

Prof. Dr. Javier de Vicente Remesal

Catedrático de Derecho Penal, Universidad de Vigo. Presidente de la FICP.

Prof. Dra. Marta García Mosquera

Prof. Contratada Doctora de Derecho Penal, Univ. de Vigo. Socia de la FICP.

Prof. Dr. Virxilio Rodríguez Vázquez

Prof. Contratado Doctor de Derecho Penal y Vicedecano de Planificación y Calidad de la Facultad de Derecho, Universidad de Vigo. Socio de la FICP.

~Análisis de errores médicos y eventos adversos en el ejercicio de la profesión médica a partir de la jurisprudencia penal~

Palabras clave.- Eventos adversos, sistematización, responsabilidad penal.

Sumario.- I. Delimitación del objeto de análisis y metodología empleada. II. Sistematización de la jurisprudencia penal atendiendo a los errores concurrentes y resultados estadísticos. II.1. Introducción. II.2. Errores de diagnóstico y de tratamiento. II.3. Errores relativos al consentimiento informado del paciente. II.4. Errores relativos al medicamento. II.5. Errores en el marco de intervenciones quirúrgicas. III. Sistematización de la jurisprudencia penal atendiendo a los factores concurrentes. Resultados estadísticos. IV. Conclusiones.

I. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ANÁLISIS Y METODOLOGÍA EMPLEADA¹

En este trabajo se analizan los errores que en el ejercicio de la Medicina dan lugar a los denominados genéricamente eventos adversos, así como los factores que determinan la aparición de aquéllos. Para ello se elabora una estadística que permite identificar con claridad cuáles son los factores más relevantes que provocan un evento adverso en Medicina, y cuáles los errores más frecuentes en este sector de actividad.

Para llevar a cabo este estudio se podrían haber empleado distintas muestras de casos. Así, se podrían haber recopilado casos de los propios centros sanitarios (centros hospitalarios, centros de atención primaria, etc.), a partir de los sistemas de notificación en ellos implantados. También se podría haber obtenido la muestra a partir de los datos obtenidos por servicios o secciones concretas de un centro hospitalario, diseñando para ello un muestreo *ad hoc*. Otra opción sería acudir a datos que pudieran proporcionar las compañías de seguros. En cualquier caso, todas estas opciones planteaban ciertos inconvenientes derivados de la limitación espacial y temporal de la muestra.

¹ Este trabajo contiene parte de los resultados obtenidos a partir del desarrollo del proyecto de investigación "Responsabilidad de personas físicas y jurídicas en el ámbito médico-sanitario: estrategias para la prevención de errores médicos y eventos adversos", Ref. DER2011-22934, del que es investigador principal el Prof. Dr. Javier De Vicente Remesal, Catedrático de Derecho penal de la Universidad de Vigo, y de cuyo equipo investigador forman parte asimismo los coautores del trabajo.

Finalmente, se ha optado por realizar el análisis a partir de los pronunciamientos judiciales que se han producido en esta materia. Más en concreto a partir de la recopilación de las sentencias penales dictadas por las Audiencias Provinciales y Tribunal Supremo durante el período comprendido entre el año 2003 y el año 2012. De esta forma se puede obtener una muestra más amplia desde el punto de vista espacial, pues abarca todo el territorio español, y temporal, pues aseguramos un espectro que comprende toda una década. La dificultad que presenta esta decisión es que es necesario hacer una revisión de miles de sentencias dictadas en el período señalado por los órganos judiciales referidos, al no existir ninguna sistematización previa fiable que pueda servirnos para el objeto de estudio aquí planteado.

Se ha optado por seleccionar únicamente como tipo de resolución las sentencias emanadas de los órganos judiciales referidos, excluyendo otras resoluciones judiciales como los autos. Ello se ha debido principalmente a que los autos (por su propio objeto y finalidad) generalmente no incorporan datos suficientes del caso para su adecuada clasificación y tratamiento conforme a los fines del proyecto. En cuanto a las sentencias, la mayoría de ellas incorporan íntegramente el relato de hechos probados, con lo que resulta más sencilla la obtención de los datos necesarios. En los casos puntuales en que no figuraba el relato de hechos probados (pues así ocurre en ocasiones, cuando el tribunal en cuestión opta por indicar únicamente en cuanto a los hechos que “se aceptan íntegramente y se dan por reproducidos los de la sentencia de instancia”, sin referirlos de manera expresa), se han seleccionado aquellas sentencias en las que, sin embargo, las referencias fácticas a lo largo de los fundamentos jurídicos eran suficientes para su sistematización conforme a los ítems de la base de datos.

Una de las dificultades advertida por los investigadores en cuanto a los órganos jurisdiccionales de origen de las sentencias era el posible solapamiento de casos en ambas instancias judiciales; es decir: que el mismo caso pudiera tener entrada en la base de datos tanto por el momento en que fue juzgado por la Audiencia Provincial, como, en su caso, resuelto en casación en el Tribunal Supremo; lo cual podría generar un margen de error en cuanto al número de casos registrados a la hora de obtención de resultados estadísticos. No obstante, se ha subsanado técnicamente esta cuestión, en la forma que se explica más adelante (*vid. infra* II.1).

