

Consello de Contas
de Galicia



**INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LA
RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL
SANITARIA DEL SERGAS**

EJERCICIO 2008

ÍNDICE

I. ASPECTOS PRELIMINARES	11
I.1. INTRODUCCIÓN	11
I.2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	11
I.3. ALCANCE Y ÁMBITO DE LA FISCALIZACIÓN	12
I.4. METODOLOGÍA	13
I.5. LIMITACIONES	13
I.6. MARCO NORMATIVO	14
II. ANTECEDENTES DE LA FISCALIZACIÓN	16
II.1. MARCO CONCEPTUAL DEL OBJETO DE LA FISCALIZACIÓN: LA GESTIÓN DE RIESGOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL SANITARIA.....	16
II.2. LA PERCEPCIÓN CIUDADANA EN RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE RIESGOS A NIVEL DE GALICIA Y DEL SNS. BARÓMETRO SANITARIO 2008	20
III. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN	28
III.1. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD Y PAGOS DERIVADOS DE LA GESTIÓN DE RIESGOS	28
III.1.1. Consideraciones generales	28
III.1.2. Evolución del nº de reclamaciones patrimoniales sanitarias.....	28
III.1.3. Promedio de servizos afectados por las RRP sanitarias	31
III.1.4. Especialidades médicas y servicios clínicos más afectados por las RRP sanitarias	32
III.1.5. Principales causas del daño alegadas en las RRP sanitarias.....	34
III.1.6. Indemnización económica solicitada en las RRP sanitarias	35
III.1.7. Pagos derivados de las RRP en el período 2001/08.....	39

III.2. ANÁLISIS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LAS RRP SANITARIAS	43
III.2.1. Consideraciones generales	43
III.2.2. Análisis de la gestión del procedimiento administrativo de las RRP	45
III.3. ANÁLISIS DE LA EXIGENCIA DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL SANITARIA EN LA VÍA JUDICIAL	56
III.3.1. Consideraciones generales	56
III.3.2. Grado de estimación de las demandas por RPS en la vía judicial	57
III.3.3. Análisis de las demandas y sentencias por responsabilidad patrimonial sanitaria	61
III.3.4. Importes medios de las indemnizaciones fijadas en las sentencias judiciales por responsabilidad patrimonial sanitaria	63
III.3.5. Estimación del coste de la judicialización de los expedientes de reclamación por responsabilidad patrimonial sanitaria (RPS).....	64
III.3.6. la problemática de la responsabilidad médico-sanitaria: IA experiencia comparada europea.	69
III.4. ANÁLISIS DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL SANITARIA	73
III.4.1. Consideraciones generales	73
III.4.2. el contrato de seguro por responsabilidad patrimonial sanitaria	73
III.4.3. El seguro por RPS de la Administración sanitaria de Galicia.....	75
IV. CONCLUSIONES	83
IV.1. En relación con la actividad y pagos de la gestión de riesgos	83
IV.2. En relación con el sistema de gestión de las RRP en vía administrativa.....	88
IV.3. En relación con la exigencia de la RPS en vía judicial	91
IV.4. En relación con el seguro de responsabilidad patrimonial sanitaria.....	96
V. RECOMENDACIONES	102

V.1. En relación con la actividad y pagos de la gestión de riesgos	102
V.2. En relación con el sistema de gestión de las RRP	103
V.3. En relación con la exigencia de la RPS en vía judicial.....	104
V.4. En relación con el seguro de responsabilidad patrimonial sanitaria....	106
VI. ANEXOS.....	107
VII. ALEGACIONES	115
VIII. RÉPLICAS DEL CONSELLO DE CONTAS A LAS ALEGACIONES FORMULADAS POR LA CONSELLERÍA DE SANIDADE	125
IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS	133

ÍNDICE DE CUADROS E ILUSTRACIONES

Cuadro 1: La visibilidad de los errores médicos. Barómetro sanitario 2008.....	20
Cuadro 2: La importancia del problema. Barómetro sanitario 2008.....	21
Cuadro 3: Experiencia de errores en la asistencia. Barómetro sanitario 2008.....	22
Cuadro 4: Gravedad del error asistencial experimentado. Barómetro sanitario 2008.....	23
Cuadro 5: Grado de confianza en los profesionales sanitarios. Barómetro sanitario 2008.....	24
Cuadro 6: Valoración de la información facilitada por los servicios sanitarios públicos.....	25
Cuadro 7: Grado de utilización y satisfacción con la gestión de quejas y reclamaciones.....	26
Cuadro 8: Evolución del nº de reclamaciones patrimoniales del SERGAS. Período 2000-2008.....	29
Cuadro 9: Nº de reclamaciones patrimoniales del SERGAS x 100.000 h. Período 2000-2008.....	30
Cuadro 10: Promedio de servicios del SERGAS afectados por las RRP. Período 2000-2008.....	31
Cuadro 11: % de participación de los servicios afectados por las RRP del SERGAS. Período 2000-2008.....	33
Cuadro 12: Causas del daño alegadas en las RRP del SERGAS. Período 2001-2008.....	34
Cuadro 13: Distribución RRP sanitarias por importes económicos solicitados. Período 2000-2008.....	36
Cuadro 14: Evolución RRP sanitarias por tramos IER. Períodos 2000/03 – 2004/08.....	38
Cuadro 15: Situación expedientes RRP sanitarias según Consellería de Facenda. 2001-2008.....	39
Cuadro 16: Pagos de las RRP sanitarias cerradas. Período 2001-2008.....	39
Cuadro 17: Pagos > 1.800€ por año de las RRP sanitarias cerradas. Período 2001-2008.....	40
Cuadro 18: Importes indemnizatorios x causa del daño de las RRP sanitarias. Período 2001-2008.....	41
Cuadro 19: Reservas y pagos por año de las RRP sanitarias abiertas. Período 2001-2008.....	42
Cuadro 20: Tiempos medios de instrucción de las RRP por el SERGAS. Período 2000-2008.....	46
Cuadro 21: Sentido de las propuestas de resolución de las RRP por el SERGAS. Período 2000-2008.....	49
Cuadro 22: Actividad dictaminadora del CCG en las RRP sanitarias. Período 2000-2008.....	50
Cuadro 23: Sentido de los dictámenes del CCG según propuesta resolución del SERGAS. 2000-2008.....	51
Cuadro 24: Evolución dictámenes contrarios a la propuesta desestimación del SERGAS. 2000-2008.....	51
Cuadro 25: Cuantía de las indemnizaciones medias propuestas por el CCG. 2000-2008.....	55
Cuadro 26: Sentido de los fallos del TSJG por RP contra el SERGAS. Período 2000-2008.....	57
Cuadro 27: Evolución de la litigiosidad por RP contra el SERGAS. Período 2000-2008.....	58
Cuadro 28: Litigiosidad por RP contra el SERGAS y IECCG. Período 2000-2008.....	60
Cuadro 29: Sentencias en las que se demanda contra actos de desestimación presuntos.....	61
Cuadro 30: Cuantía media de las indemnizaciones fijadas en vía judicial. Período 2000-2008.....	63
Cuadro 31: Estimación del coste de la judicialización de las RRP sanitarias. Período 2000-2008.....	65
Cuadro 32: Estimación de los gastos jurídicos por la judicialización de la RPS. Período 2000-2008.....	66
Cuadro 33: Judicialización de las reclamaciones. Comparativa Internacional 2007.....	70
Cuadro 34: Evolución de las primas del seguro por RPS. Período 2000-2008.....	77
Cuadro 35: Evolución de la siniestralidad / primas netas del seguro de RPS. Período 2000-2008.....	79

Índice de cuadros e ilustraciones

Gráfico 1: Gestión de los sistemas de reclamaciones y demandas.....	18
Gráfico 2: Incremento del nº de reclamaciones patrimoniales del SERGAS. Período 2000-2008	29
Gráfico 3: Incremento del Nº de RRP del SERGAS x 100.000 h. Período 2000-2008	30
Gráfico 4: Evolución promedio de servicios afectados por las RRP del SERGAS. Período 2000-2008.....	32
Gráfico 5: Evolución de las causas del daño alegadas en las RRP del SERGAS. Período 2001-2008.....	35
Gráfico 6: Volumen económico solicitado en las RRP sanitarias por tramos. Período 2000-2008.....	37
Gráfico 7: Esquema de la tramitación administrativa de las RRP en el SERGAS.	44
Gráfico 8: Nº de sentencias del TSJG por RP contra el SERGAS. Período 2000-2008	56
Gráfico 9: RRP desestimadas en vía judicial. Período 2000-2008	59
Gráfico 10: Tiempos medios de los procesos judiciales por RPS.	62
Gráfico 11: % Gtos. jurídicos/Indemnizaciones por RPS en función de las cuantías reclamadas	67
Gráfico 12: Nº de Reclamaciones x 1.000.000 de habitantes. Comparativa Internacional 2007	69
Gráfico 13: Esquema general de la coordinación y gestión operativa del seguro de RPS.....	81

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AA.PP.	Administraciones Públicas
CA	Comunidad Autónoma
CCG	Consello Consultivo de Galicia
CE	Constitución Española
DP	Dirección Provincial
HOPE	Standing Committee of Hospitals of the European Union
IECCG	Índice de estimación del Consello Consultivo
IER	Importe Económico Reclamado
IL1	Índice de estimación en vía judicial de RRP sanitarias
IL2	Índice global de litigiosidad
Im CCG	Indemnización media propuesta por el Consello Consultivo de Galicia
Im X	Indemnización judicial media en sentencias del TSJG
INE	Instituto Nacional de Estadística
LCAP	Ley de contratos de las Administraciones Públicas
LOSGA	Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia
LRJPAC	Ley de Régimen Jurídico y del Procedimiento Administrativo Común
LGS	Ley General de Sanidad
MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo
RC	Responsabilidad civil
RPS	Responsabilidad patrimonial sanitaria
RRP	Reclamación responsabilidad patrimonial
S.G.	Subdirección general
SERGAS	Servicio Gallego de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Seguridad Social
tmed	Tiempo medio de emisión de dictamen
tmi	Tiempo medio de instrucción
tmr	Tiempo medio de resolución
TSJG	Tribunal Superior de Justicia de Galicia

Abreviaturas

I. ASPECTOS PRELIMINARES

I.1. INTRODUCCIÓN

1.1. El Pleno del Consello de Contas, por acuerdo del 16 de diciembre de 2009, aprobó el programa anual de trabajo para el año 2010 correspondiente a la fiscalización selectiva del ejercicio 2008, en el que se contempla la realización, a iniciativa del propio Consello, de las presentes actuaciones relativas a la gestión de riesgos en el SERGAS.

Las directrices técnicas a las que debía sujetarse la fiscalización fueron incluidas en el programa de trabajo aprobado por el Pleno.

I.2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.2. El objetivo general de la fiscalización de la gestión de riesgos fue el de verificar el adecuado funcionamiento y grado de eficacia de los controles establecidos por la Administración sanitaria autonómica para su gestión, así como obtener una visión global del papel desarrollado por la misma en la gestión de la calidad asistencial.

1.3. Los objetivos específicos, en relación con las áreas examinadas, consistieron en:

- Obtener una visión global y contextualizada –en el conjunto del SNS y con referencia al resto de los sistemas de salud europeos– de la evolución del número de reclamaciones y sentencias por responsabilidad patrimonial derivadas de la actuación del SERGAS, de su contenido y objeto y las cuantías reclamadas.
- Determinar el impacto económico de las sentencias condenatorias y de los acuerdos extrajudiciales alcanzados, y fiscalizar la gestión presupuestal de las obligaciones derivadas.

- Fiscalizar la contratación de seguros por responsabilidad de la Administración sanitaria, analizando la suficiencia de las coberturas de los mismos en relación con los riesgos que se pretenden asegurar, así como la evolución del coste de las primas abonadas.
- Verificar la existencia de programas de gestión de riesgos y evaluar su grado de eficacia en la mejora de la calidad de la asistencia, la seguridad del paciente y la eliminación o reducción de costes evitables. Comprobando, al mismo tiempo, en que medida se justifican las coberturas contratadas en los seguros por responsabilidad.
- Revisión de los sistemas de quejas y reclamaciones de los pacientes y de su gestión, comprobando la existencia de controles internos sobre su adecuado funcionamiento y la garantía de los derechos de los pacientes.
- Revisión de los procedimientos de exigencia de responsabilidad patrimonial por negligencia clínica en *vía administrativa*, determinando su adecuado funcionamiento.
- Revisión de los procedimientos y sistema de gestión de las demandas judiciales por responsabilidad interpuestas por los pacientes.

I.3. ALCANCE Y ÁMBITO DE LA FISCALIZACIÓN

1.4. La presente fiscalización se refiere al ejercicio 2008. No obstante, cuando los objetivos establecidos lo requieran, se extiende indistintamente a los ejercicios anteriores, o a hechos acontecidos con posterioridad que tuviesen causalidad con el ejercicio fiscalizado.

Las pruebas de cumplimiento y sustantivas realizadas fueron aquellas que de forma selectiva se consideraron necesarias para obtener evidencia suficiente y adecuada, con el objetivo de conseguir una base razonable que permita manifestar las conclusiones que se desprenden del trabajo realizado sobre la información de carácter asistencial y económico-presupuestaria, y los preceptos legales que le son de aplicación.

El ámbito de la fiscalización se extiende al conjunto de actuaciones de la Administración sanitaria autonómica en relación con la gestión de riesgos en el conjunto de los centros y servicios sanitarios, así como de la Consellería de Facenda, en relación con la contratación y gestión de las

pólizas de responsabilidad patrimonial sanitaria por cuenta y en colaboración con la de Sanidad y el SERGAS.

I.4. METODOLOGÍA

1.5. El desarrollo de los trabajos de fiscalización se dirigió a la verificación de la existencia de programas de gestión de riesgos y evaluar su grado de eficacia en la mejora de la calidad de la asistencia, la seguridad del paciente y la eliminación o reducción de costes evitables, comprobando al mismo tiempo en que medida se justifican las coberturas contratadas en los seguros por responsabilidad.

Para ello se revisaron los distintos aspectos funcionales, organizativos y de procedimiento en la gestión de riesgos, analizando para cada uno de ellos la adecuación a la normativa aplicable y el origen y estructuración de la información, así como los procedimientos de registro, los soportes informáticos utilizados y la verificación de los sistemas de control establecidos, junto con la práctica de comprobaciones documentales y de procedimientos.

La ejecución de los trabajos –de acuerdo con la programación establecida– se llevó a cabo en los Servicios Centrales del organismo autónomo en Santiago de Compostela, así como con información de las cuatro direcciones provinciales del SERGAS de A Coruña, Lugo, Ourense y Pontevedra.

I.5. LIMITACIONES

1.6. En general, las tareas de fiscalización de las distintas áreas objeto de examen se desarrollaron sin limitaciones que afectasen de forma sustancial a la consecución de los objetivos establecidos para las mismas.

A pesar de lo anterior, cabe poner de manifiesto las dificultades encontradas en la ejecución de los trabajos de la presente fiscalización, derivadas de la falta de un sistema de información integrado para la gestión de las RRP sanitarias que permitiese una mayor coordinación entre las distintas unidades administrativas que intervienen en su tramitación, así como disponer de una información menos dispersa, más homogénea y fiable.

Tanto los responsables de la Administración sanitaria como los de las entidades de seguros contratadas prestaron la colaboración requerida para la correcta ejecución de los trabajos de fiscalización.

I.6. MARCO NORMATIVO

1.7. El marco jurídico aplicable de las actuaciones objeto de esta fiscalización se integra por la normativa que se relaciona a continuación:

Legislación estatal

- Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad.
- Real decreto legislativo 1/1994, del 20 de junio, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
- Ley 41/2002, del 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, del 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 30/1992, del 26 de noviembre, modificada por la Ley 4/1999, de Régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento administrativo común.
- Real decreto 429/1993, del 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos de las administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial.
- Ley 50/1980, del 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Ley 29/1998, del 13 de julio, de la Jurisdicción contencioso-administrativa.
- Real decreto legislativo 2/2000, del 16 de junio, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley de contratos de las Administraciones Públicas.
- Real decreto 1098/2001, del 12 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento general de la Ley de contratos de las Administraciones Públicas.
- Ley 30/2007, del 30 de octubre, de Contratos del Sector Público.
- Ley 44/2003, del 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Legislación autonómica

- Ley 7/2003, del 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia.
- Ley 8/2008, del 10 de julio, de Salud de Galicia.
- Ley 6/2001, del 29 de junio, de adecuación de la normativa de la Comunidad Autónoma de Galicia a la Ley 4/1999, de modificación de la Ley 30/1992, del 26 de noviembre.
- Decreto legislativo 1/1999, del 7 de octubre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley de Régimen Financiero y Presupuestario de Galicia.
- Ley 16/2007, del 26 de diciembre, por la que se aprueban los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para 2008.
- Orden de la Consellería de Economía e Facenda, del 28 de junio de 2007, por la que se dictan instrucciones para la elaboración de los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2008.
- Orden de la Consellería de Economía e Facenda, del 18 de noviembre de 2008, por la que se regulan las operaciones de cierre del ejercicio 2008.
- Decreto 45/2006, del 23 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consellería de Sanidade.
- Decreto 46/2006, del 23 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud.
- Decreto 52/2001, del 22 de febrero, por el que se regula la acreditación de los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Galicia.
- Orden de la Consellería de Sanidade, del 13 de julio de 2004, por la que se normaliza el sistema de información y control de la demanda de actividad programada de consultas externas médicas en la red de hospitales del SERGAS.
- Orden de la Consellería de Sanidade, del 27 de julio de 2004, por la que se establece la estructura básica del sistema de información en los hospitales del SERGAS.
- Instrucción del 4 de septiembre de 2006, de la Secretaría General del SERGAS, sobre procedimiento administrativo de exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración por daños derivados de la asistencia sanitaria.

II. ANTECEDENTES DE LA FISCALIZACIÓN

II.1. MARCO CONCEPTUAL DEL OBJETO DE LA FISCALIZACIÓN: LA GESTIÓN DE RIESGOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL SANITARIA

2.1. Los riesgos inherentes a la práctica médica (iatrogenia, actuaciones inapropiadas o peligrosas, falta de formación, etc.) evolucionan paralelamente con la expansión tecnológica y los avances de las ciencias biomédicas, lo que impulsa el apoyo y la exigencia de medidas de evaluación y control que garanticen los máximos beneficios para el paciente y, al mismo tiempo, permitan identificar y controlar los peligros potenciales de dicha actuación (riesgos). En este contexto, la gestión de riesgos se ingiere a modo de subsistema en el marco conceptual más amplio de la gestión de calidad, relacionada, entre otros factores, con el desarrollo de una cultura asistencial basada en la mejora continua.

