.368.765	0,62	6	825.554	0,73	21	3.543.211	0,59
2014	28	4.472.247	0,63	7	899.108	0,78	21	3.573.139	0,59
2015	26	4.640.007	0,56	3	946.953	0,32	23	3.693.054	0,62
2016	25	4.822.730	0,52	8	1.114.867	0,72	17	3.707.863	0,46
2017	16	4.853.998	0,33	4	1.098.009	0,36	12	3.755.989	0,32
2018	19	4.898.046	0,39	7	952.405	0,73	12	3.945.641	0,30
2019	21	5.013.219	0,42	3	980.924	0,31	18	4.032.295	0,45
TOTAL	554	89.347.327	0,62	120	16.597.124	0,72	434	72.750.203	0,60

TAULA 18: TAXA DE RECLAMACIÓ PER ACTIVITAT ANUAL

El càlcul de les taxes mostra una mitjana de 0,62 reclamacions per cada 100.000 urgències ateses als SUH de Catalunya, sent de 0,72 als hospitals privats i de 0,6 als públics (Taula 18). A la representació gràfica (Gràfic 17) es veu la tendència al descens del nombre de reclamacions en el període d'estudi. S'aporta el valor numèric únicament del total de reclamacions.



GRÀFIC 17: EVOLUCIÓ TEMPORAL DE LA TAXA DE RECLAMACIÓ

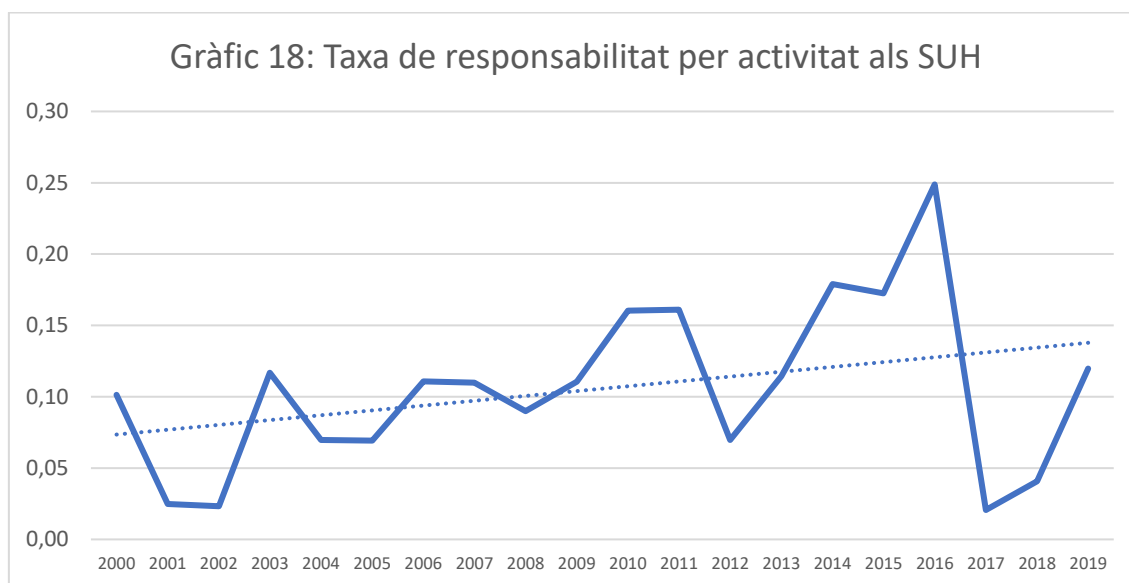
3.3.2 EVOLUCIÓ DE LA RESPONSABILITAT PER ACTIVITAT

Es relaciona la responsabilitat amb l'activitat als SUH i amb la població (Taula 19). Es presenten les dades per 100.000 visites a urgències o per 100.000 habitants (Gràfics 18 i 19).

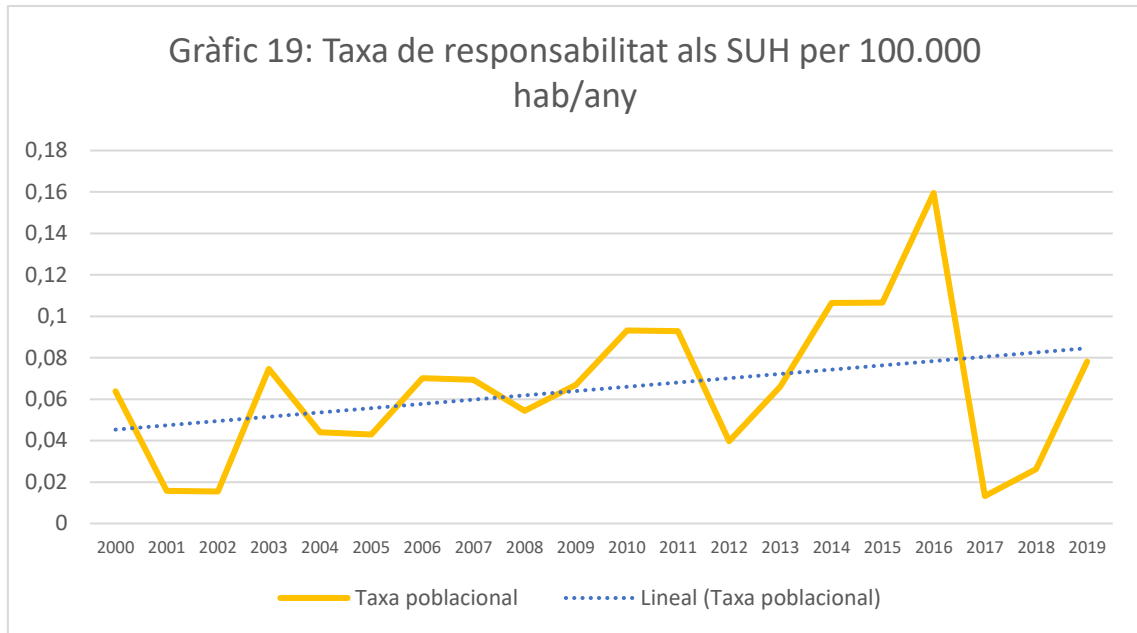
Taula 19: Taxa de responsabilitat confirmada i activitat dels SUH

	Responsabilitat			Total Recl	%SI del total de Recl	Activitat urgències	Població Catalunya	Taxa de SI per 100.000 urgències
	NO	Obert	SI					
2000	25	0	4	29	0,14	3.946.766	6.261.999	0,10
2001	30	0	1	31	0,03	4.046.566	6.361.365	0,02
2002	30	0	1	31	0,03	4.319.510	6.506.440	0,02
2003	29	0	5	34	0,15	4.276.816	6.704.146	0,12
2004	22	0	3	25	0,12	4.305.488	6.813.319	0,07
2005	36	0	3	39	0,08	4.329.950	6.995.206	0,07
2006	27	0	5	32	0,16	4.513.535	7.134.697	0,11
2007	23	0	5	28	0,18	4.553.985	7.210.508	0,11
2008	24	0	4	28	0,14	4.446.453	7.364.078	0,09
2009	29	0	5	34	0,15	4.521.451	7.475.420	0,11
2010	17	0	7	24	0,29	4.362.568	7.512.381	0,16
2011	25	0	7	32	0,22	4.349.756	7.539.618	0,16
2012	22	0	3	25	0,12	4.305.471	7.570.908	0,07
2013	21	1	5	27	0,19	4.368.765	7.553.650	0,11
2014	16	4	8	28	0,29	4.472.247	7.518.903	0,18
2015	16	2	8	26	0,31	4.640.007	7.508.106	0,17
2016	12	1	12	25	0,48	4.822.730	7.522.596	0,25
2017	11	4	1	16	0,06	4.853.998	7.555.830	0,02
2018	10	7	2	19	0,11	4.898.046	7.600.065	0,04
2019	9	6	6	21	0,29	5.013.219	7.675.217	0,12
Total	434	25	95	554	0,17	89.347.327	X̄=7.219.223	0,11

TAULA 19: DADES DE RESPONSABILITAT, ACTIVITAT I POBLACIÓ



GRÀFIC 18: TAXA DE RESPONSABILITAT PER ACTIVITAT ALS SUH



GRÀFIC 19: TAXA DE RESPONSABILITAT CONFIRMADA PER 100.000 HABITANTS I ANY

4 ACTE MÈDIC RECLAMAT

Aquest apartat respon a la pregunta *Per què s'interposen les reclamacions?* amb intenció de descriure aquells actes mèdics que són de més risc i intentar fer la fotografia dels punts més vulnerables als errors amb les dades de les que es disposa. A vegades s'ha anomenat "anatomia de l'error mèdic" i és l'equivalent als *mapes de risc* en Seguretat Clínica.

La base de dades del CCMC recull informació relativa a l'especialitat de la patologia reclamada i si hi ha hagut intervenció quirúrgica o no, o bé es tractava d'un procediment diagnòstic. A més es descriu el motiu de la reclamació al·legat i les seqüeles reclamades.

4.1 ESPECIALITAT DE L'ACTE MÈDIC RECLAMAT

Aquesta variable no fa referència a l'àrea d'assistència ni a l'especialitat del metge reclamat, sinó únicament a la patologia reclamada, codificada per un pèrit expert en una especialitat mèdica (M), quirúrgica (Q), medicoquirúrgica (M-Q) o de laboratori/diagnòstic (L-D) segons la classificació oficial que es pot consultar a l'[Annex 9](#). La representació a la mostra de les especialitats reclamades es mostra a la Taula 20.

Per una banda, es realitza l'anàlisi individual de les especialitats, on es demostra que més del 30% (n=200) dels actes reclamats corresponen a activitat relativa a Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (COT), seguida de Medicina Familiar i Comunitària (10,6%; n=69), Cirurgia General (8,7%; n=57), Medicina Interna (7,8%; n=51) i Cardiologia (7,5%; n=49). En sisè lloc es troba la Pediatria (5%; n=33). Aquest anàlisi ens permet afirmar que el 65% dels actes mèdics reclamats estan relacionats amb COT, Cirurgia o Medicina General (M. Interna i MFIC) i la Cardiologia. Si s'agrupen les tres especialitats "mèdiques", s'obté un percentatge acumulat del 25,9% corresponent a Medicina General i Cardiologia col·locant-se en segon lloc pel que fa al total de reclamacions.

L'escassa representació de diverses especialitats dificulta l'anàlisi individual ja que no permet extreure'n conclusions, així que s'han agrupat com es mostra a la Taula 21 i al Gràfic 20 on s'observa un 46% (n=301) d'actes catalogats dins una especialitat quirúrgica i un 42% (n=275) d'actes mèdics amb una petita representació de les altres especialitats.

S'ha analitzat l'evolució temporal de les reclamacions en funció de l'especialitat agrupada sense trobar-se diferències rellevants pel que els resultats es poden consultar a l'[Annex 10](#).

Taula 20: Especialitat d'acte mèdic

	Tipus	Fre- qüència	Percen- tatge	% acum
CIRURGIA ORTOPÈDICA I TRAUMATOLOGIA	Q	200	30,6	30,6
MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA	M	69	10,6	41,1
CIRURGIA GENERAL I APARELL DIGESTIU	Q	57	8,7	49,8
MEDICINA INTERNA	M	51	7,8	57,6
CARDIOLOGIA	M	49	7,5	65,1
PEDIATRIA I ÀREES ESPECÍFIQUES.	M	33	5,0	70,2
OBSTETRÍCIA I GINECOLOGIA	M-Q	31	4,7	74,9
NEUROLOGIA	M	30	4,6	79,5
UROLOGIA	M-Q	22	3,4	82,9
NEUROCIRURGIA	Q	18	2,8	85,6
OFTALMOLOGIA	M-Q	13	2,0	87,6
ANGIOLOGIA I CIRURGIA VASCULAR	M-Q	12	1,8	84,4
PSIQUIATRIA	M	9	1,4	90,8
APARELL DIGESTIU	M	8	1,2	92,0
PNEUMOLOGIA	M	8	1,2	93,3
OTORRINOLARINGOLOGIA (O.R.L.)	M-Q	7	1,1	94,3
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	Q	6	,9	95,3
GERIATRIA	M	4	,6	95,9
CIRURGIA PEDIÀTRICA	Q	3	,5	96,3
MEDICINA INTENSIVA	M	3	,5	96,8
AL·LERGOLOGIA	M	2	,3	97,1
CIRURGIA ORAL I MAXIL·LOFACIAL	Q	2	,3	97,4
CIRURGIA TORÀCICA	Q	2	,3	97,7
DERMATOLOGIA MEDICOQUIRÚRGICA I VENER.	M-Q	2	,3	98,0
MEDICINA DEL TREBALL	M	2	,3	98,3
ONCOLOGIA MÈDICA	M	2	,3	98,6
RADIODIAGNÒSTIC	L-D	2	,3	98,9
ANESTESIOLOGIA I REANIMACIÓ	M	1	,2	99,1
CIRURGIA PLÀSTICA, ESTÈTICA I REPARADORA	Q	1	,2	99,2
HEMATOLOGIA I HEMOTERÀPIA	M	1	,2	99,4
MEDICINA EDUCACIÓ FÍSICA I ESPORT	M	1	,2	99,5
MEDICINA LEGAL I FORENSE	M	1	,2	99,7
MICROBIOLOGIA I PARASITOLOGIA	L-D	1	,2	99,8
REUMATOLOGIA	M	1	,2	100,0
Total		654	100,0	

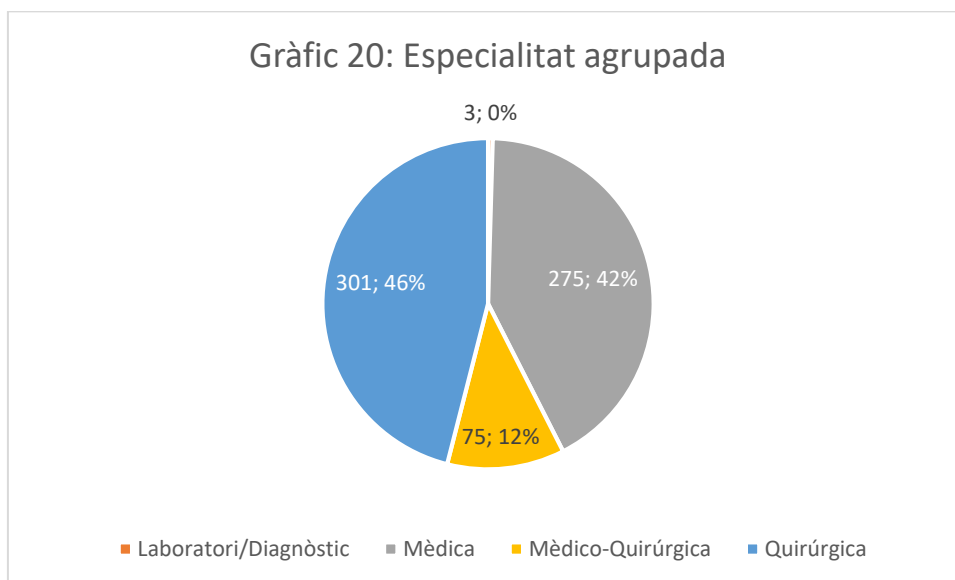
TAULA 20: DISTRIBUCIÓ I FREQUÈNCIA DE LES ESPECIALITATS RECLAMADES

Taula 21: Especialitat agrupada

	Freqüència	Percentatge
Quirúrgica	301	46,0
Mèdica	275	42,0
Medico-Quirúrgica	75	11,5
Laboratori/Diagnòstic	3	0,5
Total	654	100,0

TAULA 21: DISTRIBUCIÓ DE LES ESPECIALITATS AGRUPADES

Gràfic 20: Especialitat agrupada



GRÀFIC 20: DISTRIBUCIÓ DE LES ESPECIALITATS AGRUPADES

4.1.1 VIA JUDICIAL I ESPECIALITAT DE L'ACTE MÈDIC

L'estudi de les especialitats de l'acte mèdic reclamat de manera individual no resulta útil ja que algunes especialitats tenen una n molt petita que dificulta la interpretació de les dades. S'utilitzaran les especialitats agrupades.

S'evidencien diferències entre la via de reclamació utilitzada. En tots els casos la via penal és la predominant excepte en les especialitats diagnòstiques o de laboratori de les que només es disposa de 3 casos. Tanmateix, en les especialitats mèdiques el percentatge de reclamacions tramitades per via penal és significativament ($\chi^2(6)=15,4; p=.017$) més elevat (66,9%; $n=184$) que les altres com es mostra a la Taula 22.

Taula 22: Relació via judicial i especialitat

	CIVIL	EXTRAJUDICIAL	PENAL	Total
Quirúrgica	62	78	161	301
	20,6%	25,9%	53,5%	100,0%
Mèdica	42	49	184	275
	15,3%	17,8%	66,9%	100,0%
Medicoquirúrgica	16	19	40	75
	21,3%	25,3%	53,3%	100,0%
Laboratori/Diagnòstic	0	2	1	3
	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
Total	120	148	386	654
	18,3%	22,6%	59,0%	100,0%

TAULA 22: RELACIÓ ESPECIALITAT I VIA JUDICIAL

4.1.2 RESPONSABILITAT I ESPECIALITAT DE L'ACTE MÈDIC

L'anàlisi de la presència o no de responsabilitat segons l'especialitat reclamada mostra que hi ha més responsabilitat en aquelles especialitats medico-quirúrgiques (28%) i de laboratori i diagnòstic (33,3%). En aquest últim grup les dades han de ser interpretades de forma cautelosa per la baixa representació que tenen (n=3) i la diferència no assoleix significació estadística (p=0.075).

Taula 23: Relació entre via de reclamació i especialitat

		Responsabilitat		Total	
		NO	SI		
Especialitat agrupada	Laboratori/Diagnòstic	Recompte	2	1	3
		% d'especialitat agrupada	66,7%	33,3%	100,0%
Mèdica		Recompte	214	43	257
		% d'especialitat agrupada	83,3%	16,7%	100,0%
Medico-Quirúrgica		Recompte	53	21	74
		% d'especialitat agrupada	71,6%	28,4%	100,0%
Quirúrgica		Recompte	245	47	292
		% d'especialitat agrupada	83,9%	16,1%	100,0%
Total		Recompte	514	112	626
		% d'especialitat agrupada	82,1%	17,9%	100,0%

TAULA 23: RELACIÓ ENTRE ESPECIALITAT AGRUPADA I RESPONSABILITAT

4.2 TIPUS D'ASSISTÈNCIA

Tot i el domini de les especialitats quirúrgiques, la gran majoria dels actes reclamats no inclouen procés quirúrgic (82,6% n=540) com es mostra a la Taula 24. El 13% (n=85) de les reclamacions corresponen a assistències amb intervenció quirúrgica i només un 4,4% (29) responen a procediments diagnòstics o terapèutics.

Taula 24: Tipus d'assistència

	Freqüència	Percentatge
SENSE CIRURGIA	540	82,6
AMB CIRURGIA	85	13,0
PROCEDIMENT DIAGNÒSTIC/TERAPÈUTIC	29	4,4
Total	654	100,0

TAULA 24: TIPUS D'ASSISTÈNCIA

L'evolució temporal de les reclamacions en funció del tipus d'assistència realitzada, respon a un descens progressiu i proporcional de totes les reclamacions com es recull a l'[Annex 11](#).

La via judicial emprada en funció de si l'assistència conté o no acte quirúrgic, no mostra diferències rellevants com es pot consultar a l'[Annex 12](#).

4.2.1 RESPONSABILITAT I TIPUS D'ASSISTÈNCIA

S'observa una manca de responsabilitat (86,2%;n=25) en aquelles reclamacions interposades per un procediment diagnòstic o terapèutic. Tanmateix aquest resultat no és significatiu a nivell estadístic ($p=0.34$) (Taula 25).

Taula 25: Relació entre tipus d'assistència i via de reclamació

		Responsabilitat		Total
		NO	SI	
SENSE CIRURGIA	Recompte	422	95	517
	% dins de Tipus de praxi	81,6%	18,4%	100,0%
PROCEDIMENT	Recompte	25	2	27
	% dins de Tipus de praxi	92,6%	7,4%	100,0%
AMB CIRURGIA	Recompte	67	15	82
	% dins de Tipus de praxi	81,7%	18,3%	100,0%
Total	Recompte	514	112	626
	% dins de Tipus de praxi	82,1%	17,9%	100,0%

TAULA 25: RELACIÓ ENTRE TIPUS D'ASSISTÈNCIA I VIA DE RECLAMACIÓ

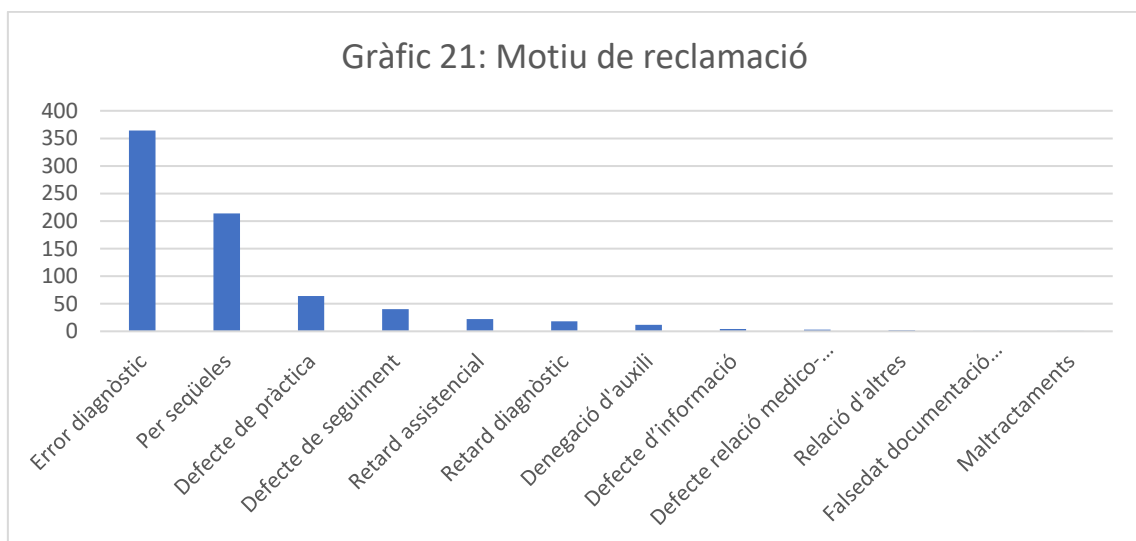
4.3 MOTIU DE RECLAMACIÓ

A l'hora d'analitzar les reclamacions es classifica el motiu al·legat per reclamar en dotze grans grups com es mostra a la Taula 26 i Gràfic 21. Hi ha fins a 93 expedients (14,2%) on es registren 2 motius, pel que es descriuen 745 motius. En el primer anàlisi descriptiu queda palès que el 80% dels expedients tenen com a motiu de reclamació l'aparició de seqüeles o l'error junt amb el retard diagnòstic, pel que posteriorment es farà l'anàlisi d'aquests dos motius de reclamació per separat.

Taula 26: Distribució dels motius reclamats

	Freqüència	Percentatge	Percentatge acumulat
Error diagnòstic	364	48,9	48,9
Per seqüeles	214	28,7	77,6
Defecte de pràctica	64	8,6	86,2
Defecte de seguiment	40	5,4	91,5
Retard assistencial	22	3,0	94,5
Retard diagnòstic	18	2,4	96,9
Denegació d'auxili	12	1,6	98,5
Defecte d'informació	4	,5	99,1
Defecte relació medico-pacient	3	,4	99,5
Relació d'altres	2	,3	99,7
Falsedat documentació pública	1	,1	99,9
Maltractaments	1	,1	100,0
TOTAL	745	100,0	

TAULA 26: DISTRIBUCIÓ DELS MOTIUS RECLAMATS



GRÀFIC 21: MOTIU DE RECLAMACIÓ

Hi ha dues variables diferents relacionades amb el procés diagnòstic: l'error i el retard diagnòstic. Aquesta diferenciació és rellevant a nivell legal ja que el retard en el diagnòstic pot implicar "pèrdua d'oportunitat" a l'hora d'avaluar el dany. En canvi, pel nostre estudi, combinarem les dues variables a fi de fer-ho comparable a la literatura de Graber en què es defineix l'error diagnòstic com aquell que es fa malament o es fa tard disposant de les eines necessàries per fer-lo⁸⁵. Per tant, d'ara en endavant, l'*error diagnòstic* serà la variable combinada d'error i retard. Per fer aquests anàlisis s'ha considerat les variables com a dicotòmiques (s'al·leguen errors diagnòstics si o no/seqüeles si o no) ja que es pot reclamar per diferents motius.

En el 58,4% (n=382) dels casos, l'error diagnòstic és un dels motius de reclamació i en el 32,7% (n=214) ho és l'aparició de seqüeles (Taula 27).

Taula 27: Error diagnòstic?

	Freqüència	Percentatge
NO	272	41,6
SI	382	58,4
Total	654	100,0

Aparició de seqüeles?

	Freqüència	Percentatge
NO	440	67,3
SI	214	32,7
Total	654	100,0

TAULA 27: MOTIU AL·LEGAT PER RECLAMAR

4.3.1 RELACIÓ ENTRE L'ESPECIALITAT RECLAMADA I EL MOTIU AL·LEGAT

S'analitza a continuació si existeixen diferents motius de reclamació segons l'especialitat reclamada.

4.3.1.1 Motiu error diagnòstic

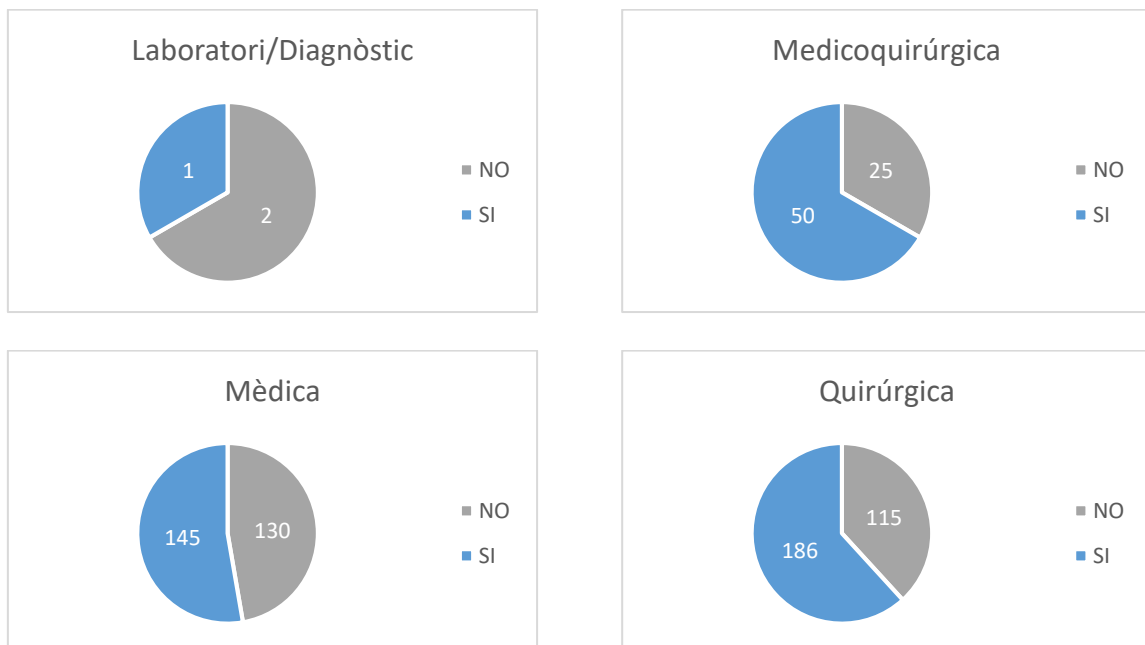
La Taula 28 mostra la presència d'error diagnòstic o no en funció de l'agrupació per especialitat. S'observa com de manera estadísticament significativa ($X^2(3)=7,97$, $p=0.047$) hi ha més representació de l'error diagnòstic entre les especialitats quirúrgiques (61,8%) i medicoquirúrgiques (66,7%) que en les mèdiques (52,7%), on el recompte esperat és significativament més baix. També s'assoleix la significació quan es prescindeix del grup Laboratori/Diagnòstic que podria ser un biaix ($n=3$). Es representa al Gràfic 22.