Una vez identificada la fuente de la que obtener los datos (sentencias de la jurisdicción penal de Audiencias Provinciales y Tribunal Supremo), metodológicamente

se ha procedido concretando el período y las especialidades médicas sobre las que se haría el estudio.

Nos limitamos al período 2003-2012 (ambos inclusive) y, exclusivamente, a tres especialidades médicas: Cirugía, Anestesiología y Obstetricia/Ginecología, abarcando tanto al personal médico en sentido estricto, como al personal de enfermería que interviene en tales servicios.

Para poder llevar a cabo la correcta sistematización de las sentencias, se ha procedido a la elaboración de una base de datos con el programa Microsoft Access, abriendo una ficha para cada sentencia. Cada ficha contiene una serie de datos que se pueden agrupar en tres grandes bloques. En un primer bloque, nos encontramos con datos técnicos que permiten identificar la sentencia en cuestión: Identificación de la sentencia (se trata de un número generado automáticamente para cada sentencia registrada), nombre del investigador (identifica al investigador que ha realizado el registro), fecha de la sentencia, link de enlace de la sentencia (se trata de un hipervínculo al formato electrónico de la sentencia), archivo de la sentencia (incorpora como archivo adjunto, en formato *pdf* o *word*, la sentencia registrada), tribunal (identifica el órgano judicial sentenciador), jurisdicción/procedimiento, especialidad médica central (identifica, de entre las especialidades referidas, aquélla que ha tenido más incidencias en el hecho enjuiciado), resultado producido (se trata de señalar si se ha producido la muerte del paciente o lesiones), fallo condenatorio penal o fallo absolutorio, sujeto condenado (de ser el caso). Un segundo bloque de datos, referidos a los errores, y que se han categorizado en: diagnóstico, medicamentos en la fase de prescripción, medicamentos en la fase de transcripción/validación, medicamentos en la fase de preparación, medicamentos en la fase de dispensación/almacenamiento, medicamentos en la fase de administración, medicamentos en la fase de seguimiento o vigilancia, errores de tratamiento (en general) del paciente, complicaciones en intervención y postoperatorias, errores de seguimiento del estado del paciente, errores de cirugía en lugar erróneo, confusión de paciente, olvido de cuerpos extraños en campo quirúrgico, errores de inyecciones, goteros (infusiones), extracción de sangre, errores en transfusiones sanguíneas, errores de anestesia independientes de la medicación, errores de anestesia, en la aplicación de medicamentos anestésicos. Y un tercer bloque, en el que se relacionan los factores que han podido provocar el error: factores individuales del paciente, del facultativo, del instrumental/equipamiento, dotación de personal

(staffing), de comunicación/documentación organizativos, acción formativa profesional (training), equipo de trabajo y trabajo en equipo, organizativos de tareas desde la dirección o gerencia, de orden o higiene (housekeeping).

A continuación se ha repartido el trabajo entre varios investigadores del proyecto de investigación. Cada investigador ha tenido que realizar una búsqueda de sentencias relacionadas con el ámbito médico para el período de tiempo que le fue asignado. Para dicho trabajo se han utilizado fundamentalmente las bases de datos de Westlaw, Tirant lo Blanch y La Ley, sobre todo en sus versiones “*on line*”, aunque no sólo. En dicha tarea cada investigador ha tenido que hacer una criba distinguiendo entre sentencias y autos, identificando las especialidades implicadas y, a continuación, leyendo en profundidad cada sentencia para sistematizarla adecuadamente en la base de datos diseñada. En la fase de sistematización, cada investigador ha tenido en cuenta que tanto en el bloque de “errores” como en el bloque de “factores” debía escoger el campo que más se ajustase al que aparecía en la sentencia que analizaba. A su vez, dentro de cada campo la base de datos generaba, por defecto, un desplegable con varios descriptores, entre los que el investigador debía escoger la opción más adecuada, pudiendo utilizar, eso sí, más de un campo dentro de cada bloque (ejemplo: en una sentencia nos encontramos que coexisten un error en el consentimiento con un error de tratamiento. En este caso, el investigador tendría que desplegar el campo “errores consentimiento” y escoger dentro de este campo el descriptor que correspondiese, y posteriormente desplegar el campo “errores tratamiento” y escoger dentro de este campo el descriptor que correspondiese).

Por tanto, el resultado del trabajo de investigación que aquí se presenta se concreta, por una parte, en la categorización de los errores y factores generadores de eventos adversos que han podido identificarse en la jurisprudencia penal del Tribunal Supremo español y de las Audiencias Provinciales desde el año 2003 hasta el año 2012. Por otra parte, en la sistematización de los concretos supuestos de error (de los que se hayan derivado resultados lesivos o muerte del paciente).

