

ORIGINAL BREVE

Recibido: 20 de mayo de 2020

Aceptado: 20 de abril de 2021

Publicado: 7 de junio de 2021

MEDICINA DEFENSIVA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Bernardo Perea-Pérez (1,2), Juan Manuel Garrote Díaz (3), Ángel Hernández Gil (3), Sebastián Martínez Hernández (3,4), Ángel F. García Martín (6), Andrés Santiago-Sáez (1,2,5) y Grupo de Trabajo (7)

(1) Escuela de Medicina Legal. Universidad Complutense. Madrid. España.

(2) Profesor del Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid. España.

(3) Organización Médica Colegial. Madrid. España.

(4) Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Madrid. España.

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

(6) Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Madrid. España.

(7) Carmen Sebastianes Marfil (Organización Médica Colegial), Enrique Olivares Pardo (Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina). Madrid. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: Los Servicios de Urgencias Hospitalarias presentan características asistenciales específicas que los hacen más vulnerables al riesgo de reclamaciones legales. El hecho de sufrir una reclamación judicial por la praxis profesional es un evento muy traumático. El objetivo de este estudio fue conocer la opinión de los profesionales de los Servicios de Urgencias Hospitalarias en España sobre la importancia de las prácticas asociadas a la medicina defensiva.

Métodos: Se realizó un estudio mediante encuesta a 1.449 profesionales de Servicios de Urgencias Hospitalarias públicas y privadas de todo el territorio nacional, en el periodo comprendido entre el 13 de marzo y el 3 de abril de 2017. Se realizó un análisis univariante para la identificación de variables en relación con la práctica de la medicina defensiva, así como la determinación de los grupos de mayor asociación (test χ^2) para evaluar estas variables.

Resultados: Un 96,1% expresaron la necesidad de fortalecer su formación médico-legal. Un 91,3% de los casos sintió mayor presión legal y un 88,7% declaró actuar condicionado por la amenaza de reclamación judicial. En lo referente a los tratamientos a los pacientes, un 89,8% afirmó realizar pruebas diagnósticas que podrían no ser necesarias y un 63% de los profesionales declaró alargar la estancia de los pacientes en las Urgencias. En cuanto a la organización sanitaria, un 88% manifestó no sentirse protegido por la estructura y un 79,1% no sintió el respaldo de la dirección del centro.

Conclusiones: Las prácticas asociadas a la medicina defensiva son frecuentes en nuestro país, con una alta proporción de procedimientos penales, y las dos causas principales son las pruebas diagnósticas prescindibles y la prolongación innecesaria de los tiempos de estancia.

Palabras clave: Medicina defensiva, Urgencias Hospitalarias, Años de ejercicio, Reclamaciones.

ABSTRACT

Defensive medicine in hospital emergency services

Background: Hospital emergency services have specific care characteristics that make them more vulnerable to the risk of legal claims. The fact of suffering a legal claim for professional practice is a very traumatic event. The objective of this study was to find out the opinion of the professionals of the hospital emergency services in Spain on the importance of practices associated with defensive medicine.

Methods: Survey of 1,449 professionals from public and private hospital emergency services throughout the national territory was made, in the period between March 13th and April 3rd, 2017. A univariate analysis was performed to identify variables in relation to the practice of defensive medicine, and the determination of the groups of greater association (χ^2 test) to evaluate these variables.

Results: 96.1% expressed the need to strengthen their medical-legal training. 91.3% of the cases felt more legal pressure and 88.7% declared that they act conditioned by the threat of judicial claim. Regarding patient treatments, 89.8% stated that they perform diagnostic tests that may not be necessary and 63% of professionals stated that they extend the stay of patients in the emergency department. As for the health-care organization, 88% declared that they do not feel protected by the structure and 79.1% do not feel support from the center's management.

Conclusions: Practices associated with defensive medicine are frequent in our country, with a high proportion of criminal proceedings, and the two main causes are dispensable diagnostic tests and unnecessary prolongation of length of stay.

Key words: Defensive medicine, Hospital Emergencies, Years of practice, Claims.