Taula 28: Relació entre l'especialitat i l'al·legació o no d'error diagnòstic

		Motiu error diagnòstic?		Total
		NO	SI	
Laboratori/Diagnòstic	Recompte	2	1	3
	% de l'especialitat	66,7%	33,3%	100,0%
Mèdica	Recompte	130	145	275
	% de l'especialitat	47,3%	52,7%	100,0%
Medicoquirúrgica	Recompte	25	50	75
	% de l'especialitat	33,3%	66,7%	100,0%
Quirúrgica	Recompte	115	186	301
	% de l'especialitat	38,2%	61,8%	100,0%
Total	Recompte	272	382	654
	% de l'especialitat	41,6%	58,4%	100,0%

TAULA 28: RELACIÓ ENTRE L'ESPECIALITAT I L'AL·LEGACIÓ O NO D'ERROR DIAGNÒSTIC

Gràfic 22: Distribució de l'error diagnòstic segons especialitat



GRÀFIC 22: DISTRIBUCIÓ DE L'ERROR DIAGNÒSTIC SEGONS ESPECIALITAT

4.3.1.2 Motiu aparició de seqüeles

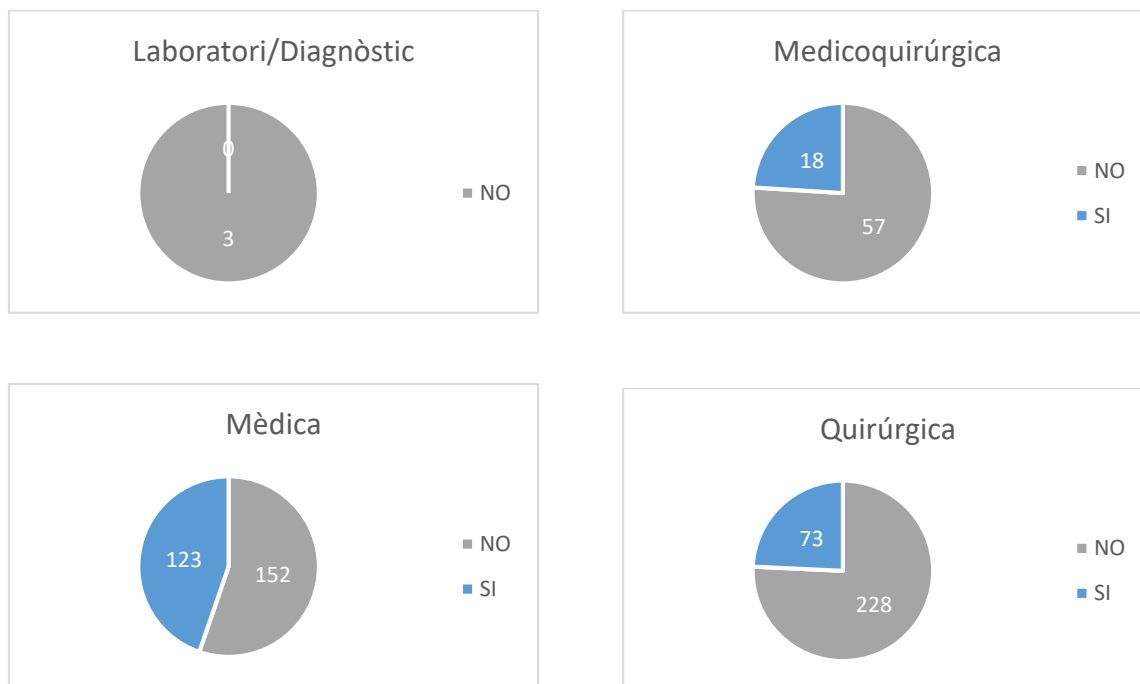
Al·legar l'aparició de seqüeles en les reclamacions és més freqüent entre les especialitats mèdiques de manera significativa ($\chi^2(3)=31,87$ $p<.001$) com es mostra a la Taula 29 i Gràfic 23.

Taula 29: Relació entre especialitat i al·legació d'existència de seqüeles

		Motiu seqüeles?		Total
		NO	SI	
Laboratori/Diagnòstic	Recompte	3	0	3
	% de l'especialitat	100,0%	0,0%	100,0%
Mèdica	Recompte	152	123	275
	% de l'especialitat	55,3%	44,7%	100,0%
Medico-Quirúrgica	Recompte	57	18	75
	% de l'especialitat	76,0%	24,0%	100,0%
Quirúrgica	Recompte	228	73	301
	% de l'especialitat	75,7%	24,3%	100,0%
Total	Recompte	440	214	654
	% de l'especialitat	67,3%	32,7%	100,0%

TAULA 29: RELACIÓ ENTRE ESPECIALITAT I AL·LEGACIÓ D'EXISTÈNCIA DE SEQÜELES

Gràfic 25: Distribució de l'al·legació per seqüeles segons especialitat



GRÀFIC 23: DISTRIBUCIÓ DE L'AL·LEGACIÓ PER SEQÜELES SEGONS ESPECIALITAT

4.3.2 VIA DE RECLAMACIÓ SEGONS EL MOTIU

A continuació es relaciona la via de reclamació amb el motiu de la reclamació.

Com s'ha dit anteriorment, en un 58,4% (n=382) dels casos està implicat un error diagnòstic com a motiu de reclamació. A la Taula 30 es mostra com de manera estadísticament significativa ($X^2(2)=19,4$, $p<.001$), la proporció d'expedients en els que s'ha al·legat error diagnòstic és major entre les vies civil (62,5%) i extrajudicial (72,3%).

Taula 30: Via de reclamació segons errors diagnòstics

		NO	SI	Total
CIVIL	Recompte	45	75	120
	% dins de Via	37,5%	62,5%	100,0%
EXTRAJUDICIAL	Recompte	41	107	148
	% dins de Via	27,7%	72,3%	100,0%
PENAL	Recompte	186	200	386
	% dins de Via	48,2%	51,8%	100,0%
Total	Recompte	272	382	654
	% dins de Via	41,6%	58,4%	100,0%

TAULA 30: VIA DE RECLAMACIÓ QUAN EL MOTIU ÉS DIAGNÒSTIC

En canvi, el percentatge d'expedients en els que es reclama per seqüeles, és més elevat entre la via penal (39,4%), també amb significació estadística ($X^2(2)=19,6$; $p<.001$) com es mostra a la Taula 31.

Taula 31: Via de reclamació quan es reclama per seqüeles

		NO	SI	Total
CIVIL	Recompte	89	31	120
	% dins de Via	74,2%	25,8%	100,0%
EXTRAJUDICIAL	Recompte	117	31	148
	% dins de Via	79,1%	20,9%	100,0%
PENAL	Recompte	234	152	386
	% dins de Via	60,6%	39,4%	100,0%
Total	Recompte	440	214	654
	% del total	67,3%	32,7%	100,0%

TAULA 31: VIA DE RECLAMACIÓ QUAN ES RECLAMA PER SEQÜELES

4.3.3 RESPONSABILITAT SEGONS EL MOTIU DE RECLAMACIÓ

No es pot demostrar associació significativa entre la variable responsabilitat i motiu de reclamació; ni per error diagnòstic ($p=0.096$) (Taula 32) ni per aparició de seqüeles ($p=0.3$) (Taula 33).

Taula 32: Relació entre error diagnòstic i responsabilitat

		Responsabilitat		Total
		NO	SI	
Motiu error diagnòstic?	NO	223	39	262
		85,1%	14,9%	100,0%
	SI	291	73	364
		79,9%	20,1%	100,0%
Total		514	112	626
		82,1%	17,9%	100,0%

TAULA 32: RELACIÓ ENTRE ERROR DIAGNÒSTIC I RESPONSABILITAT

Taula 33: Relació entre les seqüeles i la responsabilitat

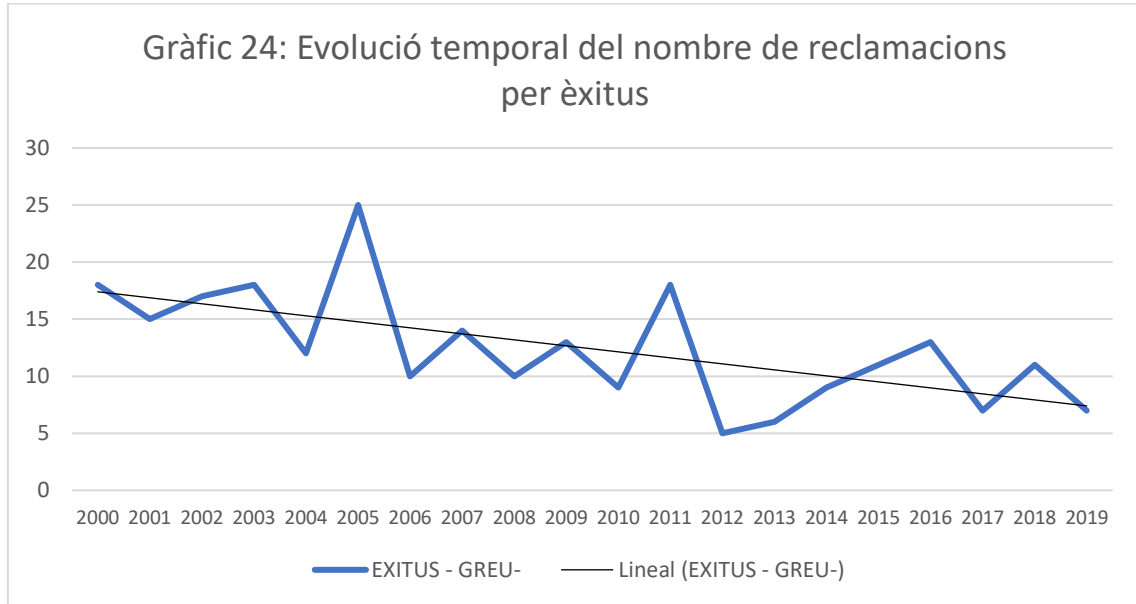
		Responsabilitat		Total
		NO	SI	
Motiu aparició de seqüeles?	NO	337	79	416
		81,0%	19,0%	100,0%
	SI	177	33	210
		84,3%	15,7%	100,0%
Total		514	112	626
		82,1%	17,9%	100,0%

TAULA 33: RELACIÓ ENTRE LES SEQÜELES I LA RESPONSABILITAT

4.4 CONSEQÜÈNCIES RECLAMADES

L'estudi de les seqüeles o conseqüències reclamades és complex ja que no existeix un barem específic de dany sanitari, fent que hi hagi seqüeles difícils de catalogar. Per aquest motiu i a efectes de minimitzar biaixos, només s'analitzaran aquelles seqüeles catalogades amb la variable dura: ÈXITUS.

De les 654 reclamacions analitzades, 248 (37,9%) corresponen a un èxitus. Hi ha una mitjana de 12,4 reclamacions a l'any que tenen implicada una defunció (dades a l'[Annex 13](#)) i que ha disminuït com el nombre total de reclamacions en el període d'estudi (Gràfic 24).



GRÀFIC 24: EVOLUCIÓ TEMPORAL DE LES RECLAMACIONS PER ÈXITUS

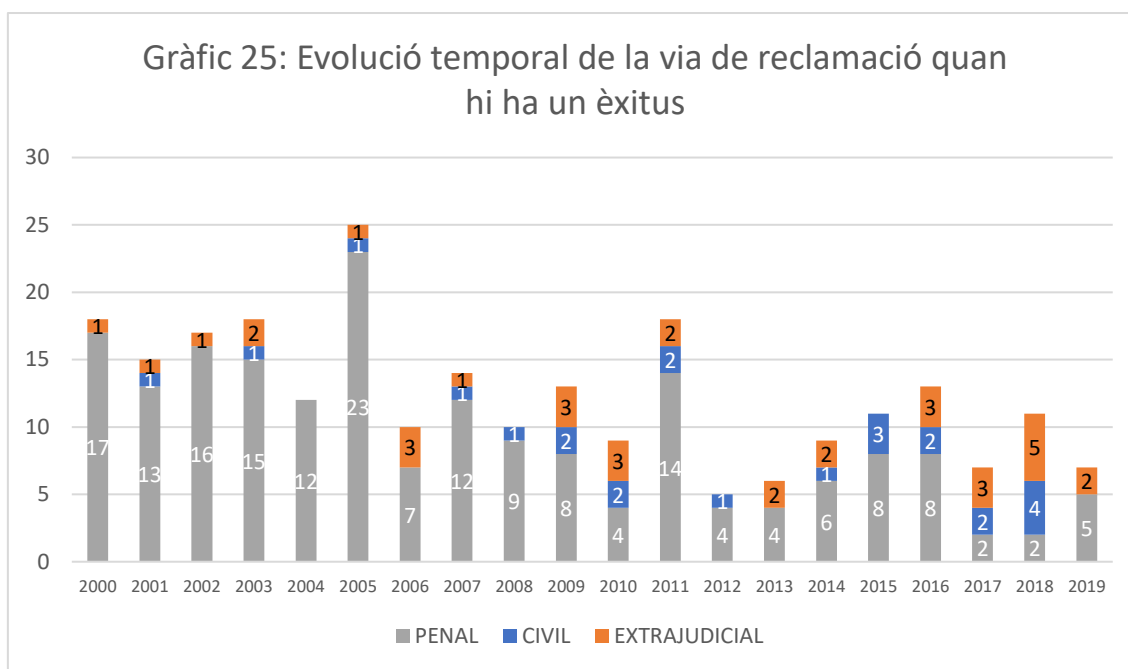
4.4.1 ÈXITUS I VIA JUDICIAL

A la mostra d'estudi la via penal és la més utilitzada per a les reclamacions (59%). Tanmateix, quan la conseqüència reclamada és una mort, el percentatge de reclamacions tramitades per via penal, és significativament major (76,2%) amb $X^2(2)=49.1; p<.001$, a expenses principalment dels primers anys d'estudi (Taula 34 i Gràfic 25). En els darrers anys predomina la via extrajudicial.

Taula 34: Via de reclamació si èxitus

		CIVIL	EXTRAJUDICIAL	PENAL	Total
Èxitus	NO	96	113	197	406
		23,6%	27,8%	48,5%	100,0%
	SI	24	35	189	248
		9,7%	14,1%	76,2%	100,0%
Total		120	148	386	654
		18,3%	22,6%	59,0%	100,0%

TAULA 34: VIA DE RECLAMACIÓ SI ÈXITUS



GRÀFIC 25: EVOLUCIÓ TEMPORAL DE LA VIA DE RECLAMACIÓ QUAN HI HA UN ÈXITUS

4.4.2 ÈXITUS I RESPONSABILITAT

En canvi, no s'observen diferències en quan a la presència de responsabilitat confirmada en els casos on hi ha implícita la mort d'un pacient ($p=0.89$) (Taula 35).

Taula 35: Responsabilitat si èxitus

		Responsabilitat		Total
		NO	SI	
Exitus	NO	320	69	389
		82,3%	17,7%	100,0%
	SI	194	43	237
		81,9%	18,1%	100,0%
Total		514	112	626
		82,1%	17,9%	100,0%

TAULA 35: RESPONSABILITAT SI ÈXITUS

4.5 ANÀLISI DEL PACIENT AFECTE QUAN HI HA RESPONSABILITAT

Una dada rellevant a analitzar és quin és el pacient tipus que es veu involucrat en una reclamació. Fins ara s'ha descrit quin acte mèdic seria aquell més freqüentment reclamat i quin és aquell en el que hi ha més possibilitats de resultar responsable.

S'han pogut recollir les dades demogràfiques bàsiques (edat i sexe) d'aquells pacients en els quals s'ha estimat responsabilitat, per tant aquestes dades corresponen a 112 expedients.

El sexe predominant és el masculí (64,28%; n=72) (Taula 36) i l'edat mitjana és de 43,5 anys (0-89).

Per fer un anàlisi més útil a nivell clínic s'han calculat les dades separant l'edat adulta de la pediàtrica a Catalunya (<18 anys), obtenint una mitjana d'edat de 48,8 anys en adults i 11,5 anys en menors d'edat (Taula 37), amb una distribució normal en els adults (Gràfic 26) però amb un predomini d'adolescents en l'edat pediàtrica (Gràfic 27).

Taula 36: Sexe

	Freqüència	Percentatge
DONA	40	35,71
HOME	72	64,28
Total	112	100,0

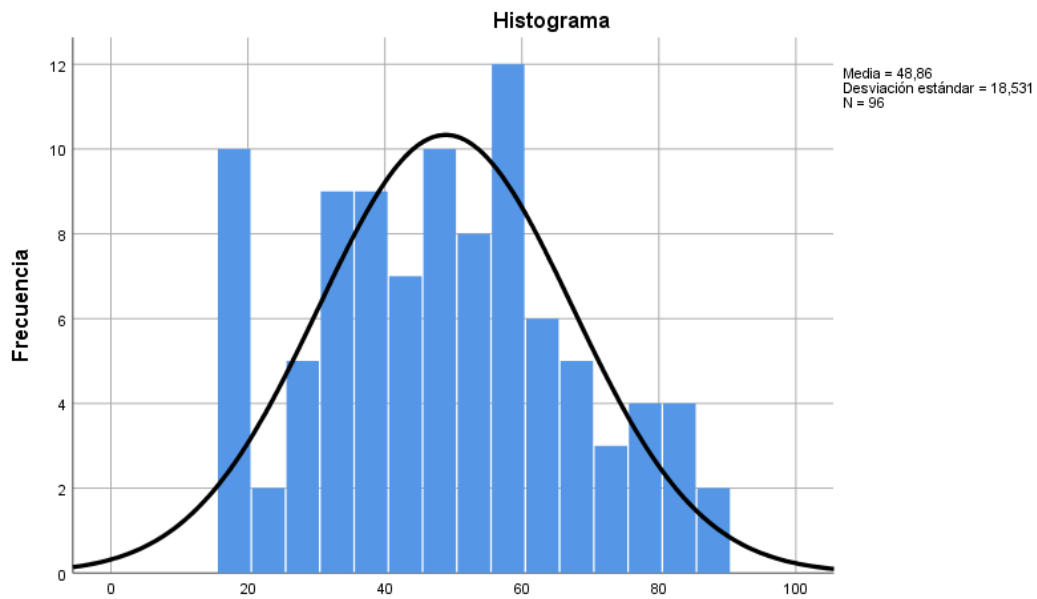
TAULA 36: SEXE DEL PACIENT QUAN ES CONFIRMA RESPONSABILITAT

Taula 37: Anàlisi de l'edat per franges

	N	Mínim	Màxim	Mitjana	Mediana	DE
Menors de 18 anys	16	0	17	11,50	17	6,303
Majors de 18 anys	96	18	89	48,86	50	18,531

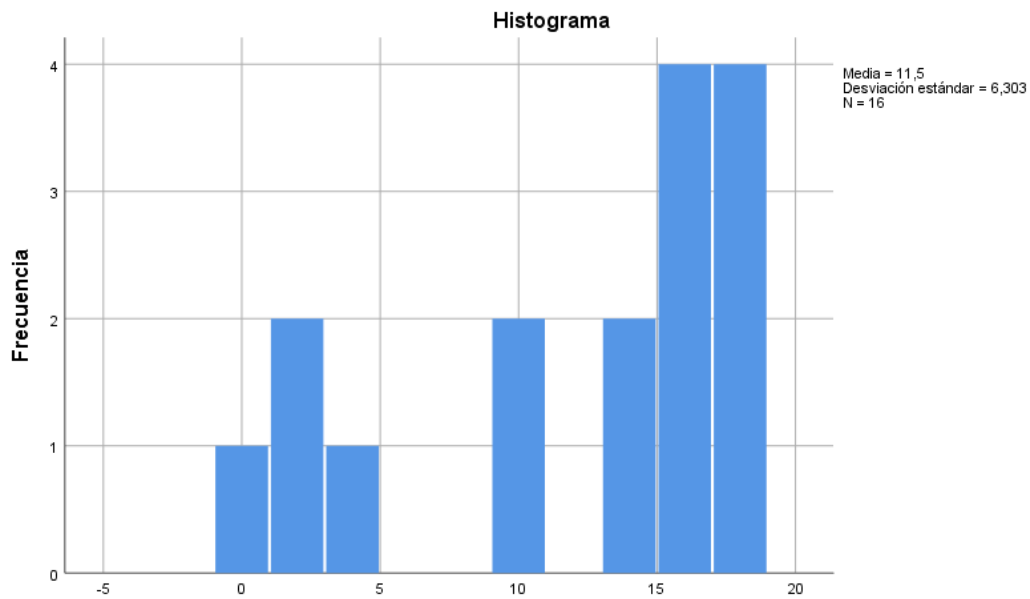
TAULA 37: ANÀLISI DE L'EDAT PER FRANGES

Gràfic 26: Distribució de l'edat del pacient adult afecte



GRÀFIC 26: DISTRIBUCIÓ DE L'EDAT DEL PACIENT ADULT AFECTE

Gràfic 27: Distribució de l'edat del pacient menor afecte



GRÀFIC 27: DISTRIBUCIÓ DE L'EDAT DEL PACIENT MENOR AFECTE

Quan es separen per sexes, la mitjana d'edat dels homes ($M=45,8$, $SD=17.6$) és significativament més baixa que les dones ($M=53,9$, $SD=19.1$) [$t(94)=-2.1$, $p=0.036$].

Les nenes tenen una mitjana d'edat de 8,7 anys mentre que els nens de 12,4 sense assolir la significació estadística ($p=0.3$). els resultats es mostren a la Taula 38.

Taula 38: Edat mitjana segons el sexe

	N	Mínim	Màxim	Mitjana	DE
DONES					
Menors de 18 anys	4	0	16	8,75	6,602
Majors de 18 anys	36	19	89	53,97	19,144
HOMES					
Menors de 18 anys	12	1	17	12,42	6,215
Majors de 18 anys	60	18	81	45,80	17,609

TAULA 38: EDAT MITJANA SEGONS EL SEXE

4.5.1 VIA DE RECLAMACIÓ I SEXE DEL PACIENT AFECTE

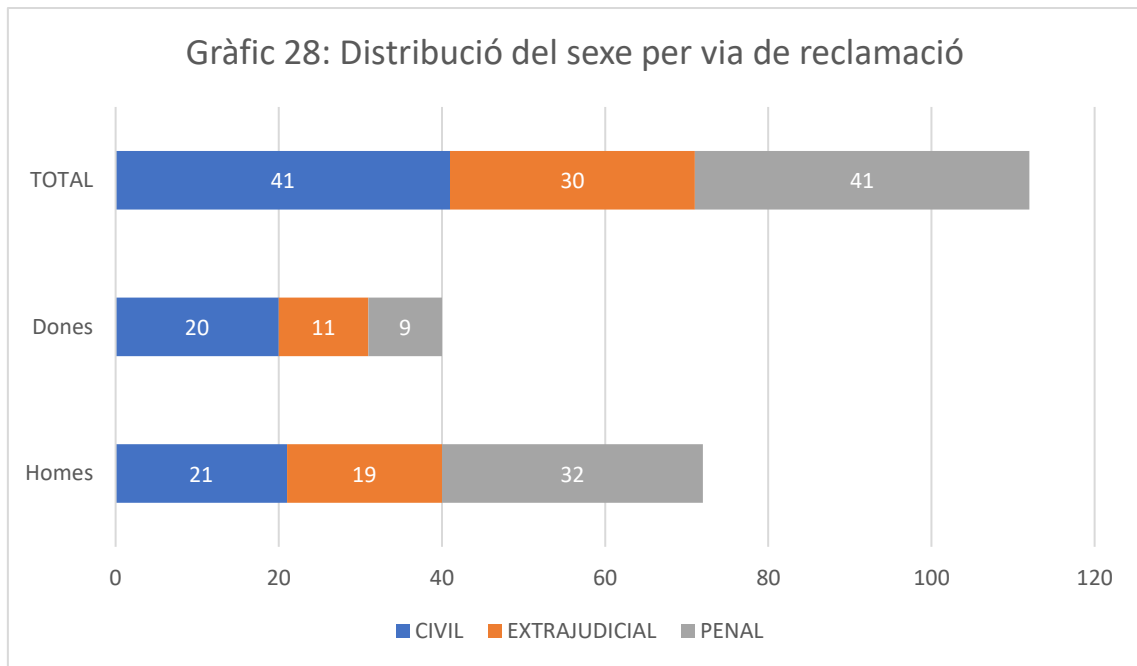
S'analitza la distribució de la via de reclamació emprada en funció del sexe del pacient.

Es constata de manera significativa ($X^2(2)=6.44;p=0.04$) que en aquelles reclamacions on el pacient afecte és un home hi ha més representació penal de l'esperada (44,4%), mentre que quan és una dona, la via més utilitzada és la civil (50%). Aquestes dades es mostren a la Taula 39 i al Gràfic 28.

Taula 39: Sexe del pacient afecte i via de reclamació

Sexe			EXTRAJUDICIAL			TOTAL
			CIVIL	CIAL	PENAL	
DONA	Recompte		20	11	9	40
	% dins de Sexe		50,0%	27,5%	22,5%	100,0%
HOME	Recompte		21	19	32	72
	% dins de Sexe		29,2%	26,4%	44,4%	100,0%
Total	Recompte		41	30	41	112
	% dins de Sexe		36,6%	26,8%	36,6%	100,0%

TAULA 39: SEXE DEL PACIENT AFECTE I VIA DE RECLAMACIÓ



GRÀFIC 28: DISTRIBUCIÓ DEL SEXE PER VIA DE RECLAMACIÓ

En canvi, no hi ha diferències de sexe quan s'analitza l'especialitat reclamada ($p=0.54$) ni el motiu de reclamació ni per diagnòstic ($p=0.2$) ni per seqüeles ($p=0.6$). Tampoc canvia si les conseqüències de l'acte són un èxitus ($p=0.17$).

L'anàlisi del dispositiu reclamat tampoc revela diferències: ni per tipus de centre ($p=0.98$), ni per àmbit de centre ($p=0.39$) així com tampoc per distribució geogràfica ($p=0.8$).

5 ANÀLISI DELS METGES RECLAMATS

Hi ha reclamacions amb més d'un metge implicat pel que el nombre de facultatius inclosos en aquest subanàlisi és de 1.052. D'aquests, 69 (0,07%) tenen més d'una reclamació durant el període d'estudi. En funció del què es pretengui estudiar s'analitzaran els metges o els expedients i es definirà convenientment en cada cas.

5.1 NOMBRE DE METGES IMPLICATS EN CADA RECLAMACIÓ

La mitjana de metges implicats és de 1,59 en cada reclamació amb un rang entre 1 i 10 i una moda de 1, com es mostra a la Taula 40.

Taula 40: Distribució del nombre de metges per reclamació

		Freqüència	Percentatge	Percentatge acumulat	
Vàlid	1	435	41,3	65,7	
	2	143	13,6	87,3	
	3	46	4,4	94,3	
	4	17	1,6	96,8	
	5	12	1,1	98,6	Mitja
	6	3	,3	99,1	Mediana
	7	3	,3	99,5	Moda
	8	1	,1	99,7	Desv. estàndard
	9	1	,1	99,8	Rang
	10	1	,1	100,0	
Total		1052	100,0		

TAULA 40: DISTRIBUCIÓ DEL NOMBRE DE METGES PER RECLAMACIÓ

A la Taula 41 es mostra que entre els expedients amb responsabilitat, la mitjana del nombre de metges implicat és lleugerament més elevada ($M=1,87$, $SD=2,29$) que entre els expedients sense responsabilitat ($M=1,56$, $SD=1,08$) però aquesta diferència no assoleix la significació estadística ($p=0.17$).

Taula 41: Metges implicats segons responsabilitat

	Responsabilitat	Mitjana	Desv. Desviació	Desv. Error promig
Num metges	No	1,56	1,087	,048
	Sí	1,87	2,296	,217

TAULA 41: METGES IMPLICATS SEGONS RESPONSABILITAT

5.2 ESPECIALITAT DEL METGE RECLAMAT

A través de les dades de col·legiació s'accedeix a l'especialitat mèdica registrada dels facultatius. La declaració de l'especialitat al Col·legi és voluntària i en algun col·legi aquesta dada no és pública ("no disponible"). A més, els metges MIR no tenen cap especialitat registrada fins que no completen la formació. S'ha recollit com *No disponible* en aquells casos en que el col·legi no ho fa públic i com a *Sense* en els que no consta cap especialitat essent pública la informació. Gairebé una quarta part dels metges reclamats (23,9%) no tenen registrada una especialitat. L'especialitat dels metges es recull a la Taula 42, s'agrupa a la Taula 43 i s'il·lustra al Gràfic 29.