La perspectiva prioritaria es, por tanto, la referida a la seguridad del paciente, y no la referida a la valoración jurídico-penal de las conductas de los profesionales sanitarios. En este sentido, tratamos como “error médico” las incidencias que a partir de la jurisprudencia de referencia se pueden explicitar como eventos adversos en el curso de la atención sanitaria, (independientemente de si el fallo jurisprudencial ha sido

condenatorio o absolutorio y de si en el caso concreto ha podido probarse o no la eficacia causal del factor concurrente con el resultado lesivo). En todos los casos se trata de conductas o intervenciones de personal sanitario, por lo que no son objeto de atención los supuestos de intrusismo profesional. Igualmente, debido a la finalidad del trabajo, quedarán excluidos los supuestos de responsabilidad penal médica por conductas que no tienen incidencia directa en la seguridad del paciente (falsificación de recetas, certificados, etc.).

II. SISTEMATIZACIÓN DE LA JURISPRUDENCIA PENAL ATENDIENDO A LOS ERRORES CONCURRENTES Y RESULTADOS ESTADÍSTICOS

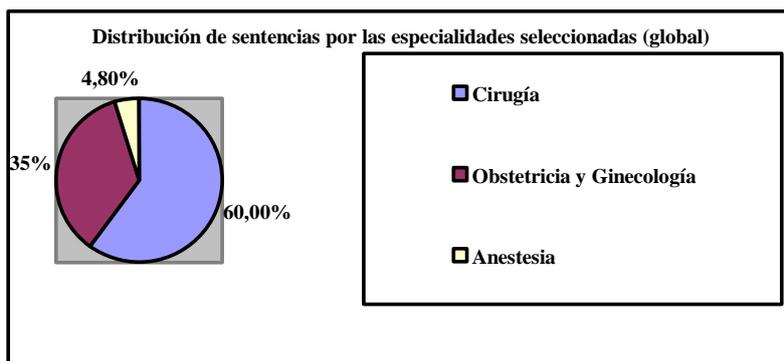
1. Introducción

El número de sentencias recopiladas que se ajustan a los parámetros antes señalados -sentencias penales del TS y AP, período 2003 a 2012, tres especialidades (Cirugía, Obstetricia y Ginecología, Anestesia)- es inicialmente de 106. De ellas, sólo 3 emanan del TS, y respecto de éstas se ha comprobado si el caso concreto no estaba ya registrado por haber sido previamente resuelto por la AP en el mismo período de tiempo de estudio. Ello ocurría con sólo uno de los ejemplos. Se trata de la STS 27-12-2009 que resuelve en casación el supuesto de la SAP Valencia de 14-5-2007, en la que el anestesista infecta masivamente de hepatitis C a pacientes que iban a ser operados, al utilizar el mismo material que usaba para inyectarse él parte de la anestesia utilizada en dichas operaciones. A la vista de ello, y para evitar la duplicidad de registros de un mismo caso, se ha optado por mantener únicamente la SAP Valencia, eliminando la STS². En consecuencia, el número final de sentencias seleccionadas para su tratamiento es de 105.

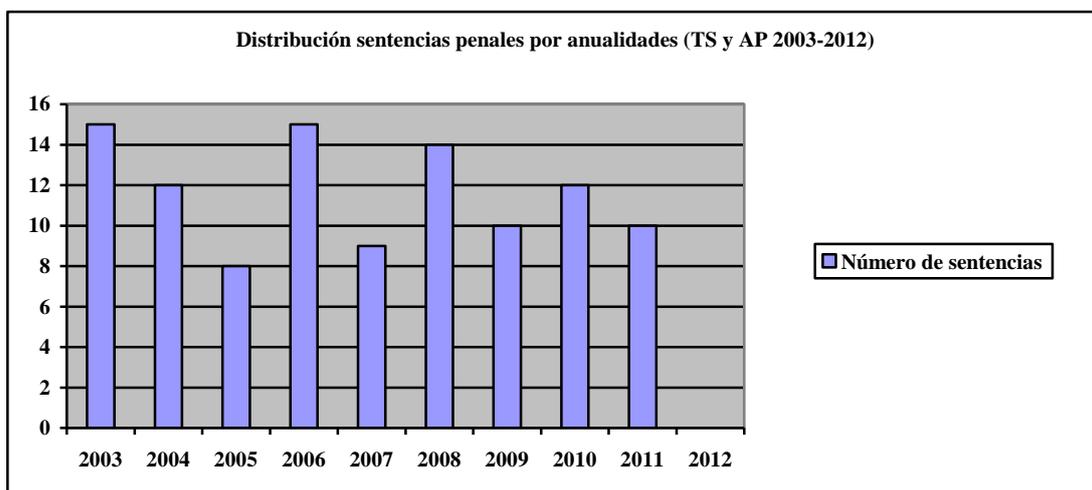
Estas sentencias constituyen la muestra sobre la que se realiza este análisis y de la que se extraen los principales resultados del presente trabajo de investigación.

De las 105 sentencias, 63 son sentencias en las que la especialidad central es cirugía, 37, obstetricia y ginecología, y 5, anestesia.