Las Administraciones sanitarias llevan trabajando desde hace tiempo en la línea de orientar los principios básicos de este enfoque para la satisfacción de los pacientes, la búsqueda de la motivación e implicación de los profesionales y de todos los empleados de los centros asistenciales, refiriendo los mismos a todas y cada una de las unidades y de los procesos de la organización. Este enfoque lleva implícita la responsabilidad personal de todos los miembros de la organización y el desarrollo de nuevas formas de información y comunicación, con el objetivo declarado de alcanzar el incremento de la efectividad, eficiencia y rendimiento de aquellos procesos que aportan valor añadido a la organización y a los pacientes.

2.2. La información obtenida de reclamaciones por mala praxis ha sido empleada en muchos países en la gestión de la calidad, ya que no sólo permite la identificación de aspectos negativos de la asistencia prestada, sino que constituye un sistema de identificación de problemas, localizando puntos de mejora del proceso y proponiendo actuaciones que puedan reducir las negligencias.

Será, en definitiva, esta información la que se emplee para poner en marcha programas de gestión de riesgos, cuyos objetivos básicos consistirán en: mejorar la calidad de la asistencia sanitaria prestada, la seguridad del paciente, y la eliminación o reducción de costes innecesarios.

Se trata, pues, de mejorar la calidad asistencial mediante la disminución de circunstancias que puedan causar daño al paciente en relación con los servicios prestados y, por lo tanto, desembocar en reclamaciones y/o demandas judiciales contra los profesionales o la Administración sanitaria.¹

2.3. Así pues, la gestión de riesgos debe ser entendida como un proceso sistemático de identificación, análisis y control de los riesgos con intención de disminuir los sucesos adversos, reducir el número de reclamaciones y la severidad de las mismas cuando se producen, contribuyendo a la mejora en la calidad de los servicios prestados.

El proceso de gestión de riesgos se divide en las siguientes fases:

1.- Fase de identificación de los riesgos

Consiste en el estudio de las posibles fuentes de riesgos, incluyendo los procesos que puedan ocasionarlos y los sujetos de esos riesgos. Esta fase se realiza a través del análisis de los siniestros y del estudio directo de los riesgos, siendo sus objetivos concretos: la enumeración y listado de riesgos, el establecimiento de un sistema de información de riesgos que detecte tanto los incidentes como los siniestros, la definición de una clasificación de riesgos codificada y adaptada a los centros, y la implantación operativa de una base de datos de riesgos sanitarios, garantizando la confidencialidad de los datos.

2.- Fase de análisis y evaluación de los efectos negativos

En esta fase el interés se centra en la medición del impacto del siniestro, valorando la probabilidad de que éste ocurra y de la severidad de sus efectos, en términos de ausencia de calidad y en términos económicos.

¹ En España, el Ministerio de Sanidad y Política Social –hasta abril de 2009 Ministerio de Sanidad y Consumo– tiene establecido la seguridad del paciente como una estrategia prioritaria del Sistema Nacional de Salud, en el marco de los programas que presenta en la actualidad la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente* y fundamentada en las mismas premisas referidas a nivel internacional: la frecuencia y el riesgo de discapacidad que para los pacientes puede suponer la atención no segura, el gran impacto económico de los efectos adversos, la preocupación que genera entre profesionales, instituciones y ciudadanos, el hecho de ser situaciones previsibles en un alto porcentaje de casos y la reconocida efectividad de las medidas y prácticas seguras.

La anterior prioridad quedó reflejada dentro de la Estrategia nº 8 de mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS, incluida en el Plan de Calidad para el SNS publicado por el Ministerio.

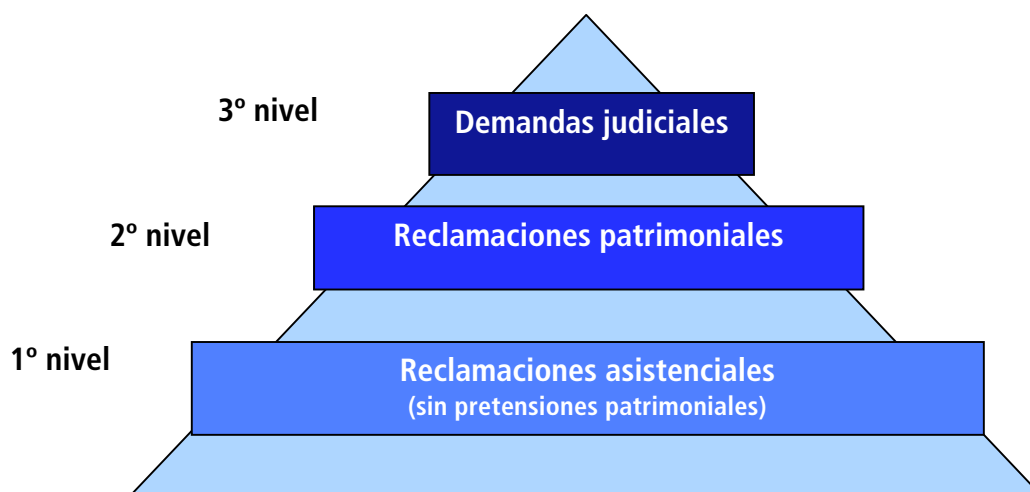
3.- Fase de reducción y control de riesgos o tratamiento del riesgo

A pesar de lo anterior, ante la imposibilidad de eliminar totalmente el riesgo, el objetivo se dirige a disminuir la frecuencia de su aparición y a minorar sus consecuencias y efectos. Junto con la prevención del riesgo, se plantea, en esta fase, la conveniencia de tener previstas formas de financiación de las secuelas ocasionadas por los siniestros. Para esta finalidad, las Administraciones sanitarias vienen, desde hace años, contratando pólizas de seguros de responsabilidad.

2.4. Con todo, cabe señalar las dificultades existentes para la implementación efectiva de programas de gestión de riesgos, debidas a la complejidad de la actividad asistencial sanitaria y a la necesidad de un “cambio cultural” hacia un enfoque proactivo que implique a todos los operadores, desde los profesionales sanitarios a los gestores y responsables políticos, y también a los propios pacientes y ciudadanos usuarios de los sistemas de salud.

Como consecuencia de lo anterior, el desarrollo de la gestión de riesgos se centra principalmente en la fase de tratamiento de los mismos, esto es en la gestión en vía administrativa de las reclamaciones asistenciales y patrimoniales derivadas de la asistencia prestada, así como de las demandas interpuestas en vía judicial.

Gráfico 1: Gestión de los sistemas de reclamaciones y demandas



El mayor número de reclamaciones se producen a nivel asistencial debido a deficiencias en la prestación asistencial, siendo los motivos más frecuentes los relacionados con la lista de espera, la cita previa, con la organización y normas, y demoras. Estas quejas, reclamaciones, sugerencias y solicitudes se caracterizan por no conllevar en ningún caso pretensiones indemnizatorias producto de presuntos daños ocasionados por la prestación asistencial, y porque se resuelven a través de procedimientos protocolizados por los servicios de atención al paciente de los distintos centros.

Sin embargo, a diferencia de las anteriores, las reclamaciones con pretensiones indemnizatorias por presuntos daños derivados de la atención sanitaria exigen la instrucción de un expediente en vía administrativa conforme a la normativa general de la responsabilidad patrimonial de las AA.PP. en el que se determine si hubo o no responsabilidad, y por lo tanto si procede indemnizar el daño producido. Finalmente, contra la resolución de la reclamación patrimonial por parte de la Administración sanitaria cabrá la interposición de demanda judicial ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

2.5. Con todo, el incremento experimentado en la última década en el número de reclamaciones patrimoniales y en su cuantía denota una creciente importancia del problema en relación con su coste económico y con su impacto en la calidad del funcionamiento de los sistemas de salud.² En este contexto, se produce un creciente riesgo de judicialización de la sanidad como respuesta de una sociedad cada vez más y mejor informada acerca de sus derechos que exige la reparación de los daños que se puedan producir por una asistencia inadecuada, y que puede incentivar, en algunos casos, la práctica de una medicina defensiva por parte de los facultativos que no siempre redundan en beneficio del paciente. Es por ello que la gestión de riesgos se convierte en un elemento estratégico en la gobernanza del sistema de salud, a los efectos de minimizar los costes derivados de la práctica de esa medicina defensiva como respuesta al mayor grado de control que ejercen los ciudadanos frente a los errores que se puedan producir en la asistencia sanitaria.

² Desde la publicación en el año 1999 del Informe del IOM (U.S. Institute of Medicine) titulado *To Err is Human: Building a Safer Health System*, diversos estudios, en diferentes países, estimaron la incidencia de los errores médicos o efectos adversos, en pacientes ingresados en hospitales, entre un 4% y 17%. Una cuarta parte de los mismos fueron graves y alrededor del 50% se consideraron evitables. Entre las causas inmediatas de los mismos se señala que en un 70% se deben a fallos técnicos, a defectos en las tomas de decisiones, no actuar de la manera más apropiada en función de la información disponible, problemas en la anamnesis, ausencia de cuidados que eran necesarios, o a la prestación inadecuada de los mismos.

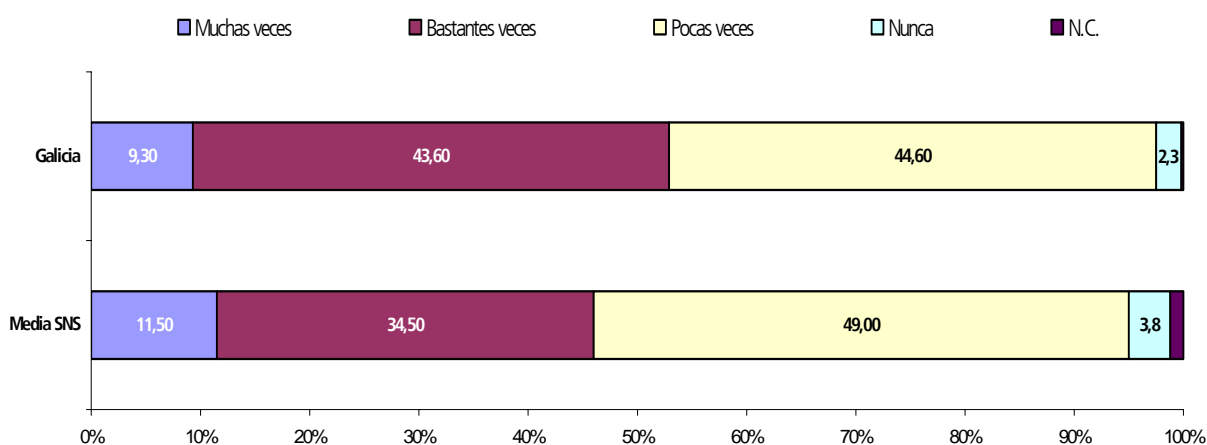
II.2. LA PERCEPCIÓN CIUDADANA EN RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE RIESGOS A NIVEL DE GALICIA Y DEL SNS. BARÓMETRO SANITARIO 2008

2.6. Algunos de los aspectos básicos relacionados con la gestión de riesgos, como la incidencia de errores médicos en la asistencia sanitaria, la disponibilidad de información sobre vías de reclamación, y la gestión de las reclamaciones, fueron incorporados en los últimos ejercicios al *Barómetro Sanitario*³ elaborado anualmente por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

2.6.1. La percepción general de los ciudadanos en relación con los errores médicos se examinó a través de tres preguntas incluidas en el cuestionario del barómetro correspondiente al año 2008.

Cuadro 1: La visibilidad de los errores médicos. Barómetro sanitario 2008

P31 ¿Con qué frecuencia lee o escucha algunas noticias sobre equivocaciones o errores en la asistencia sanitaria?



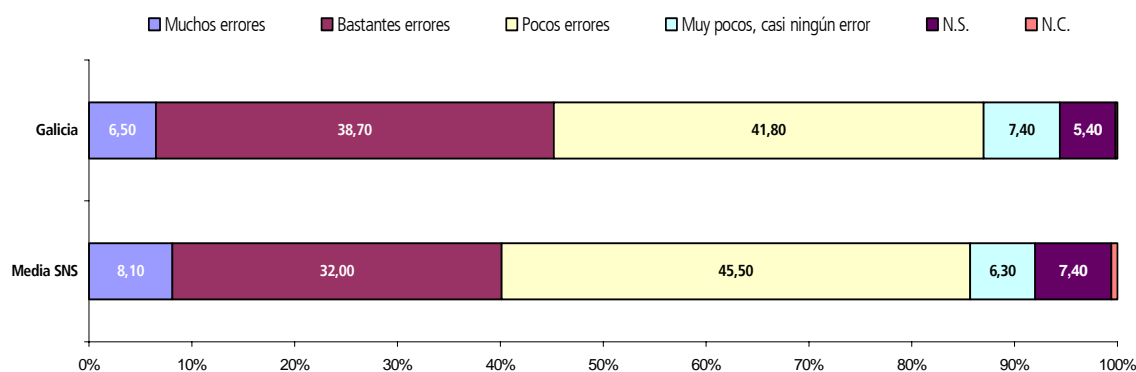
Fuente: Barómetro Sanitario-2008.

³ El Barómetro Sanitario es un estudio de opinión que realiza el Ministerio de Sanidad y Política Social en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), y que está integrado en el Plan Estadístico Nacional. Su objetivo consiste en conocer que percepción tienen los ciudadanos sobre el funcionamiento de los Servicios Sanitarios Públicos y de la información facilitada por estos.

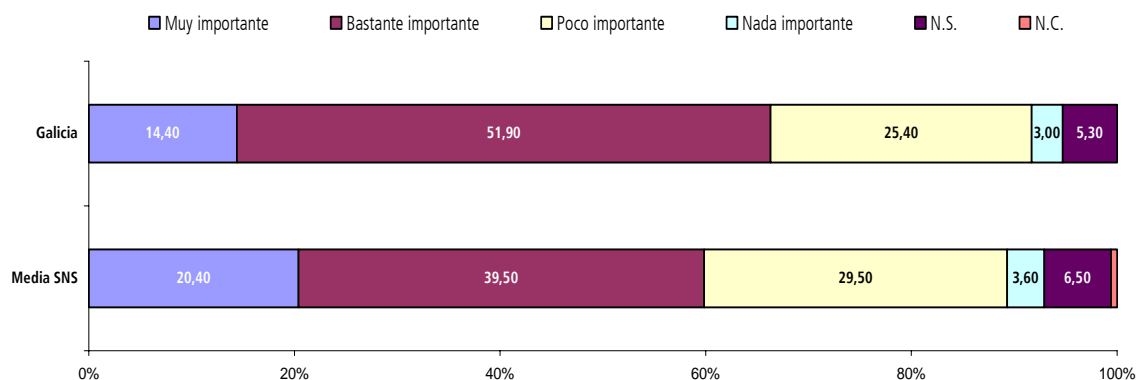
A nivel del conjunto del SNS, el 34,5% de los encuestados han leído o escuchado bastantes veces sobre errores en la asistencia sanitaria. Un 11,5% afirman tener noticias sobre los mismos muchas veces, frente a un 3,8% que nunca han leído ni escuchado nada relacionado con errores en la asistencia sanitaria. En Galicia se constata un mayor grado de visibilidad del fenómeno analizado, ya que el 43,6% de los encuestados manifiestan haber leído o escuchado bastantes veces. Un 9,3% afirman tener noticias muchas veces frente a un 2,8% que nunca.

Cuadro 2: La importancia del problema. Barómetro sanitario 2008

P32 Y en España ¿diría usted que se producen en la asistencia sanitaria...?



P33 Y ¿cree usted que el número de equivocaciones y errores representan en la asistencia sanitaria española, un problema...?



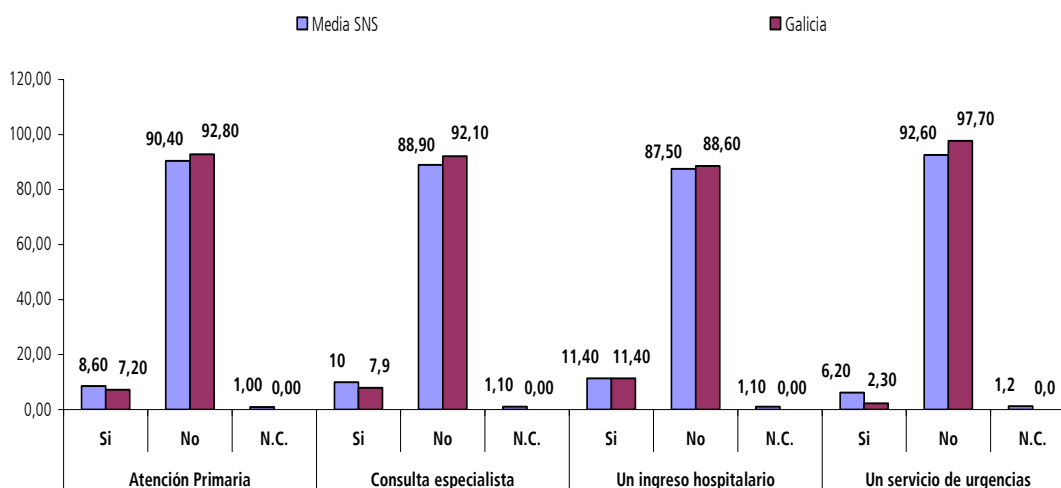
Fuente: Barómetro Sanitario-2008.

Como cabría esperar, la mayor visibilidad o conocimiento de la problemática de los errores en la asistencia médica en Galicia con respecto a la media del SNS se traduce en la percepción de una mayor frecuencia de los errores médicos –un 45,2% de los encuestados consideran que se producen bastantes o muchos errores, frente a un 40,1% a nivel nacional–, y también en una mayor consideración de la importancia del problema –un 66,3% opina que es bastante o muy importante frente al 59,9% a nivel del SNS–.

2.6.2. En relación con la experiencia de errores concretos en la asistencia sanitaria recibida, el Barómetro incluye dos preguntas, una relativa a la ocurrencia de los mismos en los distintos niveles asistenciales –atención primaria, consulta de especialista, hospitalización y urgencias– y otra sobre su gravedad.

Cuadro 3: Experiencia de errores en la asistencia. Barómetro sanitario 2008

P35 ¿Usted o alguien de su familia ha sufrido algún tipo de error en la asistencia médica recibida en...?