Taula 42: Especialitat registrada del metge reclamat

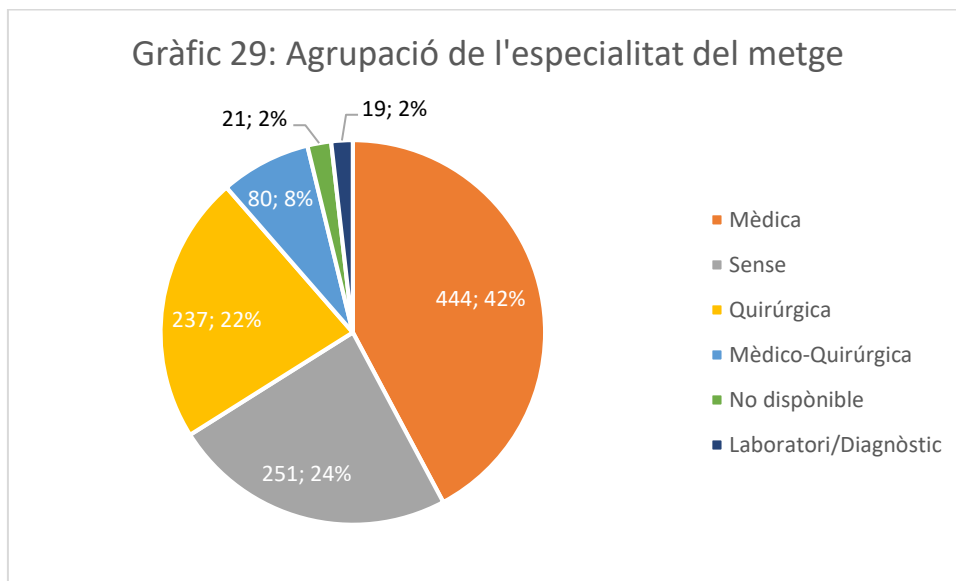
	Freqüència	Percentatge
Sense	251	23,9
MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA	160	15,2
CIRURGIA ORTOPÈDICA I TRAUMA	142	13,5
MEDICINA INTERNA	86	8,2
CIRURGIA GENERAL I AP DIGESTIU	66	6,3
PEDIATRIA I ÀREES ESPECÍFIQUES.	48	4,6
GINECOLOGIA I OBSTETRÍCIA	40	3,8
No disponible	21	2,0
MEDICINA INTENSIVA	18	1,7
NEUROLOGIA	17	1,6
MEDICINA EDUCACIÓ FÍSICA SPORT	14	1,3
CARDIOLOGIA	13	1,2
MEDICINA DEL TREBALL	13	1,2
NEUROCIRURGIA	12	1,1
OFTALMOLOGIA	12	1,1
PSIQUIATRIA	12	1,1
RADIODIAGNÒSTIC	12	1,1
ANGIOLOGIA I CIRURGIA VASCULAR	10	1,0
MEDICINA FÍSICA I REHABILITACIÓ	10	1,0
PNEUMOLOGIA	10	1,0
ANESTESIOLOGIA I REANIMACIÓ	9	,9
UROLOGIA	9	,9
OTORRINOLARINGOLOGIA (ORL)	7	,7
REUMATOLOGIA	7	,7
ONCOLOGIA MÈDICA	6	,6
APARELL DIGESTIU	5	,5
CIRURGIA PEDIÀTRICA	5	,5
HEMATOLOGIA I HEMOTERÀPIA	5	,5
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	4	,4
CIRURGIA PLÀSTICA I ESTÈTICA	4	,4
GERIATRIA	4	,4
CIRURGIA TORÀCICA	3	,3
ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ	3	,3
NEFROLOGIA	3	,3
DERMATOLOGIA	2	,2
MEDICINA PREVENTIVA I SALUT PUB.	2	,2
NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA	2	,2
ANATOMIA PATOLÒGICA	1	,1
CIRURGIA ORAL I MAXIL·LOFACIAL	1	,1
FARMACOLOGIA CLÍNICA	1	,1
MEDICINA LEGAL I FORENSE	1	,1
MICROBIOLOGIA I PARASITOLOGIA	1	,1
Total	1052	100,0

TAULA 42: ESPECIALITAT REGISTRADA DEL METGE RECLAMAT

Taula 43: Agrupació de l'especialitat registrada

	Freqüència	Percentatge	Acumulat
Mèdica	444	42,2	42,2
Sense	251	23,9	66,1
Quirúrgica	237	22,5	88,6
Medicoquirúrgica	80	7,6	96,2
No disponible	21	2,0	98,2
Laboratori/Diagnòstic	19	1,8	100,0
Total	1052	100,0	

TAULA 43: AGRUPACIÓ DE L'ESPECIALITAT REGISTRADA



GRÀFIC 29: AGRUPACIÓ DE L'ESPECIALITAT REGISTRADA

Dels metges analitzats, fins a un 5,13% (n=54) tenen registrada més d'una especialitat; entre aquests, el 22,2% contenen amb Medicina del Treball com a segona especialitat. Sis metges en tenen registrades 3 i un metge fins a 4 especialitats.

5.2.1 RESPONSABILITAT I ESPECIALITAT DEL METGE

A continuació es relaciona l'especialitat registrada del metge reclamat i la probabilitat o no de resultar responsable.

L'anàlisi mostra un augment de responsabilitat entre les especialitats medicoquirúrgiques (24%) així com una clara absència de responsabilitat entre les de laboratori i diagnòstic (6,25%). Aquestes troballes no assoleixen la significació estadística ($p=0.136$) (Taula 44).

Taula 44: Responsabilitat per especialitat agrupada

	Responsabilitat		Total
	No	Si	
Mèdica	336 79,01%	85 20,19%	421 100%
Sense	184 78,3%	51 21,7%	235 100%
Quirúrgica	197 85,28%	34 14,72%	231 100%
Medicoquirúrgica	57 76%	18 24%	75 100%
Laboratori/Diagnòstic	16 93,75%	1 6,25%	16 100%
Total	789 80,67%	189 19,33%	978 100%

TAULA 44: RESPONSABILITAT PER ESPECIALITAT AGRUPADA

Si agrupem l'existència o no d'especialitat i la relacionem amb responsabilitat, s'observa que, tot i que la responsabilitat és lleugerament superior entre aquells metges sense especialitat (21,7%), no s'assoleix la significació estadística ($p=0.29$) (Taula 45).

Taula 45: Relació responsabilitat i especialitat

		Responsabilitat		Total
		No	Si	
Especialitat	No	605 81,43%	138 18,53%	743 100%
	Si	184 78,3%	51 21,70%	235 100%
	Total	789 80,67%	189 19,33%	978 100%

TAULA 45: RELACIÓ ENTRE RESPONSABILITAT I TENIR O NO ESPECIALITAT

Un anàlisi exhaustiu de cada especialitat amb nombre suficients d'expedients ($n>30$) ha demostrat el percentatge de responsabilitat següent (dades completes a l'[Annex 14](#)):

- Medicina interna, 86 expedients, 25,6% amb responsabilitat reconeguda.
- Cirurgia general, 66 expedients, 19,7% amb responsabilitat reconeguda.
- Obstetrícia i ginecologia, 40 expedients, 17,5% amb responsabilitat reconeguda.

- Medicina Familiar, 160 expedients, 16,3% amb responsabilitat reconeguda.
- Pediatria, 48 expedients, 14,6% amb responsabilitat reconeguda.
- Cirurgia Ortopèdica i traumatologia, 142 expedients, 14,1% amb responsabilitat reconeguda.

5.3 SEXE DEL METGE RECLAMAT

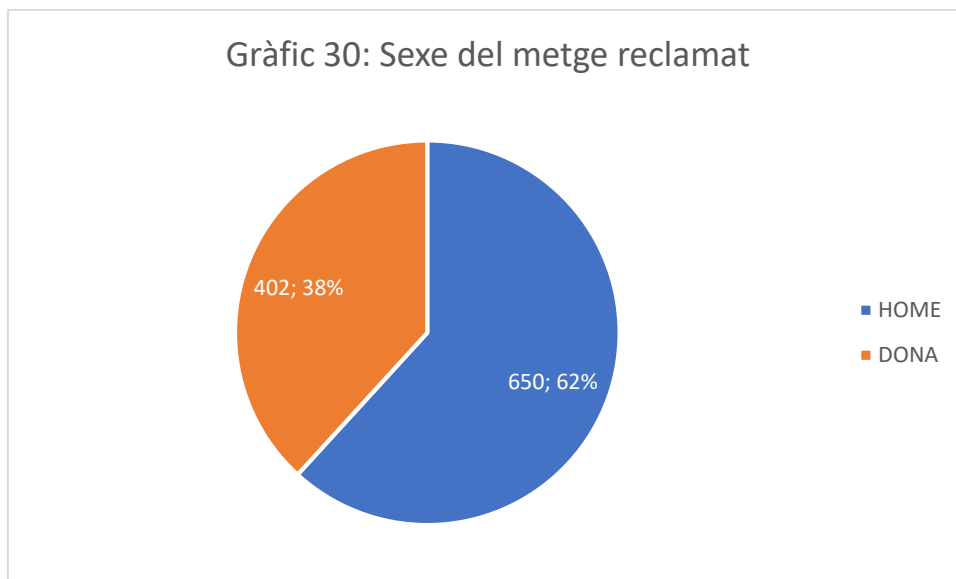
Dels 1.052 metges reclamats a la mostra d'estudi, el 61,8% (650) són homes i el 38,2% (402) són dones (Taula 46 i Gràfic 30).

Taula 46: Sexe del metge reclamat

	Freqüència	Percentatge
DONA	402	38,21
HOME	650	61,79
Total	1052	100,0

TAULA 46: SEXE DEL METGE RECLAMAT

Gràfic 30: Sexe del metge reclamat



GRÀFIC 30: SEXE DEL METGE RECLAMAT

5.3.1 RESPONSABILITAT I SEXE DEL METGE RECLAMAT

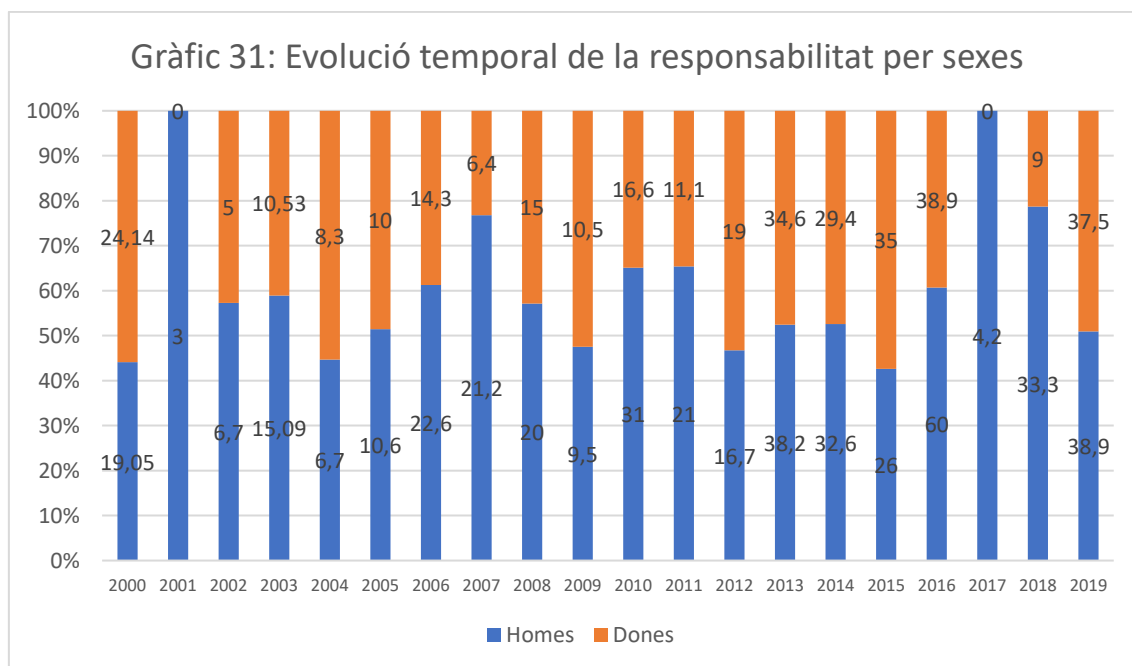
El 17% de les dones reclamades i el 20% dels homes tenen responsabilitat, però no és significativament diferent ($p=0.153$) (Taula 47). S'han exclòs els metges implicats en els expedients oberts.

Taula 47: Responsabilitat segons el sexe

		Responsabilitat		Total
		No	Si	
Sexe	Dona	313	63	376
		83,24%	16,76%	100%
Home		495	127	622
		79,58%	20,42%	100%
Total		808	190	988
		80,96%	19,04%	100%

TAULA 47: RESPONSABILITAT SEGONS EL SEXE

Donada la progressiva feminització dels facultatius, s'han analitzat separatament els anys d'estudi sense observar-se diferències ([Annex 15](#)). L'evolució del percentatge d'expedients amb responsabilitat separada per sexes es representa al Gràfic 31:



GRÀFIC 31: EVOLUCIÓ TEMPORAL DE LA RESPONSABILITAT PER SEXES

5.4 EDAT DEL METGE RECLAMAT

A continuació s'analiza l'edat del metge reclamat en el moment de l'acte mèdic que ha comportat la reclamació. Aquesta dada no s'ha pogut recollir en 173 casos (16,44%), pel que l'anàlisi es farà sobre 879 metges (Taula 48).

Taula 48: Edat dels metges reclamats

	N	Mínim	Màxim	Mitjana	Desv. Desviació
EDAT_ acte	879	25	97	42,43	12,241

TAULA 48: EDAT DELS METGES RECLAMATS

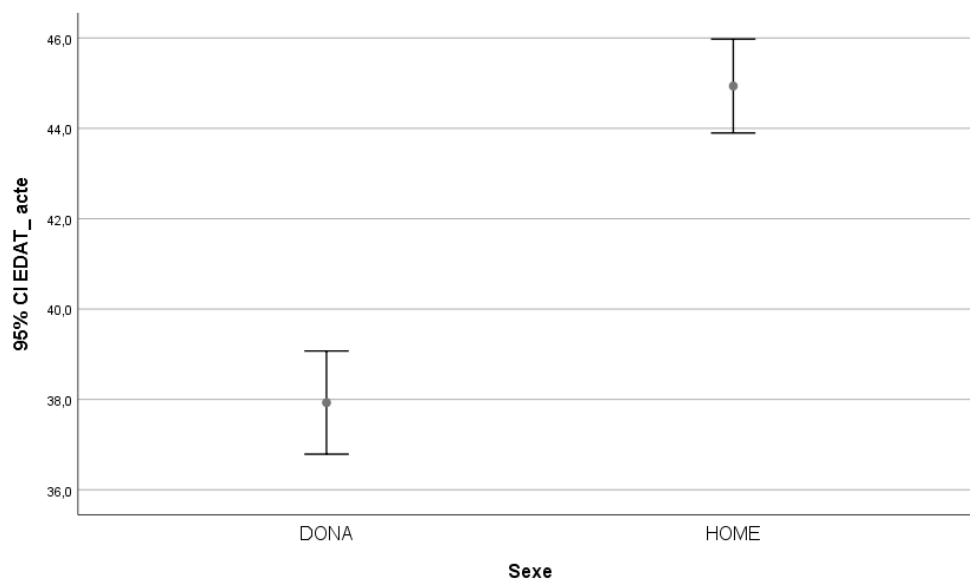
La mitjana d'edat dels metges reclamats és de 42,43 (*SD*:12,24) anys i de manera significativa ($p<.001$), les dones són més joves ($M=37,9$; *SD*: 10,4) que els homes ($M=44,9$; *SD*:12,5) (Taula 49 i Gràfic 32).

Taula 49: Edat del metge reclamat per sexe

Sexe	N	Mitjana	Desv. Desviació	Desv. Error
DONA EDAT_ acte	321	37,98	10,396	,580
HOME EDAT_ acte	558	44,98	12,496	,529

TAULA 49: EDAT DEL METGE RECLAMAT PER SEXE

Gràfic 32: Diferència de l'edat segons el sexe del metge reclamat



GRÀFIC 32: DIFERÈNCIA DE L'EDAT SEGONS EL SEXE DEL METGE RECLAMAT

5.4.1 RESPONSABILITAT I EDAT DEL METGE RECLAMAT

No existeixen diferències d'edat estadísticament significatives ($p=0.77$) entre l'edat dels metges que han resultat responsables i els que no (Taula 50).

Taula 50: Diferències d'edat entre els metges amb responsabilitat i els que no

		Responsabilitat	N	Mitjana	Desv. Desviació	Desv. Error promig
EDAT_	SI		168	42,1696	11,46845	,88481
acte	NO		711	42,4806	12,42362	,46592

TAULA 50: DIFERÈNCIES D'EDAT ENTRE ELS METGES AMB RESPONSABILITAT I ELS QUE NO

Tampoc hi ha diferències quan es separen per sexes (dones $p=0.51$) (homes $p=0.83$) (Taula 51). Els anàlisis estadístics complets corresponents a aquestes taules es poden consultar a [l'Annex 16](#).

Taula 51: Diferències d'edat quan hi responsabilitat entre homes i dones

Sexe		Responsabilitat	N	Mitjana	Desv. Desviació	Desv. Error promig
DONA	EDAT_ acte	SI	57	37,1549	10,50727	1,39172
		NO	264	38,1496	10,38266	,63901
HOME	EDAT_ acte	SI	111	44,7448	11,12437	1,05588
		NO	447	45,0386	12,82495	,60660

TAULA 51: DIFERÈNCIES D'EDAT QUAN HI RESPONSABILITAT ENTRE HOMES I DONES

6 RESUM DE LES DADES MÉS RELLEVANTS

Entre els anys 2000 i 2019 s'han registrat 6.289 reclamacions al CCMC de les quals el 10,4% (654) corresponen a l'atenció urgent, amb una mitjana de 32,7 reclamacions anuals en aquest àmbit. Aquests nombre de reclamacions ha disminuït al llarg del període d'estudi (des de 35 l'any 2000 a 23 el 2019), tot i haver augmentat substancialment la població i l'activitat assistencial als SUH fins a un 20%. Aquesta dada suggereix una milloria de la qualitat assistencial en l'àmbit urgent.

La variable Responsabilitat de l'estudi pren especial importància ja que es defineix com aquelles reclamacions condemnades per via judicial o a les que s'ha arribat a un acord amb indemnització per via extrajudicial. Per tant, permet identificar aquelles reclamacions de més risc. A la mostra d'estudi hi ha 112 expedients (17,1%) amb responsabilitat i crida l'atenció que la positivitats d'aquesta variable ha anat augmentant de manera relativa durant el període d'estudi (Gràfics 4 i 5).

El mecanisme més utilitzat per reclamar en l'atenció urgent és la via judicial penal (59%; n=386) seguida de la extrajudicial i finalment la via judicial civil. Aquest fenomen es deu fonamentalment a la utilització majoritària de la via penal durant els primers anys d'estudi (2000-2005) que va disminuint progressivament a favor principalment, de la via extrajudicial. Quan s'analiza la variable responsabilitat en funció de la via emprada per a reclamar, es confirma de forma estadísticament significativa que és molt més probable resultar responsable en aquelles reclamacions fetes per via civil (34,2%) que en les de via penal (10,6%).

Per respondre a la qüestió de quin dispositiu és més vulnerable a rebre reclamacions s'analiza el tipus de centre. L'hospital representa el 84,7% (554) de la mostra i d'aquests, el 78,3% (434) són d'àmbit públic. El SEM només està representat per 3 reclamacions. En quan els dispositius ambulatoris, podem diferenciar els públics (CAP i CUAP) que representen el 7,2% (n=47) i els privats (n=50, 7,6%) que són una mostra heterogènia i agrupada com a *altres*.

L'anàlisi de la via de reclamació emprada en funció del centre assoleix la significació estadística i mostra que treballar al CAP, fa més probable que la via de reclamació sigui la penal (78,7%) mentre que en els dispositius ambulatoris privats és més probable que sigui per via civil (46%). Entre els hospitals, els públics reben més reclamacions penals (70%) mentre que als privats, les vies utilitzades es reparteixen de forma equitativa.

L'existència de responsabilitat doncs, també és més probable en aquells dispositius privats, on el 24,1% de les reclamacions resulten de risc en comparació amb els públics (15,7%) amb

$p=0.017$. Les dades extretes del SEM no permeten extreure conclusions degut a la n de la mostra (3 expedients) però totes les reclamacions utilitzen la via penal.

S'ha fet la distribució geogràfica dels dispositius reclamats, demostrant que tres quartes parts d'aquests es concentren a la província de Barcelona, que acumula la major població, activitat i complexitat i per tant també la taxa més alta de reclamació per habitant (9,26 reclamacions per cada 100.000 habitants). L'estudi de la via de reclamació distribuïda per províncies mostra que a Lleida i Tarragona, encara que el nombre de reclamacions és més baix, hi ha més risc de ser reclamat per via penal ($p=0.022$), en canvi, és menys probable resultar responsable a Tarragona (absència de responsabilitat en el 87% de les reclamacions).

Per tal de definir aquelles àrees d'assistència que acumulen més risc, es descriuen les dades corresponents a l'acte mèdic reclamat. La patologia més reclamada és la relativa a la Cirurgia Ortopèdica i la Traumatologia (30,6%; $n=200$) seguit d'un conjunt agrupat d'especialitats mèdiques (Medicina Familiar i Comunitària, Medicina Interna i Cardiologia) que representen el 25,9% de les reclamacions. La via penal és la més utilitzada en les reclamacions a especialitats mèdiques comparat amb les altres especialitats ($p=0.017$) sense evidenciar diferències en quan a la confirmació de la responsabilitat. L'anàlisi del motiu de reclamació posa de manifest que principalment el que s'al·leguen són errors en el diagnòstic (tant de retard com d'error pròpiament dit) i l'aparició de seqüeles, suposant més del 80% dels motius. Quan es considera que hi ha hagut error diagnòstic és més probable que la via de reclamació sigui la extrajudicial (72,3% amb $p<.001$) i quan és per seqüeles la penal (39,4% amb $p<.001$) sense evidenciar-se en cap cas que la presència o no de responsabilitat estigui associada amb el motiu de la reclamació.

En aquelles reclamacions on s'ha produït la mort del pacient ($n=248$; 37,9%), la via penal és la més utilitzada amb diferència (76,2% amb $p<.001$). Encara que el fet que s'hagi produït una defunció, no implica que hi hagi més freqüència de responsabilitat.

S'han analitzat aquells casos on s'ha confirmat responsabilitat per tal d'identificar el pacient tipus de més risc. Entre els adults es tracta d'un home (64%) significativament més jove que les dones (45 anys homes vs 53 les dones). En l'extrapolació de l'anàlisi del sexe del pacient de risc en cada un dels apartats anteriors d'estudi assoleix significació la via de reclamació en que ser home predispesa a utilitzar la via penal i ser dona la civil.

L'última pregunta a la que es pretén respondre és a *qui es reclama més?* per tal de definir si hi ha un perfil de metge sobre el que recaiguin més reclamacions. A la mostra d'estudi hi ha una tendència a haver més metges implicats en els casos que es demostra responsabilitat. A més, el fet de no tenir documentada una especialitat mostra un augment de risc de resultar responsable fins al 21% sense assolir la significació estadística. Les especialitats que acumulen major percentatge de responsabilitat són Medicina Interna, Cirurgia General i Ginecologia. La major part dels metges reclamats són homes amb una edat mitjana de 42 anys. Les dones són significativament més joves que els homes però l'edat no es relaciona amb la responsabilitat en cap dels dos casos.

Les implicacions d'aquestes dades i la comparativa amb la bibliografia disponible, serà comentada a continuació a l'apartat de Discussió.

DISCUSSIÓ

La seguretat clínica és un pilar fonamental en els sistemes sanitaris i contribueix a la millora contínua gràcies a la implementació de la cultura de la seguretat, la sensibilització i l'aprenentatge. L'error és una gran font de coneixement així que l'estudi de les reclamacions, enteses com l'error percebut pel pacient, ha de contribuir a aquesta millora si se'n fa una bona interpretació. Aquest estudi pretén per una banda, aproximar al clínic al món de les reclamacions mostrant aquelles àrees més vulnerables dins les urgències. Per una altra banda s'intenta facilitar el peritatge medicolegal davant una reclamació a urgències tot recalcant les particularitats d'aquesta futura especialitat mèdica.

Paral·lelament a aquesta oportunitat de coneixement, existeix la por al litigi. L'any 2021 es van publicar els resultats d'una enquesta realitzada per la Organització Mèdica Colegial (OMC) i avalada per la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) en què el 91,3% dels facultatius dels serveis d'urgències dels hospitals públics d'Espanya tenien la percepció d'un augment de la pressió judicial en el seu entorn de treball¹²³. Les dades analitzades desmenteixen aquesta teoria i mostren un paradigma força diferent, molt interessant i esperançador pel facultatiu i el seu entorn.

Per tant, s'intenta respondre a les inquietuds judicials i clíniques del facultatiu que podria preguntar-se si les urgències són una àrea de risc, si l'elevada activitat exposa a més reclamacions, si hi ha determinats tipus de centres més propensos a la litigiositat, etc. i també aquelles preguntes més clíniques com quin és el procés més freqüentment involucrat en una reclamació, quin és l'error que es comet amb més freqüència, quina és la seqüela que més es reclama o quin perfil té el pacient que interposa una reclamació.

A més a més, es justificarà que veure's involucrat en una reclamació pot semblar un fet aleatori, però en canvi, aquelles reclamacions de risc, en les que es considera responsabilitat i especialment les recurrències mereixen especial atenció i anàlisi ja que s'han demostrat clars patrons.

La presentació de la discussió es farà seguint l'estructura dels resultats i responent les preguntes d'estudi amb especial atenció a aquelles dades que divergeixin de la literatura existent.

S'han trobat certes limitacions en la recerca bibliogràfica sobre el tema d'estudi que es presenten en un capítol a part, però val la pena anomenar abans d'abordar la discussió.

La literatura americana disposa de bibliografia referent a aquelles reclamacions que ocorren als serveis d'urgències hospitalàries (Emergency Department) o bé sobre els metges que hi treballen (emergency physicians), sent una especialitat reconeguda als EEUU des de l'any 1979¹³². La manca de reconeixement formal de l'especialitat en el moment actual a Espanya dificulta l'agrupació de les reclamacions als metges que s'hi dediquen, al tractar-se d'una acusació individual i per tant, limita també la publicació de resultats. A més a més, les diferents sèries publicades recullen mostres de bases de dades heterogènies (companyies asseguradores, bases de dades de reclamacions, sentències, enquestes, etc.) que dificulten la comparació sistemàtica de resultats.

Aquestes dificultats acadèmiques es sumen a les diferències socioculturals: mentre als EEUU l'accés a la sanitat és freqüentment per via privada en un entorn molt demandant, el marc europeu i especialment l'espanyol és el d'una sanitat pública i d'accés universal amb una cultura on la sanitat està molt ben considerada i no està tan exposada al litigi.

Concretament, la major base de dades del nostre entorn és la que ofereix el CCMC, degut als anys acumulats de registre i al bagatge en quan a Responsabilitat Professional Mèdica (RPM) pel que gran part de la literatura nacional en fa referència.

Una altra dada a recalcar és que les dades d'activitat assistencial als hospitals públics d'aguts són publicades i accessibles a nivell estatal, però altres dades com les urgències d'atenció primària no estan disponibles en tots els anys d'estudi. Aquesta limitació que s'ha trobat serà esmentada en els punts on sigui necessari.

1 ANÀLISI DESCRIPTIU DE LA MOSTRA

1.1 ESTUDI DE LES RECLAMACIONS

Al CCMC s'han recollit 6.289 reclamacions entre els anys 2000 i 2019, amb una mitjana de 314 reclamacions anuals pràcticament estables o amb molt lleugera tendència al descens en els darrers anys d'estudi³⁰. Al 2017 es percep una davallada en el nombre de reclamacions totals així com en la proporció de les que corresponen a les urgències i és degut a un incident merament administratiu corresponent a un canvi d'asseguradora.

La literatura internacional demostra una tendència al descens en el nombre de reclamacions de manera global^{5,30,113} i també quan només s'analitzen les dels serveis d'urgències⁹⁴. Aquest descens és visible des dels anys 2000 i ha estat atribuït a la recuperació de la *malpractice crisis* tant per millores assistencials com de la jurisprudència sanitària⁵.

L'estabilitat en el nombre absolut de reclamacions a la mostra catalana contrasta amb l'augment de població durant el període esmentat. Benet-Travé demostra que existeix un descens significatiu de fins el 30% en la taxa de reclamació per habitant entre el període 2000 i 2019³⁰. Per tant, es pot concloure que el no augment del nombre de reclamacions, associat a l'increment poblacional i assistencial, confirma un descens de la taxa de reclamacions i infereix en la possibilitat que hi ha hagut una millora en la qualitat assistencial.

I hi ha un factor més, i és que el nombre absolut de metges assegurats al CCMC també creix constantment amb el pas dels anys, fent que la taxa de reclamació pel nombre d'assegurats també sigui cada cop menor.

Quan es rep assistència sanitària i hi ha una disconformitat, l'usuari pot posar una queixa (*complaint*) que serà resolta per l'òrgan que la rep, o bé una reclamació (*claim*) quan s'utilitza la via judicial. Actualment, les reclamacions interposades a l'administració catalana suposen dos tercers parts del total i no són la base de l'estudi. Són expedients tramitats per la via contenciós-administrativa³⁰.

El CCMC és l'organisme encarregat de registrar, tramitar, gestionar i defensar les reclamacions interposades als metges/esses catalans col·legiats i adherits a la pòlissa col·lectiva voluntària. La mitjana de metges adherits a aquesta pòlissa en els anys d'estudi es del 90%³⁰ pel que és molt representativa del territori català i serà la font de les dades del nostre estudi.