Correspondencia:

Andrés Santiago-Sáez

Hospital Clínico San Carlos

C/Profesor Martín Lagos, s/n

28040 Madrid, España

andressebastian.santiago@salud.madrid.org

Cita sugerida: Perea-Pérez B, Garrote Díaz JM, Hernández Gil A, Martínez Hernández S, Santiago-Sáez A, García-Martín Ángel F. Medicina defensiva en los Servicios de Urgencias Hospitalarias. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 7 de junio e202106080.

INTRODUCCIÓN

Se puede definir la medicina defensiva como la toma de decisiones clínicas que, pudiendo ser explicables, priman la seguridad legal del médico sobre otras consideraciones asistenciales. Y su aparición es consecuencia directa del aumento de la presión legal sobre la atención sanitaria.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) comparten algunas características asistenciales específicas que los hacen más vulnerables al riesgo de reclamaciones legales. Las más relevantes son la existencia de situaciones clínicas de urgencia vital real que se presentan mezcladas con cuadros clínicos banales (desconocían el funcionamiento de las urgencias en la Atención Primaria, preferían el SUH y situaciones de colapso asistencial en el centro de salud)^(1,2). Otros factores que también incrementan este riesgo legal son la alta presión asistencial, las prolongadas jornadas de trabajo y las responsabilidades asistenciales en ocasiones compartidas por diferentes profesionales y servicios.

Estas peculiaridades asistenciales de las Urgencias Hospitalarias tienen una consecuencia directa: una mayor frecuencia de reclamaciones legales motivadas por la actividad asistencial. En los SUH existen aspectos intrínsecos, no modificables, de la urgencia médica que es preciso asumir (afluencia discontinua, necesidad de priorizar, dificultad del diagnóstico rápido, factor tiempo en algunos tratamientos, valor de la observación clínica, expectativas del paciente), los cuales se asocian a un descenso de la calidad asistencial (incremento del tiempo de espera, peores resultados clínicos...) y a la insatisfacción de pacientes, familiares y personal sanitario^(3,4).

En relación con la frecuencia de eventos adversos, el estudio EVADUR⁽⁵⁾, que incluía a 3.854 pacientes, observó que el 12% de los

pacientes ingresados en los SUH españoles presentaba al menos un evento adverso asistencial (en comparación con el 9,3% que sufrían los pacientes hospitalizados en general, según el estudio ENEAS⁽⁶⁾). Y un total de 43% de incidentes o efectos adversos se detectaron en el seguimiento. En Estados Unidos se estima que el 7,5% de los médicos de Urgencias sufren una reclamación por mala *praxis* al año⁽⁷⁾. En los últimos años ha habido un incremento de reclamaciones contra médicos por presunta mala *praxis*⁽⁸⁾. Los datos disponibles en España no son tan exactos, pero se considera a la atención médica urgente (independientemente de su modalidad) la tercera especialidad más reclamada, con un 9,7% del total de las reclamaciones por deficiente atención sanitaria⁽⁹⁾.

El hecho de sufrir una reclamación judicial motivada por la *praxis* profesional (con o sin daño sufrido por el paciente) es un evento muy traumático, tanto para los médicos directamente afectados como para su entorno más próximo, y tiene consecuencias en la vida personal y en la actividad profesional. En el estudio realizado en 2010 en España⁽¹⁰⁾, en relación con las repercusiones personales de los médicos demandados, el 85,1% refirió alguna repercusión de esta situación en su vida familiar. Y en relación con las repercusiones profesionales, el 68% de los médicos declaró tomar más precauciones legales, el 78% haber variado la forma de relacionarse con los pacientes, y el 57,4% reconoció que ese suceso había influido sobre su vocación profesional. Este “aumento de las precauciones legales” tiene un coste económico evidente^(11,12).

No hemos encontrado en la revisión bibliográfica realizada ningún trabajo que estudiara la opinión de los propios médicos de Urgencias Hospitalarias, tanto sobre la *praxis* de Urgencias en general como sobre su ejercicio personal en particular.

Los objetivos del presente estudio fueron conocer la opinión de los profesionales que ejercían en los servicios de Urgencias Hospitalarias en España sobre el aumento percibido de presión legal, así como acerca de la importancia de las prácticas asociadas a la medicina defensiva en este entorno.