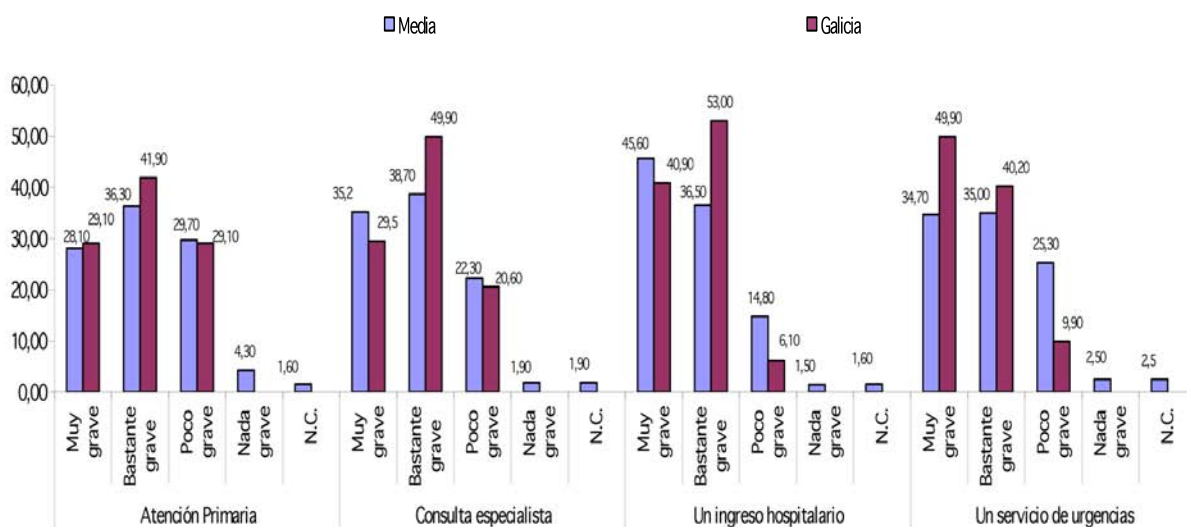


Fuente: Barómetro Sanitario-2008.

Como se puede observar en el cuadro anterior, la ocurrencia de errores experimentados por los encuestados o alguno de sus familiares es menor en Galicia que en la media del SNS en todos los niveles asistenciales, salvo en la hospitalaria donde se encuentra justo en la media. Siendo especialmente significativa la diferencia en el servicio de urgencias, donde el 2,3% de los encuestados en Galicia declaran haber sufrido algún tipo de error, frente al 6,2% de los encuestados a nivel nacional.

Cuadro 4: Gravedad del error asistencial experimentado. Barómetro sanitario 2008

P35a ¿Y este error afectó de una manera muy grave, bastante grave, poco grave o nada grave, a su salud o a la salud de su familia?



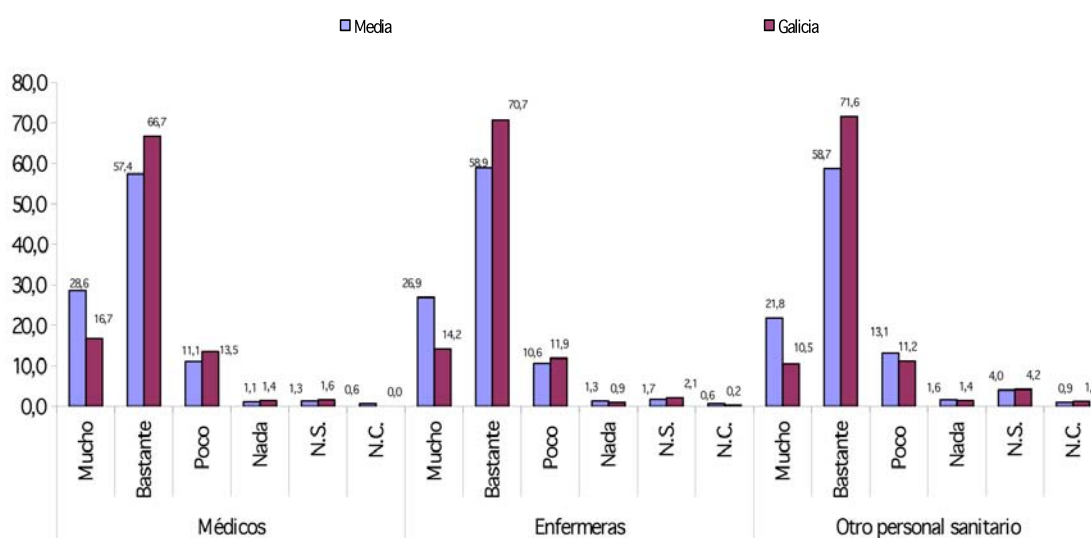
Fuente: Barómetro Sanitario-2008.

En general, la percepción de la gravedad de los errores experimentados en la asistencia sanitaria en sus distintos niveles es mayor en Galicia que en el conjunto del SNS, de modo que la suma de los porcentajes de encuestados que consideran que el error afectó de un modo muy o bastante grave a su salud o de alguno de sus familiares supera a la media nacional en todos los niveles asistenciales, siendo especialmente significativa la diferencia en el servicio de urgencias.

2.6.3. A pesar de lo anterior, el grado de confianza en los profesionales sanitarios del sistema público de salud es elevado tanto a nivel nacional como autonómico.

Cuadro 5: Grado de confianza en los profesionales sanitarios. Barómetro sanitario 2008

P34 Y hablando ahora de diferentes profesionales que prestan servicios en nuestro sistema sanitario ¿podría decir en qué grado: mucho, bastante, poco o nada, confía usted en que realizan adecuadamente su labor...?



Fuente: Barómetro Sanitario-2008.

A nivel nacional el 86% de los encuestados confía mucho o bastante en los médicos, frente al 83,4% de los encuestados en Galicia. Con respecto al personal de enfermería, los porcentajes alcanzan el 85,8% y 84,9%, respectivamente, mientras que para otro personal sanitario éstas se sitúan en el 80,5% y 82,1%. Sólo el 1,1% –a nivel de SNS– y el 1,4% –a nivel de nuestra Comunidad Autónoma– manifiesta no confiar nada en el personal facultativo, siendo estos porcentajes del 1,3% y 0,9%, respectivamente, para el personal de enfermería; y del 1,6% y 1,4%, respectivamente, para otro personal sanitario.

2.6.4. El Barómetro sanitario viene recogiendo la evolución de la valoración de distintos tipos de información que facilitan los servicios sanitarios públicos del conjunto de los SNS, entre ellos la información acerca de los derechos y vías de reclamación de que disponen los usuarios. En el cuadro siguiente se recogen las valoraciones correspondientes al período 2002-2008.

Cuadro 6: Valoración de la información facilitada por los servicios sanitarios públicos

P22 ¿Podría valorar cada uno de los siguientes tipos de información que facilitan los servicios sanitarios públicos? Emplee una escala de 1 a 10, en la que 1 significa “no facilitan ninguna información” y 10 que “facilitan mucha información”.

La información disponible sobre las vías de reclamación

Comunidad Autónoma	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Andalucía	3,68	4,21	4,20	4,49	4,36	4,34	4,47
Aragón	4,22	4,50	4,52	4,52	4,58	4,39	4,67
Asturias	4,99	5,59	5,71	6,23	5,84	5,66	5,34
Baleares	3,98	3,66	4,03	3,86	4,58	4,37	3,79
Canarias	3,33	3,32	3,59	3,54	4,14	4,09	3,84
Cantabria	4,18	4,38	3,18	4,22	3,81	3,27	3,92
Castilla-La Mancha	4,05	4,06	4,28	4,03	4,34	4,45	4,58
Castilla-León	4,19	4,64	4,49	4,86	4,83	4,55	4,49
Cataluña	3,50	3,96	4,19	3,85	4,21	4,21	4,43
Com. Valenciana	3,96	3,71	4,23	3,79	4,19	3,86	4,07
Extremadura	3,70	3,95	4,50	4,43	4,43	4,02	4,78
Galicia	4,09	4,25	4,19	4,39	4,38	4,44	4,26
Madrid	3,65	3,53	3,38	3,47	3,65	3,67	3,18
Murcia	2,90	2,81	3,50	3,09	3,47	3,15	3,34
Navarra	3,91	4,30	3,77	3,81	4,25	3,76	4,33
País Vasco	4,97	5,90	4,79	4,90	4,99	4,59	4,85
Rioja	3,49	4,10	5,22	5,30	5,18	4,43	5,98
Media SNS	3,86	4,09	4,10	4,14	4,29	4,17	4,22

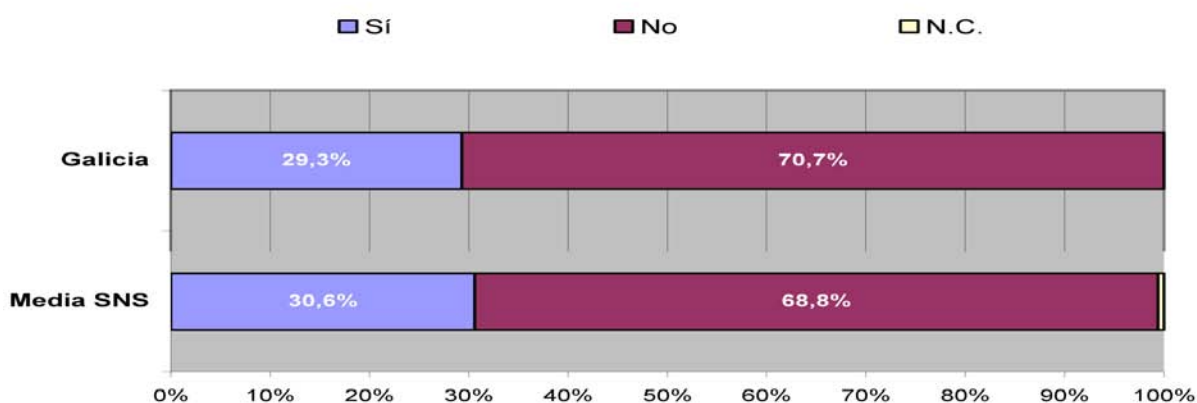
Fuente: Barómetro Sanitario-2008.

Como puede comprobarse, los encuestados puntúan de forma sistemática con suspensos o con aprobados bajos las valoraciones que asignan a la información sanitaria institucional relativa a los derechos y vías de reclamación de los que disponen los usuarios. Por comunidades autónomas, la asturiana es la única que obtiene un aprobado en todos los ejercicios, encontrándose la gallega ligeramente por encima de la media del SNS.

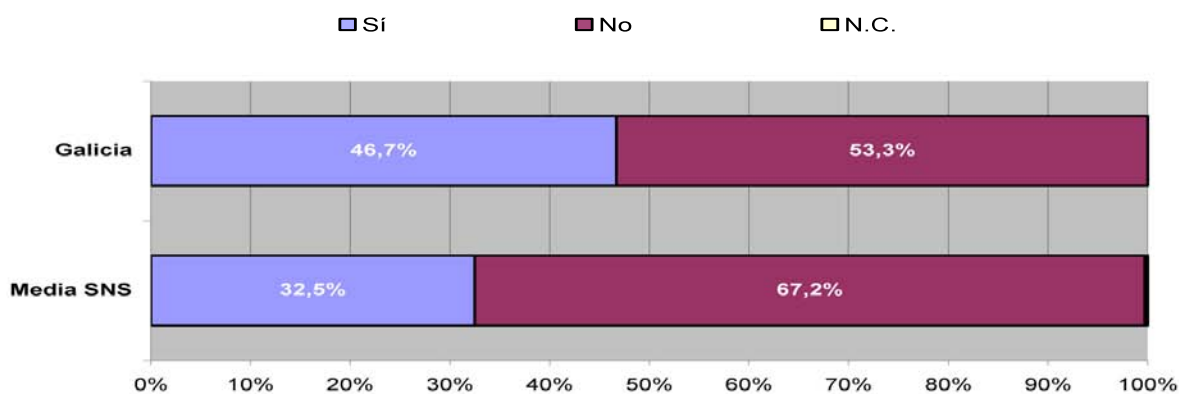
2.6.5. En la encuesta correspondiente al ejercicio 2008 se incluyeron por primera vez una serie de preguntas directamente relacionadas con el grado de utilización y satisfacción de los ciudadanos al respecto de la gestión de quejas y reclamaciones por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Cuadro 7: Grado de utilización y satisfacción con la gestión de quejas y reclamaciones

P12 ¿En alguna ocasión pensó usted poner una queja o reclamación por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos?

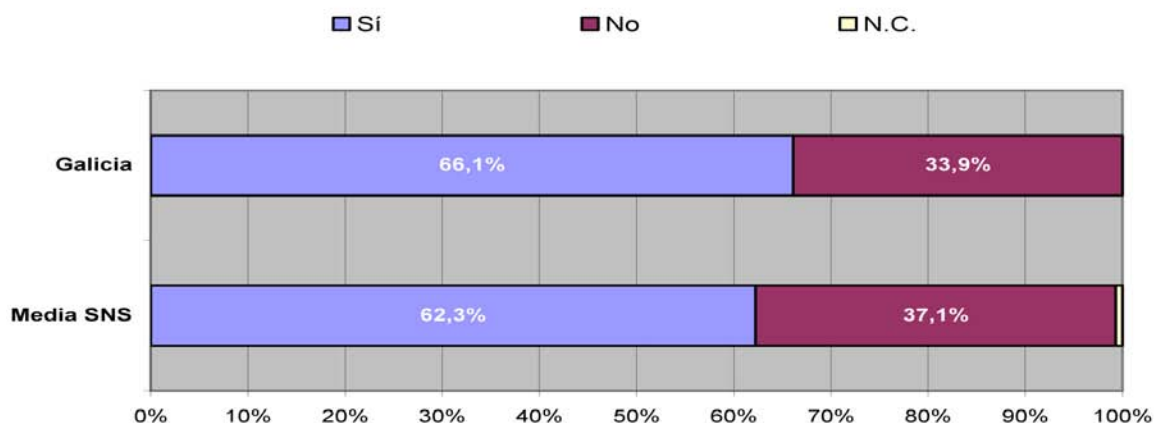


P12a ¿Lo hizo usted?

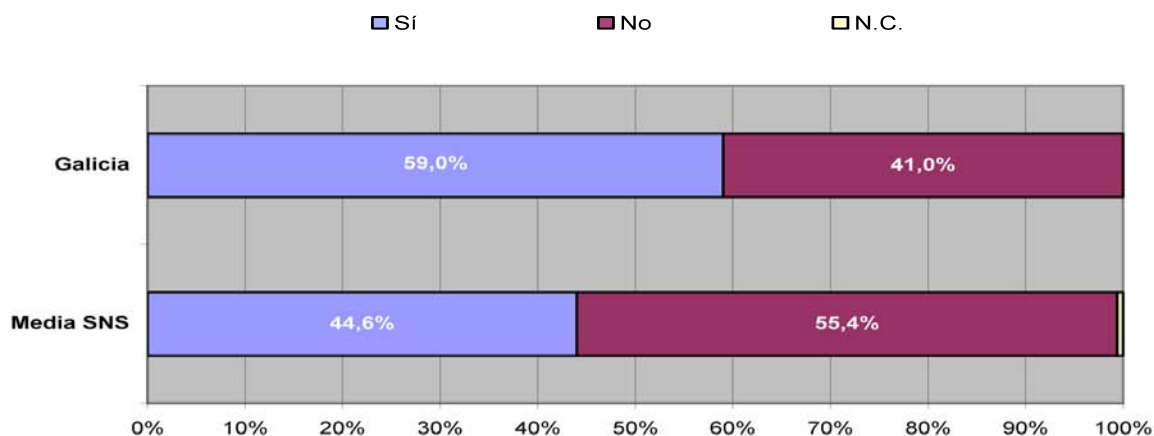


Fuente: Barómetro Sanitario-2008.

P12b ¿Obtuvo respuesta?



P12c En general, ¿el resultado fue satisfactorio para usted?



Fuente: Barómetro Sanitario-2008.

Como puede comprobarse, el 29,3% de los encuestados en Galicia pensaron alguna vez en poner una queja o reclamación por el funcionamiento de los servicios sanitarios, un porcentaje muy próximo a la media nacional. De estos encuestados en nuestra Comunidad Autónoma, el 46,7% manifiestan haber efectivamente realizado una queja o reclamación, frente a un 32,5% a nivel del SNS. De los reclamantes en Galicia, el 66,1% señala haber obtenido una respuesta de la Administración sanitaria, frente a un 62,3% a nivel nacional. Y de estos, a su vez, el 59% de los encuestados en nuestra Comunidad manifiestan haber obtenido un resultado satisfactorio, frente al 44,6% a nivel nacional.

III. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

III.1. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD Y PAGOS DERIVADOS DE LA GESTIÓN DE RIESGOS

III.1.1. CONSIDERACIONES GENERALES

3.1. A los efectos de alcanzar los objetivos de la fiscalización con respecto a la revisión de esta área, se analizaron, para el período comprendido entre los años 2000 y 2008, entre otros aspectos, la evolución del número de reclamaciones patrimoniales por daños derivados de la asistencia sanitaria (RRP) prestada por la Administración sanitaria –previas al acceso a la vía jurisdiccional–; las especialidades médicas y los servicios asistenciales más afectados por las reclamaciones; las principales causas alegadas en las mismas; los importes económicos de las indemnizaciones solicitadas, así como el impacto económico real derivado tanto de los pagos correspondientes a las reclamaciones cerradas –bien en vía administrativa o bien con sentencia condenatoria para la Administración sanitaria en vía judicial– como de los que se puedan derivar de las reclamaciones pendientes de resolución.

III.1.2. EVOLUCIÓN DEL Nº DE RECLAMACIONES PATRIMONIALES SANITARIAS

3.2. Según los datos facilitados por la S.G. de Inspección, Auditoría y Acreditación de la Consellería de Sanidade, el número de reclamaciones patrimoniales por daños derivados de la asistencia sanitaria registradas en nuestra Comunidad Autónoma a lo largo del período 2000-2008 ascendió a un total de 1.526, de las que el 42,3% corresponden a centros y servicios de la provincia de A Coruña; el 13,8% a los de Lugo; el 12,3% a los de Ourense; y el 31,6% a los centros de Pontevedra –ver cuadro adjunto–.