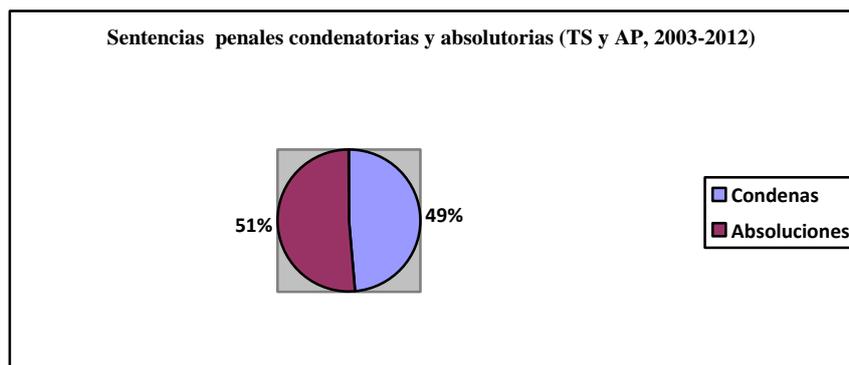
² Ello se justifica porque la SAP Valencia hace un análisis más exhaustivo del caso, mientras que el TS se pronuncia exclusivamente sobre los motivos de casación alegados por las partes. Por lo demás, el TS mantiene el pronunciamiento penal condenatorio del facultativo, modificando únicamente determinadas cuantías indemnizatorias en concepto de responsabilidad civil derivada del delito.



Si nos fijamos en la distribución por años, de los casos recopilados, llama la atención que no se ha generado ningún registro en el año 2012. En las restantes anualidades, los casos oscilan entre 8 y 15; lo que arroja una media aproximada de entre 11 y 12 casos anuales.



Atendiendo a datos genéricos es importante advertir que de las 105 sentencias que constituyen la muestra son 51 las que terminan con un fallo condenatorio, lo que representa un porcentaje del 48,6 %. De entre estas sentencias, 13 condenan por imprudencia grave, 21 por imprudencia leve y 16 terminan calificando la responsabilidad penal como imprudencia profesional. Por último, 1 sentencia condena al profesional sanitario en concepto de dolo (caso del contagio múltiple de hepatitis por parte del anestesista).



La distribución absoluta de condenas por especialidades sería la siguiente: de las 51 condenas, 38 se dan en cirugía, 10 en obstetricia y ginecología y 3 en anestesia.

Si analizamos la distribución relativa de condenas por especialidades, resulta que en el caso de cirugía, los pronunciamientos condenatorios representan un 60,3 % del total de casos registrados en dicha especialidad (38 casos de 63). En obstetricia y ginecología se observa un 27% de incidencia de condena en esta especialidad (10 casos de 37). En anestesia, de los 5 casos recogidos, 3 son de condena, lo que arrojaría un porcentaje del 60 % de incidencia de condena en esta especialidad (aunque por la escasez de la muestra en este caso, entendemos que el dato no puede entenderse como concluyente).

Por tanto, puede afirmarse que, según los datos analizados, se registra una mayor incidencia de condenas en la especialidad de cirugía que en la especialidad de obstetricia y ginecología; a pesar de que el porcentaje de resultados mortales es mayor en los casos de obstetricia y ginecología (40,5 %) que en los casos de cirugía (33,3 %).

2. Errores de diagnóstico y de tratamiento

A efectos de análisis vamos a abordar los casos de errores de diagnóstico y de tratamiento de forma conjunta. Como veremos, ambas clases de error son más numerosas que ninguna otra y, en no pocos casos, la clasificación de una sentencia en uno u otro apartado no es del todo clara. Por poner un ejemplo, cualquier error de diagnóstico podría a su vez definirse como error de tratamiento -por aplicación tardía o inexistente de la intervención terapéutica adecuada, o por la aplicación del tratamiento equivocado correspondiente al diagnóstico fallido-. En los datos que arroja la muestra, de un total de 44 entradas que seleccionan error de diagnóstico, 16 casos seleccionan, además, un error de tratamiento.

También conviene advertir aquí que lo habitual es que la jurisprudencia penal considere que, siendo la Medicina una ciencia por definición inexacta que comporta indudables riesgos en su ejercicio, el error en este ámbito es fácil, concluyendo, por lo general (y salvo casos excepcionales), que las conductas enjuiciadas son atípicas cuando obedezcan a un error de diagnóstico. Ahora bien, la inclusión de los supuestos de error de diagnóstico en el trabajo está justificada por las razones expuestas anteriormente.

De las 105 sentencias analizadas son 44 las que se han clasificado como supuestos de **errores de diagnóstico**, lo que representa un 41,9 % sobre el total. Sin lugar a dudas, como quedará demostrado cuando se analicen los demás supuestos de error, los casos con errores de diagnóstico son la mayoría de los supuestos que llegan a los tribunales. De ellos, el más frecuente es el que se describe como interpretación errónea de un cuadro clínico (16 casos), seguido del error consistente en no realizar suficientes pruebas o a realizar pruebas superficiales u obsoletas (14 casos). También destacan los supuestos de diagnóstico tardío o con retraso (11 casos), mientras que son menos frecuentes los supuestos en los que no se realizan nuevas pruebas ante diagnósticos iniciales erróneos (3 casos).