Per la selecció de la mostra s'han identificat els expedients del CCMC que consten com a àrea assistencial d'urgències i els que estaven catalogats com a acte mèdic urgent per tal de minimitzar el biaix de selecció.

1.1.1 RESPECTE LA POBLACIÓ I L'ACTIVITAT: TAXES

Del total de 6.289 reclamacions registrades al CCMC entre el 2000 i el 2019, 654 s'atribueixen a l'atenció urgent (10,4%) amb una mitjana de 32,7 reclamacions anuals però amb diferències entre el primer període d'estudi (2000-2009) que és de 36,9 i el segon (2010-2019) que és de 28,5.

Encara és més rellevant la taxa de reclamació per habitant, ja que la població catalana ha augmentat durant el període d'estudi. Aquesta taxa al nostre estudi és de 0,46 reclamacions per cada 100.000 habitants i any de mitjana amb tendència a la baixa. Altres autors espanyols com Hernández-Herrero calcula una taxa a Catalunya de 0,2 reclamacions per via contenciós-administrativa a urgències. El seu estudi és de 243 sentències en primera i segona instància referents a l'atenció urgent dels hospitals públics espanyols. Exclou tant la via extrajudicial com les vies judicials (civil i penal) pel que no serveix com a comparativa amb el nostre estudi, sinó més aviat com a complement. Una dada rellevant que aporta i que serà discutida més endavant és que en el seu anàlisi per Comunitats Autònomes, determina que Catalunya és la que presenta menor taxa de reclamació¹¹⁵.

La literatura internacional respecte la taxa poblacional igualment notifica menys reclamacions els darrers anys a les urgències⁹⁴, especialment quan es compara amb l'augment generalitzat de l'activitat assistencial en aquest sector¹¹³ que també s'analitza a continuació¹¹⁵.

Si bé és cert que la taxa per població pot ser un bon indicador, la taxa per assistència encara seria més interessant ja que ha augmentat més que la pròpia població, suposant un increment del 20% a Catalunya durant el període d'estudi¹³⁰. L'inconvenient pel càlcul d'aquesta taxa és la dificultat en l'accés de les dades que conformen el denominador: mentre l'activitat als centres hospitalaris és pública, la referent als CAP i al SEM no ho és fins l'any 2017¹³³, pel que el càlcul de les taxes es pot veure alterat. A més la bibliografia també fa referència únicament a l'activitat hospitalària. És per aquest motiu que en el nostre estudi, s'ha hagut de fer un subanàlisi d'aquestes dades per obtenir les taxes i no inferir en errors de càlcul. Les dades obtingudes conformen una gràfica amb tendència al descens (Gràfic 2) i una mitjana de 0,62 reclamacions per cada 100.000 assistències hospitalàries.

Benet-Travé analitza el total de reclamacions a Catalunya (CCMC i administració) i demostra una taxa de 0,32 reclamacions per cada 10.000 urgències ateses, posant de manifest que la via contenciós-administrativa és la predominant.

La literatura europea al respecte s'assembla més a la taxa de Benet-Travé que a la nostra degut també als criteris d'inclusió. Wansink et al. recullen informació de 5 hospitals dels Països Baixos i demostren un augment progressiu de l'activitat associat al lleu descens en les reclamacions. Per tant, una taxa de reclamació de 0,97 que clarament tendeix a la baixa fins a les 0,5 reclamacions per 10.000 visites al final d'estudi¹¹³.

Malauradament, tot i el demostrat descens en les reclamacions, són molts els autors que coincideixen en que els costos judicials i les indemnitzacions quan s'han de pagar han augmentat considerablement els darrers anys¹¹³, així com aquelles indemnitzacions anomenades "catastròfiques" per les asseguradores, per l'elevat cost als què cal fer front¹³⁴. Les consideracions econòmiques de cada expedient no ha estat font d'aquest estudi.

1.1.2 RESPECTE LA MOSTRA I EL CCMC

El percentatge de reclamacions atribuïbles a l'atenció urgent de la mostra és del 10,4% i permet una aproximació al pes de les urgències dintre de les reclamacions. La sèrie d'Hernández-Herrero li atribueix un percentatge més elevat (23,9%). Aquesta diferència és probablement deguda a la procedència de la mostra ja que ells analitzen les reclamacions corresponents a l'assistència d'hospitals públics, que és l'àmbit d'actuació més freqüent de l'atenció urgent, pel que podria estar sobreestimant la proporció¹¹⁵. Perea-Pérez, que també analitza una mostra de sentències, situa la medicina d'urgències en la tercera posició de les més reclamades amb un 9,7% del total de reclamacions¹¹⁴, únicament per darrere de Ginecologia i Obstetrícia i de la Traumatologia.

La bibliografia nacional és discordant ja que no existeix un criteri uniforme de selecció. Igual que nosaltres, Hernández-Herrero fa referència a "l'atenció urgent", mentre que Perea-Pérez parla d'urgències havent recollit l'especialitat mèdica d'arxius purament jurídics. Per tant, per garantir el rigor en la selecció, caldria fer l'anàlisi dels serveis d'urgències com a àrea assistencial o bé dels facultatius amb l'especialitat d'urgències en un futur.

Paral·lelament, podria existir una infraselecció dels dispositius extrahospitalaris deguda a la manca d'accés a les dades d'activitat i de registre i s'ha constatat que el pes d'aquests centres no és menyspreable. Benet-Martí publica recentment un anàlisi de 224 reclamacions interposades a l'Atenció Primària procedents del CCMC durant 20 anys i demostra que fins a un

65,6% de les reclamacions corresponen a l'atenció urgent¹¹⁶, posant de manifest que fins i tot dintre l'atenció primària, classificada com a especialitat de baix risc de reclamacions^{33,111}, aquella activitat que es fa fora de programació sí que pot implicar més errors.

Per tant, l'estudi topa amb una altra limitació: la major part de literatura fa referència als hospitals públics d'aguts, deixant de banda l'atenció urgent realitzada als CAP i CUAPs i l'activitat realitzada pel SEM i dificultant la comparativa de resultats i l'obtenció de conclusions.

Tot i això, i assumint aquesta limitació, el gruix de reclamacions atribuïbles a l'atenció urgent a la base del CCMC és molt considerable i podria implicar que l'especialitat MUE ocuparia una de les cinc primeres posicions en risc de reclamació en el nostre entorn.

1.2 RESPONSABILITAT PROFESSIONAL MÈDICA

La variable Responsabilitat s'ha considerat positiva quan hi ha hagut acord extrajudicial (acordant una indemnització) o bé condemna per la via judicial i és la variable que identifica de manera més ajustada, aquelles reclamacions on pot haver hagut negligència o algun tipus de mala praxi. Per tant, identifica les àrees o accions certament de risc i mereix especial atenció.

En una població creixent, amb una activitat assistencial a l'alça i amb un nombre de reclamacions absolutament estabilitzada o a la baixa, quan calculem taxes, les reclamacions que acaben sent considerades de risc, amb responsabilitat o les *paid claims* en terminologia anglosaxona, van en augment.

Els expedients dels que es confirma responsabilitat professional mèdica han augmentat durant el període d'estudi

La mostra detecta una mitjana del 17,1% de responsabilitat amb tendència a l'alça els últims anys d'estudi. Aquesta sorprenent dada cal abordar-la des de dos punts de vista. Primerament cal saber si és un percentatge elevat de responsabilitat. Per esbrinar-ho es comparà amb altres estudis. Posteriorment, es plantejaran diferents motius que poden haver contribuït a l'augment de la responsabilitat.

La bibliografia existent revela que la responsabilitat obtinguda al nostre estudi és clarament inferior a la resta de sèries.

T. Brown i M Hernández-Herrero publiquen dos estudis on han inclòs únicament processos contenciós-administratius, pel que han obtingut fins a un 30% de responsabilitat^{94,115}, dada més elevada i esperable, donat que és la via que clàssicament ha obtingut més responsabilitat¹¹⁵.

Per una altra banda, Perea-Pérez dictamina una responsabilitat del 46% quan analitza sentències en segona i tercera instància, sense informar de quant s'havia desestimat en primera¹¹⁴.

L'estudi de Giraldo compara les sentències civils a Espanya i a Massachusetts (EUA) amb importants diferències d'atribució de responsabilitat, sent del 26% i del 75% respectivament⁹⁶, mostrant la variabilitat cultural.

La sèrie de Brown⁹⁴ és la més extensa en quant a nombre de reclamacions amb més d'11 mil interposades a les urgències estatunidenques i amb una única asseguradora com a font. En aquest sentit és el disseny que més s'assembla al nostre estudi, però malauradament només analitza la via contenciós-administrativa. Obté una responsabilitat del 31% per aquesta via.

Per tant, tot i les diferències metodològiques de la literatura existent, la responsabilitat obtinguda a les reclamacions del nostre estudi és clarament inferior a la resta de sèries i comparable als estudis que utilitzen el CCMC com a font de dades^{22,30}.

La literatura que analitza els metges reclamats és únicament internacional i situa l'especialitat MUE com una àrea de baixa responsabilitat. Jena els atribueix un 20%³³ i Schaffer identifica l'especialitat MUE com la que té la menor concentració de reclamacions pagades¹³⁴.

Per tant, es pot assegurar que l'atenció urgent és una àrea amb gran nombre de reclamacions per la seva elevada activitat però que la responsabilitat obtinguda a l'anàlisi dels expedients catalans en aquest àmbit és molt baixa quan es compara amb la literatura existent. A més es podria inferir que la futura especialitat MUE no hauria de ser una especialitat d'alt risc de reclamació ni responsabilitat segons les dades disponibles fins el moment.

Les causes que justifiquen la baixa responsabilitat són múltiples. Quan ens referim a la mostra, es justifica per l'anàlisi únicament de les reclamacions en primera instància amb predomini de la via penal, com es desenvoluparà més endavant. Si ens centrem en el panorama estatal o català, per una banda destaca la pròpia gestió que es fa des del SRP i per l'altra les polítiques socials, l'accés gratuït i universal a la sanitat i els sous dels facultatius espanyols, que són considerablement més baixos que a la resta d'Europa. Aquests factors confereixen certa estima i respecte social envers la Sanitat pública.

La dada esperançadora de la baixa responsabilitat de l'entorn, xoca amb el progressiu increment constatat. Tot i que es manté baixa en tot el període d'estudi, el percentatge de reclamacions que acaben sent considerades de risc augmenta i això divergeix de la resta de literatura com es presenta a continuació.

El recent estudi de Studdert⁵ confirma un descens en la responsabilitat professional mèdica. Fa un repàs de l'evolució de la Llei relativa a la mala praxi i de com durant els últims 50 anys ha anat adequant-se als canvis socials i tecnològics que influeixen en la presa de decisions dels facultatius. Posa de manifest el rigor jurídic amb el que cal tractar els temes relatius a reclamacions mèdiques així com la transparència del seu maneig quan hi ha responsabilitat a través del National Practitioner Data Bank (NPDB) a EEUU. De la mateixa manera, suggereix que la clara millora de la Seguretat, amb adequació a les guies clíniques, informatització i estandardització dels processos han contribuït al descens progressiu de les reclamacions i sobretot de la responsabilitat atribuïble o *paid claims* (Figura 28).

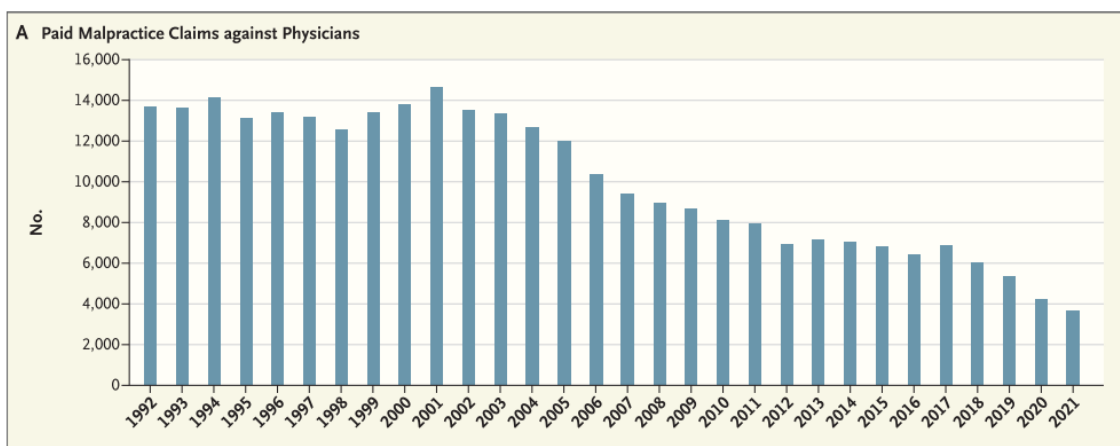


FIGURA 28: EVOLUCIÓ DE LES RECLAMACIONS AMB RESPONSABILITAT ALS EEUU. EXTRET DE STUDDERT⁵

L'autor conclou en contrapartida que, si bé és cert que el descens en la responsabilitat és de gairebé el 75%, els pagaments als què s'han hagut de fer front han augmentat de forma progressiva (ajustat per l'equivalent a l'IPC en cada moment).

Studdert descriu les dades públiques americanes que són les més extenses amb diferència, però altres autors també n'han fet anàlisis temporals^{135,136}. Schaffer et al. van publicar al 2017 que aquelles reclamacions que requerien indemnització van disminuir significativament entre els anys 1992 i 2014 de forma global, passant de més del 20% (risc anual per 1000 facultatius) a prop del 9%¹³⁴. Aquest mateix panorama descriu Collier al Canadà, on la tendència a la baixa de les reclamacions pagades contrasten amb l'augment progressiu de les indemnitzacions a les que cal fer front¹³⁶.

Sorprenentment, el panorama al continent americà no es reproduïx a Europa. A Anglaterra (NHS) no només no es demostra disminució de les reclamacions, si no que a més, hi ha augment de les reclamacions amb responsabilitat o pagades¹³⁷, igual que passa en el nostre estudi. Benet-Travé en la mostra del CCMC entre els anys 2000 i 2018 observa una tendència a l'alça de la responsabilitat penal, que és la via més representada en la nostra mostra³⁰.

Un dels factors que pot haver influït en aquest augment és que des del Consell Col·legi de Metges de Catalunya es treballa per desjudicialitzar els expedients. S'analitza i s'informa cada cas i si es conclou que hi ha bona praxi es defensa. En canvi, si les comissions determinen que el sinistre té risc, s'intenta arribar a un acord i indemnitzar per tal d'evitar que el facultatiu s'hagi d'afrontar al procés judicial.

Val la pena en aquest punt remarcar que la Responsabilitat s'ha definit per l'estudi com aquells processos on hi ha hagut condemna però també aquells en què s'ha arribat a un acord. L'experiència acumulada en els anys de gestió d'expedients ha posat de manifest clars beneficis per la segona víctima quan s'adopta aquesta actitud, ja que millora o evita el síndrome clínic-judicial. Paral·lelament també s'han constatat menor rescabament econòmic actuant d'aquesta manera.

Un altre punt a tenir en compte és l'evolució tecnològica i la implementació generalitzada de sistemes informàtics de suport que han anat substituint progressivament el paper. Aquest punt ha estat clau en la milloria clínica, posant a l'abast eines i recursos dissenyats per minimitzar els errors. Exemples clau d'això són la prescripció farmacològica o els registres d'al·lèrgies. Aquests sistemes han contribuït a la seguretat i també al registre assistencial, permetent un traçat inequívoc de la trajectòria d'un pacient durant una assistència mèdica. Aquesta traçabilitat és sens dubte beneficiosa pel pacient del què s'optimitza la continuïtat assistencial, el seguiment i tracte multidisciplinar i el registre de pràcticament tot, afavorint la detecció d'errors o de manca d'informació. En aquest sentit pren un paper crucial el Consentiment Informat (CI).

La Llei 14/1986 del 25 d'abril anomena expressament el CI en l'article 10 al que considera el màxim exponent del principi d'autonomia i la Llei 41/2002 del 14 de novembre és la bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

Es recull el dret a rebre informació completa i continuada, verbal i escrita, sobre el procés assistencial i determina la necessitat prèvia d'obtenir el consentiment per tot tipus d'actuació en l'àmbit de salut, generalment verbal, però necessàriament per escrit en els casos

d'intervenció quirúrgica, procediments invasius i altres procediments que suposin riscos o inconvenients previsibles.

El pes del CI durant el període d'estudi ha canviat i actualment la correcta complementació del CI és universal i indiscutible. La manca d'aquest podria ser el substrat d'alguna reclamació, que a dia d'avui seria indefensible^{138,139}.

Per tant, estem enfront un escenari diferent segons el què s'analitzi. Per una banda, allà on hi ha elevada litigiositat i la *malpractice crisis* ha tingut un pes molt important, en una societat exigent i amb una sanitat molt costosa, sembla que la responsabilitat va a la baixa, mentre que en els escenaris europeus, on globalment hi ha menys reclamació, la responsabilitat és clarament inferior, però amb tendència a l'alça durant els últims anys. Pot ser que la responsabilitat estigués sobreestimada en un medi o infraestimada en un altre?

En l'atenció sanitària l'error existeix, i hi ha entorns i pràctiques que impliquen més risc, com pot ser l'atenció no prevista o urgent. Els esforços han d'anar encaminats a implementar pràctiques segures i augmentar la sensibilització per la Seguretat Clínica. La Responsabilitat Professional Mèdica és doncs necessària per garantir l'acompliment d'aquestes fites.

2 COM ES RECLAMA?

Els aspectes jurídics de les reclamacions interposades a l'atenció urgent han estat font d'estudi especialment des del punt de vista legal. La utilització de diferents mostres amb diferent denominador pot confondre les dades ja que hi ha anàlisis de condemnes, anàlisi de primeres i segones instàncies, etc.

En el nostre estudi, l'anàlisi de les reclamacions en primera instància de l'atenció urgent realitzada a Catalunya, mostra un predomini de l'ús de la via penal (59%) front les altres vies com la extrajudicial i la civil, predominants en altres sèries^{22,114}. Aquesta dada és sorprenentment alta pel que s'ha desglossat per anys. L'elevat ús de la via penal és a expenses dels primers anys d'estudi i a partir del 2006 la representació d'aquesta via baixa de manera progressiva. Aquest descens s'atribueix a la gestió del SRP com s'ha exposat anteriorment, fet que augmenta en el temps la representació de la via extrajudicial. L'anàlisi més extens l'aporta recentment Benet-Travé³⁰ que posa de manifest com des de l'any 2000 existeix una tendència estadísticament significativa ($p < 0.005$) a la disminució de la via penal a favor de la extrajudicial. El procés per assolir aquest descens, a vegades passa per formalitzar un acord extrajudicial. Així que per contra, aquells expedients en els què s'ha considerat que hi ha responsabilitat dins la via penal tendeixen a l'alça amb una variació estadísticament significativa ($p = 0.026$) segons l'autor.

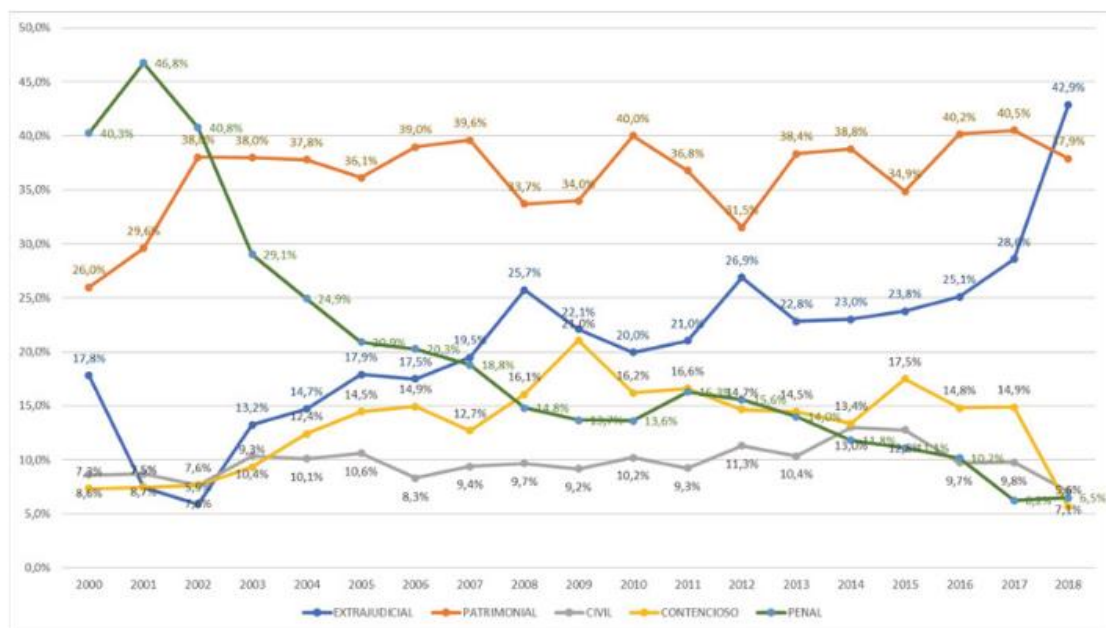


FIGURA 29: EVOLUCIÓ DE LA VIA DE RECLAMACIÓ A CATALUNYA (CCMC + CATSALUT). EXTRET DE BENET-TRAVÉ³⁰

Perea-Pérez¹¹⁴ va analitzar el 2013 més de 2000 sentències on la via de reclamació predominant era destacadament la civil (85%). Aquest predomini s'explica per la pròpia naturalesa de la mostra que engloba sentències de segona - instància i exclou la via extrajudicial. Per aquest motiu, la via penal que pot haver estat utilitzada en primera instància, no queda representada. Un escenari comú seria el que en una primera instància el reclamant pot exigir responsabilitat penal i al ser desestimat, interposar una reclamació civil per rescabalar guanys econòmics.

Hernández-Herrero¹¹⁵ únicament analitza les reclamacions per via administrativa, al·legant que els procediments penals incorren a un delictes i els civils s'associen a la pràctica clínica privada. En el present estudi veiem que no és possible generalitzar d'aquesta manera ja que existeix un gran gruix de reclamacions per via penal i civil també en l'àmbit públic.

Si bé és cert, doncs, que la via penal en la nostra mostra està sobrerepresentada, la responsabilitat en aquest grup es d'únicament el 10,6% amb diferències estadísticament significatives ($p < .001$) quan es compara amb les altres vies que mostren un 34,2% de responsabilitat en la via civil i un 20,3% en la extrajudicial.

Quan Benet-Travé analitza la variable responsabilitat segons la via utilitzada en el total d'expedients, obté major responsabilitat que nosaltres: 12% a la via penal, 47% a la civil i 28% a la extrajudicial.

Aquesta menor proporció de reclamacions de risc es pot justificar per l'anàlisi únicament de les sentències en primera instància i per altra banda per les pròpies característiques de la medicina d'urgències.

Havent-se descrit les situacions de risc i la casuística que fa que els serveis d'urgències constitueixin la "tempesta perfecta" per l'aparició d'errors i accidents, s'ha demostrat que veritablement ocorren. A més, el pacient que arriba a les urgències també té unes característiques particulars que el fan més vulnerable i sovint l'estat clínic és més delicat i d'aparició brusca, dificultant l'acceptació dels desenllaços o les conseqüències.

El procés judicial té en compte doncs la *lex artis ad hoc*: en un pacient crític o amb patologia greu i aguda, les conseqüències poden assolir major magnitud i sovint de forma inesperada, però no ha d'implicar una negligència mèdica.

Paral·lelament l'atenció urgent es caracteritza per la manca o mínima relació metge-pacient, dificultant la relació de confiança i afavorint la interposició de reclamacions agressives.

3 ON ES RECLAMA?

L'atenció urgent es pot dur a terme en diferents àmbits. La pregunta que es podria plantejar el clínic format en MUE és si implica més risc treballar al SEM que a un hospital o a un CUAP. De la mateixa manera, es pot preguntar si un centre de gestió privada pot veure's implicat en reclamacions en major proporció que un centre públic.

La segona pregunta és la més estudiada i probablement la més fàcil de respondre. Entre els dispositius d'àmbit privat, predomina l'ús de la via civil per reclamar per la qual cosa, també hi ha més percentatge de reclamacions amb responsabilitat.

A Catalunya, fins el 30,2% de les dones i el 34,5% dels homes disposen de doble assegurança sanitària⁵⁵. Aquesta és una particularitat del nostre territori que el diferencia de la resta de l'àmbit espanyol, que és principalment públic. En contra, la major part de la literatura fa referència als EEUU on fins a 2/3 parts de cobertura sanitària és privada.

Tot i aquesta particularitat pròpia, hi ha especialitats on clarament predomina la medicina privada, com la Cirurgia Plàstica o gran part de la Traumatologia, però l'atenció urgent té molt pes a nivell públic i a la nostra mostra representa el 74%.

Respecte el tipus de dispositiu, s'han classificat els dispositius segons si són hospitals, centres d'atenció primària (CAP i CUAP) o SEM. Aquests últims tenen una representació molt baixa, comptant únicament amb 3 de les 654 reclamacions (0,5%) pel que no és apropiat extreure'n conclusions. Si més no, d'aquest col·lectiu crida l'atenció que les 3 reclamacions s'han fet per via penal i cap ha estat considerada responsable.

El fet que no assoleixin responsabilitat podria correspondre a l'elevada protocol·lització amb la que treballa el SEM, un factor que s'ha verificat com a protector en processos judicials⁵ i també a l'aplicació de la *lex artis ad hoc* que defensa l'ús dels recursos disponibles en el moment i el lloc de l'assistència.

Un altre petit grup de dispositius representats són el conjunt de centres ambulatoris i heterogenis vinculats a l'atenció privada. Representen el 7,6% de la mostra i tenen gran predomini de reclamacions per la via civil (46%) de manera estadísticament significativa ($p < .001$), com era d'esperar en l'àmbit privat.

Entre els altres dispositius, destaquen els CAP o CUAP (7,2%) en els que hi ha un clar predomini de la via penal (78,7%) com a més utilitzada. Es pot pressuposar que al CAP l'atenció la dona el

propi metge de família que sovint és conegut, pel que no seria apropiat al·legar una manca de relació metge-pacient i aquesta dada revela actuació contra el facultatiu o elevada percepció de negligència. S'ha constatat que pot haver cert biaix temporal ja que és un dispositiu amb molta representació els primers anys d'estudi, però si bé és cert que la medicina de família és considerada una especialitat de baix risc tant a nivell nacional¹¹¹ com internacional³³, també s'ha demostrat que en aquest àmbit, la major part de les reclamacions (65%) tenen lloc quan l'assistència es fa de manera urgent o imprevista, principalment per la via penal (66,5%) però sense demostrar-se responsabilitat (únicament el 2,6%)¹¹⁶.

El dispositiu més reclamat és l'hospitalari (84,7%) i eminentment d'àmbit públic (78,3%). En aquest cas, la via judicial més utilitzada és la penal (68,4%) contrastant amb la via extrajudicial en l'àmbit privat (40,8%).

A través de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) i de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IdesCat) es poden consultar les dades d'activitat corresponents als hospitals d'aguts. Per tant, s'han pogut calcular les taxes de reclamació per cada 100.000 urgències ateses als SUH. En aquest cas, els expedients analitzats són 554 (únicament els hospitalaris) i es demostra que a Catalunya hi ha 0,62 reclamacions a facultatius per cada 100.000 urgències ateses amb una petita diferència entre els hospitals públics (0,6) i els privats (0,72).

Els estudis que analitzen expedients comparables als nostres són dos, amb la limitació que inclouen els expedients oberts per qualsevol via (extrajudicial, civil, penal i contenciós-administrativa), fet que els confereix una taxa molt més elevada que la nostra i la presenten per cada 10.000 visites: a nivell del CCMC, hi ha 0,32³⁰ reclamacions a l'atenció urgent per cada 10.000 visites realitzades i als Països Baixos n'hi ha 0,97¹¹³. Per tant, tot i les limitacions esmentades, es pot afirmar que a Catalunya la taxa de reclamació als SUH és molt baixa.

La proporció d'expedients hospitalaris en els quals s'ha demostrat Responsabilitat Professional Mèdica és del 18% sense diferències estadísticament significatives amb els altres dispositius analitzats però en canvi, sí que hi ha diferències en quan a l'àmbit públic o privat en què, aquests últims, pel fet de veure's sotmesos a més reclamacions per la via civil, també acaben acumulant més reclamacions indemnitzades (24,1%) amb significació estadística ($p=0.017$).

La distribució de les reclamacions per províncies, respon a la centralització del territori amb els serveis al voltant de la ciutat de Barcelona, que a la seva vegada concentra els processos de major complexitat. El càlcul de les taxes de reclamació mostra una distribució força uniforme d'entre 7,2 i 9,2 reclamacions per cada 100.000 habitants. Destaca el predomini de l'ús de la via penal a les províncies de Lleida (76,7%) i Tarragona (80%) que assoleix la significació estadística però s'ha d'interpretar de forma cautelosa ja que la n és petita de forma global. Un altre aspecte és la variable responsabilitat que és força més baixa a la província de Tarragona (9,7%), però probablement associat al sobre ús de la via penal.