Cuadro 8: Evolución del nº de reclamaciones patrimoniales del SERGAS. Período 2000-2008

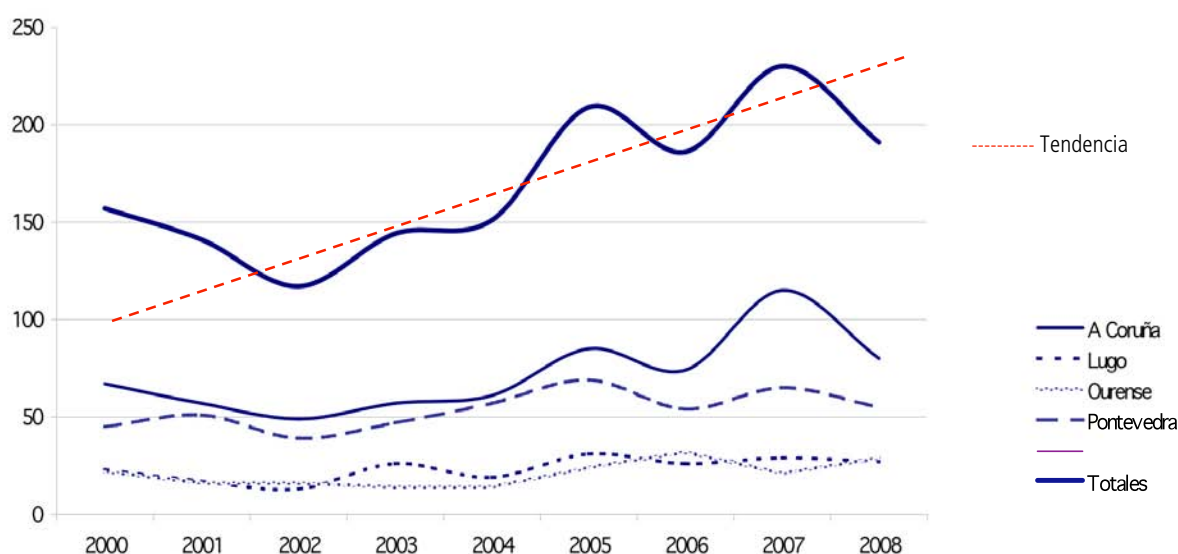
Provincia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total	% s/ Total
A Coruña	67	57	49	57	61	85	74	115	80	645	42,3%
Lugo	23	17	13	26	19	31	26	29	27	211	13,8%
Ourense	22	16	16	14	14	24	32	21	29	188	12,3%
Pontevedra	45	51	39	47	57	69	54	65	55	482	31,6%
Totales	157	141	117	144	151	209	186	230	191	1.526	100,0%

Fuente: Base de datos RRP de la S.G. de Inspección, Auditoría y Acreditación.

Del análisis de los datos a lo largo del período se deduce una tendencia al incremento paulatino del número de reclamaciones patrimoniales formuladas anualmente. Así, de un mínimo de 117 reclamaciones registradas en el ejercicio 2002, se pasa a 230 en 2007 –lo que supone un incremento del 96,5%–, y a 191 en 2008, lo que supone un incremento del 63,2%.

Como se puede comprobar en el gráfico siguiente, este incremento en el número de reclamaciones anuales registradas a partir del ejercicio 2002 viene impulsado principalmente por los crecimientos de un 63,2%, 107,7% y 81,2% de las reclamaciones formuladas en los centros y servicios sanitarios de A Coruña, Lugo y Ourense, y en menor medida por lo experimentado en Pontevedra, en un 41%.

Gráfico 2: Incremento del nº de reclamaciones patrimoniales del SERGAS. Período 2000-2008



Fuente: Base de datos RRP de la S.G. de Inspección, Auditoría y Acreditación.

En términos relativos a la población de derecho –según los datos del padrón de habitantes del INE–, las tasas de reclamaciones por cada 100.000 habitantes son las que se recogen en el cuadro siguiente:

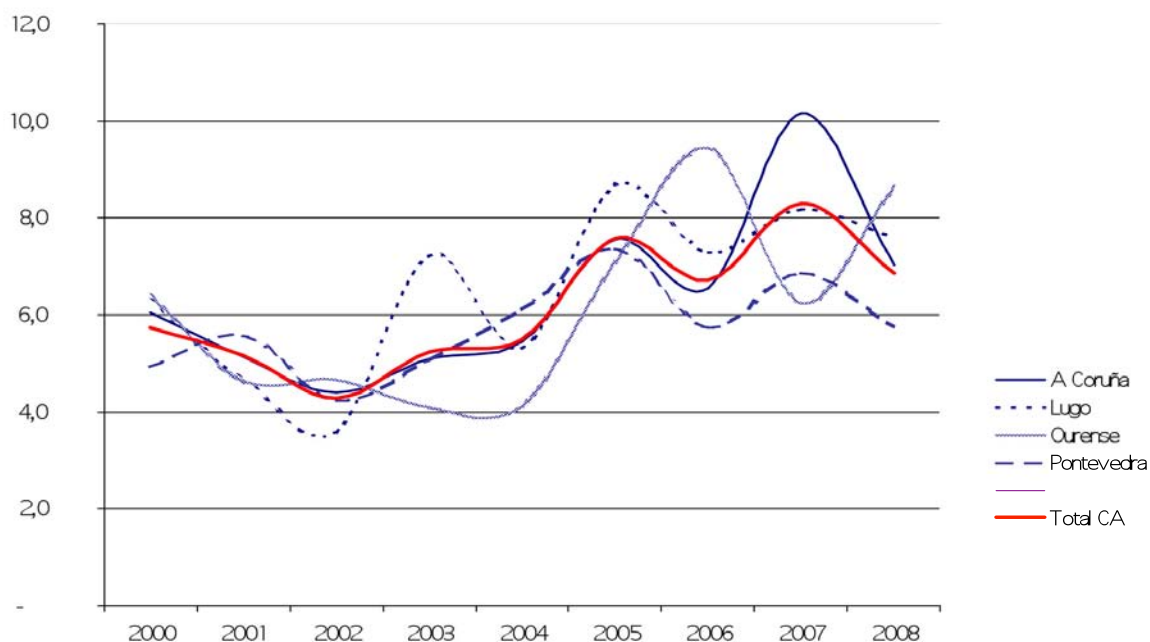
Cuadro 9: N° de reclamaciones patrimoniales del SERGAS x 100.000 h. Período 2000-2008

Provincia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	media anual
A Coruña	6,0	5,1	4,4	5,1	5,4	7,5	6,6	10,2	7,0	6,4
Lugo	6,3	4,7	3,6	7,2	5,3	8,7	7,3	8,2	7,6	6,5
Ourense	6,4	4,6	4,7	4,1	4,1	7,1	9,4	6,2	8,6	6,1
Pontevedra	4,9	5,6	4,2	5,1	6,1	7,4	5,7	6,9	5,8	5,7
Total CA	5,7	5,2	4,3	5,2	5,5	7,6	6,7	8,3	6,9	6,1

Fuente: Base de datos RRP de la S.G. de Inspección, Auditoría y Acreditación. Datos población de derecho INE.

Desde el ejercicio 2002 –que marca los valores mínimos en las tasas de la serie analizada– se observa un paulatino incremento anual en el número de reclamaciones registradas por cada 100.000 habitantes, pasando para el conjunto de la Comunidad Autónoma de 4,3 a 6,9 en el ejercicio 2008, lo que supone un 60,5% más.

Gráfico 3: Incremento del N° de RRP del SERGAS x 100.000 h. Período 2000-2008



Fuente: Base de datos RRP de la S.G. de Inspección, Auditoría y Acreditación. Datos población de derecho INE.

Por provincias, los incrementos en las tasas de reclamaciones por cada 100.000 habitantes para el período 2002-2008 alcanzan porcentajes del 111,1% en Lugo, del 82,9% en Ourense, del 16,6% en A Coruña y del 38,1% en Pontevedra.

A pesar de lo anterior, cabe llamar la atención sobre el hecho de que las tasas medias para el período 2000-2008 alcanzan valores muy similares en las provincias de A Coruña, Lugo y Ourense, de 6,4; 6,5; e 6,1, respectivamente; frente a 5,7 en Pontevedra.

III.1.3. PROMEDIO DE SERVICIOS AFECTADOS POR LAS RRP SANITARIAS

3.3. Dado que algunas de las reclamaciones patrimoniales por daños derivados de la asistencia sanitaria pueden afectar a más de un centro o servicio, resulta de interés como aproximación a la complejidad de las reclamaciones formuladas determinar la relación entre su número y la cantidad de centros y servicios afectados.

En el cuadro siguiente se recoge la evolución, para el período 2000-2008, del número medio de servicios y centros afectados por reclamación patrimonial en cada ejercicio.

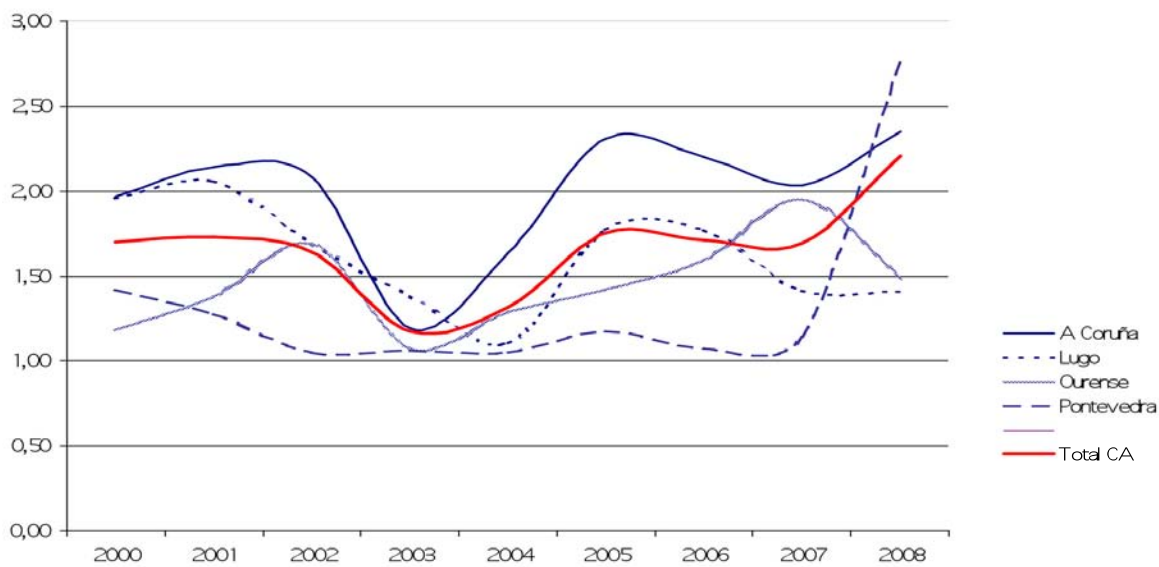
Cuadro 10: Promedio de servicios del SERGAS afectados por las RRP. Período 2000-2008

Provincia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Var %
A Coruña	1,97	2,14	2,08	1,19	1,64	2,31	2,20	2,03	2,35	+ 19,2 %
Lugo	1,96	2,06	1,69	1,38	1,11	1,77	1,77	1,41	1,41	- 28,1 %
Ourense	1,18	1,38	1,69	1,07	1,29	1,42	1,59	1,95	1,48	+ 25,4 %
Pontevedra	1,42	1,27	1,05	1,06	1,05	1,17	1,07	1,14	2,76	+ 48,5 %
Promedio CA	1,70	1,73	1,64	1,17	1,32	1,75	1,71	1,70	2,20	+ 29,4 %

Fuente: Elaboración propia. Base de datos RRP de la S.G. de Inspección, Auditoría y Acreditación.

Como se puede comprobar, a nivel de Comunidad Autónoma las reclamaciones patrimoniales afectan cada vez a un mayor número medio de servicios –concretamente un 29,4% más–, sin embargo a nivel provincial cabe destacar que el mayor incremento de servicios afectados se produjo en Pontevedra con un 48,5%, seguido por Ourense con un 25,4% y A Coruña con un 19,2%, mientras que en el caso de las reclamaciones de Lugo se produce una disminución en la afectación de los mismos de un 28,1%.

Gráfico 4: Evolución promedio de servicios afectados por las RRP del SERGAS. Período 2000-2008



Fuente: Elaboración propia. Base de datos RRP de la S.G. de Inspección, Auditoría y Acreditación.

El número promedio de servicios afectados por las reclamaciones correspondientes a los centros y servicios de la provincia de A Coruña se mantiene a lo largo de todo el período considerado por encima de la evolución de la media para todo el SERGAS, y claramente por encima de la media anual de los centros y servicios de las restantes provincias. Por el contrario, el número medio de servicios afectados por las reclamaciones patrimoniales de Pontevedra se encuentran durante casi todo el período –del 2000 al 2007– por debajo de la media anual y de los centros y servicios de las restantes provincias, para situarse por encima de ella en el último ejercicio.

III.1.4. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y SERVICIOS CLÍNICOS MÁS AFECTADOS POR LAS RRP SANITARIAS

3.4. En el cuadro siguiente se recogen los principales servicios asistenciales del SERGAS afectados por las reclamaciones patrimoniales sanitarias y ordenados en función de su porcentaje de

participación en las RRP registradas en los últimos nueve años, según los datos facilitados por la S.G. de Inspección, Auditoría y Acreditación de la Consellería de Sanidade.

Cuadro 11: % de participación de los servicios afectados por las RRP del SERGAS. Período 2000-2008

Servicios afectados por las RRP	Nº de RRP ⁴	% particip.	% Acumulado
Urgencias	445	18,8%	18,8%
Traumatología	339	14,3%	33,1%
Obstetricia y Ginecología	271	11,4%	44,6%
Cirugía General y Digestiva	251	10,6%	55,2%
Oftalmología	131	5,5%	60,7%
Medicina Interna	116	4,9%	65,6%
Urología	95	4,0%	69,6%
Medicina Intensiva	89	3,8%	73,4%
Neurocirugía	77	3,3%	76,6%
Rehabilitación	72	3,0%	79,7%
Neurología	53	2,2%	81,9%
Radiodiagnóstico	47	2,0%	83,9%
Pediatría	45	1,9%	85,8%
Cardiología	44	1,9%	87,7%
Neonatología	44	1,9%	89,5%
Digestivo	43	1,8%	91,3%
Anestesia y reanimación	42	1,8%	93,1%
Angiología y Cirugía Cardiovascular	34	1,4%	94,6%
Otorrinolaringología	42	1,8%	96,3%
Psiquiatría	33	1,4%	97,7%
Oncología Médica	31	1,3%	99,0%
Cirugía Cardíaca	23	1,0%	100,0%
Totales	2.367	100,0%	

Fuente: Elaboración propia. Base de datos RRP de la S.G. de Inspección, Auditoría y Acreditación.

Como se puede comprobar, son los servicios de Urgencias –con un 18,8%– y de Traumatología –con un 14,3%–, junto con los de Obstetricia y Ginecología –con un 11,4%–, y de Cirugía General y Digestiva –con un 10,6%–, los que más incidencia de reclamaciones patrimoniales presentan. Estos cuatro servicios participan en más del 50% de las RRP registradas.

Les siguen en frecuencia los servicios de Oftalmología –con un 5,5%–, Medicina Interna –con un 4,9%–, Urología –4,0%–, Medicina Intensiva –con un 3,8%–, y Neurocirugía –con un 3,3%–.

⁴ En una misma reclamación por responsabilidad patrimonial formulada contra la Administración sanitaria, puede figurar más de un servicio afectado por la misma, por lo que el Nº de RRP totales que aparece en el presente cuadro es superior al número de reclamaciones registradas en el período 2000-2008 analizado.

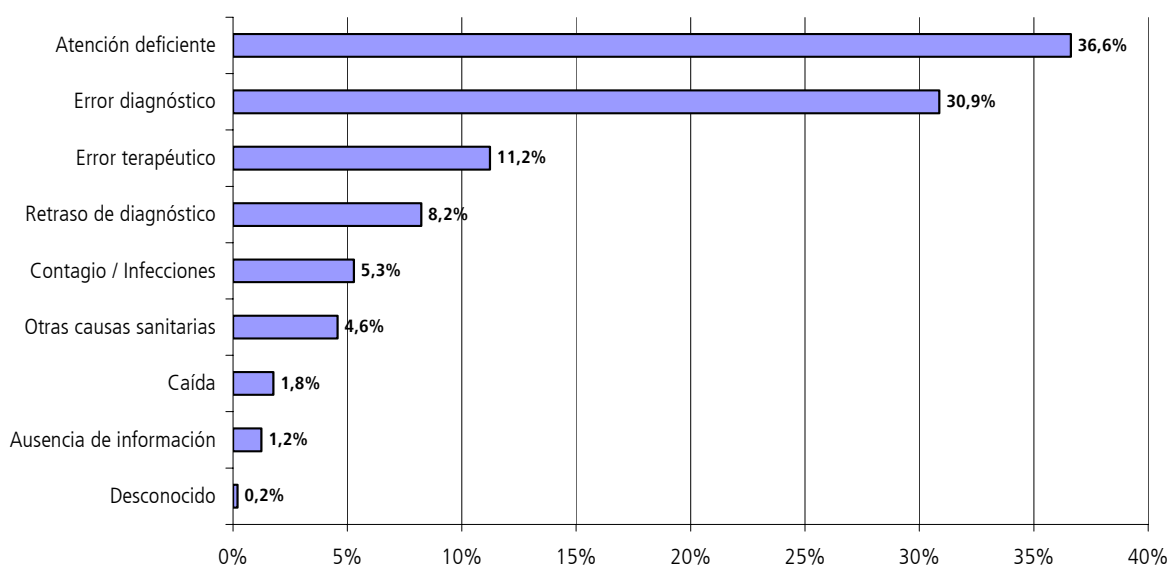
III.1.5. PRINCIPALES CAUSAS DEL DAÑO ALEGADAS EN LAS RRP SANITARIAS

3.5. Según los datos facilitados por el Servicio de Gestión de Riesgos de la Secretaría General de Patrimonio de la Consellería de Facenda, las causas más frecuentes del daño alegadas en las RRP sanitarias formuladas en el período 2001-2008 fue el error médico, con un 42,1% de las RRP, bien como error diagnóstico (en un 30,9%) o terapéutico (en un 11,2%) –ver cuadro adjunto–.

A continuación destaca la atención deficiente, que es alegada en el 36,6% de las reclamaciones, y el retraso diagnóstico, alegado en el 8,2% de las RRP sanitarias.