SUJETOS Y MÉTODOS

En una muestra de 1.449 médicos de los servicios de Urgencias Hospitalarias del ámbito nacional (público y privado) se implementó un cuestionario *online* de 10 minutos de duración, a través de los enlaces de todos los Colegios Oficiales de Médicos de España, el diario *online* de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), siendo aplicado entre el 13 de marzo y el 3 de abril de 2017. De forma global, se estima que en España el número de médicos en los servicios de Urgencias oscila entre 12.000 y 15.000, por lo que el número de encuestas contestadas (1.449) está en torno al 10% del total de los médicos de Urgencias.

Se establecieron diferentes grupos de variables en función de diversas características: personales, formación médico-legal, *praxis* médica, gestión de pacientes, organización sanitaria, gestión sanitaria y reclamaciones o denuncias (tabla 1). Para realizar el estudio se efectuó una descripción en frecuencias absolutas y porcentajes y se emplearon técnicas de análisis estadístico (chi-cuadrado) con un nivel de significación de $p < 0,05$, un nivel de confianza del 95,5% y un error muestral de $\pm 2,61\%$.

Se han respetado los principios de la ley de protección de datos y se ha garantizado el absoluto anonimato y confidencialidad de las respuestas de los entrevistados, que fueron utilizadas únicamente para la confección de tablas estadísticas.

RESULTADOS

Respecto a las características del grupo de 1.449 profesionales encuestados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de género y el grupo más numeroso se encontró entre los 41 y 60 años. El resto de las cuestiones planteadas se muestran en la tabla 1. Destaca que el 91,3% de los médicos sentían mayor presión legal y la amenaza de demanda judicial condicionaba su *praxis* médica (88,7%). Un 89,8% de los médicos reconoció realizar pruebas diagnósticas inefectivas y un 63% alargó la estancia del paciente por precaución ante un posible problema legal, realizándose pruebas diagnósticas prescindibles en un 62,4%. Un 86,7% manifestó tener conocimientos médico-legales insuficientes y un 96,1% expresó la necesidad de fortalecer esa formación médico-legal. No se sintieron protegidos por la estructura sanitaria en un 88%, ni sintieron respaldo de la dirección del centro (79,1%). Sin embargo, sí encontraron comprensión o solidaridad de sus compañeros de servicio (67,6%).

En cuanto a la asociación estadística de las variables, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en la edad, el sexo, los años de ejercicio profesional médico y en los servicios de Urgencias, el cargo clínico y el número de camas del hospital, según se muestra en la tabla 2. Destacó que los menores de 30 años creían que las estructuras hospitalarias les protegían más, siendo además el colectivo que realizaba más pruebas diagnósticas innecesarias en Urgencias, en relación posiblemente al temor a ser demandados en su ejercicio profesional. A partir de los 41 años tenían peor percepción de la comprensión o solidaridad por parte de los compañeros. Los médicos mayores de 60 años alargaban más la estancia de los pacientes para evitar problemas legales. En cuanto al sexo, son las mujeres las que percibían una mayor presión judicial, sin embargo, eran los varones

Tabla 1
Resumen de las variables del estudio sobre la práctica médica en los SUH
en relación con la medicina defensiva.

Características de las variables	Variables	Categorías	Número	Porcentaje
1. Personales	Edad	30 años o menos	172	11,9
		De 31 a 35 años	166	11,5
		De 36 a 40 años	218	15,0
		De 41 a 50 años	387	26,7
		De 51 a 60 años	404	27,9
	Más de 60 años	102	7,0	
	Sexo	Hombre	722	49,8
Mujer		727	50,2	
2. Formación médico legal	Conocimiento de las consecuencias de una denuncia	Nada	29	2,0
		Poco	543	37,5
		Bastante	708	48,9
		Mucho	169	11,7
	Conocimientos médico legales suficientes	Nada	118	8,1
		Poco	1.139	78,6
		Bastante	171	11,8
	Fortalecimiento de la formación médico legal	Mucho	21	1,4
		Nada	5	0,3
		Poco	51	3,5
		Bastante	694	47,9
3. Praxis médica	Mayor presión judicial	Mucho	699	48,2
		Nada	6	0,3
		Poco	121	8,4
		Bastante	682	47,1
	Condicionada por la amenaza de demanda judicial	Mucho	640	44,2
		Nada	5	0,3
		Poco	159	11,0
		Bastante	763	52,7
	Realización de pruebas diagnósticas inefectivas	Mucho	522	36,0
		Nada	4	0,3
		Poco	144	9,9
		Bastante	708	48,9
	4. Gestión de pacientes	Influencia de la denuncia o demanda en la <i>praxis</i>	Mucho	593
Nada			46	3,2
Poco			453	31,3
Bastante			663	45,8
Se realizan pruebas diagnósticas prescindibles		Mucho	287	19,8
		Nada	70	4,8
		Poco	475	32,8
		Bastante	701	48,4
Alargamiento de las estancias en Urgencias		Mucho	203	14,0
		Nada	34	2,3
		Poco	502	34,6
		Bastante	648	44,7
	Mucho	265	18,3	