Respecte el dispositiu reclamat doncs, treballar a l'àmbit privat implica major risc de rebre una reclamació per via civil així com de determinar-se'n responsabilitat. Per una altra banda els CAP són més propensos a rebre reclamacions per la via penal amb lleuger augment de la responsabilitat que no és estadísticament significatiu i els centres hospitalaris acumulen la gran majoria de reclamacions (84,7%) sense ser destacable l'existència de responsabilitat.

4 PER QUÈ ES RECLAMA?

Pel clínic resulta rellevant saber quines àrees de la medicina són més sensibles a les reclamacions i en quin moment es cometen la major part dels errors i augmenta el risc de mala praxi. A continuació s'analitzen aquells aspectes més clínics que s'han obtingut de la base de dades del CCMC.

4.1 ESPECIALITAT DE L'ACTE MÈDIC

La base de dades del CCMC recull dades clíniques referents a l'acte mèdic reclamat. Entre aquestes dades destaca l'especialitat, que correspon a l'àrea mèdica de la patologia atesa i està codificada per metges experts.

Aquesta codificació doncs, no fa referència a l'àrea d'assistència ni a l'especialitat del metge reclamat, sinó únicament a la patologia reclamada. Per exemple una contusió serà considerada patologia traumatològica i un dolor precordial una cardiològica. La dificultat la trobem dintre les àrees més generalistes com Medicina Interna o Medicina de Família que han estat codificades en pacients pluripatològics o quan l'àrea assistencial era Atenció Primària i la patologia més sistèmica.

Un altre factor que cal tenir en compte és que algunes especialitats treballen amb la urgència com a principal porta d'entrada. La Traumatologia i la Obstetrícia, són dues grans àrees dintre de les seves especialitats que treballen amb molta càrrega assistencial urgent o no prevista. Tenint en compte aquestes peculiaritats, la obstetrícia ha estat exclosa del nostre estudi ja que l'atenció urgent de les pacients obstètriques va encaminada a l'atenció al part que a Catalunya està coberta per ginecòlegs i llevadores i per aquesta raó serà una especialitat infrarepresentada a l'estudi de la que no es poden extreure conclusions. No s'ha exclòs la patologia traumàtica, que és atesa de forma generalitzada a diferents nivells assistencials.

Fetes aquestes puntualitzacions, no trobarem "Urgències" en aquesta classificació, si més no, identificarem la posició de l'especialitat MUE, definida internacionalment com aquella especialitat mèdica que atén patologia urgent o no prevista tant en el medi extrahospitalari com als Serveis d'Urgències Hospitalàries (SUH).

La literatura que ens pot servir de comparativa es Jena³³, però entenent que el que ell analitza és el risc individual de cada metge a rebre una reclamació en funció de la seva especialitat. Aquesta dada és interessant especialment per les pòlisses d'assegurança que estableixen també els seus preus segons el risc al que es veu exposat l'assegurat.

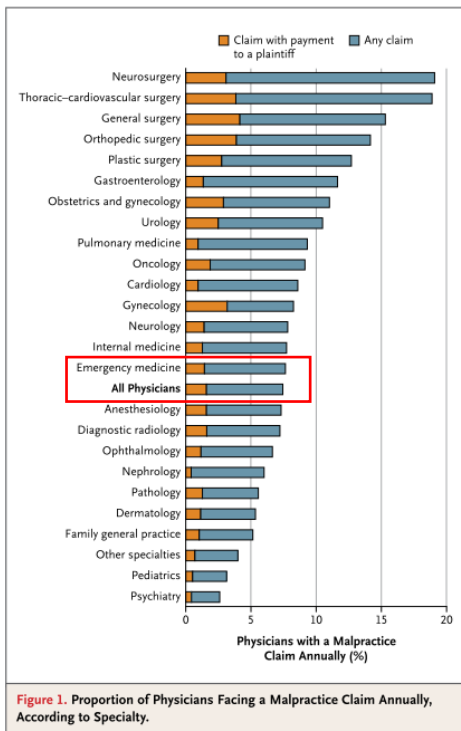


Figure 1. Proportion of Physicians Facing a Malpractice Claim Annually, According to Specialty.

FIGURA 30: EXTRET DE JENA ET AL. NEJM³³

Segons les seves dades, a EEUU, l'especialista més reclamat és el neurocirurgià, seguit del cirurgià cardiororàctic, cirurgia general i traumatòleg. El metge d'urgències està immediatament per sobre la mitja del total de facultatius, demostrant que el 7,5% dels facultatius americans de MUE faran front a una reclamació per any (Figura 30).

Aquest escenari estatunidenc torna a plantejar les dificultats associades a les diferències organitzatives pel que fa les diferents especialitats, però posa de manifest que encapçalen el risc de reclamació les especialitats quirúrgiques i que l'especialitat MUE no és una especialitat d'alt risc.

Aquesta dada a nivell nacional la presenta Arimany-Manso quan analitza la mostra del CCMC entre els anys 1986 i 2005, conclouent que l'1,33% dels metges assegurats en aquell període havien fet front a una reclamació, si més no, únicament el 0,26% n'havien resultat responsables¹¹¹.

Els resultats més grollers del nostre estudi, atès que les diferents especialitats han hagut d'agrupar-se per poder obtenir resultats adequats, mostren que el 46% de les reclamacions corresponen a les àrees quirúrgiques, seguides de les àrees mèdiques (42%) i medicoquirúrgiques (11,5%) amb una petita representació de les de laboratori i diagnòstic (0,5%). La via judicial utilitzada és principalment la via penal (59%) però és significativament més alta (66,9%; $p=0,017$) en aquelles especialitats mèdiques.

L'anàlisi de la responsabilitat en funció de l'àrea mèdica mostra que tant les especialitats mèdiques com les quirúrgiques, tenen entre un 16 i un 17% de responsabilitat. Aquesta dada és comparable a la que s'ha extret del total de la mostra (17,1%) degut a que són el gruix (87,7%) de la mostra. Hi ha una de les tres reclamacions interposades a serveis de diagnòstic o laboratori amb responsabilitat que caldria estudiar a part per la seva particularitat i que no permet extreure conclusions del conjunt d'aquestes especialitats.

Sí que és rellevant, tot i que no assoleix la significació estadística, que les especialitats medicoquirúrgiques tenen major responsabilitat (fins el 28,4%). Aquest grup d'especialitats inclou Ginecologia i Obstetrícia, sobradament exposat que és una especialitat d'alt risc, Urologia,

Oftalmologia o Angiologia i Cirurgia Vascolar. Aquestes especialitats són, per una banda, d'elevat risc de reclamació, però a més a més, acumulen elevat risc de resultar responsables, requerint pagament o indemnització tal com postulen diferents autors^{30,33,111,134}.

L'àrea de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (COT) ha ocupat la primera posició en el nostre estudi suposant el 30,6% de les reclamacions. La literatura nacional situa l'especialitat de COT en primer (15,7%-20% del total de reclamacions)^{30,111} o segon lloc (12,3%)¹¹⁴ pel que fa al nombre de reclamacions. No hi ha dubte doncs, que és una àrea de risc, però el percentatge obtingut és més alt del publicat. Aquest fet pot correspondre a la naturalesa de la pròpia especialitat que, com s'ha dit abans centra gran part de la seva activitat en l'atenció urgent. Tot i això, el risc individual de Jena³³ pels traumatòlegs també és alt, formant part de les anomenades "especialitats de risc". Un estudi interessant seria conèixer quin és el pes assistencial de la traumatologia als SUH i per altra banda saber en quina proporció és una patologia atesa per un especialista en COT o per un generalista, podent comparar així la distribució de les reclamacions.

A la classificació per especialitats, després de la COT s'ha trobat la MFiC (10,6%), la Cirurgia General (8,7%), Medicina Interna (7,8%), Cardiologia (7,5%) i en sisè lloc Pediatria (5%), seguida d'altres àrees amb menys d'un 5% de representació: Ginecologia, Neurologia, Urologia i Neurocirurgia.

Assumint la definició d'especialitat MUE com especialitat mèdica d'actuació transversal, ha resultat interessant agrupar aquelles àrees mèdiques que actualment s'estan cobrint en aquests àmbits⁵¹ i intentar equiparar-ho a la futura especialitat MUE.

La intenció és facilitar al clínic una classificació d'aquella patologia més freqüentment atesa tenint en compte que a nivell ambulatori (extrahospitalari i atenció primària) s'atendrà indiscriminadament una o altre i a nivell hospitalari dependrà de la organització i segmentació de cadascun però de forma general trobarem des de l'atenció indiscriminada per part de l'urgenciòleg en hospitals petits fins a la classificació en grans grups dels grans hospitals: medicina, cirurgia, traumatologia, pediatria, etc.

Així doncs, en un gran hospital especialitzat i amb l'assistència segmentada, tindriem la patologia traumatològica al capdavant (30,6%) seguida de l'agrupació de la patologia mèdica (MFiC,

Medicina Interna i Cardiologia), que conjuntament suposen el 25,9% de les reclamacions, constituint una àrea de molt alt risc de reclamació.

Destaca la cardiologia com a primera especialitat purament mèdica més reclamada. Aquesta dada és comparable amb la literatura internacional en la que el dolor toràcic i els seus derivats són freqüentment reclamats per les conseqüències que comporta l'error o el retard diagnòstic en aquest àmbit ja que sovint condiona una pèrdua brusca de qualitat de vida. Paral·lelament la cardiologia és l'especialitat on el descens global de les reclamacions ha estat menys evident¹³⁴ durant els darrers anys, sent considerada una especialitat d'alt risc per Jena³³. Altres autors han atribuït aquestes particularitats a l'augment progressiu de l'intervencionisme i els procediments vinculats a la patologia cardíaca^{140,141}.

4.2 MOTIU DE LA RECLAMACIÓ

Més de la meitat de les reclamacions de la nostra mostra es realitzen al·legant errors diagnòstics, definit per Graber com aquell que es fa malament o tard disposant de les eines necessàries⁸⁵. Un correcte diagnòstic té múltiples implicacions en el procés assistencial dels pacients. Condiona les proves complementàries, el tractament i el pronòstic. S'estima que en el 5-15% dels pacients hi ha errors en el diagnòstics i està implicat en el 18% dels esdeveniments adversos a les urgències hospitalàries espanyoles (EVADUR) i fins al 26% de les americanes⁶⁸ per tant té un impacte considerable i no sorprèn que sigui el primer motiu de reclamació.

La bibliografia publicada coincideix en que l'error diagnòstic és el més reclamat, representant entre el 28 i el 68,5%^{94,134,142,143}, gran forquilla en la que s'inclou la nostra mostra, amb un 58,4% d'error diagnòstic entre les reclamacions.

Ferguson et al.¹⁰⁴ publiquen una interessant revisió de la literatura que fa referència a les reclamacions als serveis d'urgències. Conclouen que els processos clínics més freqüentment involucrats en errors diagnòstics són: el dolor toràcic, el dolor abdominal i les fractures òssies que acumulen més de la meitat de reclamacions. Aquests tres processos formen part de la patologia clàssica atesa als serveis d'urgències i es relacionen perfectament amb els resultats de l'especialitat que hem obtingut a l'estudi (traumatologia, cirurgia i medicina/cardiologia).

Els autors analitzen els motius al·legats per reclamar en cada procés clínic: quan s'ha consultat per dolor toràcic són, en primer lloc errors de documentació si no s'ha descrit correctament el

tipus de dolor o factors precipitants o desencadenants, així mateix la manca de normes de reconulta i la comparativa amb electrocardiogrames previs. El segon grup d'error diagnòstic es relaciona amb l'absència de diagnòstic de fractures, principalment ossos petits de les extremitats, vertebres i crani. La causa més freqüent és la mala interpretació de la radiografia que pot ocórrer fins en un 30% dels casos¹¹⁸, però a vegades és per la manca de prova diagnòstica.

Aquestes dades prenen especial importància en quan a seguretat clínica. Sense dubte correspon a patologia amb múltiples presentacions i de difícil diagnòstic, però sovint les reclamacions venen per errors evitables o actituds corregibles i modificables permetent l'avenç en la seguretat clínica.

Els errors diagnòstics tenen implicacions clíniques en quan endarrerir l'inici del tractament o la intervenció quirúrgica. A més, en segons quins casos impliquen seqüeles més greus (com la patologia neurològica) i fins i tot la mort⁸⁴. Per tant, es lògic que en el nostre estudi, el segon motiu al·legat per reclamar sigui l'aparició de seqüeles (32,7%).

Crida l'atenció a la mostra l'elevada representació de la patologia quirúrgica però la baixa proporció de processos que han requerit intervenció quirúrgica (17%). Aquest punt es potencia amb l'elevada presència de les reclamacions per error diagnòstic (presenta en més de la meitat de les reclamacions) posant de manifest la importància del procés diagnòstic en l'atenció urgent.

Quan s'han detectat aquestes dades congruents entre elles s'ha convingut determinar la presència d'error diagnòstic segons les especialitats. És significatiu ($p=0.047$) que s'al·lega més error diagnòstic entre les especialitats quirúrgiques (61,8%) i medicoquirúrgiques (66,7%) que entre les mèdiques (52,7%). En canvi, el fet de reclamar per l'existència de seqüeles, és més representatiu entre les especialitats mèdiques (44,7% front el 32,7% global). Caldrà determinar si la perícia diagnòstica és millor en les especialitats mèdiques o bé si s'espera més intervencionisme de les quirúrgiques.

Entre els expedients extrajudicials i civils hi ha elevada representació de l'error diagnòstic (72,3 i 62,5%; $p<.001$) mentre que entre els penals hi ha més expedients dels esperats als que s'atribueixen seqüeles (39,4% front el 32,7% global; $p<.001$). Aquesta dada recolza la hipòtesi que si les seqüeles són més greus, la via de reclamació tendeix a ser més agressiva o la

presumpció de mala praxi és elevada, mentre que l'error diagnòstic podria buscar un rescabament econòmic.

La variable responsabilitat no permet associar-se amb l'error diagnòstic o l'aparició de seqüeles.

Les dades sobre el motiu de reclamació han de servir per optimitzar els protocols, establir mecanismes de seguretat al voltant de certs processos com el dolor toràcic i implementar mesures de formació als facultatius, per exemple, en la interpretació de radiografies.

Si hem demostrat que és fàcil equivocar-se en el diagnòstic, que cometre un error pot implicar la mort i que les reclamacions al respecte tenen importants implicacions econòmiques, valdria la pena identificar exactament en quin moment del procés diagnòstic hi ha l'error en el nostre medi, després avaluar com es podria minimitzar o eliminar aquest error i fixar mecanismes que garanteixin més seguretat clínica.

4.3 CONSEQÜÈNCIES RECLAMADES

Del total de reclamacions analitzades, el 37,9% tenen implicada una defunció. Aquesta xifra es tradueix en 12,4 reclamacions anuals per èxitus, amb tendència al descens durant el temps d'estudi de forma paral·lela al descens de les reclamacions. La sèrie de Brown detecta un 36% de mort i Schaffer fins al 49,6% en les seves reclamacions a urgències^{94,134}.

No sorprèn a més, que en aquells casos que hi ha hagut una defunció, la via judicial més utilitzada és clarament la penal (76,2%) respecte l'extrajudicial (14,1%) i la civil (9,7%) de manera estadísticament significativa ($p < .001$). S'ha descrit a nivell internacional que quan hi ha la mort implicada, el diagnòstic més prevalent és l'infart de miocardi⁹⁴, suposant també aquest motiu, la indemnització més elevada^{94,134}.

El clínic es podria plantejar si quan l'han demandat per un èxitus, hi ha més risc de resultar responsable. En el nostre estudi no és així, ja que la variable responsabilitat es reparteix de manera equitativa al voltant del 17% tant si hi ha èxitus com no i és considerablement més baixa que en sèries americanes que és del 32,1% amb molta variabilitat entre diferents especialitats¹³⁴. Tot i la manca de responsabilitat, el risc de reclamació quan hi ha un èxitus és molt alt, per tant hi ha un important punt de millora en aquest aspecte. Caldria implementar mesures per afrontar la situació en el moment de la defunció, formar el personal que ha de comunicar la mort per tal de garantir una transferència d'informació òptima que minimitzi el risc de reclamació posterior.

4.4 ANÀLISI DEL PACIENT AFECTE QUAN HI HA RESPONSABILITAT

Interposar una reclamació és un acte lliure sense massa requeriments. Demostrar l'existència de Responsabilitat Professional Mèdica és indicatiu de negligència, mala praxi o si més no, conducta de risc. Amb la intenció de facilitar al clínic el perfil d'aquells pacients més vulnerables, s'han analitzat les dades demogràfiques del pacient afecte de les 112 reclamacions en les quals s'ha assumit responsabilitat.

El pacient adult amb més representació són els homes (64,3%) amb una mitjana d'edat de 45,8 anys, mentre que en les dones és de 53,9. Crida l'atenció que no s'ha trobat bibliografia al respecte, ja que conèixer les característiques del pacient "més difícil o de risc" permetria extreure l'atenció durant la seva assistència. A més, aquest perfil de pacient, dista de ser el més freqüentador de les urgències al nostre medi. Les dades de la Generalitat demostren que durant l'any 2020 el 41,5% de les dones i el 34,4% dels homes van visitar un servei d'urgències i de la població adulta, els més consultadors són els majors de 75 anys⁵⁵.

La via de reclamació també mostra diferències amb significació estadística i els homes acumulen més representació de la via penal (78%; $p=0.04$). No s'han trobat diferències entre el sexe del pacient reclamant si hi ha responsabilitat quan s'analitza l'especialitat reclamada, el motiu de reclamació, l'èxitus o el tipus de dispositiu reclamat.

Principi de Pareto: El 80% dels efectes prové del 20% de les causes

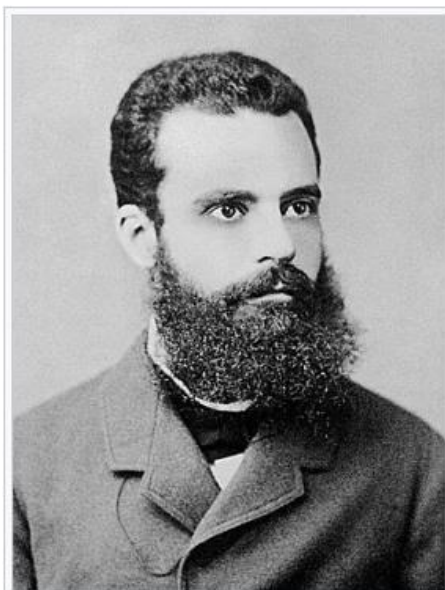


FIGURA 31: VILFREDO PARETO. EXTRET DE WIKIMEDIA

Aleshores, per què el pacient víctima d'una acció de risc és clarament més jove i majoritàriament home quan no és el pacient tipus que ocupa les urgències? En un entorn d'alta freqüentació i demanda, Pareto (París, 15 de juliol de 1848 - Céligny, 19 d'agost de 1923), creador de la llei del 80/20 ens diria que el 20% dels pacients atesos acumulen el 80% de la complexitat i cal invertir en temps, recursos, metodologia i estandardització per tal de millorar i garantir la seguretat d'aquests pacients.

5 A QUI ES RECLAMA?

Una de les fortaleeses de l'estudi és el gran nombre de reclamacions que s'han analitzat. Aquest nombre encara és major quan parlem dels metges implicats, ja que hi ha fins a 10 metges reclamats en un mateix expedient, augmentant el nombre d'anàlisis fins a 1.052 en el cas dels facultatius. Cal esmentar que les dades dels facultatius s'han obtingut de les bases de dades dels diferents col·legis de metges i no han estat totes disponibles ja que no es tracta de dades de declaració obligatòria ni de domini públic.

L'objectiu de definir el perfil del metge reclamat respon a una inquietud acadèmica i pretén aprendre de l'error; en canvi, en diferents estudis internacionals hi ha bibliografia que també pretén fer aquest anàlisi per tal d'ajudar a les asseguradores a optimitzar i ajustar les primes corresponents en funció del perfil de l'assegurat. En aquest sentit, el denominador que utilitzen és el de les reclamacions pagades o indemnitzades, que és l'equivalent a la variable responsabilitat en el nostre estudi, ja que engloba aquelles reclamacions de risc.

Cal remarcar que dins els metges reclamats per mala praxi hi ha un ampli ventall de facultatius on, en un extrem hi trobem metges negligents, menys destres, amb menor preparació o de caràcter menys amable que entorpeix la relació metge-pacient i en l'altre extrem hi ha metges que, de manera puntual, realitzen una tasca per la que no estan preparats o bé amb un resultat tràgic no previsible.

En qualsevol cas, no seria adient associar de manera generalitzada els conceptes "reclamació per suposada mala praxi" i "negligència mèdica", degut als múltiples factors i condicionants que hi intervenen. Tanmateix l'ús de les reclamacions que han requerit indemnització com a denominador, podria aproximar-se el nombre d'actes negligents o en tot cas, infravalorar-los.

Per un facultatiu no familiaritzat amb la responsabilitat professional, poder o no veure's implicat en una reclamació o rebre una notificació per suposada negligència mèdica pot ser un fet completament aleatori. En canvi, a nivell poblacional hi ha certes tendències o patrons que es repeteixen¹⁴⁴.

La primera dada que cal avançar és que el 10% dels metges acumulen fins el 91% del total de reclamacions¹⁴⁵ i que un grup molt petit de facultatius acaparen la major part de reclamacions que han requerit indemnització. Tot i que no es coneixen les raons específiques per les quals aquests metges incorren en una proporció tan gran de reclamacions, les possibles explicacions

inclouen l'atenció de pacients de major risc, les pràctiques en entorns de risc de responsabilitat més alta o l'atenció deficient¹³⁴.

Altres autors corroboren els patrons i el risc de recurrència en aquelles reclamacions indemnitzades. Una extensa mostra australiana¹⁴⁴ amb disseny molt similar al nostre, analitza gairebé 19.000 reclamacions i n'identifica les característiques. Es confirma que el 3% dels metges acumulen el 49% de les reclamacions i l'1% una quarta part. Aquest estudi demostra en un anàlisi multivariable, que el risc de recurrència augmenta a mesura que augmenta l'edat dels metges, però torna a dir que la variable que més s'associa al risc de recurrència és el nombre de reclamacions prèvies. En aquest sentit, el pas dels anys afavoreix l'acumulació de les reclamacions i per tant, el probable augment del risc de reclamació, ja que contribueix a la recurrència per la major exposició.

La comparativa americana la proporciona Studdert et al.¹⁴⁶ que analitzen més de 66.000 reclamacions indemnitzades contra més de 54.000 metges entre els anys 2005 i 2014, recollint dades del National Practitioner Data Bank (NPDB) americà. Per comparar els resultats d'Studdert amb el model català, Gómez-Durán et al.¹⁴⁷ analitzen 725 reclamacions indemnitzades a 808 metges del CCMC durant el mateix període. Ambdós conclouen que una petita part dels metges acumulen gran part de les reclamacions, així que sí que existeixen característiques que els fan més propensos a rebre aquestes reclamacions.

L'anàlisi de la recurrència té escàs sentit en el nostre entorn per la baixa taxa de reclamació global i de la mostra analitzada només el 0,07% dels facultatius tenen més d'una reclamació durant el període d'estudi. Un acurat anàlisi de les recurrències mereixeria un estudi prospectiu d'especialitats d'alt risc o bé el seguiment individual d'aquells facultatius reincidents.

5.1 SEXE

En el nostre estudi les dades demogràfiques disponibles dels metges reclamats mostren que el 61,8% són homes, mentre que altres publicacions amb dades del CCMC determinen el 77,7%¹⁴⁷. La bibliografia disponible corrobora que els facultatius homes són més propensos a rebre reclamacions que les facultatives dones i sovint amb majors diferències que les que hem trobat nosaltres. Algunes sèries determinen fins a un 93% d'homes en una mostra de metges d'urgències⁹⁴ o un 79% quan s'analitza recurrència¹⁴⁴; altres autors han calculat que els homes tenen un risc relatiu d'entre 1,393–1,798 superior a les dones per rebre una reclamació¹⁴⁵.

Es planteja el dubte de si la progressiva feminització de la professió mèdica pugui jugar un paper en aquesta dada, generant un biaix temporal. Bruguera et al. van analitzar el gènere dels facultatius reclamats al CCMC i van demostrar que la proporció d'homes i dones entre els reclamats tendia a igualar-se durant els darrers anys del registre (1986-2012)³¹, però mantenint sempre la majoria masculina. En la nostra mostra, s'ha fet l'anàlisi per anys per tal de corregir aquests possible biaix, sense demostrar diferències.

Caldrà analitzar aquest ítem en el futur ja que les dades de col·legiació actuals mostren tendència al sexe femení. Al Col·legi de Metges de Barcelona l'any 2022 ja hi havia predomini de metgesses (53,9%) respecte col·legiats homes (46,1%) a expenses dels últims anys i de noves col·legiacions¹²⁵.

Determinades característiques que s'han atribuït a les dones han contribuït positivament a la professió mèdica: la intel·ligència emocional, la integritat, l'empatia o les habilitats comunicatives són característiques clàssicament femenines. Especialment la comunicació és clau per afavorir la relació metge-pacient que s'ha relacionat amb menor risc tant de patir reclamacions¹⁴⁸ com de demostrar-se responsabilitat^{31,146}.

Bruguera determina una responsabilitat del 42,7% en els homes front el 28,1% a les dones de manera estadísticament significativa ($p < 0,001$) i planteja que aquesta diferència es pot deure a la menor prevalença de dones en la medicina privada i en especialitats quirúrgiques, dos factors demostradament predisposats a rebre reclamacions i ser-ne responsable.

En la nostra mostra, no s'han observat diferències significatives en quan a la variable responsabilitat quan s'analitzava per sexe.

Les aportacions en humanisme que s'han atribuït clàssicament a les dones tenen conseqüències a l'hora de rebre una reclamació. Perea-Pérez analitza les repercussions que pot tenir haver rebut una reclamació a través d'un qüestionari i conclou que existeix relació significativa entre ser dona i que rebre una reclamació repercuteixi en la vida personal i familiar¹⁴⁹. Caldrà veure l'impacte d'aquests factors a llarg termini.

5.2 EDAT

S'ha pogut determinar l'edat del metge en el moment de la reclamació en 879 (83,56%) reclamacions, obtenint una edat mitjana de 42,43 anys amb una desviació entre 25 i 97 i amb

diferències entre sexes, sent significativament més joves (37,9 anys) les dones reclamades que els homes (44,9 anys). Aquesta mitjana és superposable a la literatura de Jena que posiciona als metges d'urgències com els més joves de la seva mostra amb 43,23 anys³³ i també es situa per sota la mitjana catalana quan es compara amb les dades de col·legiació del Col·legi de Metges de Barcelona que té una mitjana de 50,6 anys (55 anys pels homes i 46,8 per les dones)¹²⁵. A la literatura internacional, el grup d'edat que rep més reclamacions és entre els 46-55 anys^{144,145}. Studdert situa la mitjana d'edat per rebre una reclamació i resultar-ne responsable als 48,6 anys (+/-9,1), sense poder associar estadísticament l'edat i la responsabilitat¹⁴⁶.

Per tant podem dir que les reclamacions en l'àmbit de l'atenció urgent es produeixen en una edat més precoç que en altres especialitats, si bé és cert que la bibliografia és molt escassa al respecte. Aquesta joventut però, no es relaciona amb major responsabilitat en la nostra mostra, per tant, no es podria al·legar la menor expertesa.

L'edat dels metges reclamats és una variable canviant en el temps. Per aquest motiu, en el nostre estudi l'hem tractada com una variable fixa estudiada de manera retrospectiva. Altres series han fet l'anàlisi prospectiu de les recurrències en l'intent de fixar un perfil del metge de risc. Aquests anàlisis són pocs, limitats i molt complexos a nivell estadístic, però sens dubte serien els més adients per analitzar aquest tipus de variable, especialment per valorar l'impacte de les mesures adoptades després de rebre una reclamació¹⁴⁴. El risc de recurrència és molt alt (exponencial) just després de rebre una reclamació i comença a disminuir passat un any sense haver rebut cap reclamació. Aquí radica la importància d'actuar sobre el metge com a segona víctima i és on cal invertir en esforços.

5.3 NOMBRE DE METGES IMPLICATS

En cada reclamació hi ha una mitjana de 1,59 metges implicats amb un rang entre 1 i 10. Aquesta dada podria relacionar-se amb la variable responsabilitat apel·lant a la importància del treball en equip, però no s'ha trobat correlació amb significació estadística que ho justifiqui. Les sèries del CCMC que analitzen totes les reclamacions¹⁴⁷ observen que en cada reclamació hi ha 1,1 metges implicats de mitjana.