Cuadro 12: Causas del daño alegadas en las RRP del SERGAS. Período 2001-2008

CAUSA DEL DAÑO ALEGADA	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	PERÍODO 2001-2008	%
Atención deficiente	74	91	59	39	61	65	108	64	561	36,6%
Error diagnóstico	54	66	50	52	50	72	64	65	473	30,9%
Error terapéutico	22	29	17	17	23	20	19	25	172	11,2%
Retraso de diagnóstico	31	19	8	15	9	10	18	16	126	8,2%
Contagio / Infecciones	20	7	11	8	6	10	10	9	81	5,3%
Otras causas sanitarias	10	18	12	6	9	5	5	5	70	4,6%
Caída	5	3	6	4	3	2	4	0	27	1,8%
Ausencia de información	3	2	1	1	5	2	3	2	19	1,2%
Desconocido	1	0	0	0	0	0	0	2	3	0,2%
TOTAL	220	235	164	142	166	186	231	188	1.532	100%

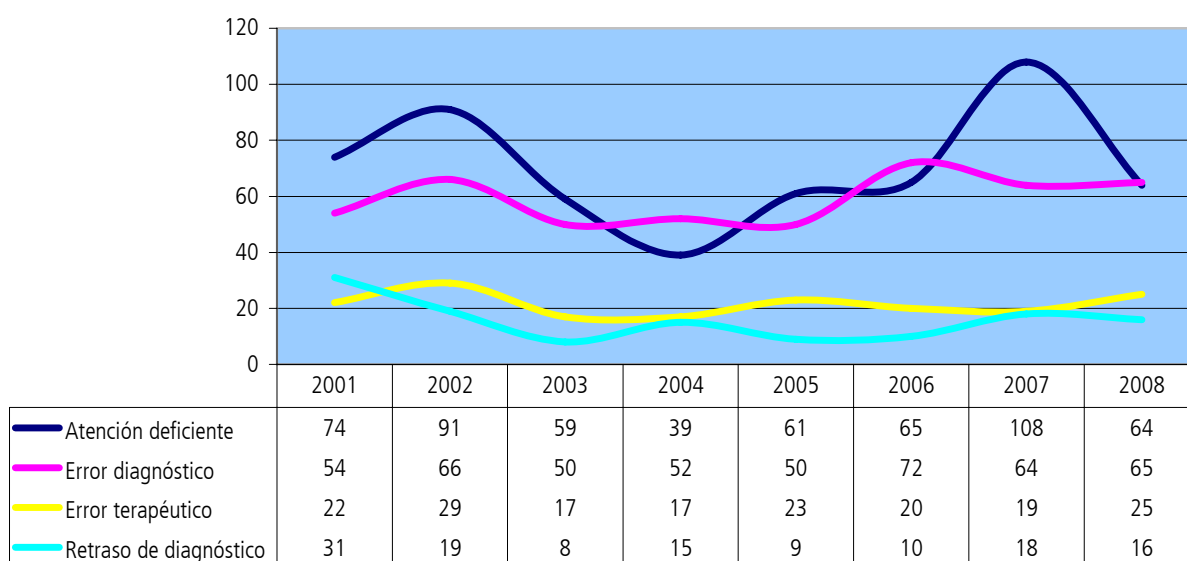


Fuente: Elaboración propia. Base de datos RRP de la S.G. de Patrimonio – Servicio de Gestión de Riesgos y Seguros.

En relación con la evolución temporal de las frecuencias de las causas alegadas, cabe destacar el incremento de la atención deficiente en el período 2004-2007, que de 39 al principio del mismo, pasa a 108 al final, lo que supone un crecimiento del 176,9%. También el error diagnóstico sufre un incremento como causa alegada del daño de la RRP sanitaria, pasando en el mismo período de 52 a 64, lo que representa un crecimiento del 25%.

Frente a estas dos causas, se observa una mayor estabilidad en las frecuencias del error terapéutico y del retraso de diagnóstico.

Gráfico 5: Evolución de las causas del daño alegadas en las RRP del SERGAS. Período 2001-2008



Fuente: Elaboración propia. Base de datos RRP de la S.G. de Patrimonio – Servicio de Gestión de Riesgos y Seguros.

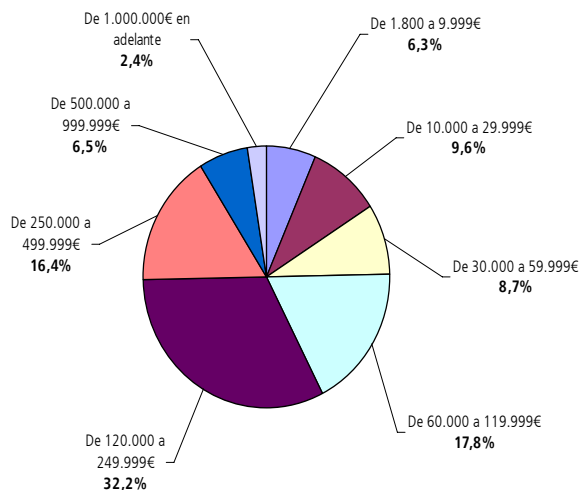
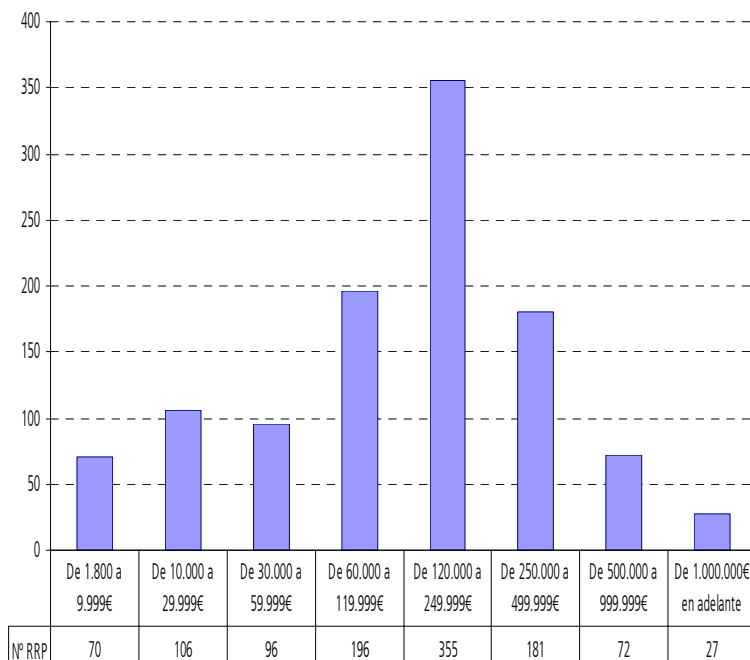
III.1.6. INDEMNIZACIÓN ECONÓMICA SOLICITADA EN LAS RRP SANITARIAS

3.6. Del análisis de la base de datos de los dictámenes del Consello Consultivo sobre expedientes de RRP formuladas en el período 2000-2008 se desprende que el importe económico medio solicitado por reclamación –como valoración del presunto daño causado– ascendió a 211.804,94 euros, tomando en consideración únicamente las reclamaciones de importe superior a 1.800 euros (un total de 1.103 reclamaciones).

En el cuadro siguiente se agruparon las RRP sanitarias en ocho tramos en función del importe económico solicitado en la reclamación, obteniéndose la siguiente distribución de las mismas:

Cuadro 13: Distribución RRP sanitarias por importes económicos solicitados. Período 2000-2008

TRAMO	Nº RRP	IMPORTE TRAMO	IMPORTE MEDIO x TRAMO	% RRP	% IMPORTE TOTAL	IMPORTE ACUMULADO
De 1.800 a 9.999€	70	357.939,23	5.113,42	6,3%	0,2%	357.939,23
De 10.000 a 29.999€	106	2.037.998,58	19.226,40	9,6%	0,9%	2.395.937,81
De 30.000 a 59.999€	96	3.770.364,19	39.274,63	8,7%	1,6%	6.166.302,00
De 60.000 a 119.999€	196	16.485.330,11	84.108,83	17,8%	7,1%	22.651.632,10
De 120.000 a 249.999€	355	63.611.157,51	179.186,36	32,2%	27,2%	86.262.789,62
De 250.000 a 499.999€	181	61.832.552,44	341.616,31	16,4%	26,5%	148.095.342,06
De 500.000 a 999.999€	72	47.244.542,95	656.174,21	6,5%	20,2%	195.339.885,01
De 1.000.000€ en adelante	27	38.280.965,22	1.417.813,53	2,4%	16,4%	233.620.850,22
TOTAL (*)	1.103	233.620.850,22	211.804,94	100,0%	100,0%	



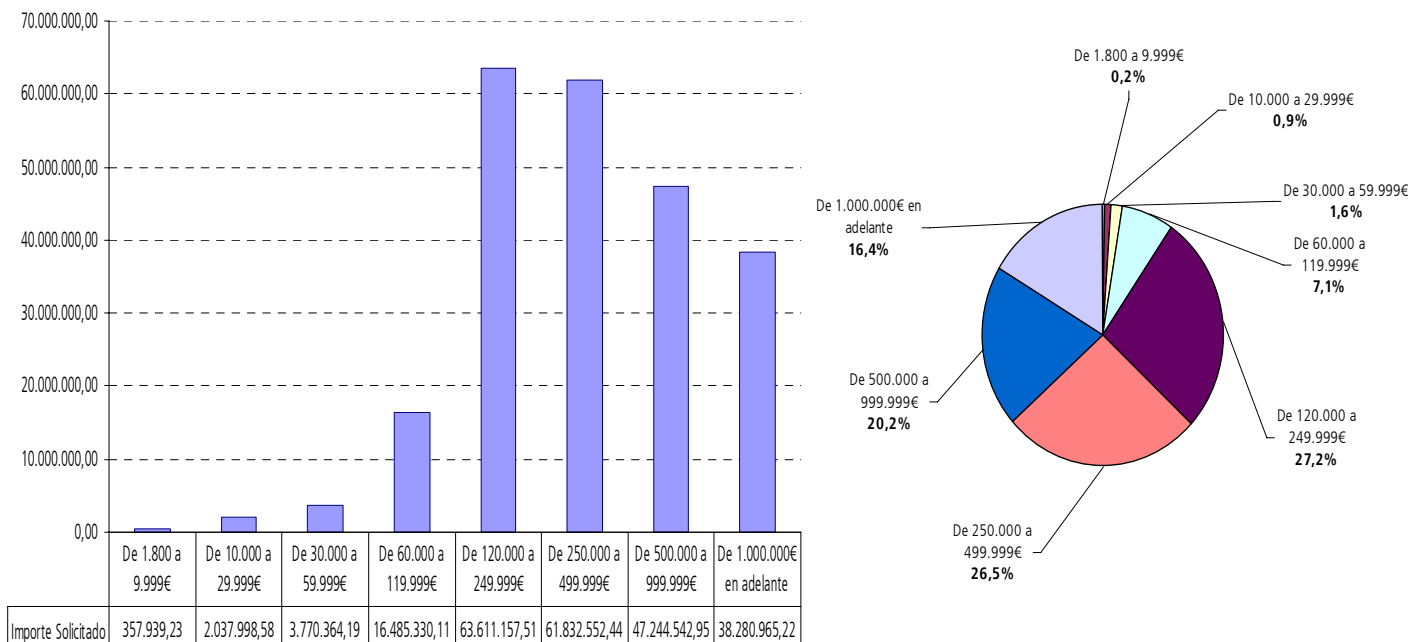
Fuente: Elaboración propia. Base de datos de Dictámenes sobre RRP sanitarias del Consello Consultivo de Galicia.

(*) De los 1.571 expedientes de RRP sanitarios dictaminados por el Consello Consultivo, 1.103 se corresponden con solicitudes de importes indemnizatorios determinados superiores a 1.800 euros.

Como se puede observar, el 32,2% de las RRP se sitúan por el importe solicitado en el tramo comprendido entre los 120.000 y 249.999 euros, seguidas por las de los tramos de 60.000 a 119.999 euros, y de 250.000 a 499.999 euros, que representan respectivamente el 17,8% y el 16,4% del número de reclamaciones.

Si atendemos al volumen económico total solicitado por el conjunto de las RRP de cada tramo –ver cuadro adjunto más abajo– cabe señalar la progresiva concentración en los tramos más elevados, de modo que los de los últimos, que representan conjuntamente sólo el 8,9% del número de RRP, concentran el 36,6% de las indemnizaciones económicas solicitadas. En tanto que los cuatro primeros tramos, que agrupan el 42,4% de las reclamaciones, sólo concentran el 9,8% de los importes económicos solicitados.

Gráfico 6: Volumen económico solicitado en las RRP sanitarias por tramos. Período 2000-2008



Fuente: Elaboración propia. Base de datos de Dictámenes sobre RRP sanitarias del Consello Consultivo de Galicia.

3.7. Si atendemos a la evolución temporal del número de RRP y de las cuantías económicas solicitadas por los reclamantes a lo largo de dos períodos diferenciados (uno de cuatro años del ejercicio 2000 al 2003 y otro de cinco del 2004 al 2008) –recogida en el cuadro adjunto–, se puede observar un incremento significativo del peso porcentual del número de RRP de los tramos más bajos sobre el total de RRP, de modo que las de más de 1.800 y menos de 10.000 euros pasan de representar el 3,6% en el primer período analizado al 8,1% en el segundo –lo que supone un 125% de incremento–; y las de más de 10.000 y menos de 30.000 euros pasan del 6,6% al 11,6% –lo que supone un incremento de un 75,8%–. Sin embargo, el peso de los importes económicos reclamados en las RRP de estos tramos se mantiene estable entre los dos períodos.

También resulta significativa la variación del peso porcentual del número de RRP correspondientes al tramo de 120.000 a 249.999 euros, que disminuye de un 38% en el primer período al 28,4% en el segundo –lo que supone una minoración del 25,3%–. Sin embargo, la disminución del peso de los importes económicos reclamados en las RRP de este tramo alcanza tan sólo el 10,6%, pasando de un 27,2% en el primer período al 24,3% en el segundo.

Se observa, finalmente, cierta estabilidad en los pesos porcentuales, tanto del número de RRP como de las cuantías de los importes económicos reclamados, en las RRP de los tramos más elevados, con un ligero incremento del peso de los importes económicos de las RRP del tramo de 500.000 euros a 999.999 euros, que pasa de un 20,2% en el primer período a un 22,3% en el segundo.

Cuadro 14: Evolución RRP sanitarias por tramos IER⁵. Períodos 2000/03 – 2004/08

TRAMO	Nº RRP		IMPORTE TRAMO		% RRP		% IMPORTE TOTAL	
	2000-03	2004-08	2000-03	2004-08	2000-03	2004-08	2000-03	2004-08
De 1.800 a 9.999€	16	54	89.659,25	268.279,98	3,6%	8,1%	0,2%	0,2%
De 10.000 a 29.999€	29	77	541.509,40	1.496.489,18	6,6%	11,6%	0,9%	1,1%
De 30.000 a 59.999€	38	58	1.372.348,59	2.398.015,60	8,6%	8,7%	1,6%	1,8%
De 60.000 a 119.999€	76	120	6.236.450,26	10.248.879,85	17,3%	18,1%	7,1%	7,8%
De 120.000 a 249.999€	167	188	31.442.327,30	32.168.830,21	38,0%	28,4%	27,2%	24,3%
De 250.000 a 499.999€	75	106	27.746.655,91	34.085.896,53	17,0%	16,0%	26,5%	25,8%
De 500.000 a 999.999€	29	43	17.795.555,08	29.448.987,87	6,6%	6,5%	20,2%	22,3%
De 1.000.000€ en adelante	10	17	16.223.371,80	22.057.593,42	2,3%	2,6%	16,4%	16,7%
TOTAL	440	663	101.447.877,58	132.172.972,64	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. Base de datos de Dictámenes sobre RRP sanitarias del Consello Consultivo de Galicia.

⁵ Importe económico reclamado o solicitado.

III.1.7. PAGOS DERIVADOS DE LAS RRP EN EL PERÍODO 2001/08

3.8. Para la estimación de los pagos derivados de la gestión de las RRP –tanto en la vía administrativa como en la judicial–, se partió de los datos facilitados por el Servicio de Gestión de Riesgos de la Secretaría General de Patrimonio de la Consellería de Facenda, según los cuales el número de RRP sanitarias recibidas a lo largo del período 2001-2008 ascendió a 1.532, de las cuales 904 –o 59%– se encontraban cerradas a 31 de marzo de 2010, quedando pendientes de cierre 628 –el 41%–.

En el cuadro siguiente se recoge la distribución de las RRP por ejercicios y su estado de tramitación:

Cuadro 15: Situación expedientes RRP sanitarias según Consellería de Facenda. 2001-2008

Año	Nº RRP	Cerradas	Abiertas	Cerradas/ Nº RRP	Abiertas/ Nº RRP
2001	220	164	56	74,5%	25,5%
2002	235	140	95	59,6%	40,4%
2003	164	101	63	61,6%	38,4%
2004	142	121	21	85,2%	14,8%
2005	166	116	50	69,9%	30,1%
2006	186	113	73	60,8%	39,2%
2007	231	108	123	46,8%	53,2%
2008	188	41	147	21,8%	78,2%
Totales	1.532	904	628	59,0%	41,0%

Fuente: Elaboración propia. Base de datos RRP de la S.G. de Patrimonio – Servicio de Gestión de Riesgos y Seguros.

3.8.1. Análisis de los pagos derivados de las RRP cerradas

Como se puede comprobar en el cuadro adjunto, de las 904 reclamaciones cerradas a 31 de marzo de 2010, no dieron lugar a indemnización 276 de ellas –el 30,5%–; 396 –el 43,8%– dieron lugar a pagos por 207.964,09 euros; y 232 –el 25,7%– con indemnizaciones superiores a 1.800 euros dieron lugar a pagos por un importe total de 12.475.863,47 euros.

Cuadro 16: Pagos de las RRP sanitarias cerradas. Período 2001-2008

RRP 2001-2008 cerradas a 31/3/2010	Nº RRP	%	Importe abonado	%	Cuantía reclamada	% IA/CR
Sin indemnización	276	30,5%	0,00 €	-	39.231.717,47 €	-
Indemnización + gtos < 1.800 euros	396	43,8%	207.964,09 €	1,6%	53.224.975,45 €	0,4%
Indemnización + gtos > 1.800 euros	232	25,7%	12.475.863,47 €	98,4%	57.694.701,47 €	21,6%
Totales	904	100%	12.683.827,56 €	100%	150.151.394,39 €	8,4%

Fuente: Elaboración propia. Base de datos RRP de la S.G. de Patrimonio – Servicio de Gestión de Riesgos y Seguros.

Las 232 RRP que dieron lugar a pagos de indemnizaciones superiores a 1.800 euros, y que en conjunto alcanzan el 98,4% del total de los pagos del período, representan en relación con el número de RRP registradas el 15,1%.

En el siguiente cuadro se recoge la distribución de los pagos realizados, agrupados en función del año de la reclamación formulada y en relación con las cuantías solicitadas:

Cuadro 17: Pagos > 1.800€ por año de las RRP sanitarias cerradas. Período 2001-2008

Año da RRP	Nº RRP	% s/Total	Cuantía Reclamada	Pagos	CR Media	Pago Medio	Pagos/Cuantía Reclamada
2001	47	20,3%	15.477.341 €	3.227.597 €	329.305 €	68.672 €	20,9%
2002	34	14,7%	8.946.960 €	1.875.410 €	263.146 €	55.159 €	21,0%
2003	39	16,8%	14.956.799 €	3.102.342 €	383.508 €	79.547 €	20,7%
2004	36	15,5%	6.378.235 €	1.050.348 €	177.173 €	29.176 €	16,5%
2005	34	14,7%	6.937.100 €	1.348.194 €	204.032 €	39.653 €	19,4%
2006	17	7,3%	1.525.013 €	701.805 €	89.707 €	41.283 €	46,0%
2007	19	8,2%	2.648.779 €	1.055.331 €	139.409 €	55.544 €	39,8%
2008	6	2,6%	824.474 €	114.836 €	137.412 €	19.139 €	13,9%
Totales	232	100,0%	57.694.701 €	12.475.863 €	248.684 €	53.775 €	21,6%

Fuente: Elaboración propia. Base de datos RRP de la S.G. de Patrimonio – Servicio de Gestión de Riesgos y Seguros.