Tabla 1 (continuación)
Resumen de las variables del estudio sobre la práctica médica en los SUH
en relación con la medicina defensiva.

Características de las variables	Variables	Categorías	Número	Porcentaje
5. Organización sanitaria	Protección de los facultativos por la estructura	Nada	413	28,5
		Poco	862	59,5
		Bastante	164	11,3
		Mucho	10	0,7
	Comprensión o solidaridad del Servicio	Nada	42	2,9
		Poco	428	29,5
		Bastante	805	55,6
	Respaldo de la Dirección del Centro	Mucho	174	12,0
		Nada	341	23,5
		Poco	806	55,6
		Bastante	275	19,0
	6. Gestión sanitaria	Titularidad del hospital	Mucho	27
Nada			341	23,5
Poco			806	55,6
Número de camas		Público	1.262	87,1
		Privado	134	9,2
		Mixto	53	3,7
Nº de años de ejercicio profesional		Más de 500	508	35,1
		Menos de 500	941	64,9
		Menos de 5	228	15,7
		Entre 5 y 10	218	15,0
		Entre 11 y 20	450	31,1
Nº de años de ejercicio en servicios de Urgencias		Entre 11 y 20	450	31,1
		Más de 20	553	38,2
		Menos de 5	369	25,5
		Entre 5 y 10	292	20,2
Cargo clínico		Entre 11 y 20	440	30,4
		Más de 20	348	24,0
		Coordinador	50	3,5
	Jefe de Unidad	89	6,1	
	Médico adjunto	1.049	72,4	
7. Reclamaciones o denuncias	En Servicios de la Administración Sanitaria	Médico residente	197	13,6
		Otras situaciones	64	4,4
		Nunca	660	45,5
		Una vez	406	28,0
	En Tribunales de Administración de Justicia	Dos veces	158	10,9
		Más de dos veces	225	15,5
		Nunca	1.107	76,4
		Una vez	278	19,2
	Conocimiento de algún colega demandado	Dos veces	35	2,4
		Más de dos veces	29	2,0
		Ninguno	111	7,7
		Uno	226	15,6
	Dos	228	15,7	

Tabla 2	
Resultados de la evaluación de las variables relacionadas con la práctica médica en los SUH.	
Variables	Grupos de mayor asociación ($p < 0,05$)
1. Edad ($p < 0,02$)	- Los médicos menores de 30 años realizan más pruebas complementarias prescindibles en urgencias, están influenciados por la posibilidad de ser demandados en su ejercicio profesional, creen más que las estructuras sanitarias les protegen de los problemas legales, presentan menor porcentaje de reclamaciones en los servicios de atención al paciente e inspección sanitaria, no han recibido demandas ante los tribunales de justicia y no tienen constancia alguna de reclamaciones a compañeros.
	- Hasta los 35 años perciben más apoyo de la dirección del centro.
	- A partir de los 41 años disminuye la percepción de comprensión o solidaridad por parte de los compañeros.
	- Los mayores de 60 años alargan más la estancia innecesaria de los pacientes ya diagnosticados para evitar problemas legales.
2. Sexo ($p < 0,001$)	- Las mujeres médicas notan más la presión judicial.
	- Los varones médicos alargan más la estancia innecesaria en urgencias de los pacientes ya diagnosticados y han recibido más reclamaciones (al menos 1 o 2 veces) ante los servicios de atención al paciente o en los tribunales de justicia.
3. Años de ejercicio profesional médico ($p < 0,02$)	- Los médicos con menos de 5 años de ejercicio condicionan su práctica clínica por la amenaza de reclamación y realizan más pruebas complementarias prescindibles.
	- Los médicos con menos de 10 años de ejercicio advierten mayor comprensión o solidaridad por parte del resto de compañeros.
	- Los médicos tras 10 años de ejercicio creen tener menos respaldo de la dirección del centro.
	- Los médicos con más de 20 años de ejercicio reciben menor presión judicial.
	- Los médicos más veteranos alargan los tiempos de estancia de los pacientes ya diagnosticados.
	- El mayor número de años de ejercicio profesional hace que se conozcan más las reclamaciones a compañeros, y menor influencia tiene la posible demanda en su práctica habitual, aunque hay mayor posibilidad de poder recibir una reclamación ante los servicios de atención al paciente e la inspección médica o de demanda en los tribunales de justicia.