Aquest augment del nombre de metges implicats es pot explicar pel funcionament a torns dels metges d'urgències que pot justificar la incertesa del metge que és veritablement responsable degut a que en el mateix procés assistencial hi poden intervenir múltiples facultatius. En qualsevol cas no s'ha trobat bibliografia que avaluï aquesta hipòtesi.

Per altra banda, la incertesa de la patologia que fa consultar a urgències i el desenllaç tràgic que pot comportar una situació no previsible o esperable pot contribuir al major nombre de demandes. Sí que s'ha demostrat que a mesura que augmenta el nombre d'implicats, augmenta la responsabilitat.

5.4 ESPECIALITAT

La manca formal d'especialitat d'urgències ha estat un tema reiteradament abordat durant aquest estudi. Una hipòtesi plantejada és que l'heterogeneïtat en la formació del personal que es dedica a l'atenció urgent pot contribuir a la menor expertesa i per tant al major error. En el nostre àmbit aquesta dada no serà contrastable fins que no existeixi l'especialitat MUE pròpiament dita i existeixi bagatge suficient de l'especialitat que permeti fer-ne un estudi, com va fer Wansick amb la sèrie nord europea, comparant la era pre-residència de la posterior¹¹³.

La intenció d'aquest anàlisi al nostre estudi és determinar l'especialitat dels facultatius reclamats durant l'atenció urgent i valorar si disposar o no d'especialitat pot ser determinant a l'hora de considerar responsabilitat professional. Per valorar aquestes dades i tenint en compte els possibles biaixos, cal remarcar que la declaració de l'especialitat de la que es disposa no és obligatòria a Catalunya i que els metges en període MIR no disposen d'especialitat fins que han completat la formació, pel que estaran inclosos en el 23,9% (251) dels 1.052 metges identificats com "Sense especialitat". A part hi ha col·legis catalans que no fan pública aquesta dada i s'han identificat com a "No disponible", representant únicament el 2% de la mostra.

Tot i les consideracions i biaixos esmentats, la dada rellevant és que gairebé un quart de la mostra (23,9%) no disposa d'especialitat, seguit de l'especialitat de MFiC (15,2%), COT (13,3%), Medicina Interna (8,2%) i Cirurgia General (6,3%) com a més representades.

L'alt percentatge sense especialitat contrasta amb altres sèries que mostren entre un 5% i un 11,3% de facultatius que no tenen especialitat via FSE als serveis d'urgències^{51,60} i la resta d'especialitats varien en funció del tipus d'hospital però hi ha clar predomini de MFiC i Medicina Interna. El que publica Miró et al. sobre els hospitals catalans és que, a mesura que augmenta la complexitat de l'hospital, perd pes la MFiC a favor d'altres i diverses especialitats⁶⁰.

La literatura presentada fa referència als SUH públics, mentre que la nostra mostra engloba altres dispositius i centres variats i alguns privats però té major representació de metges sense

especialitat. Per tant, caldria aprofundir en l'estudi d'aquests metges per esbrinar si realment no tenen especialitat o no l'han declarada o bé estan en fase de formació.

En quan a la variable Responsabilitat, si bé és cert que és lleugerament superior entre aquells metges que no disposen d'especialitat registrada (21,7%), aquesta diferència no assoleix la significació estadística. Al nostre estudi, entre els facultatius amb especialitat, el percentatge més alt de responsabilitat reconeguda és pels metges amb titulació de medicina interna (25,6%), seguits dels cirurgians generals (19,7%), ginecòlegs (17,5%), MFiC (16,3%), pediatria (14,6%) i en sisè lloc traumatologia (14,1%).

Tot i que no s'hagi pogut correlacionar el tenir o no especialitat amb la responsabilitat, altres autors sí que ho han fet a nivell internacional, analitzant la formació i educació prèvies. Weycker¹⁴⁵ determina que els facultatius americans formats a universitats més prestigioses eren menys propensos a resultar responsables (OR 0.744-0.807), així com els que havien participat en un programa de residència (OR 0.921). En quan a la formació específica en urgències i emergències, Branney publica l'any 2000 l'estudi de 428 reclamacions on hi ha responsabilitat en el 22,44% dels metges sense formació específica front el 13,3% dels entrenats en emergències ($p=0.04$)¹²⁰. En canvi, Wansink no assoleix la significació quan avalua la responsabilitat abans (39,2%) i després (29,6%) de la introducció de l'especialitat MUE¹¹³ als Països Baixos. Altres estudis han intentat relacionar els anys de pràctica clínica als serveis d'urgències amb el risc de litigació, existint una correlació positiva que també es relaciona amb el nombre de pacients atesos, ja que el factor temps actua a favor en quan a formació però en contra per l'augment d'exposició al risc com postula Carlson¹¹².

Per tant no és un fet aïllat i tot i no haver-se pogut demostrar, la formació específica contribueix positivament a la seguretat clínica, minimitzant l'error i les reclamacions.

LIMITACIONES

Durant la realització d'aquest estudi s'han identificats certes limitacions metodològiques que ha estat enumerades al llarg del text però es sintetitzen a continuació.

En primer lloc, les limitacions relatives a la mostra. La base del CCMC no inclou els casos reclamats per la via contenciós administrativa ni tampoc aquells interposats a facultatius que disposin d'una pòlissa diferent a la que proposen els Col·legis oficials de Metges de Catalunya. No hi ha dades respecte aquestes reclamacions però sens dubte el CCMC recull l'asseguradora més extensa i esdevé el registre més significatiu. Aquest biaix es coneix dom el de *single insurance* en terminologia anglosaxona i l'han assumit autors citats en diverses ocasions com Jena als Estats Units.

Seguint la línia de les dades, el criteri d'inclusió font d'estudi es va basar en la codificació experta d'un professional que identificava els expedients com atenció urgent o àrea d'urgències. Els canvis estructurals dels serveis d'urgències al llarg del temps poden haver influït en aquest criteri. Si més no, l'elevada mida mostral contribueix a mitigar aquests biaixos.

Es va utilitzar el criteri temporal descrit (1 de gener de 2000 fins el 31 de desembre de 2019) per tal d'evitar topar amb expedients oberts que limitessin la interpretació de les dades i per les particularitats que comportava l'any 2020 per la pandèmia del SARS-CoV2. Tot i això, s'han trobat i descrit expedients oberts, principalment en els darrers anys d'estudi. Aquesta limitació no és evitable en processos jurídics, però la variable sobre la que més pot influir és la Responsabilitat i només podria augmentar-la. Per altra banda, la inclusió únicament de les primeres instàncies pot haver infraestimat la Responsabilitat en instàncies posteriors.

Una limitació inherent a un estudi longitudinal de tants anys de duració és el propi pas del temps. Es fa referència a la gestió de les reclamacions que fa el SRP i com ha anat prioritzant la via extrajudicial. Aquesta fortlesa pel dia a dia dels facultatius és una limitació per l'estudi que inclou els efectes d'una intervenció sense poder determinar el moment exacte en que es produeix.

Un altre factor clau i limitant és la manca d'agrupació de l'especialitat MUE. Això ha dificultat sobretot la comparativa amb la literatura internacional en que queda força més definit tant l'àmbit d'urgències com a tal (Emergency Department) com el metge titulat en medicina

d'urgències, permetent l'anàlisi del metge amb aquesta especialitat que no s'ha pogut realitzar en aquest estudi.

De la mateixa manera, s'ha evidenciat un clar biaix d'informació en quan a la presència de les reclamacions extrahospitalàries, de les que no s'ha pogut fer un estudi exhaustiu degut a la petita representació de la mostra i a l'escassa bibliografia al respecte.

LÍNIES DE FUTUR

Aquest estudi ha estat el primer que ha analitzat l'atenció urgent a Catalunya, demostrant que existeixen molts expedients i que les reclamacions en aquest àmbit tenen un pes molt important en la sanitat.

S'han trobat resultats i línies d'estudi sorprenents i interessants que malauradament no s'han pogut aprofundir per tal de delimitar i acotar les dades que es presenten però que són, sens dubte, indiscutibles línies de futur que s'han plantejat durant l'estudi i que es pretenen completar en un segon temps pel que s'ha considerat enumerar-les a continuació.

1. Aspectes judicials: anàlisi de primeres i segones instàncies i implicacions econòmiques de les reclamacions a l'atenció urgent.
2. Reclamacions específiques de les àrees extrahospitalàries: CAP, CUAP i SEM, especialment rellevant a partir del 2017 que és quan es disposa de les dades d'activitat a Catalunya.
3. Estudi comparatiu retrospectiu amb l'especialitat MUE consolidada.
4. Anàlisi de les reclamacions als serveis d'urgències hospitalaris, classificats per grans àrees assistencials (Medicina, Cirurgia i Traumatologia).
5. Anàlisi exhaustiu dels 112 expedients on s'ha demostrat responsabilitat.
6. Anàlisi demogràfic del pacient que reclama.
7. Anàlisi específic dels expedients on hi ha hagut èxitus.
8. Anàlisi en profunditat de la recurrència de les reclamacions.
9. Valorar la possibilitat d'incloure registres més sistematitzats que permetin fer una descripció més precisa del reclamant i del reclamat, incloent variables socials, econòmiques i assistencials (hi havia consultes prèvies?, venia acompanyat?).

CONCLUSIONS

1. Entre els anys 2000 i 2019, el nombre de reclamacions per Responsabilitat Professional Mèdica a l'atenció urgent a Catalunya ha disminuït en nombres absoluts i especialment si es calcula per taxa poblacional i d'activitat assistencial.
2. Les reclamacions de risc han augmentat progressivament durant el període d'estudi, demostrant-se una responsabilitat professional mèdica del 17,1% a les reclamacions interposades a les urgències. Aquesta xifra és clarament inferior a la bibliografia publicada.
3. Els serveis d'urgències hospitalaris ocuparien un dels tres primers llocs en quan a nombre absolut de reclamacions degut a la gran activitat assistencial que s'hi desenvolupa.
4. La via de reclamació és principalment penal, especialment en aquelles àrees més mèdiques de la medicina però amb una tendència canviant els darrers anys d'estudi.
5. El dispositiu principalment reclamat en l'atenció urgent és l'hospital de gestió pública amb dificultat en l'obtenció de dades i bibliografia d'altres dispositius que podrien estar infrarepresentats a l'estudi. Els dispositius de gestió privada acumulen major percentatge de reclamacions per via civil i major tendència a resultar responsables que els de gestió pública.
6. La patologia per la que més es reclama a l'atenció urgent és la relacionada amb Traumatologia seguida d'un conjunt d'àrees mèdiques.
7. El motiu més freqüentment al·legat per reclamar és l'error diagnòstic en més de la meitat dels expedients, seguit de l'aparició de seqüeles. Existeixen diferències en la via reclamació segons el motiu reclamat.
8. El perfil del pacient que reclama i es determina reclamació de risc és un home de 48 anys de mitjana.
9. Els metges reclamats en l'atenció urgent són majoritàriament homes amb una mitjana d'edat de 42 anys. És un facultatiu més jove que en les reclamacions a altres especialitats i respecte la mitjana del total de col·legiats. Gairebé un quart dels metges de la mostra no disposa d'especialitat registrada, sense haver-se demostrat relació estadísticament significativa amb la variable responsabilitat.
10. El futur especialista MUE probablement es situï en un risc mig de reclamació de les que se'n demostri baixa responsabilitat.

BIBLIOGRAFIA

1. Villanueva Cañadas - Enrique. *Gisbert Calabuig. Medicina Legal Y Toxicológica*. (Villanueva Cañadas - Enrique, ed.). Elsevier; 2019.
2. Arimany Manso J, Barbería Marcalain E, Martín Fumadó C, Pujol Robinat A, Bruguera Cortada M, Pera Bajo F. Bicentenary of birth of professor Dr. Pere Mata i Fontanet. *Rev Esp Med Leg*. 2011;37(3):87-89. doi:10.1016/S0377-4732(11)70069-4
3. COMB. *Quaderns de la Bona Praxi «Contencions»*; 2013. <https://issuu.com/comb/docs/praxi32?mode=window&backgroundcolor=%23222222>. Accedido marzo 18, 2022.
4. Medallo-Muñiz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(4):152-156. doi:10.1157/13084023
5. Studdert DM, Hall MA. Medical Malpractice Law — Doctrine and Dynamics. *N Engl J Med*. 2022;387(17):1533-1537. doi:10.1056/NEJMP2201675
6. The Nuremberg Code (1947). *BMJ*. 1996;313(7070):1448. <https://www.cirp.org/library/ethics/nuremberg/>. Accedido febrero 5, 2024.
7. Corominas J. *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*; 1973. <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IscScript=BRE.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mn=000833>. Accedido marzo 18, 2022.
8. Institut d'Estudis Catalans - Diec2. <https://dlc.iec.cat/>. Accedido enero 22, 2024.
9. Corbella J. *Antecedentes históricos de la Medicina Legal en España*; 1995. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/11721>. Accedido marzo 18, 2022.
10. 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 Leg*. 2013;39(4):142-148. doi:10.1016/j.reml.2013.09.001
11. Arimany Manso J, Gómez-Durán EL. *SEGURIDAD CLÍNICA RECLAMACIONES POR PRESUNTO DEFECTO DE PRAXIS Valoración del Daño Corporal View project Forensic Pathology View project*; 2014. <https://www.researchgate.net/publication/284456442>. Accedido marzo 18, 2022.
12. Liang BA, Maroulis J, Mackey TK. Understanding Medical Malpractice Lawsuits. *Stroke*. 2023;54(3):E95-E99. doi:10.1161/STROKEAHA.122.038559
13. Martín Fumadó C. Análisis de la responsabilidad profesional médica derivada del ejercicio de la Psiquiatría y de la Medicina Legal. *TDX (Tesis Dr en Xarxa)*. 2012. <http://www.tdx.cat/handle/10803/123360>. Accedido marzo 8, 2022.
14. Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, et al. Guideline to prevent claims due to medical malpractice, on how to act when they do occur and how to defend oneself through the courts. *Rev Clin Esp*. 2012;212(4):198-205. doi:10.1016/j.rce.2011.12.018
15. Pujol-Robinat A, Martín-Fumadó C, Giménez-Pérez D, Medallo-Muñiz J. Criterios medicolegales en la valoración de la responsabilidad profesional médica. *Rev Esp Med Leg*. 2013;39(4):135-141. doi:10.1016/j.reml.2013.07.002
16. Jose P, Seijas A. *Roj : STS 4725 / 2010 - ECLI : ES : TS : 2010 : 4725*. 2010:1-4.
17. Antequera Vinagre JM. *La responsabilidad deontológica*. 2006.^a ed. (Díaz de Santos, ed.). Madrid; 2006.
18. Comissió de Deontologia. <https://www.comb.cat/ca/comb/qui-som/deontologia>. Accedido marzo 21, 2022.
19. Arimany J. La prueba pericial médica en casos de responsabilidad profesional. *Diario Medico*. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=la+prueba-pericial+médica+en+casos+de+res+ponsabilidad+profesiona&btnG=. Published 2004. Accedido marzo 22, 2022.

20. Ferrara SD, Baccino E, Bajanowski T, et al. Malpractice and medical liability. European Guidelines on Methods of Ascertainment and Criteria of Evaluation. *Int J Legal Med.* 2013;127(3):545-557. doi:10.1007/S00414-013-0836-5
21. Borobia Fernández C, Aguado Benedí MJ, Alías Martín P. *Valoración del daño corporal: Legislación, metodología y prueba pericial médica.* Masson; 2006.
22. 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):300-304. doi:10.1016/j.medcli.2013.02.025
23. Navarra AC-A del SS de, 2006 undefined. The levels of health justice and the distribution of resources. *europemc.org.* <https://europemc.org/article/med/17308540>. Accedido marzo 22, 2022.
24. Brown JP. Toward an Economic Theory of Liability. *J Legal Stud.* 1973;2(2):323-349. doi:10.1086/467501
25. Martin-Fumadó C, Morlans M, Torralba F, Arimany-Manso J. Medical errors communication. Ethical and medicolegal issues. *Med Clin (Barc).* 2019;152(5):195-199. doi:10.1016/j.medcli.2018.07.013
26. Ferrara SD, Pfeiffer H. Unitariness, evidence and quality in bio-medicolegal sciences. *Int J Legal Med.* 2010;124(4):343-344. doi:10.1007/S00414-010-0477-X
27. Castellano Arroyo M, Davide Ferrara S. La responsabilidad profesional médica en Europa. *Rev Española Med Leg.* 2014;40(4):161-166. doi:10.1016/J.REML.2014.05.003
28. Pujol-Robinat A, ... CM-F-RE, 2013 undefined. Criterios medicolegales en la valoración de la responsabilidad profesional médica. *Elsevier.* <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377473213000461>. Accedido marzo 8, 2022.
29. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL. *Responsabilitat professional mèdica i seguretat clínica.*; 2019. https://www.researchgate.net/publication/334031759_Responsabilitat_professional_medica_i_seguretat_clinica. Accedido febrero 18, 2022.
30. Benet Travé J. Análisis de las reclamaciones por responsabilidad profesional médica en Cataluña durante el período 2000-2018. 2021. <https://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000545/customproxy.php?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edstdx&AN=edstdx.10803.671960&%0AAlang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>. Accedido marzo 8, 2022.
31. Bruguera M, Gómez-Durán EL, Arrizabalaga P, Arimany-Manso J. Reclamaciones por presunta malpraxis. ¿Existen diferencias entre médicos varones y mujeres? *Med Clin (Barc).* 2014;143(9):420-421. doi:10.1016/j.medcli.2013.10.008
32. Gómez-Durán EL, Martin-Fumadó C, Benet-Travé J, Arimany-Manso J. aquets no serveix Malpractice risk at the physician level: Claim-prone physicians. *J Forensic Leg Med.* 2018;58:152-154. doi:10.1016/J.JFLM.2018.06.004
33. Jena A, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med.* 2011;365(7):629-636. doi:10.1097/sa.0b013e318242c307
34. Oller Grau M. Responsabilidad profesional y seguridad clínica en el tromboembolismo venoso. 2017. <https://www.tdx.cat/handle/10803/405473>. Accedido marzo 24, 2022.
35. Ministerio de Sanidad. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Información estadística de hospitales: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>. Published 2020. Accedido febrero 24, 2022.
36. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. *Quaderns de la Bona Praxi. El Consentiment informat*2008. <https://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/bonapraxi/praxi25.pdf>. Accedido marzo 28, 2022.

37. Studdert D, Mello M, Brennan T. Medical malpractice. *N Engl J Med*. 2004;350(3):283-292. doi:10.4337/9781839105609.medical.malpractice
38. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system.*; 2000. doi:10.17226/9728
39. Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC). CatSalut. Servei Català de la Salut. <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/urgencies-mediques/planuc/>. Accedido mayo 17, 2022.
40. Guillaume J. Un acercamiento a la medicina de urgencias y emergencias. *MediSan*. 2018;22(7):630-637.
41. Kellermann AL, Martinez R. The ER, 50 Years On. *N Engl J Med*. 2011;364(24):2278-2279. doi:10.1056/nejmp1101544
42. Miró O. Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias: necesaria y querida. *Emergencias*. 2010;(January 2010):321-322. https://www.researchgate.net/profile/Oscar-Miro/publication/47703352_Especialidad_de_Medicina_de_Urgencias_y_Emergencias_necesaria_y_querida/links/546b1dfc0cf2f5eb1807e1d9/Especialidad-de-Medicina-de-Urgencias-y-Emergencias-necesaria-y-querida.pdf. Accedido marzo 28, 2022.
43. Rocha Luna JM. *Historia de la Medicina de Urgencia en México*. Vol 1.; 2009. https://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2009/aur091b.pdf?fbclid=IwAR3R5unNLeT_gKiwqO4QE-305IVp78WwEakNVTsSnNyiWOoU1CNO1v87yul. Accedido marzo 29, 2022.
44. Vila Gimeno C. El Servei d'Urgències de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (1967-1986). 2014. <https://www.tdx.cat/handle/10803/133349>. Accedido abril 22, 2022.
45. Sakr M, Wardrope J. Casualty, accident and emergency, or emergency medicine, the evolution. *J Accid Emerg Med*. 2000;17(5):314-319. doi:10.1136/emj.17.5.314
46. Bache J. Emergency Medicine: Past, Present, and Future. *J R Soc Med*. 2005;98(6):255-258. doi:10.1177/014107680509800603
47. *The Evolution of Emergency Medicine - YouTube*. <https://www.youtube.com/watch?v=u4SLmPHnrCY>. Accedido junio 3, 2022.
48. Història. SEM - Sistema d'Emergències Mèdiques. <https://sem.gencat.cat/ca/coneixer-el-sem/qui-som/historia/>. Accedido abril 22, 2022.
49. Millan-Soria J, Vázquez-Lima M. El último paso para la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias en España. *Rev española urgencias y emergencias*. 2023;2:189-190. <http://www.reue.org/wp-content/uploads/2023/10/189-190.pdf>. Accedido enero 25, 2024.
50. Riesgo L, Emergencias ML-. 2015 undefined. La especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias en Europa: estamos quedándonos solos. *researchgate.net*. https://www.researchgate.net/profile/Tato-Vazquez/publication/283130469_Specialization_in_emergency_medicine_in_Europe_Spain_is_in_danger_of_being_left_behind/links/57c57c5d08ae6db2cc7697ee/Specialization-in-emergency-medicine-in-Europe-Spain-is-in-danger-of-being-left-behind.pdf. Accedido abril 27, 2022.
51. García-Plaza R, Galofré JC. ¿Quién está en los servicios de urgencias hospitalarias? Estudio descriptivo de la variabilidad de especialidades en urgencias. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95. https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursospropios/resp/revista-cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202104055.pdf. Accedido abril 26, 2022.
52. Fonseca Del Pozo FJ, Cantero Santamaría I. Urgencias/emergencias: ¿una especialidad médica? *Semergen*. 2006;32(9):425-426. doi:10.1016/S1138-3593(06)73309-3
53. Cepeda TT, Aramburu F. Urgencies and emergencias professionals: Current profile and

- potential development. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(SUPP1):13-18.
54. Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27(2):113-120. doi:10.4321/s1137-66272012000200001
55. Generalitat de Catalunya. *Informe de Salut de Catalunya 2020.*; 2020.
56. Boyle A, Beniuk K, Higginson I, Atkinson P. Emergency Department Crowding: Time for Interventions and Policy Evaluations. *Emerg Med Int*. 2012;2012:1-8. doi:10.1155/2012/838610
57. Aranaz Andrés JM, Martínez Nogueras R, Rodrigo Bartual V, Gómez Pajares F, Antón García P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)*. 2004;123(16):615-618. doi:10.1157/13068437
58. Miró Ò, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Fútbol, televisión y servicios de urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(14):538-539. doi:10.1016/s0025-7753(00)71355-8
59. Tudela P, Mòdol JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(18):711-716. doi:10.1157/13047704
60. Miró Ò, Escalada X, Boqué C, et al. Estudio SUHCAT (2): Mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26(1):35-46. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-118387>. Accedido abril 28, 2022.
61. Miró Ó, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Estimación del efecto relativo que ejercen los determinantes externos e internos sobre la eficacia de un servicio de urgencias de medicina. *Med Clin (Barc)*. 2000;115(8):294-296. doi:10.1016/s0025-7753(00)71538-7
62. Miró O, Antonio MT, Jiménez S, et al. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. *Eur J Emerg Med*. 1999;6(2):105-107. doi:10.1097/00063110-199906000-00003
63. Real Academia Española. Diccionario - Google Académico. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Real+Academia+Española.+Diccionario+&btnG=. Accedido marzo 18, 2022.
64. Española R, Madrid E. *Diccionario de la lengua española.*; 2001. https://www.academia.edu/download/56359323/Diccionario_de_la_Lengua_Espanola_-_A_Real_Academia_Espanola_v15.2.pdf. Accedido enero 18, 2023.
65. Grupo de investigación de segundas y terceras víctimas. *Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas.*; 2015.
66. Tomás Vecina S, Gimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(SUPP1):131-148. doi:10.4321/s1137-66272010000200015
67. Bañeres J, Orrego C, Navarro L, Casas L, Banqué M, Suñol R. Epidemiología de los eventos adversos hospitalarios en Catalunya: un primer paso para la mejora de la seguridad del paciente. *Med Clin (Barc)*. 2014;143(SUPPL. 1):3-10. doi:10.1016/j.medcli.2014.07.005
68. Fordyce J, Blank FSJ, Pekow P, et al. Errors in a busy emergency department. *Ann Emerg Med*. 2003;42(3):324-333. doi:10.1016/S0196-0644(03)00398-6
69. Ramlakhan S, Qayyum H, Burke D, Brown R. The safety of emergency medicine. *Emerg Med J*. 2016;33(4):293-299. doi:10.1136/emered-2014-204564
70. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. EVADUR: Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22(6):415-428. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5447191&info=resumen&idioma=SP> A. Accedido febrero 18, 2022.
71. Calder L, Pozgay A, Riff S, et al. Adverse events in patients with return emergency department visits. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(2):142-148. doi:10.1136/bmjqs-2014-003194

72. Aranaz JM, Agra Y. The culture of patient safety: From past to future in four times. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(SUPPL.):1-2. doi:10.1016/S0025-7753(10)70013-0
73. Louis P. *Recherche sur les effets de la saignée dans plusieurs maladies inflammatoires.*; 1828. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Recherche+sur+les+effets+de+la+saignée+dans+plusieurs+maladies+inflam+matoires&btnG=. Accedido mayo 17, 2022.
74. Leape L. Error in medicine. *JAMA*. 1994;272(23):1851-1857. doi:10.1001/jama.1994.03520230061039
75. Reason J. Human error: Models and management. *Br Med J*. 2000;320(7237):768-770. doi:10.1136/bmj.320.7237.768
76. Arimany-Manso J, Martin-Fumadó C. The importance of patient safety. *Med Clin (Barc)*. 2017;148(9):405-407. doi:10.1016/J.MEDCLI.2016.12.008
77. Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Madrid PR-, MSC undefined, 2005 undefined. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS). *1956418610*. 2006. http://195.64.186.10/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1_Jesus_Aranaz_ppt.pdf. Accedido febrero 25, 2022.
78. Requena Puche J, Aranaz Andrés J, Gea Velázquez de Castro M, et al. Efectos adversos asociados a la asistencia sanitaria en los servicios de urgencias hospitalarios. *Mapfre Med*. 2007;18(Supl II):89-97. <https://sid-inico.usal.es/articulo/efectos-adversos-asociados-a-la-asistencia-sanitaria-en-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios/>. Accedido mayo 6, 2022.
79. Aranaz J. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS). 2008;(Mm):194. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Estudio+sobre+la+seguridad+de+los+pacientes+en+atención+primaria+de+salud.+APEA&btnG=. Accedido mayo 6, 2022.
80. Hansen K, Schultz T, Crock C, Deakin A, Runciman W, Gosbell A. The Emergency Medicine Events Register: An analysis of the first 150 incidents entered into a novel, online incident reporting registry. *EMA - Emerg Med Australas*. 2016;28(5):544-550. doi:10.1111/1742-6723.12620
81. Källberg AS, Göransson KE, Östergren J, Florin J, Ehrenberg A. Medical errors and complaints in emergency department care in Sweden as reported by care providers, healthcare staff, and patients - A national review. *Eur J Emerg Med*. 2013;20(1):33-38. doi:10.1097/MEJ.0b013e32834fe917
82. Idescat. Anuario estadístico de Cataluña. Actividad hospitalaria. Por tipo de concierto y tipología de hospital. <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=837&lang=es>. Accedido mayo 17, 2022.
83. Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG. Preventing medical injury. *QRB Qual Rev Bull*. 1993;19(5):144-149. doi:10.1016/S0097-5990(16)30608-X
84. Tudela P, Carreres A, Ballester M. Diagnostic errors in emergency departments. *Med Clin (Barc)*. 2017;149(4):170-175. doi:10.1016/j.medcli.2017.05.001
85. Graber M, Franklin N, medicine RG-A of internal, 2005 undefined. Diagnostic error in internal medicine. *jamanetwork.com*. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/486642>. Accedido mayo 19, 2022.
86. Zwaan L, Singh H. The challenges in defining and measuring diagnostic error. *Diagnosis*. 2015;2(2):97-103. doi:10.1515/dx-2014-0069
87. Schiff GD, Hasan O, Kim S, et al. Diagnostic error in medicine: Analysis of 583 physician-reported errors. *Arch Intern Med*. 2009;169(20):1881-1887. doi:10.1001/archinternmed.2009.333

88. O'Connor AE, Parry JT, Richardson DB, Jain S, Herdson PB. A comparison of the antemortem clinical diagnosis and autopsy findings for patients who die in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2002;9(9):957-959. doi:10.1197/aemj.9.9.957
89. Iglesias ML, Pedro-Botet J, Pallás O, López-Casanovas MJ, Hernández-Leal E, Alameda F. Autopsia clínica: Una herramienta más en el servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2004;123(9):337-339. doi:10.1157/13066028
90. Azhar B, Patel SR, Holt PJ, Hinchliffe RJ, Thompson MM, Karthikesalingam A. Misdiagnosis of ruptured abdominal aortic aneurysm: Systematic review and meta-analysis. *J Endovasc Ther*. 2014;21(4):568-575. doi:10.1583/13-4626MR.1
91. O'Connor PM, Dowey KE, Bell PM, Irwin ST, Dearden CH. Unnecessary delays in accident and emergency departments: Do medical and surgical senior house officers need to vet admissions? *J Accid Emerg Med*. 1995;12(4):251-254. doi:10.1136/emj.12.4.251
92. Chellis M, Olson JE, Augustine J, Hamilton GC. Evaluation of missed diagnoses for patients admitted from the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2001;8(2):125-130. doi:10.1111/j.1553-2712.2001.tb01276.x
93. Tudela P, María Mòdol J, José Rego M, Bonet M, Vilaseca B, Tor J. Error diagnóstico en urgencias: relación con el motivo de consulta, mecanismos y trascendencia clínica. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(10):366-370. doi:10.1157/13079168
94. Brown TW, McCarthy ML, Kelen GD, Levy F. An epidemiologic study of closed emergency department malpractice claims in a national database of physician malpractice insurers. *Acad Emerg Med*. 2010;17(5):553-560. doi:10.1111/j.1553-2712.2010.00729.x
95. Saber Tehrani AS, Lee HW, Mathews SC, et al. 25-Year summary of US malpractice claims for diagnostic errors 1986-2010: An analysis from the National Practitioner Data Bank. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(8):672-680. doi:10.1136/bmjqs-2012-001550
96. Giraldo P, Sato L, Martínez-Sánchez JM, et al. Eleven-year descriptive analysis of closed court verdicts on medical errors in Spain and Massachusetts. *BMJ Open*. 2016;6(8):e011644. doi:10.1136/bmjopen-2016-011644
97. García; Milagros, Borrego A. *Uso seguro del medicamento en los servicios de urgencias hospitalarios*. Vol 12.; 2014. http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/6_publicacions/butlletins/boletin_error_es_mediacion/documents/arxiu/but_EM_v12_n3_CAST.pdf.
98. Lacasa C, Ayestarán A. Estudio Multicéntrico español para la Prevención de Errores de Medicación. Resultados de cuatro años (2007-2011). *Farm Hosp*. 2012;36(5):356-367. doi:10.1016/j.farma.2011.10.002
99. Blasco Segura P, Mariño EL, Aznar Saliente MT, et al. Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de Errores de Medicación para su aplicación en hospitales. *Farm Hosp*. 2001;11(15):1155-1167. https://www.researchgate.net/profile/Emilio-Pol-Yanguas/publication/251595627_Desarrollo_de_un_metodo_observacional_prospectivo_de_estudio_de_Errores_de_Medicacion_para_su_aplicacion_en_hospitales/links/5b5f26c0a6fdccf0b20149c5/Desarrollo-de-un-metodo-obs. Accedido mayo 30, 2022.
100. Pérez-Díez C, Real-Campaña JM, Noya-Castro MC, Andrés-Paricio F, Abad-Sazatornil MR, Povar-Marco JB. Errores de medicación en un servicio de urgencias hospitalario: Estudio de situación para mejorar la seguridad de los pacientes. *Emergencias*. 2017;29(6):412-415.
101. Vincent C, Amalberti R. *Safer healthcare: Strategies for the real world.*; 2016. doi:10.1007/978-3-319-25559-0
102. Ministerio de Sanidad de España. Unidad de urgencias hospitalaria Estándares y recomendaciones. 2010:145. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf%0Ahttps://seup.org/pdf_public/pub/er_urgencias.pdf%0Afile:///Users/ricardoangelplo/Downloads/UUH.pdf. Accedido mayo 2, 2022.