Como se puede observar, los pagos totales por indemnizaciones correspondientes a RRP registradas en el período 2001-2008 representan el 21,6% del importe total de las cuantías reclamadas, que alcanzaron un importe total de 57.694.701 euros.

A lo largo de los primeros cinco ejercicios del período examinado, el porcentaje que representan las cantidades abonadas en concepto de indemnizaciones en relación con los importes solicitados o reclamados, se mantienen en torno a la media anterior del 21,6%.

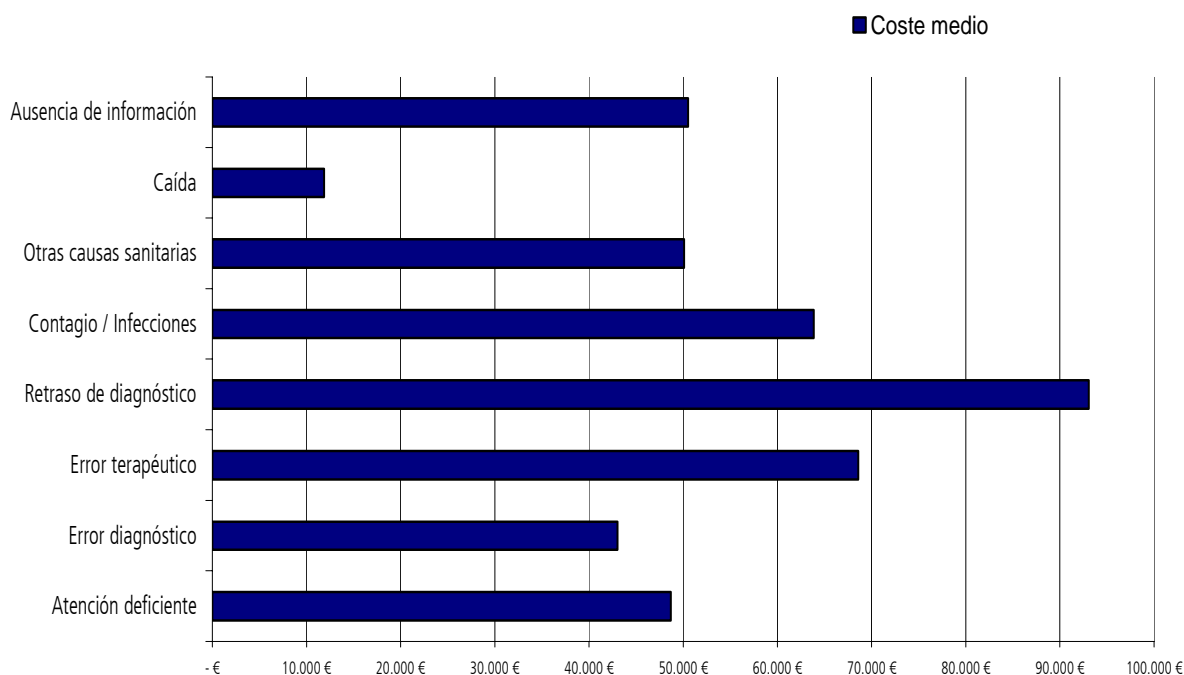
Sin embargo, los pagos correspondientes a RRP presentadas en los ejercicios 2006 y 2007, representan porcentajes del 46% y 39,8% con respecto a los importes reclamados, por lo que teniendo en cuenta que la mayoría de los expedientes de RRP cerradas en el período examinado se corresponden con sentencias judiciales condenatorias de la Administración sanitaria, cabe significar el hecho de que son los tribunales de justicia los que tienen aproximado en estos dos ejercicios el *quantum* indemnizatorio a las cuantías reclamadas por los ciudadanos afectados.

3.8.2. Importes indemnizatorios por causas del daño indemnizado por el SERGAS

En el siguiente cuadro se recoge la distribución de los importes de las indemnizaciones pagadas correspondientes a RRP formuladas en el período 2001-2008 y cerradas a 31 de marzo de 2010, en función de la causa del daño que se indemniza:

Cuadro 18: Importes indemnizatorios x causa del daño de las RRP sanitarias. Período 2001-2008

Causa del daño indemnizado	Nº de RRP	%	Indemnización	%	Coste medio	Indem. más altas
Atención deficiente	79	34,1%	3.845.050,31 €	30,8%	48.671,52 €	395.634,00 €
Error diagnóstico	72	31,0%	3.097.535,12 €	24,8%	43.021,32 €	493.564,00 €
Error terapéutico	28	12,1%	1.920.429,31 €	15,4%	68.586,76 €	437.970,00 €
Retraso de diagnóstico	24	10,3%	2.233.583,76 €	17,9%	93.065,99 €	949.564,00 €
Contagio / Infecciones	14	6,0%	894.122,71 €	7,2%	63.865,91 €	451.885,00 €
Otras causas sanitarias	5	2,2%	250.445,54 €	2,0%	50.089,11 €	134.683,00 €
Caída	7	3,0%	83.104,93 €	0,7%	11.872,13 €	22.402,00 €
Ausencia de información	3	1,3%	151.591,79 €	1,2%	50.530,60 €	103.083,00 €
TOTAL	232	100%	12.475.863,47 €	100,0%	53.775,27 €	



Fuente: Elaboración propia. Base de datos RRP de la S.G. de Patrimonio – Servicio de Gestión de Riesgos y Seguros.

Como se puede comprobar, el coste indemnizatorio medio abonado más elevado se corresponde con las RRP sanitarias en las que la causa del daño alegada es el retraso de diagnóstico –con un importe de 93.065,99 euros–, seguido por los debidos al error terapéutico y al contagio o infecciones –con importes medios de 68.586,76 euros y 63.865,91 euros, respectivamente–. Sin embargo, las indemnizaciones por responsabilidad patrimonial sanitaria individuales de mayor cuantía pagadas a lo largo del período examinado se corresponden, en orden decreciente, con una RRP por retraso de diagnóstico por importe de 949.564 euros, una por error diagnóstico por importe de 493.564 euros, otra por contagio/infección por importe de 451.885 euros, otra por error terapéutico por importe de 437.970 euros, y una por atención deficiente por importe de 395.634 euros.

3.8.3. Análisis del coste económico previsible de las RRP pendientes de cierre (abiertas)

Junto con lo anterior, a la fecha de realización de los trabajos de campo de la presente fiscalización existían 628 RRP pendientes de cierre –bien por resolución administrativa o por sentencia judicial firme– comunicadas por la Consellería de Sanidade al Servicio de Gestión de Riesgos de la S.G. de Patrimonio de la Consellería de Facenda. Como se puede comprobar en el cuadro adjunto, la cuantía reclamada total de las mismas asciende a un importe de 145.139.633 euros. Sobre dicha cantidad, los seguros habían dotado reservas y realizados pagos por un importe total de 19.014.727 euros, a los efectos de hacer frente a las obligaciones que se pudiesen derivar de la resolución definitiva de las mismas. De los expedientes de RRP abiertos –muchos de ellos en vía judicial– cabe señalar que más de un tercio del número total –concretamente el 34,1%– tienen más de seis años de antigüedad.

Cuadro 19: Reservas y pagos por año de las RRP sanitarias abiertas. Período 2001-2008

Año de la RRP	Nº RRP pdtes	% s/Total	Cuantía reclamada	Reservas	Pagos	Pago + Reservas	P+R /Cuantía reclamada
2001	56	8,9%	11.604.893 €	1.542.981 €	151.803 €	1.694.784 €	14,6%
2002	95	15,2%	21.584.938 €	1.507.128 €	92.052 €	1.599.180 €	7,4%
2003	63	10,0%	8.446.151 €	1.844.577 €	175.067 €	2.019.644 €	23,9%
2004	21	3,3%	5.543.468 €	930.121 €	462 €	930.583 €	16,8%
2005	50	8,0%	17.062.445 €	1.887.198 €	745 €	1.887.943 €	11,1%
2006	73	11,6%	18.028.764 €	2.027.163 €	46.747 €	2.073.910 €	11,5%
2007	123	19,6%	31.962.243 €	4.974.990 €	1.087 €	4.976.077 €	15,6%
2008	147	23,5%	30.906.729 €	3.832.606 €	0 €	3.832.606 €	12,4%
Totales	628	100,0%	145.139.633 €	18.546.764 €	467.963 €	19.014.727 €	13,1%

Fuente: Elaboración propia. Base de datos RRP de la S.G. de Patrimonio – Servicio de Gestión de Riesgos y Seguros.

III.2. ANÁLISIS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LAS RRP SANITARIAS

III.2.1. CONSIDERACIONES GENERALES

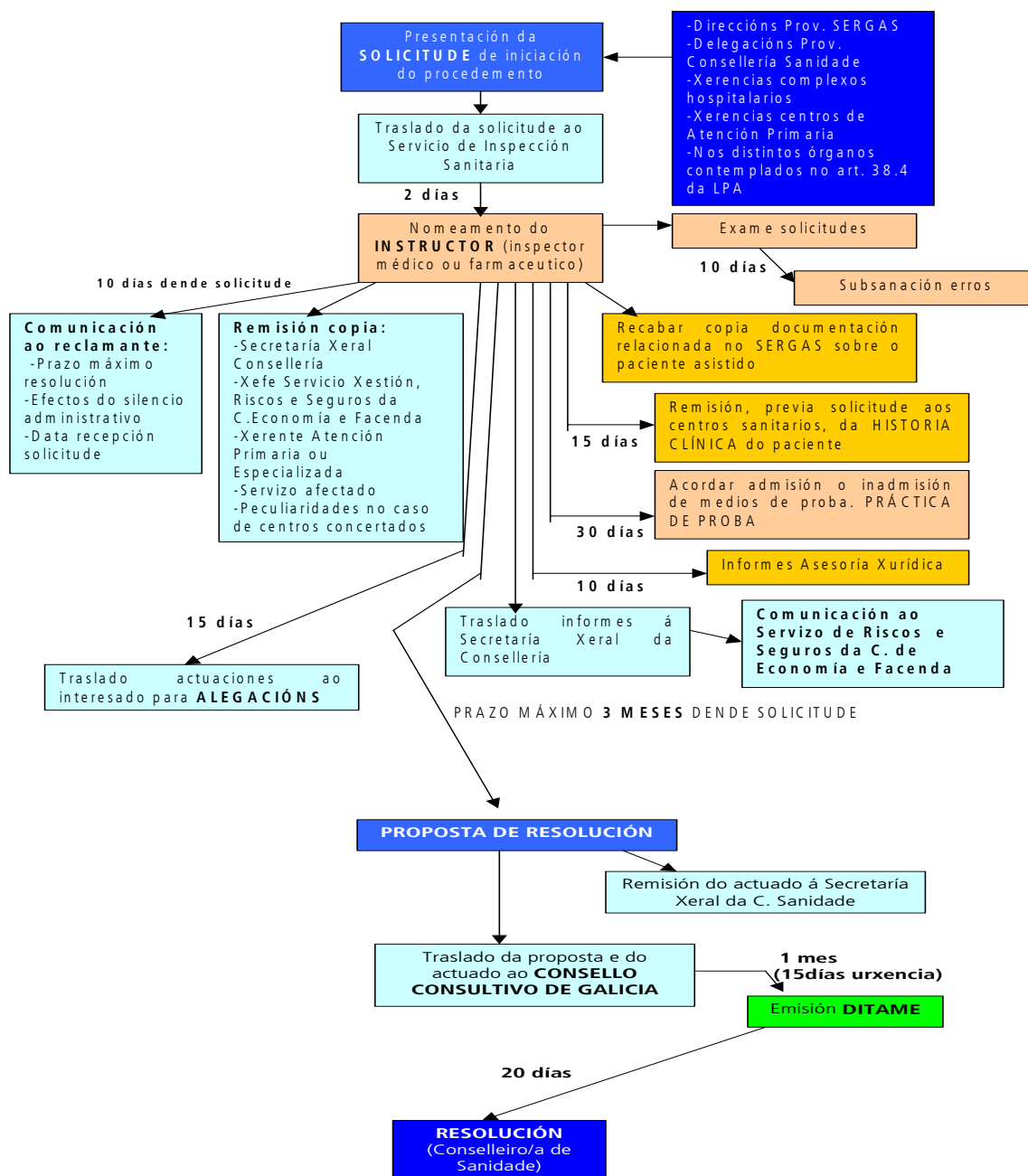
3.9. El artículo 139.1 de la Ley 30/1992, del 26 de noviembre, modificada por la Ley 4/1999, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, establece que <<Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.>>. En desarrollo de esta norma legal, el Real decreto 429/1993, del 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de las Administraciones Públicas sobre Responsabilidad Patrimonial, establece en su Disposición Adicional primera que las reclamaciones de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria pública seguirán la tramitación administrativa y contencioso-administrativa prevista en la Ley 30/1992 y en dicho Real decreto.

En nuestra Comunidad Autónoma serán las Instrucciones del 12 de febrero de 1999 y del 4 de septiembre de 2006, de la Secretaría General del SERGAS, las que adapten el referido procedimiento a las peculiaridades que presenta la reclamación de responsabilidad patrimonial –RRP– en el ámbito sanitario, pretendiendo así una mayor agilidad en la tramitación de los expedientes.

Como se puede comprobar en el siguiente esquema –en el que se representan los ítems del procedimiento ordinario de exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración por los daños derivados de la asistencia sanitaria–, el mismo se inicia con la presentación de la solicitud por el interesado ante los órganos previstos por la normativa, que la remiten al Servicio de Inspección Sanitaria en el que se iniciará la instrucción del expediente con el nombramiento, en un plazo de 2 días, del instructor.

El instructor coordinará las distintas actuaciones a realizar por los diferentes servicios y dependencias que deban participar en el procedimiento. En este sentido, le corresponde realizar las comunicaciones al interesado; remitir copias a los servicios afectados; recabar documentación y la historia clínica del paciente; acordar la admisión o inadmisión y práctica de la prueba; y recabar los informes de la asesoría jurídica.

Gráfico 7: Esquema de la tramitación administrativa de las RRP en el SERGAS.



Fuente: LRGAP y PAC, RD. 429/1993, e Instrucción del 4 de septiembre de 2006, de la Secretaría general del SERGAS, sobre procedimiento administrativo de exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración por daños derivados de la asistencia sanitaria.

Realizadas estas actuaciones y recabados los diferentes informes, el instructor dará el traslado correspondiente al interesado para alegaciones y a la Secretaría General de la Consellería, que remitirá comunicaciones al Servicio de Riesgos y Seguros de la Consellería de Facenda. Concluido el trámite de audiencia del interesado, y en un plazo máximo de 3 meses desde la solicitud, el instructor formulará *propuesta de resolución* que remitirá, junto con el actuado, a la Secretaría General de la Consellería de Sanidad y al Consello Consultivo de Galicia –CCG– el cual deberá emitir su informe (preceptivo y no vinculante) en un plazo máximo de un mes. Finalmente, el conselleiro/a de Sanidad dictará, en un plazo de 20 días, resolución en la que debe pronunciarse necesariamente sobre la existencia o no de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía de la indemnización, explicando los criterios empleados para su cálculo.

III.2.2. ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE LAS RRP

3.10. A los efectos de alcanzar los objetivos de la fiscalización con respecto a la revisión de la gestión de las RRP sanitarias en vía administrativa, se partió de la elaboración y posterior análisis de una base de datos de dictámenes emitidos en el período 2000-2008 por el Consello Consultivo de Galicia en relación con los expedientes tramitados por los Servicios de la Inspección Médica de la Consellería de Sanidad. Entre los diversos aspectos analizados cabe recoger los siguientes:

3.10.1. *Tiempo medio de instrucción (tmi) de las RRP*

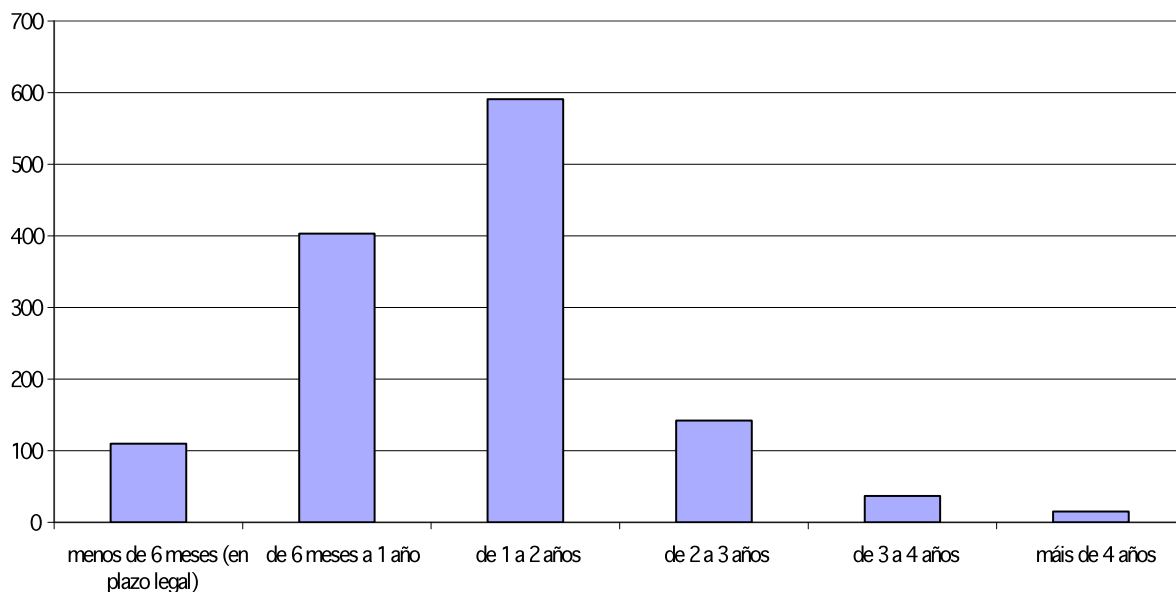
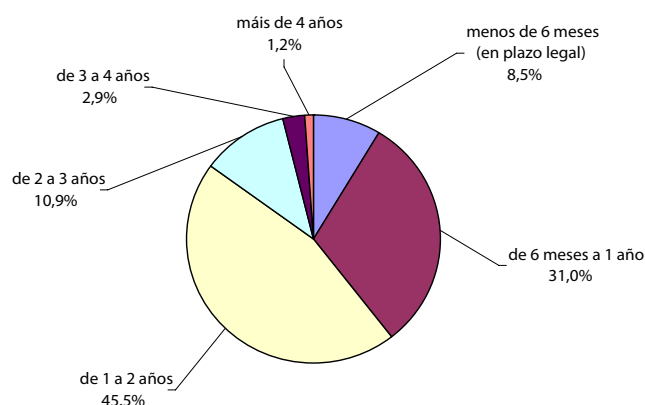
Uno de los elementos centrales contemplados en la reglamentación y adaptación del procedimiento administrativo de exigencia de responsabilidad patrimonial en el área de la Administración sanitaria es el referido al cumplimiento de los plazos legales para la resolución de los expedientes de RRP tramitados por la misma. En el siguiente cuadro se recoge, para el período 2000-2008, una estimación de los tiempos medios de instrucción⁶ de las RRP por parte del

⁶ Para la estimación de los *tmi* se partió del tiempo transcurrido entre las fechas de presentación de las reclamaciones en el SERGAS y las fechas de entrada en el Consello Consultivo del expediente de RRP con el informe-propuesta de resolución del instructor de la Administración sanitaria. Los 1.298 expedientes de RRP sanitarios dictaminados por el Consello Consultivo constituyen una muestra representativa del total de expedientes dictaminados.