Si analizamos la incidencia de condenas penales en casos de apreciación de error de diagnóstico, observamos que no llega a la mitad de los casos (sólo un 40,9 % de los casos catalogados en este ítem finalizan con sentencia condenatoria); apreciándose una frecuencia relativa de condenas mayor en el caso de interpretación errónea de un cuadro clínico (43,8 %), que en los supuestos de diagnóstico tardío y de pruebas insuficientes, superficiales u obsoletas (36,4 % y 35,7 % respectivamente).

Por su parte, no es nada desdeñable la cifra de **errores de tratamiento**, pues de las 105 sentencias analizadas son 32 las que presentan un error de esta clase, lo que viene a representar un 30,5 % sobre el total. A su vez, el error de tratamiento más abundante es el que consiste en la aplicación de una terapia o un procedimiento equivocado (19 casos). Son también abundantes los supuestos en los que el error tiene que ver con una aplicación en exceso tardía de la terapia o procedimiento requerido por el paciente (10 casos). Finalmente no son muchos casos en los que directamente se omite aplicar la terapia o el procedimiento médico (3 casos).

3. Errores relativos al consentimiento informado del paciente

En un segundo grupo de estudio recogemos los vicios en la información (referidos a la información al paciente, y no a defectos de comunicación entre los profesionales). El número de casos que llegan a los tribunales por actuación de los profesionales sanitarios sin contar con el consentimiento válido del paciente es escaso. Se han constatado un total de 10 supuestos entre las 105 sentencias recopiladas, lo que apenas representa un 9,5%. La gran mayoría de errores en relación con el consentimiento se deben a no aportar toda la información requerida, es decir, a problemas con el contenido de la información, siendo ésta incompleta (8 casos). Son insignificantes los casos de errores en relación con la forma de informar (un caso) y sólo se constata un caso de deficiencias o errores en relación con la información terapéutica.

4. Errores relativos al medicamento

En un tercer grupo incluimos los supuestos relativos a error con el medicamento. La sistematización contemplada en la base de datos es realmente exhaustiva, pues se categorizan con sumo detalle distintas clases de error vinculadas al medicamento. Sin embargo, los casos que terminan en sentencia en la jurisdicción penal ponen de manifiesto que poco tienen que ver con equivocaciones relacionadas con la prescripción de fármacos, con su preparación o con su administración. Sólo se ha encontrado en la muestra analizada una sentencia en la que se constata una selección errónea de medicamento.

El análisis provisional que hacemos de este dato es que probablemente los errores y eventos adversos relacionados con la medicación tienen mayor incidencia en otras especialidades médicas que no han sido objeto de estudio aquí. Por otro lado, en el caso de la especialidad de anestesiología, los supuestos de errores o eventos adversos en la aplicación de medicamentos anestésicos reciben metodológicamente un tratamiento autónomo por su propia especificidad (si bien hay que reconocer que en los escasos supuestos analizados de esta especialidad – sólo 5- ninguno de ellos registra específicamente errores en la aplicación de medicamentos anestésicos).

Asimismo, en el caso de la sangre (que normativamente tiene la consideración de medicamento cuando se utiliza con finalidad terapéutica³), los errores referidos a

³ Art. 46 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

transfusiones sanguíneas se catalogaron en la investigación de manera independiente.

5. Errores en el marco de intervenciones quirúrgicas

Por último, en un cuarto grupo podemos incluir todos aquellos errores que tienen que ver con intervenciones quirúrgicas, en cualquiera de sus fases. En total se han contabilizado 29 casos en los que se presentan **complicaciones a lo largo de la intervención quirúrgica o en el postoperatorio**, es decir, un 27,6 % de los casos totales. La mayor parte de estos eventos adversos se producen por complicaciones imprevistas posteriores a la intervención (18 casos), pero un número también elevado es el de la falta de control de las complicaciones durante la intervención (10 casos). Sólo en un caso se observa falta de previsión de una complicación operatoria.

Es interesante destacar que, entre los supuestos de falta de control de una complicación durante la intervención sólo 3 de ellos (del total de 10) se refieren en la especialidad médica central de cirugía; otros 2 a la especialidad de anestesiología, y los 5 restantes a la especialidad de obstetricia y ginecología (en todos ellos, intervenciones de parto o cesárea).

Son relevantes también los supuestos de eventos adversos provocados por llevar a cabo **cirugías en partes corporales equivocadas** del paciente (8 casos), así como por **olvido de cuerpos extraños en el campo quirúrgico** (9 casos). En relación con las cirugías en lugar erróneo, nos encontramos con supuestos de cirugía de columna en lugar equivocado (1 caso), intervención uretral equivocada (1 caso), resección de órgano equivocado (4 casos) y, por último, resección equivocada de extremidad inferior (2 casos). Respecto al olvido de cuerpos extraños en el campo operatorio, se producen tanto por olvido de gasas, torundas⁴, compresas y tampones (5 casos), como por olvido de instrumental quirúrgico como pinzas, tijeras, etc. (4 casos).