103. Mira JJ, Aranaz JM, Vitaller J, et al. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(SUPPL. 3):26-32. doi:10.1016/S0025-7753(08)76458-3
104. Ferguson B, Geraldts J, Petrey J, Huecker M. Malpractice in Emergency Medicine—A Review of Risk and Mitigation Practices for the Emergency Medicine Provider. *J Emerg Med*. 2018;55(5):659-665. doi:10.1016/j.jemermed.2018.06.035
105. Cydulka RK, Tamayo-Sarver J, Gage A, Bagnoli D. Association of patient satisfaction with complaints and risk management among emergency physicians. *J Emerg Med*. 2011;41(4):405-411. doi:10.1016/j.jemermed.2010.10.021
106. Vukmir R. Medical malpractice: managing the risk. *Med Law*. 2004;23:495-513. https://heinonline.org/hol-cgi-bin/get_pdf.cgi?handle=hein.journals/mlv23§ion=52. Accedido mayo 25, 2022.
107. Campbell S, ... PC-AE, 2007 undefined. Profiles in patient safety: a “perfect storm” in the emergency department. *Wiley Online Libr*. 2007;14(8):743-749. doi:10.1197/j.aem.2007.04.011
108. Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C. Medicina de urgencias y emergencias: ¿una especialidad de riesgo de reclamación? *Emergencias*. 2022;34(1):5-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35103437/>. Accedido febrero 17, 2022.
109. Ortiga B, Salazar A, Masip J, Rodríguez E, Escarrabill J, Corbella X. Reclamaciones en un servicio de urgencias: Estudio de 13 años en un hospital universitario. *Rev Calid Asist*. 2006;21(1):25-30. doi:10.1016/S1134-282X(06)70751-5
110. Colwell CB, Pons PT, Pi R. Complaints against an EMS system. *J Emerg Med*. 2003;25(4):403-408. doi:10.1016/j.jemermed.2003.02.004
111. 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(1):92-93. doi:10.1016/j.gaceta.2012.03.006
112. Carlson JN, Foster KM, Pines JM, et al. Provider and Practice Factors Associated With Emergency Physicians’ Being Named in a Malpractice Claim. *Ann Emerg Med*. 2018;71(2):157-164.e4. doi:10.1016/j.annemergmed.2017.06.023
113. Wansink L, Kuypers MI, Boeije T, et al. Trend analysis of emergency department malpractice claims in the Netherlands: A retrospective cohort analysis. *Eur J Emerg Med*. 2019;26(5):350-355. doi:10.1097/MEJ.0000000000000572
114. Perea-Pérez B, Santiago-Saéz 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 Leg*. 2013;39(4):130-134. doi:10.1016/j.reml.2013.05.001
115. Hernández-Herrero M, Cayón-De Las Cuevas J. Empirical analysis of medical malpractice litigation involving urgent-care settings in the Spanish national health service. *Emergencias Rev la Soc Esp Med Emergencias*. 2022;34(1):15-20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35103439/>. Accedido febrero 18, 2022.
116. Benet-Martí JM, Martín-Fumadó C, Benet-Travé J, Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J, Bertran-Ribera MM. Professional liability in primary care emergencies of specialists of family and community medicine. *Rev Esp Med Leg*. 2022;48(1):3-9. doi:10.1016/j.reml.2021.03.003
117. Bianchin C, Prevaldi C, Corradin M, Saia M. Medical malpractice claim risk in emergency departments. *Emerg Care J*. 2018;14(6366). doi:10.4081/ecj.2018.6366
118. Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. los errores médicos (II). *Atención Primaria*. 2012;44(8):494-502. doi:10.1016/J.APRIM.2011.07.013
119. Cohen D, Chan SB, Dorfman M. Malpractice claims on emergency physicians: Time and money. *J Emerg Med*. 2012;42(1):22-27. doi:10.1016/j.jemermed.2008.06.014

120. Branney SW, Pons PT, Markovchick VJ, Thomasson GO. Malpractice occurrence in Emergency Medicine: Does residency training make a difference? *J Emerg Med*. 2000;19(2):99-105. doi:10.1016/S0736-4679(00)00218-3
121. Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. Healthcare professional as second victim in healthcare injuries. *Med Clin (Barc)*. 2020;154(3):98-100. doi:10.1016/j.medcli.2019.09.005
122. Waterman A, Garbutt J, Hazel E, ... WD-TJC, 2007 undefined. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Elsevier*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S155372500733050X>. Accedido junio 2, 2022.
123. Perea-Pérez B, Díaz JMG, Gil ÁH, et al. Defensive medicine in hospital emergency services. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:1-10. www.msrebs.es/resp. Accedido febrero 25, 2022.
124. Tuers DM. Defensive medicine in the emergency department: Increasing health care costs without increasing quality? *Nurs Adm Q*. 2013;37(2):160-164. doi:10.1097/NAQ.0b013e318286de06
125. Col·legi de Metges de Barcelona - Informe Anual 2022. <https://www.comb.cat/InformeAnual2022/index.html#page=9>. Accedido noviembre 30, 2023.
126. Responsabilitat Professional - Col·legi de Metges de Barcelona. <https://www.comb.cat/ca/serveis/rcp>. Accedido diciembre 13, 2023.
127. Tipologia de centres. Departament de Salut. https://salutweb.gencat.cat/ca/serveis/autoritzacions/autoritzacions_administratives_de_centres_sanitaris/tipologia_centres/. Accedido diciembre 1, 2023.
128. Idescat. Indicadores anuales. Población a 1 de enero. Por sexo. <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10328&col=1&lang=es>. Accedido diciembre 1, 2022.
129. Consulta Interactiva del SNS. <https://pestadistico.inteligiadegestion.msrebs.es/publicoSNS/S>. Accedido mayo 16, 2022.
130. Servei Català de la Salut., Unitat d'Informació i Coneixement. *Activitat d'urgències: Catalunya 2019 (41/2020)*.; 2020. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5404>. Accedido mayo 16, 2022.
131. Regions sanitàries. CatSalut. Servei Català de la Salut. <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/catsalut-territori/index.html>. Accedido enero 29, 2024.
132. Shenvi CL, Biese K, Tintinalli J. 30 años de programas de residencia en medicina de urgencias y emergencias en Estados Unidos. *Emergencias*. 2013;25(1):9-12. https://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtetiz/98.pdf. Accedido mayo 25, 2022.
133. Central de Resultats. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. https://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/index.html. Accedido diciembre 4, 2023.
134. Schaffer AC, Jena AB, Seabury SA, Singh H, Chalasani V, Kachalia A. Rates and characteristics of paid malpractice claims among US Physicians by Specialty, 1992-2014. *JAMA Intern Med*. 2017;177(5):710-718. doi:10.1001/jamainternmed.2017.0311
135. The NPDB - Public Use Data File. <https://www.npdb.hrsa.gov/resources/publicData.jsp>. Accedido diciembre 4, 2023.
136. Collier R. Fees for medical liability protection decrease in populous regions. *CMAJ*. 2017;189(36):E1174. doi:10.1503/cmaj.1095492

137. Claims Management - NHS Resolution. <https://resolution.nhs.uk/services/claims-management/>. Accedido diciembre 4, 2023.
138. Schmidt H. Patients' charters and health responsibilities. *Br Med J*. 2007;335(7631):1187-1189. doi:10.1136/bmj.39387.393160.ad
139. Zuger A. Dissatisfaction with Medical Practice. *N Engl J Med*. 2004;350(1):69-75. doi:10.1056/nejmsr031703
140. Mangalmurti S, Seabury S, ... AC-A heart, 2014 undefined. Medical professional liability risk among US cardiologists. *Elsevier*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000287031400088X>. Accedido noviembre 6, 2023.
141. Culler SD, Kugelmass AD, Brown PP, Reynolds MR, Simon AW. Trends in coronary revascularization procedures among medicare beneficiaries between 2008 and 2012. *Circulation*. 2015;131(4):362-370. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.012485
142. Miyagami T, Watari T, Harada T, et al. Medical Malpractice and Diagnostic Errors in Japanese Emergency Departments. *West J Emerg Med Integr Emerg Care with Popul Heal*. 2023;0(0). doi:10.5811/westjem.2022.11.55738
143. Kelen GD, Kaji AH, Schreyer KE, et al. The AHRQ Report on Diagnostic Errors in the Emergency Department: The Wrong Answer to the Wrong Question. *Ann Emerg Med*. 2023;82(3):336-340. doi:10.1016/j.annemergmed.2023.03.031
144. Bismark MM, Spittal MJ, Gurrin LC, Ward M, Studdert DM. Identification of doctors at risk of recurrent complaints: A national study of healthcare complaints in Australia. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(7):532-540. doi:10.1136/bmjqs-2012-001691
145. Weycker DA, Jensen GA. Medical malpractice among physicians: Who will be sued and who will pay? *Health Care Manag Sci*. 2000;3(4):269-277. doi:10.1023/A:1019014028914
146. Studdert DM, Bismark MM, Mello MM, Singh H, Spittal MJ. Prevalence and Characteristics of Physicians Prone to Malpractice Claims. *N Engl J Med*. 2016;374(4):354-362. doi:10.1056/nejmsa1506137
147. Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Benet-Travé J, Arimany-Manso J. Malpractice risk at the physician level: Claim-prone physicians. *J Forensic Leg Med*. 2018;58:152-154. doi:10.1016/j.jflm.2018.06.004
148. Huntington B, Kuhn N. Communication Gaffes: A Root Cause of Malpractice Claims. *Baylor Univ Med Cent Proc*. 2003;16(2):157-161. doi:10.1080/08998280.2003.11927898
149. Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, Labajo-González E, Albarrán-Juan ME, Sánchez-Sánchez JA. Consecuencias de las reclamaciones judiciales sobre los médicos afectados. *Rev Clin Esp*. 2011;211(1):17-22. doi:10.1016/j.rce.2010.08.002

ANNEX

ANNEX 1: Acceptació del Comitè Ètic d'Investigació del COMB



DICTAMEN DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

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

CERTIFICA:

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

CÒDI: 2022 001 CTE DATA DE REGISTRE: 26.04.2022

TITOL: "Anàlisi de la responsabilitat professional mèdica de l'atenció urgent a Catalunya entre els anys 2000 i 2019"

VERSIÓ PROTOCOL: V2 VERSIÓ FULL D'INFORMACIÓ: -

INVESTIGADOR/A PRINCIPAL: Marta Castellà Rovira

PROMOTOR/A:

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

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

El CEIC, acreditat per a la Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària de la Generalitat de Catalunya amb data 2 de setembre de 2021 i amb la composició que consta a l'annex, va aprovar que el projecte es porti a terme, en la reunió del dia 17.05.2022, i recorda l'obligació de comunicar qualsevol canvi en el protocol o els possibles incidents.

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

FERRAN MASANES
TORAN /
num:08245440
Firmado digitalmente por
FERRAN MASANES TORAN /
num:08245440
Fecha: 2022.06.08 10:16:42
+0200

Barcelona, 7 de juny de 2022

ANNEX 2: Compromís de confidencialitat

COMPROMÍS DE CONFIDENCIALITAT

La Sra. Marta Castellà Rovira, major d'edat, amb DNI 47.873.651-W i domicili al Carrer Casanova 174 de Barcelona, en la seva condició de doctoranda de la tesi "Anàlisi de la responsabilitat professional mèdica de l'atenció urgent a Catalunya entre els anys 2000 i 2019", de la Universitat Autònoma de Barcelona.

MANIFESTA

I.- Que està preparant la tesi doctoral amb el títol provisional Anàlisi de la responsabilitat professional mèdica de l'atenció urgent a Catalunya entre els anys 2000 i 2019 sota la codirecció del Dr. Josep Arimany Manso, director de l'Àrea de Praxi del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (CoMB).

II.- Que per a la realització de la seva tesi doctoral, necessita accedir a informació confidencial i dades d'alguns expedients que es tramiten a l'Àrea de Responsabilitat Civil Professional del Col·legi oficial de Metges de Barcelona, sent el Col·legi el responsable del tractament d'aquestes dades.

III.- Que coneix que només podrà accedir a la informació que l'Àrea de Responsabilitat Civil Professional del Col·legi oficial de Metges de Barcelona li faciliti de forma anonimitzada sense que, en cap cas, puguin ser identificats ni identificables persones físiques, ja siguin pacients, familiars o professionals intervinents.

Així, amb motiu de la realització de la tesi doctoral,

ES COMPROMET

1. Guardar de forma indefinida la màxima reserva i confidencialitat respecte de la informació i dades a les que hagi accedit durant la realització de la tesi doctoral, que només podran ser utilitzades amb finalitats de recerca, estudi estadístic i científic de la tesi, adoptant les mesures de seguretat escaients a fi d'evitar el seu accés per part de tercers i retornant, destruint o cancel·lant la informació i dades facilitades per l'Àrea de Responsabilitat Civil Professional del Col·legi oficial de Metges de Barcelona a la finalització de la tesi doctoral.
2. Complir amb les prescripcions del codi deontològic de la professió així com amb la normativa vigent en protecció de dades de caràcter personal de conformitat amb les disposicions del Reglament (UE) 2016/679 de 27 d'abril de 2016 relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades, així com a la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.
3. Complir amb els principis d'honestedat, responsabilitat i rigor en la recerca i la publicació dels resultats derivats de la mateixa.
4. Dur a terme la recerca sense que existeixi cap conflicte d'interès (ni personal ni no personal).

A Barcelona, 26 d'abril de 2022.

MARTA
CASTELLA
ROVIRA /
num:08459010

Firmado digitalmente
por MARTA CASTELLA
ROVIRA /
num:08459010
Fecha: 2022.04.26
12:06:56 +02'00'

Marta Castellà Rovira

ANNEX 4: Dades poblacionals

Les dades de cens poblacionals utilitzades pels càlculs dels denominadors es mostren agrupades en la següent taula, extreta del Portal d'Estadística de Catalunya (<https://www.idescat.cat/pub/?id=pmh&n=446&by=prov&t=200300>)

Taula 52: Dades poblacionals emprades pels denominadors

POBLACIÓ A CATALUNYA					
	TOTAL	BARCELONA	GIRONA	LLEIDA	TARRAGONA
2000	6.261.999	4.736.277	565.599	361.590	598.533
2001	6.361.365	4.804.606	579.650	365.023	612.086
2002	6.506.440	4.906.117	598.112	371.055	631.156
2003	6.704.146	5.052.666	619.692	377.639	654.149
2004	6.813.319	5.117.885	636.198	385.092	674.144
2005	6.995.206	5.226.354	664.506	399.439	704.907
2006	7.134.697	5.309.404	687.331	407.496	730.466
2007	7.210.508	5.332.513	706.185	414.015	757.795
2008	7.364.078	5.416.447	731.864	426.872	788.895
2009	7.475.420	5.487.935	747.782	436.402	803.301
2010	7.512.381	5.511.147	753.046	439.768	808.420
2011	7.539.618	5.529.099	756.810	442.308	811.401
2012	7.570.908	5.552.050	761.627	443.032	814.199
2013	7.553.650	5.540.925	761.632	440.915	810.178
2014	7.518.903	5.523.784	756.156	438.001	800.962
2015	7.508.106	5.523.922	753.054	436.029	795.101
2016	7.522.596	5.542.680	753.576	434.041	792.299
2017	7.555.830	5.576.037	755.716	432.384	791.693
2018	7.600.065	5.609.350	761.947	432.866	795.902
2019	7.675.217	5.664.579	771.044	434.930	804.664
MITJA	7.219.223	5.348.189	706.076	415.945	749.013

TAULA 52: DADES POBLACIONALS EMPRADES PELS DENOMINADORS

ANNEX 5: Evolució temporal de la via de reclamació

Taula 53: Evolució temporal de la via de reclamació

Any		EXTRAJUDI			Total
		CIVIL	CIAL	PENAL	
2000		5	3	27	35
2001		3	2	31	36
2002		1	2	33	36
2003		8	4	34	46
2004		6	1	23	30
2005		4	7	36	47
2006		5	9	21	35
2007		9	4	22	35
2008		4	10	18	32
2009		6	13	18	37
2010		8	8	13	29
2011		6	12	20	38
2012		13	8	11	32
2013		3	12	18	33
2014		14	8	12	34
2015		7	6	14	27
2016		8	9	12	29
2017		3	11	5	19
2018		7	8	6	21
2019		0	11	12	23
Total		120	148	386	654

TAULA 53: EVOLUCIÓ TEMPORAL DE LA VIA DE RECLAMACIÓ

ANNEX 6: Llistat de centres i classificació

Taula 54: Llistat de centres de l'estudi i classificació

CENTRE	AGRUPACIÓ	ÀMBIT	TIPUS	REGIÓ SANITARIA	PROVÍNCIA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	CATALUNYA CENTRAL	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	BARCELONA	BARCELONA
	CAP	PÚBLIC	C23	Múltiples	
	HOSPITAL	PÚBLIC	C13	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	CAMP DE TARRAGONA	TARRAGONA
	ALTRES	PRIVAT	C25	LLEIDA	LLEIDA
	ALTRES	PRIVAT	C25	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	GIRONA	GIRONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C25	FORA AUTONOMIA	
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	GIRONA	GIRONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	CAMP DE TARRAGONA	TARRAGONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	LLEIDA	LLEIDA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	GIRONA	GIRONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	LLEIDA	LLEIDA
	ALTRES	PRIVAT	C24	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C13	GIRONA	GIRONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	CATALUNYA CENTRAL	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C21	GIRONA	GIRONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C13	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C12	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	ALT PIRINEU I ARAN	LLEIDA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	LLEIDA	LLEIDA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	TERRES DE L'EBRE	TARRAGONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	GIRONA	GIRONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	GIRONA	GIRONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	ALT PIRINEU I ARAN	LLEIDA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	FORA AUTONOMIA	
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	FORA AUTONOMIA	
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	GIRONA	GIRONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	TERRES DE L'EBRE	TARRAGONA
	ALTRES	PRIVAT	C25	BARCELONA	BARCELONA

	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	GIRONA	GIRONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	GIRONA	GIRONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	CAMP DE TARRAGONA	TARRAGONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	ALT PIRINEU I ARAN	LLEIDA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	CAMP DE TARRAGONA	TARRAGONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	GIRONA	GIRONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	CATALUNYA CENTRAL	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	FORA AUTONOMIA	
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	CAMP DE TARRAGONA	TARRAGONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	FORA AUTONOMIA	
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	GIRONA	GIRONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	GIRONA	GIRONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	CAMP DE TARRAGONA	TARRAGONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	CAMP DE TARRAGONA	TARRAGONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	TERRES DE L'EBRE	TARRAGONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	FORA AUTONOMIA	
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	FORA AUTONOMIA	
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	SEM	PÚBLIC	C257		
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	GIRONA	GIRONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C25	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C25	CATALUNYA CENTRAL	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C25	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C25	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C25	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C25	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C25	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C25	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	LLEIDA	LLEIDA
	HOSPITAL	PRIVAT	C11	BARCELONA	BARCELONA
	HOSPITAL	PÚBLIC	C11	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	BARCELONA	BARCELONA
	SEM	PÚBLIC	C257	CATALUNYA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C24	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C25	BARCELONA	BARCELONA
	ALTRES	PRIVAT	C25	BARCELONA	BARCELONA

TAULA 54: LLISTAT DE CENTRES I CLASSIFICACIÓ

ANNEX 7: Classificació dels centres i distribució geogràfica

El Departament de Salut proposa una classificació dels centres segons la seva capacitat d'internament o no i que es pot consultar a https://salutweb.gencat.cat/ca/serveis/a_utoritzacions/autoritzacions_administratives_de_centres_sanitaris/tipologia_centres/ (Taula 55).

C1 HOSPITALARI	
C11	Hospitals generals
C12	Hospitals especialitzats
C13	Hospitals de mitjana i llarga estada
C2 EXTRAHOSPITALARI	
C21	Consultes mèdiques
C23	Centres d'atenció primària
C24	Centres polivalents
C25	Centres especialitzats
C257	Centres mòbils d'assistència sanitària

TAULA 55: CLASSIFICACIÓ OFICIAL DELS CENTRES

Els centres representats a l'estudi són:

	C11	C12	C13	C21	C23	C24	C25	C257	
ALT PIRINEU I ARAN	5	0	0	0	0	0	0	0	5
BARCELONA	406	4	2	2	32	22	18	0	486
CAMP DE TARRAGONA	34	0	0	1	4	1	0	0	40
CATALUNYA CENTRAL	11	0	0	0	0	1	1	0	13
FORA AUTONOMIA	7	0	0	0	0	0	1	0	8
GIRONA	50	0	1	1	2	0	0	0	54
LLEIDA	18	0	0	0	5	1	1	0	25
NO CONSTA	0	0	0	0	2	0	0	3	5
TERRES DE L'EBRE	16	0	0	0	2	0	0	0	18
Total	547	4	3	4	47	25	21	3	654

TAULA 56: DISTRIBUCIÓ GEOGRÀFICA DELS CENTRES DE L'ESTUDI

La distribució geogràfica de la mostra s'ha realitzat en funció a les regions sanitàries proposades per la Generalitat i la regió de Barcelona acumula gairebé tres quarts parts (74,3%) de les reclamacions totals. Aquesta dada està íntimament relacionada amb la centralització dels serveis i l'elevada activitat d'aquesta regió sanitària. La distribució es mostra a la Taula 57.