Tabla 2 (continuación)	
Resultados de la evaluación de las variables relacionadas con la práctica médica en los SUH.	
VARIABLES	Grupos de mayor asociación (p<0,05)
4. Años de ejercicio en Urgencias (p<0,001)	- Los médicos con menos de 5 años de ejercicio consideran que las estructuras sanitarias les protegen de los problemas legales y creen tener mayor respaldo de la dirección del centro.
	- Los médicos con más de 20 años de ejercicio notan menor presión judicial, tienen mayor conocimiento medicolegal y alargan más los tiempos de estancia en urgencias de los pacientes ya diagnosticados.
	- Con los años de ejercicio profesional se reciben más reclamaciones en los servicios de atención al paciente e inspección sanitaria o más demandas en los tribunales de justicia.
5. Cargo clínico (p<0,001)	- Los médicos residentes tienen una percepción diferente frente al resto de facultativos respecto a la protección de las estructuras sanitarias frente a los problemas legales, consideran que tienen más respaldo de la dirección del centro frente a conflictos legales y presentan menos reclamaciones que los jefes de unidad o coordinadores.
	- Entre los jefes de unidad o coordinadores, médicos adjuntos y residentes existe un diferente comportamiento respecto al modo de ejercer la profesión influido por la posibilidad de tener una demanda judicial y tienen diferente conducta ante la realización de pruebas diagnósticas.
	- Los jefes de unidad o coordinadores destacan por haber recibido alguna demanda (al menos 1 o 2 veces) ante los tribunales de justicia.
	- Los médicos con puestos de responsabilidad tienen mayor conocimiento acerca de que algún compañero haya sido demandado ante los tribunales de justicia.
6. Número de camas del hospital (p<0,04)	- Los hospitales con menos de 500 camas tienen periodos de estancia más largos en Urgencias.
	- Los hospitales con más de 500 camas presentan menor porcentaje de médicos con reclamaciones ante los servicios de atención al paciente e inspección sanitaria.

los que dilataban más las estancias en Urgencias y los que habían recibido más reclamaciones, tanto en los Servicios de Atención al Paciente (SAP) como en los tribunales. Respecto a la experiencia, los médicos con menos de 5 años de ejercicio realizaban más pruebas prescindibles y condicionaban su práctica por la amenaza de reclamación. Los médicos de más de diez años de ejercicio percibían mayor comprensión por parte de los compañeros, pero menor respaldo por parte de la dirección. Y los de más de veinte años de ejercicio percibían menor presión judicial. Con la experiencia profesional (mayor número de años de ejercicio) hay lógicamente mayor probabilidad de recibir alguna reclamación (SAP, inspección médica y tribunales). A mayor tiempo trabajado en Urgencias se percibía menor presión judicial y se poseía mayor conocimiento médico legal. Los MIR consideraban que recibían más respaldo de la dirección del centro y de las estructuras sanitarias en caso de conflicto legal, con una menor incidencia de reclamaciones. Los responsables de unidad destacaron por haber tenido más reclamaciones. Los centros con menos de 500 camas presentaron periodos de estancia en Urgencias más largos, y los de más de 500 camas mostraron una mayor tasa de facultativos con reclamaciones.