SERGAS, a partir de la base de datos de los dictámenes del Consello Consultivo emitidos a lo largo del mismo.

Cuadro 20: Tiempos medios de instrucción de las RRP por el SERGAS. Período 2000-2008

Tempo de instrucción (ti)	Nº de RRP	tmi	% s/ Total
menos de 6 meses (en plazo legal)	110	142 días	8,5%
de 6 meses a 1 año	403	277 días	31,0%
de 1 a 2 años	591	517 días	45,5%
de 2 a 3 años	142	927 días	10,9%
de 3 a 4 años	37	1.225 días	2,9%
más de 4 años	15	1.891 días	1,2%
Total	1.298	492 días	100,0%



Fuente: Elaboración propia. Base de datos de Dictámenes sobre RRP sanitarias del Consello Consultivo de Galicia.

Como puede observarse, el tiempo medio de instrucción estimado de los expedientes de RRP –dictaminados por el Consultivo a lo largo del período examinado– alcanzó los 492 días –un año y cuatro meses–. Tan sólo el 8,5% de las RRP se instruyeron en menos de 6 meses, esto es dentro

⁷ En el procedimiento administrativo regulado en la Ley 30/1992, de RJPAC, y en el RD 429/1993, se establece un plazo de 6 meses para la resolución de la reclamación administrativa previa por responsabilidad patrimonial de las AA.PP.

del plazo legal para resolverlas. Mientras que el 45,5% de las mismas lo hicieron en el plazo de 1 a 2 años –con un *tmi* de 517 días–. El 15% de las RRP excedió los dos años de tiempo de instrucción, superando el 1,2% de las mismas los cuatro años.

Para la estimación de los tiempos medios de resolución (*tmr*)⁸ de las RRP, habría que añadirle a los anteriores de instrucción el tiempo medio de emisión de dictamen (*tmed*) por parte del Consello Consultivo –que para el período examinado alcanza los 32,7 días, esto es justo en el plazo ordinario de un mes– más el tiempo medio de emisión de la correspondiente resolución administrativa (*tmer*) de la Consellería de Sanidad –establecido en 20 días, no siendo objeto de verificación su cumplimiento en este trabajo–.

3.10.1.1. Informes del Defensor del Pueblo

En relación con estos dilatados tiempos medios de resolución de los expedientes para la exigencia de responsabilidad patrimonial en la vía administrativa previa, cabe señalar que el *Defensor del Pueblo* pone de manifiesto de forma reiterada en sus Informes a las Cortes Generales⁹ que << Siguen siendo muy numerosas las quejas de los ciudadanos cuyo fundamento es el retraso excesivo en resolver y, en consecuencia, el incumplimiento reiterado de los plazos establecidos para la tramitación de este tipo de expedientes, lo que supone un difícil obstáculo para el ejercicio del derecho que la Constitución reconoce a los administrados a ser indemnizados por las lesiones sufridas en sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, salvo en los casos de fuerza mayor (artículo 106.2. CE).>>. Señalándose además que << En el ámbito de la Administración autonómica, el grueso de las quejas recibidas se refieren a presuntos casos de mala praxis sanitaria, siendo también el objeto de su admisión la excesiva duración del procedimiento hasta que las reclamaciones se resuelven.>>.

El *Defensor del Pueblo* reprocha también el hecho de que en muchas de las quejas tramitadas en relación con las reclamaciones patrimoniales sanitarias pendientes de resolución ni siquiera exista alguna previsión cierta por parte de las Administraciones autonómicas sobre la finalización de los

⁸ El tiempo medio de resolución (*tmr*) de las RRP sería la suma aritmética de los siguientes elementos:
 $tmr = tmi$ (fase instructora) + $tmed$ (fase dictaminadora C.Consultivo) + $tmer$ (emisión resolución del expediente)

⁹ Informes del Defensor del Pueblo a las Cortes Generales. Ejercicios 2007, 2008 y 2009

expedientes, dado que se pueden encontrar pendientes de informes previos y de los informes preceptivos de los respectivos Consellos Consultivos; todo ello a pesar de los importantes retrasos acumulados en su instrucción por la Administración sanitaria.

Entre las principales causas justificativas de los citados atrasos, alegadas por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los procedimientos de tramitación de las RRP, figuran, con carácter reiterado, el incremento del número de reclamaciones; la complejidad de su instrucción; la acumulación de expedientes pendientes de resolución en función de los medios personales disponibles; así como la judicialización de la mayor parte de los mismos¹⁰.

Sin perjuicio de la complejidad de la tramitación administrativa de estos expedientes por RRP sanitaria, que podría explicar, en cierta medida, los dilatados tiempos medios de resolución de las mismas, lo cierto es que esta demora en su tramitación y resolución en vía administrativa tendrá, al menos, dos consecuencias importantes (tal y como se verá más adelante en detalle):

- Por una parte, la dilatación del plazo temporal para el acceso del reclamante a la vía judicial, que en todo caso quedará expedita contra la desestimación de acto presunto por silencio administrativo negativo, toda vez se haya cumplido el plazo legal de los 6 meses sin que haya recaído resolución expresa por parte de la Administración sanitaria, y no se haya interrumpido el cómputo del mismo.
- Por otra, el cuestionamiento de los objetivos y eficacia derivados de la existencia de un seguro por responsabilidad patrimonial, dado que es precisamente la celeridad en la tramitación de las reclamaciones, de los partes o comunicaciones y de los expedientes de siniestros a los que dan lugar, la que garantiza los mismos.

3.10.2. *Sentido de las propuestas de resolución de las RRP sanitarias del SERGAS*

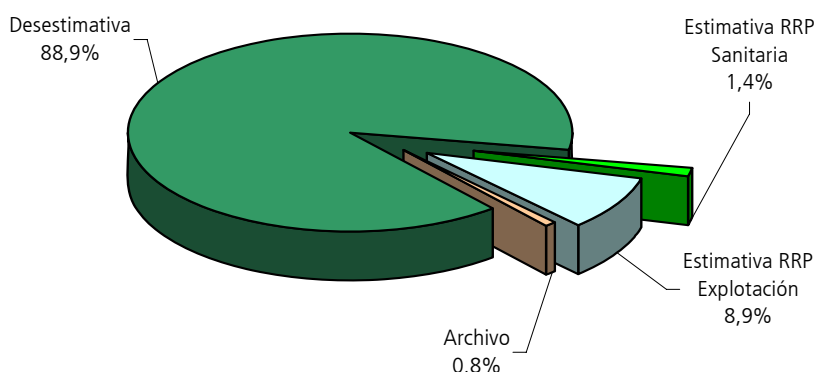
Otro aspecto relevante en la revisión efectuada sobre la gestión en vía administrativa de las RRP sanitarias es lo relativo al grado de estimación/desestimación de las reclamaciones por parte de los instructores de los expedientes de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

¹⁰ Extremos alegados por la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia en respuesta a la tramitación de una queja por falta de resolución expresa presentada el 26 de enero de 2007 por los daños sufridos a consecuencia de una intervención quirúrgica. Ver: Informe Defensor del 2008

En el siguiente cuadro se recoge la relación entre expedientes de RRP con propuesta de estimación y de desestimación por parte del instructor de la Administración sanitaria, antes de su remisión preceptiva al Consello Consultivo de Galicia para su dictamen.

Cuadro 21: Sentido de las propuestas de resolución de las RRP por el SERGAS. Periodo 2000-2008

Propuesta SERGAS	Nº RRP	% s/ Total
Desestimativa	1.236	88,9%
Estimativa RRP Sanitaria	20	1,4%
Estimativa RRP Explotación	124	8,9%
Archivo	11	0,8%
Totales	1.391	100,0%



Fuente: Elaboración propia. Base de datos de Dictámenes sobre RRP sanitarias del Consello Consultivo de Galicia.

Como puede comprobarse, cerca del 90% de las RRP tramitadas a lo largo del período examinado fueron propuestas por sus instructores para su desestimación, frente a otro 10% de reclamaciones con propuestas de estimación de las reclamaciones formuladas.

Con todo, se debe tener en cuenta que de las 144 RRP con propuesta estimativa, más del 86% de las mismas se corresponden con reclamaciones por responsabilidad patrimonial de explotación¹¹ –esto es, reclamaciones por daños derivados no de la actividad sanitaria asistencial sino de elementos físicos relacionados con la infraestructura en la que se desarrolla esta actividad–, por lo que se puede inferir que los porcentajes de RRP propiamente sanitarios

¹¹ Responsabilidad que tiene la Institución, derivada de los daños o perjuicios producidos a terceros, como consecuencia de la utilización de bienes muebles e inmuebles para el desarrollo de su actividad dentro o fuera de sus instalaciones (hospitales, centros de salud, y otros establecimientos y dependencias).

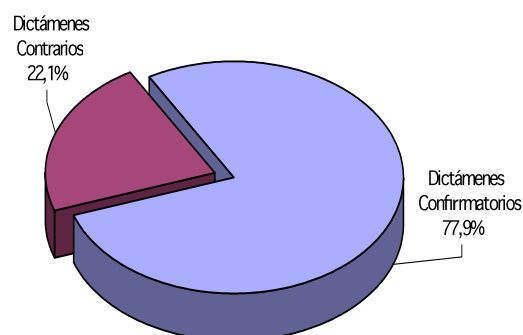
estimados en vía administrativa por el SERGAS/Consellería, se reducen al 1,4% –20 reclamaciones de un total de 1.391–.

3.10.3. Actividad dictaminadora del Consello Consultivo de Galicia en las RRP sanitarias

En el cuadro siguiente se recoge un resumen de la actividad dictaminadora del Consello Consultivo de Galicia en relación con la tramitación administrativa de los expedientes por responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria autonómica, a lo largo del período 2000-2008.

Cuadro 22: Actividad dictaminadora del CCG en las RRP sanitarias. Período 2000-2008

Sentido de los Dictámenes	Nº de Dictámenes	%
Confirmatorio	1.084	77,9%
de la Desestimación por el Sergas	939	86,6%
de la Estimación por el Sergas	135	12,5%
del Archivo por el Sergas	10	0,9%
Contrario	307	22,1%
a la Desestimación por el Sergas	297	96,8%
a la Estimación por el Sergas	9	2,9%
al Archivo por el Sergas	1	0,3%
Total Dictámenes	1.391	100,0%



Fuente: Elaboración propia. Base de datos de Dictámenes sobre RRP sanitarias del Consello Consultivo de Galicia.

El sentido de la actividad dictaminadora del órgano consultivo resultó confirmatorio de las propuestas de la Administración sanitaria en un 77,9% de las RRP sanitarias consideradas, frente a un 22,1% de los casos en los que resultó contrario a las mismas.

Al respecto de la primera, es interesante constatar que el 86,6% de los dictámenes favorables confirman propuestas de desestimación y el 12,5% propuestas de estimación; mientras que en las segundas, prácticamente el 97% de los dictámenes desfavorables o contrarios del Consello se refieren a propuestas de desestimación de las RRP por parte de la Administración sanitaria –y en este sentido, en principio favorables a las pretensiones del reclamante–, mientras que tan sólo un 2,9% de los dictámenes son contrarios a propuestas de estimación de la reclamación por parte de la Administración.

Sin embargo, desde el punto de vista de la Administración sanitaria los resultados de la actividad dictaminadora del órgano consultivo serían los que se reflejan en el cuadro siguiente:

Cuadro 23: Sentido de los dictámenes del CCG según propuesta resolución del SERGAS. 2000-2008

Propuesta SERGAS	Nº RRP	Dictamen del Consello Consultivo		Dictamen do Consello Consultivo	
		Confirmatorio	Contrario	% Confirmatorio	% Contrario
Desestimativa	1.236	939	297	76,0%	24,0%
Estimativa	144	135	9	93,7%	6,3%
Archivo	11	10	1	90,9%	9,1%
Totales	1.391	1.084	307	77,9 %	22,1%

Fuente: Elaboración propia. Base de datos de Dictámenes sobre RRP sanitarias del Consello Consultivo de Galicia.

Según se puede comprobar en el período analizado, de los 1.236 expedientes de RRP con propuesta desestimativa sometidos por la Administración sanitaria al dictamen preceptivo del órgano consultivo, el 76% de los mismos obtuvieron una respuesta confirmatoria, frente a un 24% que fueron dictaminados de forma contraria a la propuesta de la Administración. Al contrario, en los expedientes con propuestas de resolución estimativas, el dictamen del Consello Consultivo fue confirmatorio en el 93,7% de los casos, frente a un 6,3% en los que se dictaminó en sentido contrario a la propuesta de resolución de la Administración sanitaria.

En el cuadro adjunto se recoge la evolución de la actividad dictaminadora del Consello Consultivo contraria a las propuestas de desestimación de las RRP por parte de la Administración sanitaria a lo largo del período 2000-2008:

Cuadro 24: Evolución dictámenes contrarios a la propuesta desestimación del SERGAS. 2000-2008

Año	Nº Propuestas Desestimatorias de RRP	Nº Dictámenes contrarios del CCG	% CCG contrario al SERGAS
2000	182	28	15,4%
2001	117	40	34,2%
2002	83	24	28,9%
2003	133	49	36,8%
2004	65	19	29,2%
2005	198	50	25,3%
2006	101	26	25,7%
2007	92	24	26,1%
2008	265	37	14,0%
Totales	1.236	297	24,0%

Fuente: Elaboración propia. Base de datos de Dictámenes sobre RRP sanitarias del Consello Consultivo de Galicia.

Como se puede comprobar a lo largo del período examinado, el porcentaje anual de propuestas de desestimación de RRP sanitarias realizadas por la Consellería de Sanidad que reciben un dictamen en sentido contrario –esto es, favorable a los reclamantes– por parte del órgano consultivo experimenta un notable grado de variación.

De este modo, se alcanzan valores máximos del 34,2% y 36,8% en los ejercicios 2001 y 2003, frente a mínimos del 15,4% y 14% al principio y final del período. Para el conjunto del período, el

porcentaje de rechazo alcanza el 24%, lo que significa que de cada cuatro propuestas de resolución desestimativas sometidas por la Administración sanitaria a la consideración del Consultivo, una es dictaminada en sentido contrario.

3.10.4. Revisión de los expedientes de RRP con dictamen del Consello Consultivo contrario a la propuesta de desestimación de la Administración Sanitaria

A los efectos de identificar posibles debilidades o deficiencias en la tramitación administrativa de los expedientes de RRP en la fase de instrucción, puestas de manifiesto por el órgano consultivo, se procedió a la revisión sistemática de una muestra integrada por 48 dictámenes¹² contrarios a las propuestas de resolución desestimativas de la Administración sanitaria –ver cuadro del ANEXO I al presente Informe–.

Como resultado de la misma, cabe señalar, entre otros, los siguientes aspectos:

➤ En varios de sus dictámenes el Consello Consultivo hace referencias explícitas al *"evidente atraso en la tramitación del procedimiento, el cual excede con mucho los límites legalmente establecidos"* –CCG nº 543/2005, nº 713/2004 – o *"...es necesario censurar la excesiva dilación en la tramitación del procedimiento, ya que desde la formulación de la propuesta de resolución, 27 de diciembre de 2006, hasta su remisión para dictamen de este Consello Consultivo, 17 de octubre de 2007, tienen transcurrido casi diez meses..."* –CCG nº 866/2007–

Estos atrasos se deben, en gran medida, a las demoras en la emisión de los informes médicos y técnicos solicitados por los instructores de los expedientes a los servicios asistenciales afectados por las reclamaciones. Y también, en algunos casos, por la remisión para dictamen de expedientes incompletos, que el órgano consultivo devuelve solicitando que sean completados.¹³

➤ En varios expedientes –entre ellos CCG nº 543/2005, nº 704/2003–, el órgano consultivo insiste *"...en la necesidad de que los criterios técnicos, por su componente próximo a la prueba*

¹² Para la elaboración de la muestra se seleccionaron los dictámenes contrarios del Consello Consultivo a la propuesta de desestimación de la Administración sanitaria que incluyen propuestas económicas de indemnizaciones superiores a los 50.000 euros. Estos expedientes, que representan el 20,8% del total de dictámenes contrarios, concentran un importe de 5.007.133,77 euros, lo que supone el 63,9% del importe total de indemnizaciones propuesto por el órgano consultivo en el período 2000-2008 examinado.

¹³ En el período analizado 2000-2008 el órgano consultivo adoptó 156 acuerdos de devolución de expedientes de RRP sanitaria remitidos por la Consellería de Sanidad, que sobre el conjunto de la actividad de dictamen representa el 11,2%.

pericial, se elaboren por los facultativos correspondientes y se incorporen al expediente en el seno de la instrucción. Se trata de evitar, en suma, que el criterio técnico del instructor sustituya al de aquellos, pues con eso se produce en el expediente una desnaturalización tanto en la fase de instrucción como de la propia función del instructor que, de este modo queda, a su vez, convertido en perito e instructor del expediente."

➤ En algunos dictámenes el Consello Consultivo censura cualquier actitud pasiva de la Administración sanitaria que impida el cabal conocimiento de los hechos por los que se pueda atender o rechazar, en un acto motivado, las pretensiones de los particulares. Dado que aunque la prueba incumbe a quien reclama, la actividad que desarrolla la Administración está presidida por el interés general, objetividad e imparcialidad y, en consecuencia, se encuentra atada e interesada "de oficio" en el esclarecimiento de la verdad material. Y por ello que "*...los actos de instrucción para la determinación, conocimiento y comprobación de los hechos se realizarán de oficio –artículo 78.1. de la LRJPAC– y en nuestro ámbito, el procedimiento se impulsará de oficio en todos sus trámites (artículo 6.2. RPAPRP)." –CCG nº 866/2007–.*

➤ De la revisión de los dictámenes del CCG se desprende que la instrucción administrativa de los expedientes de reclamación conducente a determinar si existe o no responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y por ende la obligación de indemnizar a los pacientes por los daños producidos, se desarrolla en un marco jurídico y jurisprudencial que tiene configurado la misma con unas notas específicas que la singularizan al respecto del régimen general de responsabilidad extracontractual y objetiva de las AA.PP. de nuestro país, que le es aplicable.