	HOSPITAL	CAP	SEM	ALTRES	Total i %
BARCELONA	412	32	0	42	486 (74,3%)
GIRONA	51	2	0	1	54 (8,3%)
CAMP DE TARRAGONA	34	4	0	2	40 (6,1%)
LLEIDA	18	5	0	2	25 (3,8%)
TERRES DE L'EBRE	16	2	0	0	18 (2,8%)
CATALUNYA CENTRAL	11	0	0	2	13 (2%)
ALT PIRINEU I ARAN	5	0	0	0	5 (0,8%)
FORA AUTONOMIA	7	0	0	1	8 (1,2%)
NO CONSTA	0	2	3	0	5 (0,8%)
Total	554	47	3	50	654

TAULA 57: DISTRIBUCIÓ GEOGRÀFICA DEL TIPUS DE DISPOSITIU RECLAMAT

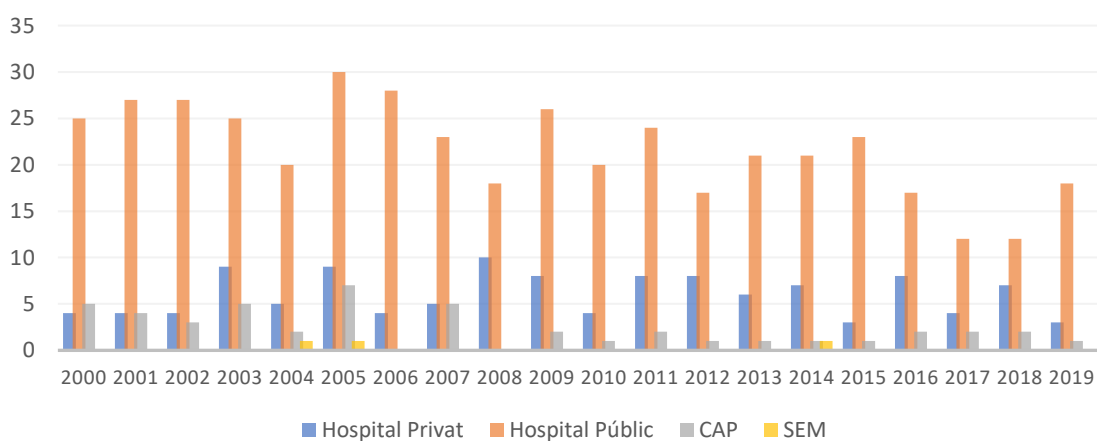
ANNEX 8: Distribució temporal de les reclamacions

Taula 58: Distribució temporal del dispositiu reclamat

		HOSPITAL	CAP	SEM	ALTRES	Total
Any	2000	29	5	0	1	35
	2001	31	4	0	1	36
	2002	31	3	0	2	36
	2003	34	5	0	7	46
	2004	25	2	1	2	30
	2005	39	7	1	0	47
	2006	32	0	0	3	35
	2007	28	5	0	2	35
	2008	28	0	0	4	32
	2009	34	2	0	1	37
	2010	24	1	0	4	29
	2011	32	2	0	4	38
	2012	25	1	0	6	32
	2013	27	1	0	5	33
	2014	28	1	1	4	34
	2015	26	1	0	0	27
	2016	25	2	0	2	29
	2017	16	2	0	1	19
	2018	19	2	0	0	21
	2019	21	1	0	1	23
Total		554	47	3	50	654

TAULA 58: DISTRIBUCIÓ TEMPORAL DEL DISPOSITIU RECLAMAT

Gràfic 33: Distribució temporal del dispositiu reclamat



GRÀFIC 33: DISTRIBUCIÓ TEMPORAL DEL DISPOSITIU RECLAMAT

ANNEX 9: Classificació de les especialitats analitzades

Taula 59: Classificació de les especialitats analitzades

Especialitats mèdiques		Especialitats quirúrgiques	
	Al·lèrgologia		Cirurgia Cardiovascular
	Anestesiologia i reanimació		Cirurgia General i Aparell Digestiu
	Aparell digestiu		Cirurgia Oral i Maxil·lofacial
	Cardiologia		Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia
	Geriatría		Cirurgia Pediàtrica
	Hematologia i Hemoteràpia		Cirurgia Plàstica i reparadora
	Medicina del Treball		Cirurgia Toràctica
	Medicina d'Educació Física i l'Esport		Neurocirurgia
	Medicina Familiar i Comunitària	Especialitats medicoquirúrgiques	
	Medicina Intensiva		Angiologia i Cirurgia Vascular
	Medicina Interna		Dermatologia
	Medicina Legal i Forense		Ginecologia i Obstetrícia
	Neurologia		Oftalmologia
	Oncologia Mèdica		Otorrinolaringologia
	Pediatria		Urologia
	Pneumologia	Laboratori/Diagnòstic	
	Psiquiatria		Microbiologia i parasitologia
	Reumatologia		Radiodiagnòstic

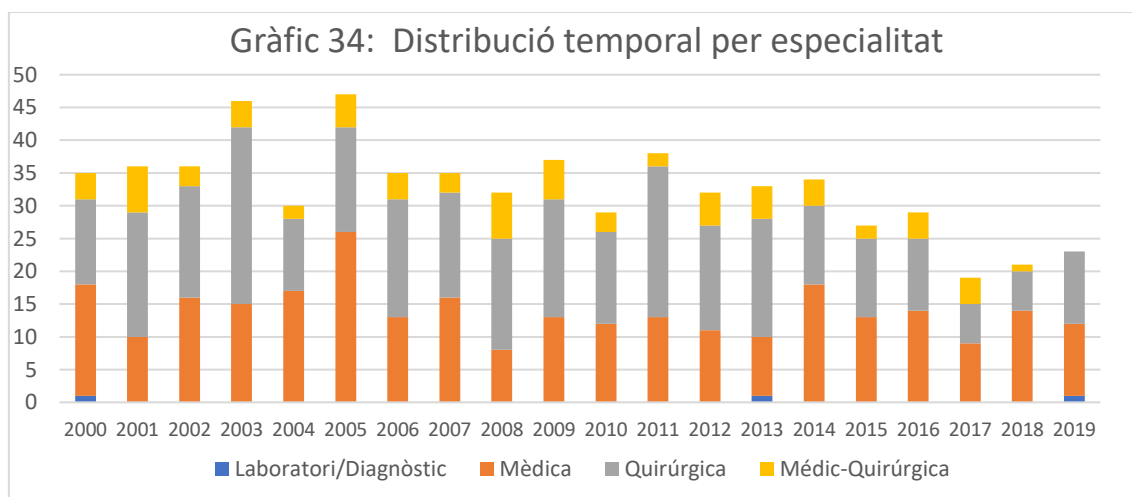
TAULA 59: CLASSIFICACIÓ DE LES ESPECIALITATS ANALITZADES

ANNEX 10: Evolució temporal de les reclamacions segons especialitat agrupada

Taula 60: Distribució temporal en funció del grup d'especialitat

		Laboratori/Diagnòstic	Mèdica	Medicoquirúrgica	Quirúrgica	Total
Any	2000	1	17	4	13	35
	2001	0	10	7	19	36
	2002	0	16	3	17	36
	2003	0	15	4	27	46
	2004	0	17	2	11	30
	2005	0	26	5	16	47
	2006	0	13	4	18	35
	2007	0	16	3	16	35
	2008	0	8	7	17	32
	2009	0	13	6	18	37
	2010	0	12	3	14	29
	2011	0	13	2	23	38
	2012	0	11	5	16	32
	2013	1	9	5	18	33
	2014	0	18	4	12	34
	2015	0	13	2	12	27
	2016	0	14	4	11	29
	2017	0	9	4	6	19
	2018	0	14	1	6	21
	2019	1	11	0	11	23
Total		3	275	75	301	654

TAULA 60: DISTRIBUCIÓ TEMPORAL SEGONS L'ESPECIALITAT AGRUPADA



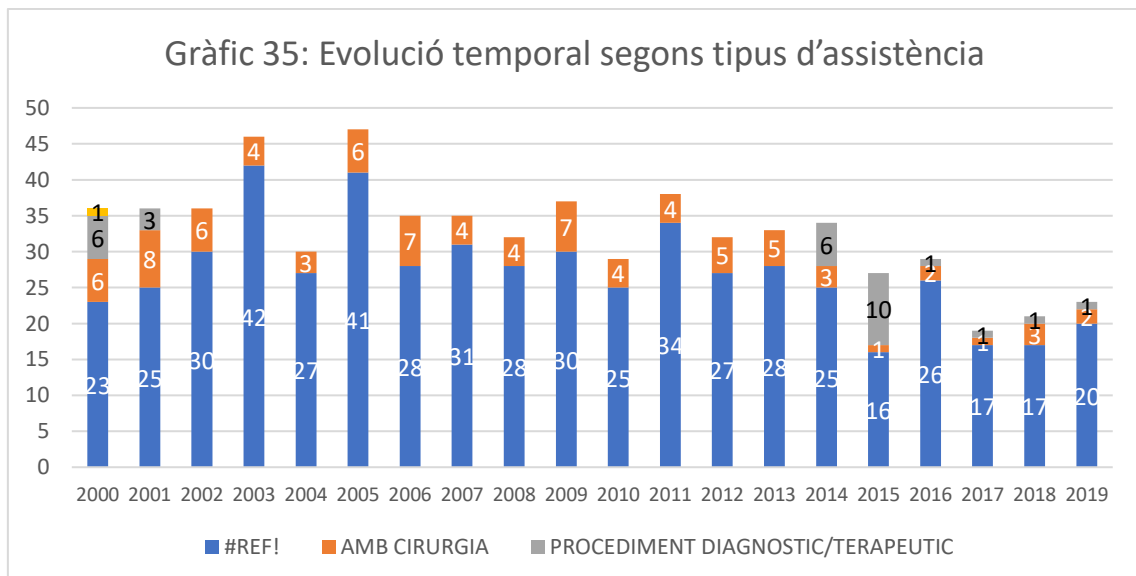
GRÀFIC 34: DISTRIBUCIÓ TEMPORAL SEGONS L'AGRUPACIÓ D'ESPECIALITAT

ANNEX 11: Evolució temporal de les reclamacions segons tipus d'assistència

Taula 61: Evolució temporal segons tipus d'assistència

Any	AMB CIRURGIA	PROCEDIMENT	SENSE CIRURGIA	TOTAL
2000	6	6	23	35
2001	8	3	25	36
2002	6	0	30	36
2003	4	0	42	46
2004	3	0	27	30
2005	6	0	41	47
2006	7	0	28	35
2007	4	0	31	35
2008	4	0	28	32
2009	7	0	30	37
2010	4	0	25	29
2011	4	0	34	38
2012	5	0	27	32
2013	5	0	28	33
2014	3	6	25	34
2015	1	10	16	27
2016	2	1	26	29
2017	1	1	17	19
2018	3	1	17	21
2019	2	1	20	23
Total	85	29	540	654

TAULA 61: : EVOLUCIÓ TEMPORAL SEGONS TIPUS D'ASSISTÈNCIA



GRÀFIC 35: EVOLUCIÓ TEMPORAL SEGONS TIPUS D'ASSISTÈNCIA

ANNEX 12: Via judicial en funció del tipus d'assistència

Taula 62: Via judicial en funció del tipus d'assistència

	CIVIL	Via	
		EXTRAJUDICIAL	PENAL
AMB CIRURGIA	23	15	47
	27,1%	17,6%	55,3%
PROCEDIMENT DIAGNÒSTIC/TERAPÈUTIC	7	7	15
	24,1%	24,1%	51,7%
SENSE CIRURGIA	90	126	324
	16,7%	23,3%	60,0%
Total	120	148	386
	18,3%	22,6%	59,0%

TAULA 62: VIA JUDICIAL EN FUNCIO DEL TIPUS D'ASSISTÈNCIA

	Proves de khi-quadrat (χ^2)		
	Valor	df	Significació (bilateral)
Khi-quadrat de Pearsón	6,506 ^a	4	,164
Raó de verosimilitut	6,122	4	,190
N de casos vàlids	654		

a. 0 caselles (0,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat és 5,32.

ANNEX 13: Nombre de reclamacions amb èxits per any

Taula 63: Reclamacions on hi ha hagut un èxitus per any

Any	Recompte	Seqüeles
		ÈXITUS
2000		18
2001		15
2002		17
2003		18
2004		12
2005		25
2006		10
2007		14
2008		10
2009		13
2010		9
2011		18
2012		5
2013		6
2014		9
2015		11
2016		13
2017		7
2018		11
2019		7
Total		248

TAULA 63: RECLAMACIONS ON HI HA HAGUT UN ÈXITUS PER ANY

ANNEX 14: Anàlisi de la responsabilitat per especialitat

Taula 64: Anàlisi de la responsabilitat per especialitat

	Responsabilitat		Total
	NO	SI	
ANATOMIA PATOLÒGICA	1	0	1
	100,0%	0,0%	100,0%
ANESTESIOLOGIA I REANIMACIÓ	7	2	9
	77,8%	22,2%	100,0%
ANGIOLOGIA I CIRURGIA VASCULAR	8	2	10
	80,0%	20,0%	100,0%
APARELL DIGESTIU	4	1	5
	80,0%	20,0%	100,0%
CARDIOLOGIA	13	0	13
	100,0%	0,0%	100,0%
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	4	0	4
	100,0%	0,0%	100,0%
CIRURGIA GENERAL I APARELL DIGESTIU	53	13	66
	80,3%	19,7%	100,0%
CIRURGIA ORAL I MAXIL·LOFACIAL	1	0	1
	100,0%	0,0%	100,0%
CIRURGIA ORTOPÈDICA I TRAUMATOLOGIA	122	20	142
	85,9%	14,1%	100,0%
CIRURGIA PEDIÀTRICA	5	0	5
	100,0%	0,0%	100,0%
CIRURGIA PLÀSTICA, ESTÈTICA I REP.	4	0	4
	100,0%	0,0%	100,0%
CIRURGIA TORÀCICA	2	1	3
	66,7%	33,3%	100,0%
DERMATOLOGIA MEDICOQUIRÚRGICA	1	1	2
	50,0%	50,0%	100,0%
ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ	3	0	3
	100,0%	0,0%	100,0%
FARMACOLOGIA CLÍNICA	1	0	1
	100,0%	0,0%	100,0%
GERIATRIA	3	1	4
	75,0%	25,0%	100,0%
GINECOLOGIA I OBSTETRÍCIA	33	7	40
	82,5%	17,5%	100,0%
HEMATOLOGIA I HEMOTERÀPIA	5	0	5
	100,0%	0,0%	100,0%
MEDICINA DEL TREBALL	12	1	13
	92,3%	7,7%	100,0%
MEDICINA EDUCACIÓ FÍSICA I ESPORT	10	4	14
	71,4%	28,6%	100,0%
MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA	134	26	160
	83,8%	16,3%	100,0%
	8	2	10

MEDICINA FÍSICA I REHABILITACIÓ	80,0%	20,0%	100,0%
MEDICINA INTENSIVA	16	2	18
	88,9%	11,1%	100,0%
MEDICINA INTERNA	64	22	86
	74,4%	25,6%	100,0%
MEDICINA LEGAL I FORENSE	1	0	1
MEDICINA PREVENTIVA I SALUT PÚBLICA	2	0	2
	100,0%	0,0%	100,0%
MICROBIOLOGIA I PARASITOLOGIA	1	0	1
	100,0%	0,0%	100,0%
NEFROLOGIA	3	0	3
	100,0%	0,0%	100,0%
NEUROCIURURGIA	12	0	12
	100,0%	0,0%	100,0%
NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA	2	0	2
	100,0%	0,0%	100,0%
NEUROLOGIA	10	7	17
	58,8%	41,2%	100,0%
No disponible	20	1	21
	95,2%	4,8%	100,0%
OFTALMOLOGIA	9	3	12
	75,0%	25,0%	100,0%
ONCOLOGIA MÈDICA	6	0	6
	100,0%	0,0%	100,0%
OTORRINOLARINGOLÒGIA (O.R.L.)	6	1	7
	85,7%	14,3%	100,0%
PEDIATRIA I ÀREES ESPECÍFIQUES.	41	7	48
	85,4%	14,6%	100,0%
PNEUMOLOGIA	7	3	10
	70,0%	30,0%	100,0%
PSIQUIATRIA	6	6	12
	50,0%	50,0%	100,0%
RADIODIAGNÒSTIC	11	1	12
	91,7%	8,3%	100,0%
REUMATOLOGIA	6	1	7
	85,7%	14,3%	100,0%
Sense	200	51	251
	79,7%	20,3%	100,0%
UROLOGIA	5	4	9
	55,6%	44,4%	100,0%
Total	862	190	1052
	81,9%	18,1%	100,0%

TAULA 64: ANÀLISI DE LA RESPONSABILITAT PER ESPECIALITAT

	Valor	df	Proves de khi-quadrat Significació asimptòtica (bilateral)
Khi-quadrat de Pearson	48,786 ^a	41	,189
Raó de verosimilitut	56,448	41	,055
N de casos vàlids	1052		

a. 53 caselles (63,1%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat es ,18.

ANNEX 15: Evolució temporal de la responsabilitat separada per sexe del metge reclamat

Taula 65: Anàlisi anual de la responsabilitat per sexe

Any				Responsabilitat		Total
				NO	SI	
2000	Sexe	DONA	Recompte	22	7	29
			% dins de Sexe	75,9%	24,1%	100,0%
		HOME	Recompte	17	4	21
			% dins de Sexe	81,0%	19,0%	100,0%
	Total		Recompte	39	11	50
			% dins de Sexe	78,0%	22,0%	100,0%
2001	Sexe	DONA	Recompte	19	0	19
			% dins de Sexe	100,0%	0,0%	100,0%
		HOME	Recompte	32	1	33
			% dins de Sexe	97,0%	3,0%	100,0%
	Total		Recompte	51	1	52
			% dins de Sexe	98,1%	1,9%	100,0%
2002	Sexe	DONA	Recompte	19	1	20
			% dins de Sexe	95,0%	5,0%	100,0%
		HOME	Recompte	28	2	30
			% dins de Sexe	93,3%	6,7%	100,0%
	Total		Recompte	47	3	50
			% dins de Sexe	94,0%	6,0%	100,0%
2003	Sexe	DONA	Recompte	18	2	20
			% dins de Sexe	90,0%	10,0%	100,0%
		HOME	Recompte	48	8	56
			% dins de Sexe	85,7%	14,3%	100,0%
	Total		Recompte	66	10	76
			% dins de Sexe	86,8%	13,2%	100,0%
2004	Sexe	DONA	Recompte	11	1	12
			% dins de Sexe	91,7%	8,3%	100,0%
		HOME	Recompte	28	2	30
			% dins de Sexe	93,3%	6,7%	100,0%
	Total		Recompte	39	3	42
			% dins de Sexe	92,9%	7,1%	100,0%
2005	Sexe	DONA	Recompte	18	2	20
			% dins de Sexe	90,0%	10,0%	100,0%
		HOME	Recompte	42	5	47

			% dins de Sexe	89,4%	10,6%	100,0%
	Total		Recompte	60	7	67
			% dins de Sexe	89,6%	10,4%	100,0%
2006	Sexe	DONA	Recompte	18	3	21
			% dins de Sexe	85,7%	14,3%	100,0%
	HOME	Recompte	24	7	31	
		% dins de Sexe	77,4%	22,6%	100,0%	
	Total	Recompte	42	10	52	
		% dins de Sexe	80,8%	19,2%	100,0%	
2007	Sexe	DONA	Recompte	29	2	31
			% dins de Sexe	93,5%	6,5%	100,0%
	HOME	Recompte	26	7	33	
		% dins de Sexe	78,8%	21,2%	100,0%	
	Total	Recompte	55	9	64	
		% dins de Sexe	85,9%	14,1%	100,0%	
2008	Sexe	DONA	Recompte	17	3	20
			% dins de Sexe	85,0%	15,0%	100,0%
	HOME	Recompte	24	6	30	
		% dins de Sexe	80,0%	20,0%	100,0%	
	Total	Recompte	41	9	50	
		% dins de Sexe	82,0%	18,0%	100,0%	
2009	Sexe	DONA	Recompte	17	2	19
			% dins de Sexe	89,5%	10,5%	100,0%
	HOME	Recompte	38	4	42	
		% dins de Sexe	90,5%	9,5%	100,0%	
	Total	Recompte	55	6	61	
		% dins de Sexe	90,2%	9,8%	100,0%	
2010	Sexe	DONA	Recompte	10	2	12
			% dins de Sexe	83,3%	16,7%	100,0%
	HOME	Recompte	20	9	29	
		% dins de Sexe	69,0%	31,0%	100,0%	
	Total	Recompte	30	11	41	
		% dins de Sexe	73,2%	26,8%	100,0%	
2011	Sexe	DONA	Recompte	16	2	18
			% dins de Sexe	88,9%	11,1%	100,0%
	HOME	Recompte	30	8	38	
		% dins de Sexe	78,9%	21,1%	100,0%	
	Total	Recompte	46	10	56	
		% dins de Sexe	82,1%	17,9%	100,0%	
2012	Sexe	DONA	Recompte	17	4	21
			% dins de Sexe	81,0%	19,0%	100,0%

		HOME	Recompte	30	6	36
			% dins de Sexe	83,3%	16,7%	100,0%
	Total		Recompte	47	10	57
			% dins de Sexe	82,5%	17,5%	100,0%
2013	Sexe	DONA	Recompte	17	9	26
			% dins de Sexe	65,4%	34,6%	100,0%
		HOME	Recompte	22	13	35
			% dins de Sexe	62,9%	37,1%	100,0%
	Total		Recompte	39	22	61
			% dins de Sexe	63,9%	36,1%	100,0%
2014	Sexe	DONA	Recompte	15	5	20
			% dins de Sexe	75,0%	25,0%	100,0%
		HOME	Recompte	27	10	37
			% dins de Sexe	73,0%	27,0%	100,0%
	Total		Recompte	42	15	57
			% dins de Sexe	73,7%	26,3%	100,0%
2015	Sexe	DONA	Recompte	18	7	25
			% dins de Sexe	72,0%	28,0%	100,0%
		HOME	Recompte	19	6	25
			% dins de Sexe	76,0%	24,0%	100,0%
	Total		Recompte	37	13	50
			% dins de Sexe	74,0%	26,0%	100,0%
2016	Sexe	DONA	Recompte	14	7	21
			% dins de Sexe	66,7%	33,3%	100,0%
		HOME	Recompte	14	18	32
			% dins de Sexe	43,8%	56,3%	100,0%
	Total		Recompte	28	25	53
			% dins de Sexe	52,8%	47,2%	100,0%
2017	Sexe	DONA	Recompte	18	0	18
			% dins de Sexe	100,0%	0,0%	100,0%
		HOME	Recompte	27	1	28
			% dins de Sexe	96,4%	3,6%	100,0%
	Total		Recompte	45	1	46
			% dins de Sexe	97,8%	2,2%	100,0%
2018	Sexe	DONA	Recompte	18	1	19
			% dins de Sexe	94,7%	5,3%	100,0%
		HOME	Recompte	13	3	16
			% dins de Sexe	81,3%	18,8%	100,0%
	Total		Recompte	31	4	35
			% dins de Sexe	88,6%	11,4%	100,0%
2019	Sexe	DONA	Recompte	8	3	11

			% dins de Sexe	72,7%	27,3%	100,0%
		HOME	Recompte	14	7	21
			% dins de Sexe	66,7%	33,3%	100,0%
	Total		Recompte	22	10	32
			% dins de Sexe	68,8%	31,3%	100,0%
Total	Sexe	DONA	Recompte	339	63	402
			% dins de Sexe	84,3%	15,7%	100,0%
		HOME	Recompte	523	127	650
			% dins de Sexe	80,5%	19,5%	100,0%
	Total		Recompte	862	190	1052
			% dins de Sexe	81,9%	18,1%	100,0%

TAULA 65: ANÀLISI ANUAL DE LA RESPONSABILITAT PER SEXE

ANNEX 16: Anàlisis estadístiques de l'edat dels metges reclamats i la responsabilitat

Anàlisis estadístiques corresponents a la t d'Student de les taules 50 i 51: Diferències d'edat entre els metges amb responsabilitat i els que no, de forma global i separat per sexes.

Prova de mostres independents

		Levene de igualtat de variàncies		prova t para la igualtat de mitjanes						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferència de mitjanes	Diferència de error estàndard	95% de interval de confiança de la diferència	
									Inferior	Superior
EDAT _acte	S'assumeixen variàncies iguals	,448	,503	-,296	877	,767	-,31100	1,05063	-2,37306	1,75105
	No s'assumeixen variàncies iguals			-,311	267,61	,756	-,31100	,99999	-2,27984	1,65784

Prova de mostres independents

			Levene de igualtat de variàncies		prova t para la igualtat de mitjanes						
			F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferència de mitjanes	Diferència de error estàndard	95% de interval de confiança de la diferència	
									Inferior	Superior	
DONA	EDA T_acte	S'assumeixen variàncies iguals	,009	,924	-,655	319	,513	-,99467	1,51964	-3,98445	1,99511
		No s'assumeixen variàncies iguals			-,650	81,33	,518	-,99467	1,53141	-4,04151	2,05217
HOME	EDA T_acte	S'assumeixen variàncies iguals	1,370	,242	-,222	556	,825	-,29382	1,32633	-2,89904	2,31141
		No s'assumeixen variàncies iguals			-,241	189,5	,810	-,29382	1,21772	-2,69584	2,10821

ANNEX 17: Estadístics dels resultats amb significació

TAULA 5: ASSOCIACIÓ DE LA VIA DE RECLAMACIÓ I LA RESPONSABILITAT

	Valor	Proves de khi-quadrat (χ^2)	
		df	Significació
Khi-quadrat de Pearsón	37,885 ^a	2	,000
Raó de verosimilitut	35,291	2	,000
N de casos vàlids	626		

a. 0 caselles (0,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat és 5,14.

TAULA 7: VIA DE RECLAMACIÓ SEGONS EL TIPUS DE CENTRE RECLAMAT

	Valor	Proves de khi-quadrat (χ^2)	
		df	Significació
Khi-quadrat de Pearsón	43,302 ^a	6	,000
Raó de verosimilitut	44,520	6	,000
N de casos vàlids	654		

a. 3 caselles (25,0%) han esperat un recompte menor que 5. El Recompte mínim esperat és ,55.

TAULA 8: RELACIÓ VIA DE RECLAMACIÓ I ÀMBIT DEL CENTRE

	Valor	Proves de khi-quadrat (χ^2)	
		df	Significació
Khi-quadrat de Pearsón	87,755 ^a	2	,000
Raó de verosimilitut	87,591	2	,000
N de casos vàlids	654		

a. 0 caselles (0,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat és 31,19.

TAULA 9: VIA DE RECLAMACIÓ ALS HOSPITALS SEGONS L'ÀMBIT

	Valor	Proves de khi-quadrat (χ^2)	
		df	Significació
Khi-quadrat de Pearsón	58,151 ^b	2	,000
Raó de verosimilitut	57,523	2	,000
N de casos vàlids	554		

a. Assistència = HOSPITALÀRIA

b. 0 caselles (0,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat és 20,79.

TAULA 10: VIA DE RECLAMACIÓ ALS DISPOSITIUS EXTRAHOSPITALARIS SEGONS L'ÀMBIT

	Valor	Proves de Khi-quadrat	
		df	Significació
Khi-quadrat de Pearsón	35,008 ^b	2	,000
Raó de verosimilitut	40,475	2	,000
N de casos vàlids	100		

a. Assistència = EXTRAHOSPITALÀRIA

b. 0 caselles (0,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat és 11,50.

TAULA 12: RELACIÓ ÀMBIT DEL CENTRE I RESPONSABILITAT

	Valor	df	Significació	Proves de khi-quadrat (χ^2)	
				Significació exac	Significació
Khi-quadrat de Pearsón	5,687 ^a	1	,017		
Correcció de continuïtat	5,134	1	,023		
Raó de verosimilitut	5,415	1	,020		
Prova exacta de Fisher				,023	,013

a. 0 caselles (0,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat es 28,98.

TAULA 13: RESPONSABILITAT INTRA I EXTRAHOSPITALÀRIA SEGONS L'ÀMBIT DEL CENTRE

	Valor	Proves de khi-quadrat (χ^2)	
		df	Significació
Khi-quadrat de Pearsón	8,756 ^b	1	,003
Correcció de continuïtat	7,958	1	,005
Raó de verosimilitut	8,089	1	,004

a. Assistència = HOSPITALÀRIA

b. 0 caselles (0,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat es 20,29.

TAULA 16: VIA JUDICIAL PER PROVÍNCIA

	Valor	Proves de khi-quadrat (χ^2)	
		df	Significació
Khi-quadrat de Pearsón	20,909 ^a	10	,022
Raó de verosimilitut	23,642	10	,009
N de casos vàlids	654		

a. 6 caselles (33,3%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat és ,92.

TAULA 22: RELACIÓ ESPECIALITAT I VIA JUDICIAL

	Valor	Proves de khi-quadrat (χ^2)	
		df	Significació
Khi-quadrat de Pearsón	15,430 ^a	6	,017
Raó de verosimilitut	15,283	6	,018
N de casos vàlids	654		

a. 3 caselles (25,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat es ,55.

TAULA 28: RELACIÓ ENTRE L'ESPECIALITAT I L'AL·LEGACIÓ O NO D'ERROR DIAGNÒSTIC

	Valor	Proves de khi-quadrat (χ^2)	
		df	Significació
Khi-cuadrado de Pearsón	7,956 ^a	3	,047
Raó de verosimilitut	7,970	3	,047
N de casos vàlids	654		

a. 2 caselles (25,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat és 1,25.

TAULA 29: RELACIÓ ENTRE ESPECIALITAT I AL·LEGACIÓ D'EXISTÈNCIA DE SEQÜELES

	Valor	Proves de khi-quadrat (χ^2)	
		df	Significació
Khi-quadrat de Pearsón	31,862 ^a	3	,000
Raó de verosimilitut	32,584	3	,000
N de casos vàlids	654		

a. 2 caselles (25,0%) han esperat un recompte menor que 5. El Recompte mínim esperat és ,98.

TAULA 30: VIA DE RECLAMACIÓ QUAN MOTIU DIAGNÒSTIC

	Proves de khi-quadrat (χ^2)		
	Valor	df	Significació
Khi-quadrat de Pearsón	19,490 ^a	2	,000
Raó de verosimilitut	19,993	2	,000
N de casos vàlids	654		

a. 0 caselles (0,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat es 49,91.

TAULA 31: VIA DE RECLAMACIÓ QUAN ES RECLAMA PER SEQÜELES

	Proves de khi-quadrat (χ^2)		
	Valor	df	Significació
Khi-quadrat de Pearsón	19,678 ^a	2	,000
Raó de verosimilitut	20,316	2	,000
N de casos vàlids	654		

a. 0 caselles (0,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat es 39,27.

TAULA 34: VIA DE RECLAMACIÓ SI ÈXITUS

	Proves de khi-quadrat (χ^2)		
	Valor	df	Significació
Khi-quadrat de Pearsón	49,173 ^a	2	,000
Raó de verosimilitut	51,134	2	,000
N de casos vàlids	654		

a. 0 caselles (0,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat es 45,50.

TAULA 38: EDAT MITJANA SEGONS EL SEXE

	Prova de mostres independents									
	Prova de Levene d'igualtat de variàncies				prova t per la igualtat de mitjanes					
	F	Sig.	t	gl	Sig. bilateral	Diferència mitjanes	Diferència d'error estan	95% d'IC de la diferència		
							Inferior	Superior		
S'assumeixen variàncies iguals	,220	,640	-2,130	94	,036	-8,172	3,836	-15,789	-	-,556
No s'assumeixen variàncies iguals			-2,086	69,004	,041	-8,172	3,918	-15,988	-	-,357

TAULA 39: SEXE DEL PACIENT AFECTE I VIA DE RECLAMACIÓ

	Proves de khi-quadrat (χ^2)		
	Valor	df	Significació
Khi-quadrat de Pearsón	6,443 ^a	2	,040
Raó de verosimilitut	6,595	2	,037
N de casos vàlids	112		

a. 0 caselles (0,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat es 10,71.

TAULA 49: EDAT DEL METGE RECLAMAT PER SEXE

	Prova de mostres independents									
	Prova de Levene d'igualtat de variàncies				prova t per la igualtat de mitjanes					
	F	Sig.	t	gl	Sig. bilateral	Diferència de mitjanes	Diferència d'error estàndard	95% d'IC de la diferència		
							Inferio	Superior		
S'assumeixen variàncies iguals	12,8	,000	8,495	877	,000	7.0072	.8248	5.388	8.6261	
No s'assumeixen variàncies iguals			8,923	768,1	,000	7.0072	.7853	5.465	8.5488	