DISCUSIÓN

Conforme a los datos publicados por el Ministerio de Sanidad⁽¹³⁾, España cuenta con 178.600 médicos en ejercicio, tanto en el sector público como en el privado, con una tasa de 3,8 por cada 1.000 habitantes. La atención urgente intrahospitalaria cuenta con servicios de urgencias en los 453 hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), y en estos hospitales trabajan 80.900 profesionales de la medicina. De cada diez médicos de estos hospitales, por grupos de especialidades, corresponden: cuatro a medicina interna y especialidades médicas,

dos a cirugía general o de especialidades quirúrgicas, uno a ginecología y obstetricia, uno a cirugía ortopédica y traumatología, uno a servicios centrales y uno al área de Urgencias. Las equivocaciones e inadvertencias son ineludibles, con frecuencia, en la práctica médica, aceptando la existencia de errores y subregistros^(14,15).

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas de género en el grupo estudiado, pero sí en cuanto a la percepción de mayor presión judicial en el caso de las mujeres. Este hecho quizá esté en relación con la posterior incorporación de la mujer a este ámbito sanitario (los profesionales con menos de veinte años de ejercicio perciben mayor presión legal). Y también es concordante con el hecho de que las mujeres refieren una mayor repercusión de las reclamaciones judiciales por motivos profesionales en su vida personal. Los profesionales más jóvenes y, por lo tanto, con menos años de ejercicio realizan prácticas de medicina defensiva, mayoritariamente consistentes en la solicitud de pruebas diagnósticas en muchos casos innecesarias (sobre-diagnóstico), actitud que comparten con los médicos residentes⁽¹³⁾, y claramente asocian esta práctica al riesgo de reclamación legal, riesgo que se ha incrementado en los últimos años^(16,17). Este colectivo de médicos jóvenes, sin embargo, se siente respaldado por los compañeros, la dirección del centro y las estructuras sanitarias.

Por el contrario, los profesionales mayores de 40 años y con más de veinte años de ejercicio en Urgencias no perciben esta protección de las estructuras sanitarias y, como práctica asociada a la medicina defensiva, practican un alargamiento de los tiempos de estancia en los servicios de Urgencias, especialmente en el caso de médicos mayores de 60 años. Este colectivo de médicos mayores declara una menor influencia del temor a una reclamación en su práctica clínica⁽¹⁸⁾ aunque, evidentemente,

con el aumento de años de ejercicio se incrementa la posibilidad de haber sufrido una reclamación en cualquier ámbito (administrativo o judicial). Este dato concuerda con el hecho de que los profesionales con cargos de responsabilidad en las unidades de Urgencias (jefes de unidad, coordinadores, etc.) son los que han sufrido más reclamaciones, ya que a esos cargos se llega con más edad y años de experiencia.

Una posible interpretación de la progresiva pérdida de confianza de los médicos en el apoyo de las estructuras sanitarias y también en el apoyo de sus compañeros sería la del importante impacto que una reclamación judicial (sobre todo penal) tiene en los equipos de trabajo. Frecuentemente, el intento de eludir posibles responsabilidades por algunos miembros del equipo (e incluso descargarlas en otros) acaba afectando de forma permanente a las relaciones personales y profesionales entre ellos y, secundariamente, al funcionamiento clínico del equipo.

El hecho de que los médicos de Urgencias de centros pequeños (menos de 500 camas) tengan una mayor incidencia de reclamaciones legales respecto a los grandes (más de 500 camas, pero también con más medios diagnósticos y terapéuticos) hace pensar que la realización de más pruebas diagnósticas (necesarias o no) realmente protegen contra estas reclamaciones legales.

Numerosos profesionales han padecido incidentes relacionados con los pacientes a lo largo de su ejercicio profesional, y la frecuente heterogeneidad en la atención de los problemas de salud y la insatisfacción de los profesionales con el soporte que reciben por parte de los hospitales y organizaciones sanitarias son la regla en diversos países^(19,20). No obstante, cabe destacar que, a pesar de las repercusiones evidentes del temor a reclamaciones legales en el ámbito asistencial del ejercicio de la medicina de Urgencias, los datos señalan que este temor no se materializa en la calidad asistencial ni en la

realidad jurídica de nuestros médicos ante los tribunales de Justicia.