III. SISTEMATIZACIÓN DE LA JURISPRUDENCIA PENAL ATENDIENDO A LOS FACTORES CONCURRENTES. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

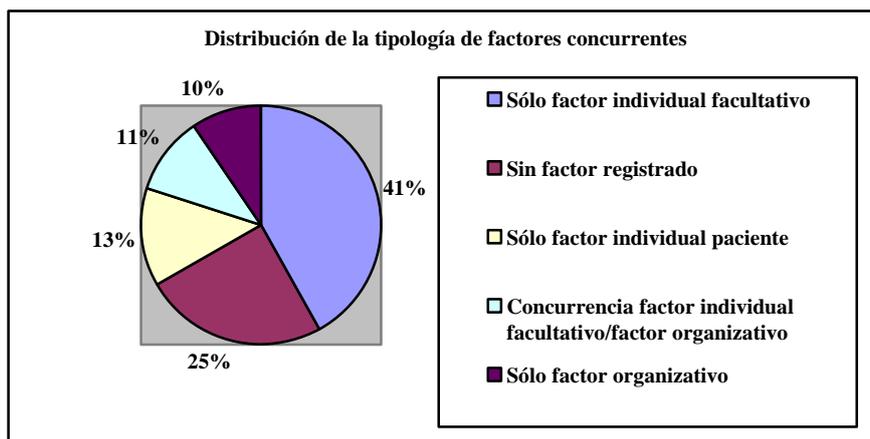
Un aspecto esencial del trabajo que aquí se presenta es que la sistematización de las sentencias y su posterior análisis no se realiza atendiendo exclusivamente al error o a los errores que concurren en cada caso, sino que se trata de identificar también el factor o los factores que han incidido en la producción de dicho error. Esta tarea no siempre

⁴ Según el Diccionario de la RAE, la torunda se define como “clavo de hilas que se deja en la herida para facilitar la supuración” y “pelota de algodón envuelta en gasa y por lo común esterilizada, que se usa con diversos fines en curas y operaciones quirúrgicas”.

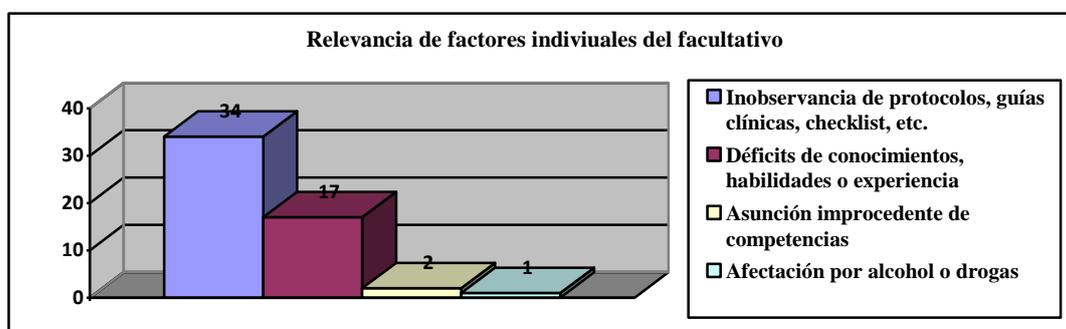
resulta sencilla, pues en ocasiones no es posible identificar en concreto el factor explicativo de la producción del error o evento adverso. Así ocurre que en la muestra con la que hemos trabajado, se recogen un total de 26 entradas en las que el/la investigador/a no ha podido seleccionar ningún factor concurrente por falta de datos en la propia sentencia. Sorprende que, entre estos casos, figuren por ejemplo dos de error de cirugía en lugar erróneo (resección de órgano equivocado) y uno de olvido de cuerpos extraños en campo quirúrgico; pues pareciera que en este tipo de errores (pudiéramos decir estrepitosos) debería ser más fácil que en otros la identificación de los factores desencadenantes. En los restantes 79 casos sí se ha podido registrar al menos un factor concurrente relacionado con el evento adverso.

La sistematización de los factores se puede dividir en tres grandes grupos. En el primero de ellos se registran los factores individuales del paciente (derivados de la propia enfermedad o de la comunicación con el paciente). En segundo lugar se identifican factores individuales del facultativo y, por último, se pueden agrupar factores de carácter organizativo. A los fines de esta presentación de resultados, nos interesan especialmente estos dos últimos grupos (individuales del facultativo u organizativos). Por otro lado, puede dejarse apuntado que sólo son 14 los casos en que el evento adverso se atribuye en exclusiva a factores individuales del paciente.