En conclusión, aunque el número registrado de reclamaciones legales contra médicos de los Servicios de Urgencias Hospitalarias en el SNS español no es demasiado elevado, sí hay una alta proporción de procedimientos penales, y las prácticas de medicina defensiva claramente existen, siendo básicamente la solicitud de pruebas diagnósticas prescindibles y la prolongación innecesaria de los tiempos de estancia de los pacientes en Urgencias. Ambas conductas tienen sus perfiles profesionales característicos; la primera es más habitual en médicos con menor edad y con menos años de ejercicio profesional y la segunda resulta más usual en médicos con una mayor experiencia profesional.

Las limitaciones de este estudio son las propias de un estudio realizado mediante un cuestionario autoadministrado. Los distintos médicos pueden ser un grupo heterogéneo de procedencia. El tamaño del grupo de médicos que han respondido al cuestionario puede ser pequeño y, en consecuencia, los resultados pueden no ser transferibles a la totalidad de médicos de los servicios de Urgencias, públicos y privados, aunque sí resulta suficiente para realizar el análisis. Sin embargo, los resultados sí son extrapolables a poblaciones de médicos de los servicios de Urgencias de los hospitales del SNS.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo se ha realizado con la colaboración de la Organización Médica Colegial (OMC), que difundió la encuesta.

Agradecemos a la unidad de apoyo a la investigación de la Universidad Complutense de Madrid, en la persona de D. Pedro Cuesta Álvaro, su colaboración para el análisis y explotación de los datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranaz Andrés JM, Martínez Noguerras R, Gea Velázquez de Castro MT, Rodrigo Bartual V, Antón García P, Gómez Pajares F. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gac Sanit.* 2006;20:311-5.
2. Miró O, Salgado E, Bragulat E, Ortega M, Salmerón JM, Sánchez M. Repercusión de la falta de camas de hospitalización en la actividad de un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin.* 2006;126:736-9.
3. Tudela P, Módol JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin.* 2003;120(18):711-6.
4. Tudela P, Módol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias.* 2015;27:113-20.
5. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias.* 2010; 22: 415-428.
6. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
7. Jena A, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice Risk According to Physician Specialty. *N Engl J Med.* 2011;365:629-36.
8. Giménez Pérez D *et al.* Denuncias por responsabilidad profesional médica en Barcelona (2004-2008). Análisis medico forense. *Rev Esp Med Legal.* 2020;46(2):56-65.
9. Perea-Pérez B, Santiago-Saéz A, Labajo-González ME, Albarrán-Juan ME, Dorado-Fernández E, García-Martín A. El médico ante los tribunales: análisis de las sentencias judiciales relacionadas con la responsabilidad profesional médica en España. *Rev Esp Med Legal.* 2013;39(4):130-134.
10. Perea-Pérez B, Santiago-Saéz 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.
11. Cohen D, Chan SB, Dorfman M. Malpractice claims on emergency physicians: time and money. *J Emerg Med.* 2012;42(1):22-7
12. Tuers DM. Defensive Medicine in the Emergency Department. Increasing Health Care Costs Without Increasing Quality? *Nurs Admin Q.* 2013;37(2):160–164.
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recursos Asistenciales. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017. Informes, estudios e investigación. 2018.
14. Martín-Fumadó C, Morlans M, Torralba F, Arimany-Manso J. La Comunicación del error médico. Consecuencias éticas y médico-legales. *Med Clin.* 2019;152:195-9.
15. Panesar SS, Cleary K, Sheikh A. Reflections on the National Patient Safety Agency's database of medical errors. *J R Soc Med.* 2009;102:256-8.
16. Rodríguez RM, Anglin D, Hankin A, Hayden SR, Phelps M, McCollough L, Hendey GW. A longitudinal study of emergency medicine residents' malpractice fear and defensive medicine. *Acad Emerg Med.* 2007;14(6):569-73.
17. Arimany Manso J. La medicina defensiva: un peligroso boomerang. *Humanitas: Humanidades Médicas,* 2007.
18. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA.* 2005;293(21):2609-17.
19. Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. El profesional sanitario como segunda víctima del daño en la asistencia. *Med Clin.* 2020;154:98-100.
20. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ *et al.* The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33:467-76.