Analizando los otros dos grupos, lo primero que llama la atención es que son más numerosos los casos en los que el evento adverso se atribuye a un factor individual del facultativo que a factores organizativos. Buscando las grandes cifras nos encontramos con que en 55 casos se han identificado factores individuales del facultativo que han podido incidir en la producción del evento adverso (52,4 %), de los cuales, sólo en 11 supuestos se registra, además, al menos un factor organizativo concurrente. Por tanto, el porcentaje de supuestos en que el evento adverso se vincula exclusivamente a factores individuales es del 41,9% (44 supuestos), frente a un 9,5 %, en que el error o evento adverso se vincula exclusivamente a factores de carácter organizativo (10 casos).



Un análisis en detalle de estos números revela que la mayor parte de los supuestos en los que el evento adverso se atribuye (en exclusiva o de manera concurrente con otros) a un **factor individual del facultativo**, se identifica o bien con la inobservancia en el ejercicio de las funciones médico-sanitarias de protocolos, guías clínicas, checklist, etc. (34 casos), o bien a un déficit en conocimientos, habilidades o experiencia por parte de algún profesional sanitario (17 casos). Sólo en dos ejemplos se registra la asunción impropia de competencias; y únicamente hay un ejemplo de afectación por el alcohol o las drogas; así como un ejemplo de desobediencia o desatención a órdenes o instrucciones.

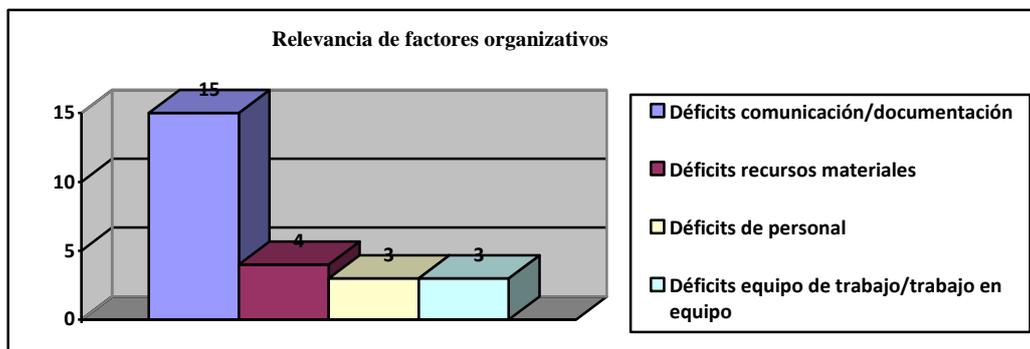


Si nos fijamos en los **factores organizativos**, observamos que éstos están presentes (de manera exclusiva o bien concurriendo con otros factores individuales) en un total de 21 casos, lo que representa un 20 % del total de la muestra. Consideramos que éste es un porcentaje relativamente bajo si se compara con otros estudios que cifran el porcentaje de eventos adversos debidos a factores de carácter sistémico-organizativo en torno al 50%⁵. Creemos que ello puede deberse a que, si bien en muchas ocasiones

⁵ Vid. DE VICENTE REMESAL, J., “Sistematización de errores médicos y factores latentes de riesgo (un instrumento para el análisis de la jurisprudencia y de otras fuentes)”, Revista de Derecho Penal, nº 39, 2013, 62.

los factores de carácter individual o personal son consecuencia de los organizativos⁶, sin embargo, los primeros (individuales) son los más visibles e inmediatos con el resultado lesivo, mientras que la identificación de los segundos requiere un análisis más profundo y de mayor espectro, que no siempre se lleva a cabo. Y consideramos que esto puede verse acentuado en esta parte de nuestro estudio, al tratarse aquí de sentencias exclusivamente penales, cuyo cometido es pronunciarse exclusivamente sobre la responsabilidad (penal) individual.

Del estudio realizado, se deriva que entre los factores organizativos que determinan (o co-determinan) la producción del error destacan los que tienen que ver con déficits en la comunicación o verificación de la documentación (15 casos: 10 casos de fallos de comunicación dentro del equipo médico y 4 de fallos de comunicación o documentación intersectorial. Sólo se aprecia un caso de error de comunicación o documentación de gerencia o dirección). Son escasos, aunque no pueden dejar de mencionarse los que se deben a una falta de recursos materiales, bien por falta de instrumental o equipamiento (4 casos), los debidos a falta de personal (3 casos) y los referidos al equipo de trabajo o al trabajo en equipo (3 casos).



Puede destacarse que a pesar de que la metodología de investigación permitía una selección múltiple de factores (en este caso organizativos, con independencia de la posible concurrencia también con un factor individual), sólo se han registrado dos ejemplos en los que se aprecia más de un factor organizativo, y curiosamente en estos dos casos no se aprecia además ningún factor individual del facultativo. De los 19 casos restantes en que se aprecia un único factor organizativo, son 8 los supuestos en que tal

⁶ Por ejemplo, los errores relacionados con déficits de conocimientos, habilidades o experiencia del facultativo podrían asimismo contemplarse como errores sistémico-organizativos cuando aquellas deficiencias fueren atribuibles al incumplimiento de implementación de acciones formativas del personal médico.

factor es el único apreciado, mientras que en los restantes 11 concurre con un factor individual del facultativo.

IV. CONCLUSIONES

Del análisis de la jurisprudencia penal recopilada y sistematizada se puede concluir que resulta relativamente sencillo en muchos de los casos explicitar el error médico (o sucesivos o concurrentes errores médicos) que ha desencadenado el resultado lesivo para el paciente, aunque ya no lo es tanto categorizarlo de una forma clara y, sobre todo, unívoca. Por otro lado, resulta en cierto modo llamativo que, pese a la diferencia temporal de los hechos enjuiciados y al consiguiente avance de la práctica médica en este tiempo, existen muchos supuestos cronológicamente dispares que pueden considerarse similares, por lo que es de suponer que los errores médicos no disminuyen paulatinamente al compás de las mejoras en los avances científicos aplicables al campo médico-sanitario.

A partir de la sistematización realizada, se puede concluir que el mayor número de errores se puede observar en lo que hemos denominado errores de diagnóstico y/o tratamiento, con un total de 60 casos sobre el total de 105 sentencias que constituyen la muestra, lo que representa una incidencia del 57,1 % sobre el total. De ellos, 16 son supuestos en los que concurren error de diagnóstico y de tratamiento; siendo 28 los casos en que el error de diagnóstico no va acompañado de error de tratamiento, y 16 los casos en que se aprecia un error de tratamiento sin error de diagnóstico.

Los errores de diagnóstico más representados son los de interpretación errónea de un cuadro clínico (16 casos), seguidos de los supuestos de realización de pruebas insuficientes, superficiales u obsoletas (14 casos) y en tercer lugar los de diagnóstico tardío o con retraso (11 casos).

De los 44 casos en que se registra error de diagnóstico, sólo en 20 de ellos se identifica un factor individual del facultativo sin factor organizativo concurrente; si bien en 4 de ellos sí se aprecia, junto a aquél, un factor individual del paciente. Ello permite concluir que del total de casos de error de diagnóstico (44) sólo un 36,4 % de ellos (16 casos) se atribuyen en exclusiva a un factor individual del facultativo. Sin embargo, los errores de diagnóstico apenas en un 9 % de los casos (sólo en 4 de ellos) se vinculan con factores de carácter organizativo.

En lo que se refiere a los errores de tratamiento, de las 105 sentencias analizadas son 32 las que presentan un error de esta clase. El error de tratamiento más abundante es el que consiste en la aplicación de una terapia o un procedimiento equivocado (19 casos), seguido de la aplicación demasiado tardía de terapia o procedimiento (10 casos).

De los 32 casos en que se registra error de tratamiento, son 16 aquellos en que se identifica un factor individual del facultativo sin factor adicional concurrente. De ello se deriva que en el 50% de los casos, el error de tratamiento se atribuye en exclusiva a factores individuales del facultativo. Por tanto, puede concluirse que los errores de tratamiento se atribuyen exclusivamente al facultativo en mayor medida que los de diagnóstico.

Por su parte, los factores organizativos están presentes – con carácter exclusivo, o concurriendo con factores individuales del paciente o del facultativo⁷ - en el 18,8 % de los casos (6 casos). Por tanto, puede concluirse que la incidencia de factores organizativos es mayor en los errores de tratamiento que en los de diagnóstico.

El número de casos que llegan a los tribunales penales por actuación de los profesionales sanitarios sin contar con el consentimiento válido del paciente es escaso. Se han constatado un total de 10 supuestos entre las 105 sentencias recopiladas.

Los errores de medicamento son numéricamente insignificantes, pues se ha registrado un único caso en el total de la muestra, a diferencia de los eventos adversos que se producen en el marco de operaciones quirúrgicas (29 casos), que suponen el 27,6 % del total.

Respecto a los factores que inciden en la producción de los eventos adversos *supra* referidos hay que advertir que predominan los de naturaleza individual, atribuibles a un solo profesional sanitario, que los de naturaleza organizativa. El porcentaje de supuestos en que el evento adverso se vincula exclusivamente a factores individuales es del 41,9% (44 supuestos), frente a un 9,5 %, en que el error o evento adverso se vincula exclusivamente a factores de carácter organizativo (10 casos). Es asimismo escaso el porcentaje de casos (un 10,5 % del total) en que el factor individual del facultativo concurre con un factor organizativo.

⁷ De los 6 casos, en 3 de ellos sólo se aprecia el factor organizativo; en otros 2 supuestos el factor organizativo concurre con un factor individual del paciente, y en el caso restante el factor organizativo concurre con un factor individual del facultativo.

Y ello es aún más llamativo si se tiene en cuenta que el factor individual más representado es la inobservancia de protocolos médicos de actuación.

En cuanto a los factores organizativos que determinan la producción de un evento adverso, la mayor parte de supuestos se producen por problemas en la comunicación (especialmente, dentro del equipo médico), y no resultan muy significativos los eventos adversos que tienen su origen en la falta de recursos materiales o humanos, al menos para el período objeto de estudio.