Así, para la declaración de la responsabilidad patrimonial de la Administración, con carácter general, será precisa la concurrencia de los siguientes elementos: la existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado –artículo 139.2. de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las AA.PP. y del PAC–; la prueba del nexo causal entre la actividad de la Administración y el daño ocasionado¹⁴; que la lesión, daño o perjuicio sea antijurídico –esto es, que no exista la obligación de soportarlo–; y que no concurra fuerza mayor –artículo 141.1. de la LRJPAC–.

Sin embargo, en el ámbito de la responsabilidad patrimonial sanitaria, el parámetro que permitirá establecer o no la antijuricidad del daño ocasionado será el del estándar profesional o *lex artis ad hoc*.

¹⁴ Esto es, del que no responderá la Administración será de aquellos daños imputables a conductas o hechos ajenos a la organización o actividad.

Esto es, la aplicación por parte de la organización sanitaria de la técnica correcta para el caso concreto, de acuerdo con el estado de los conocimientos de la ciencia médica o de las técnicas existentes en el momento de producción de aquel.¹⁵

En este contexto, los pacientes deberán probar el daño sufrido, que hubo intervención del servicio público sanitario en el curso causal, y alegar, en su reclamación, que el servicio público o sus profesionales no se acomodaron a la *lex artis ad hoc*. De modo que, acreditado el daño, que existió relación de causalidad en alguna forma con la prestación asistencial, y probada la quiebra de la *lex artis ad hoc*, la reclamación debiera estimarse. A sensu contrario, cabrá entender que la Administración sanitaria debiera oponerse a la reclamación probando que el daño no existió –o fue menos grave– y probando que el servicio y sus profesionales sí se acomodaron al estándar profesional exigible. De forma que, acreditado que se respetó la *lex artis ad hoc*, la reclamación debiera desestimarse.

Estas características de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria explican, en buena medida, la complejidad y las dificultades observadas para su determinación en la vía administrativa previa. Toda vez que es la propia Administración la encargada de la instrucción de un procedimiento –de marcadas connotaciones perjudiciales– que gira básicamente sobre si hubo o no una infracción de la *lex artis ad hoc* y –lo que no es menos importante– sobre la definición de la misma para cada caso y momento.

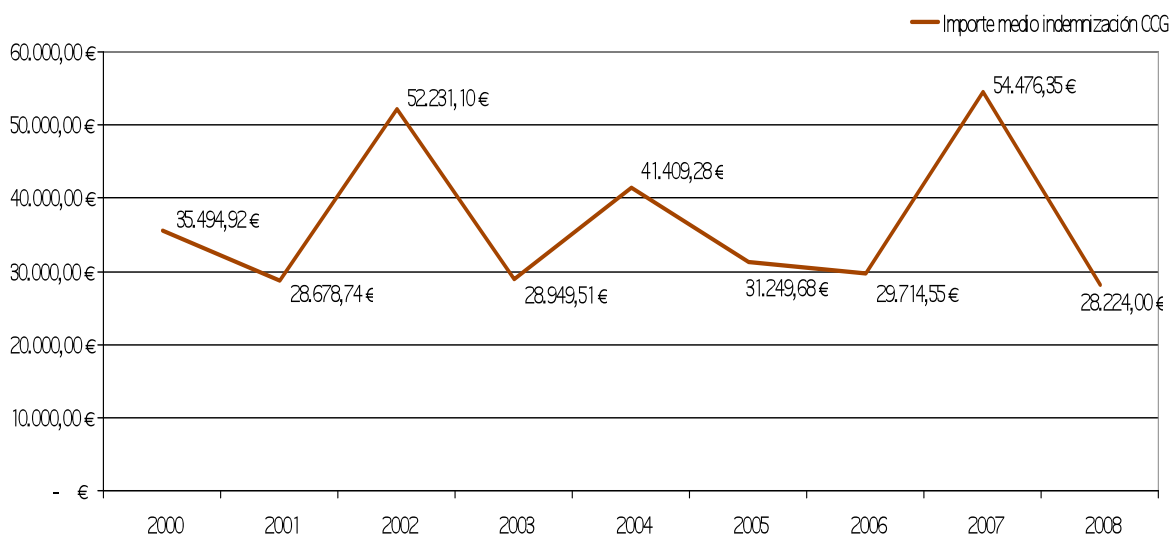
3.10.5. Importes medios de las indemnizaciones propuestas en los dictámenes preceptivos y no vinculantes del CCG en las reclamaciones por responsabilidad patrimonial sanitaria (RRP)

En el cuadro siguiente se recogen los importes medios de las indemnizaciones propuestas por el Consello Consultivo de Galicia a lo largo del período 2000-2008, calculados a partir de 224 dictámenes contrarios a la propuesta de desestimación formulada por la Consellería de Sanidad –esto es, favorables a los reclamantes– que contenían una cuantificación por parte del órgano consultivo de la indemnización económica procedente por la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

¹⁵ Aunque la jurisprudencia consolidada de nuestros tribunales de justicia afirme el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, estando matizada dicha objetividad por la acomodación a la *lex artis*, cabe entender que la aplicación de este parámetro supone la introducción de un elemento subjetivo-culpabilístico al que se denomina infracción de la *lex artis* o lesión antijurídica. Por lo que la determinación de la responsabilidad se traslada al concepto jurídico indeterminado del que sea la *lex artis* en cada momento.

Cuadro 25: Cuantía de las indemnizaciones medias propuestas por el CCG. 2000-2008

Año	Importe Solicitado RRP	Importe Propuesta Consultivo	% Ipconsul / Imp. solicitado	Nº Dictámenes con Prop. Importe	Imp. Medio Prop.
2000	334.174,75 €	248.464,43 €	74,4%	7	35.494,92 €
2001	2.565.854,15 €	487.538,54 €	19,0%	17	28.678,74 €
2002	4.499.234,58 €	1.044.621,92 €	23,2%	20	52.231,10 €
2003	12.713.364,17 €	1.244.828,93 €	9,8%	43	28.949,51 €
2004	4.188.397,98 €	703.957,77 €	16,8%	17	41.409,28 €
2005	7.264.514,22 €	1.343.736,19 €	18,5%	43	31.249,68 €
2006	2.806.645,32 €	683.434,55 €	24,4%	23	29.714,55 €
2007	5.627.660,45 €	1.144.003,41 €	20,3%	21	54.476,35 €
2008	3.724.692,50 €	931.391,92 €	25,0%	33	28.224,00 €
Totales	43.724.538,12 €	7.831.977,66 €	17,9%	224	34.964,19 €



Fuente: Elaboración propia. Base de datos de Dictámenes sobre RRP sanitarias del Consello Consultivo de Galicia.

Como se puede comprobar, a lo largo del período examinado los *quantums* indemnizatorios medios propuestos por el órgano consultivo en sus dictámenes oscilan desde valores máximos de 54.476,35 euros y de 52.231,10 euros para los ejercicios 2007 y 2002 a valores mínimos en ningún caso por debajo de los 28.000 euros para el resto de los ejercicios.

Para el conjunto del período, el importe medio de las indemnizaciones propuestas por el CCG ascendió a 34.964,19 euros.

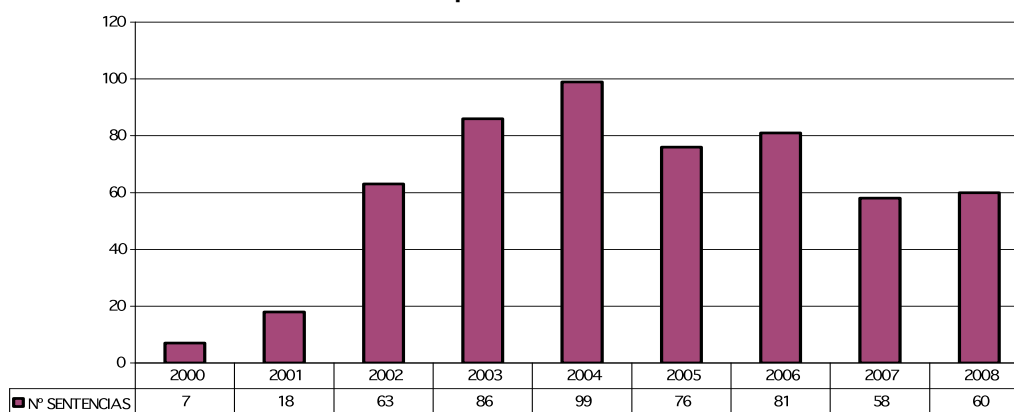
III.3. ANÁLISIS DE LA EXIGENCIA DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL SANITARIA EN LA VÍA JUDICIAL

III.3.1. CONSIDERACIONES GENERALES

3.11. El incremento a lo largo de la última década del número de RRP sanitarias que los particulares dirigen contra la Administración sanitaria ha producido un importante grado de litigiosidad que se refleja en el incremento del número de demandas por responsabilidad patrimonial sanitaria, así como en la correspondiente producción jurisprudencial sobre la materia.

En el caso de nuestra Comunidad Autónoma, la actividad judicial correspondiente a procesos de exigencia de responsabilidad patrimonial sanitaria contra el SERGAS/Consellería de Sanidade ha experimentado un notable incremento a lo largo de los últimos años –como se puede comprobar en el cuadro adjunto donde se recoge el número de sentencias dictadas por el Tribunal Superior de Justicia de Galicia en esta materia—. Si consideramos que en el período 2000-2008 se dictaron un total de 548 fallos judiciales por demandas de responsabilidad sanitaria, la media de sentencias por año alcanzaría las 61. Por otra parte, cabe recordar que en el mismo período se registraron un total de 1.526 RRP, con una media de 170 RRP anuales, lo que supone un ratio de sentencias/RRP de 1 a 3.

Gráfico 8: N° de sentencias del TSJG por RP contra el SERGAS. Período 2000-2008¹⁶



Fuente: Elaboración propia. Repertorio cronológico de jurisprudencia de la Base de datos Aranzadi / Westlaw.

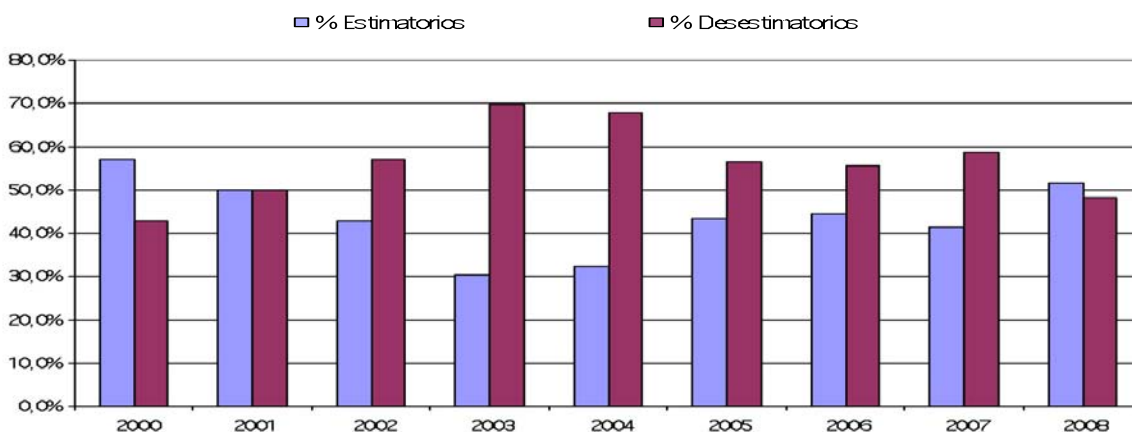
¹⁶ Para cada uno de los ejercicios objeto del análisis (2000-2008), se seleccionaron de la Base de datos de Aranzadi/Westlaw todas aquellas sentencias relativas a la *responsabilidad patrimonial del SERGAS*. Una vez obtenida esta relación de sentencias, se eliminaron todas aquellas que no correspondieran a la asistencia sanitaria. Realizados estos filtros, el resultado es el que se refleja en este cuadro.

III.3.2. GRADO DE ESTIMACIÓN DE LAS DEMANDAS POR RPS EN LA VÍA JUDICIAL

3.12. Entre otros aspectos, es importante conocer el grado de estimación de las demandas por responsabilidad patrimonial sanitaria en la vía judicial, esto es, cuantas se declaran a favor de los demandantes y cuantas son desestimatorias de las pretensiones de aquellos. En el siguiente cuadro se recoge la evolución del sentido de los fallos judiciales del TSJG –estimatorios o desestimatorios– a lo largo del período analizado, que abarca los ejercicios 2000 al 2008.

Cuadro 26: Sentido de los fallos del TSJG por RP contra el SERGAS. Período 2000-2008

Año	Nº de Sentencias	Estimatorios	Desestimatorios	% Estimatorios	% Desestimatorios
2000	7	4	3	57,1%	42,9%
2001	18	9	9	50,0%	50,0%
2002	63	27	36	42,9%	57,1%
2003	86	26	60	30,2%	69,8%
2004	99	32	67	32,3%	67,7%
2005	76	33	43	43,4%	56,6%
2006	81	36	45	44,4%	55,6%
2007	58	24	34	41,4%	58,6%
2008	60	31	29	51,7%	48,3%
Totales	548	222	326	40,5%	59,5%



Fuente: Elaboración propia. Repertorio cronológico de jurisprudencia de la Base de datos Aranzadi / Westlaw.

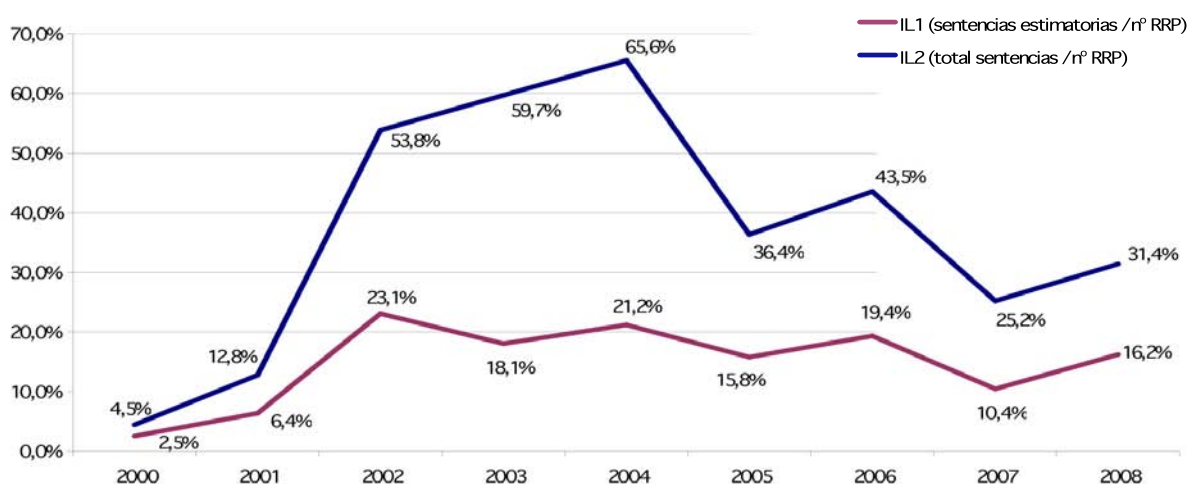
Como se puede comprobar, la evolución de los porcentajes de estimación y de desestimación de las demandas es variable a lo largo del período considerado, observándose una tendencia a la disminución del porcentaje de sentencias estimatorias en el período inicial, de un 57,1% en el 2000 a un 30,2% en 2003, junto con una senda de incremento de la misma en el período comprendido entre los ejercicios 2004-2008, pasando de un 32,3% a un 51,7%.

Así pues, de un total de 548 fallos judiciales emitidos a lo largo del período examinado, el 40,5% –esto es, 222 sentencias– fueron a favor de los demandantes. Estas sentencias estimatorias representan el 14,5% del número total de RRP sanitarias registradas en el mismo intervalo temporal, y puede constituir una buena aproximación a un *índice de estimación en vía judicial de RRP sanitarias*¹⁷, esto es, calculado en función del número de pleitos en los que la Administración sanitaria es condenada en relación con el número total de reclamaciones registradas.

En el cuadro siguiente se recoge la evolución del anterior *índice de estimación en vía judicial de RRP sanitarias –IL1–* a lo largo del período analizado, junto con el *índice global de litigiosidad –IL2–* calculado en función del número total de sentencias dictadas en cada ejercicio en relación con el número total de reclamaciones registradas.

Cuadro 27: Evolución de la litigiosidad por RP contra el SERGAS. Período 2000-2008

Año	Nº de Sentencias	Estimatorias	% Estimatorias	Nº RRP	IL1	IL2
2000	7	4	57,1%	157	2,5%	4,5%
2001	18	9	50,0%	141	6,4%	12,8%
2002	63	27	42,9%	117	23,1%	53,8%
2003	86	26	30,2%	144	18,1%	59,7%
2004	99	32	32,3%	151	21,2%	65,6%
2005	76	33	43,4%	209	15,8%	36,4%
2006	81	36	44,4%	186	19,4%	43,5%
2007	58	24	41,4%	230	10,4%	25,2%
2008	60	31	51,7%	191	16,2%	31,4%
Totales	548	222	40,5%	1.526	14,5%	35,9%



Fuente: Elaboración propia. Repertorio cronológico de jurisprudencia de la Base de datos Aranzadi / Westlaw.

¹⁷ En su Final Report, *Insurance and Malpractice*, del 12 abril de 2004, el Standing Committee of Hospitals of the European Union (HOPE) señala que el porcentaje de reclamaciones que finalizan en la vía judicial, en el caso de España, era aproximadamente del 15%.

Como se puede observar, ambos índices crecen hasta el ejercicio 2004, en el que alcanzan sus valores máximos, debido al incremento del número anual de sentencias y a la relativa estabilidad en el número de reclamaciones registradas. A partir de 2005 se observa una minoración de los mismos debida al importante incremento de las reclamaciones y a una cierta disminución en el número de sentencias dictadas. Con todo, cabe llamar la atención sobre la evolución del *índice de estimación en vía judicial de RRP sanitarias IL1* –que es el que mide realmente cuantas de las RRP registradas alcanzan siendo estimadas en la vía judicial–: como puede observarse, su evolución anual es mucho más estable a lo largo del período, especialmente a partir del ejercicio 2002, que con el 23,1% marca su valor máximo, y que supone el inicio de una progresiva tendencia a la baja, alcanzando para el conjunto del período un valor medio del 14,5%.

La diferencia aritmética entre los dos índices (**IL2-IL1**) representa el porcentaje de las RRP sanitarias que fueron desestimadas en vía judicial sobre el total de RRP registradas. Como se puede comprobar en el siguiente cuadro adjunto, este índice experimenta un crecimiento significativo hasta el año 2004 en el que alcanza un valor máximo del 44,4% de las RRP sanitarias registradas para, a continuación, experimentar un fuerte descenso en los años siguientes, hasta situarse en valores próximos al 15% en los dos últimos ejercicios del período analizado.

Gráfico 9: RRP desestimadas en vía judicial. Período 2000-2008

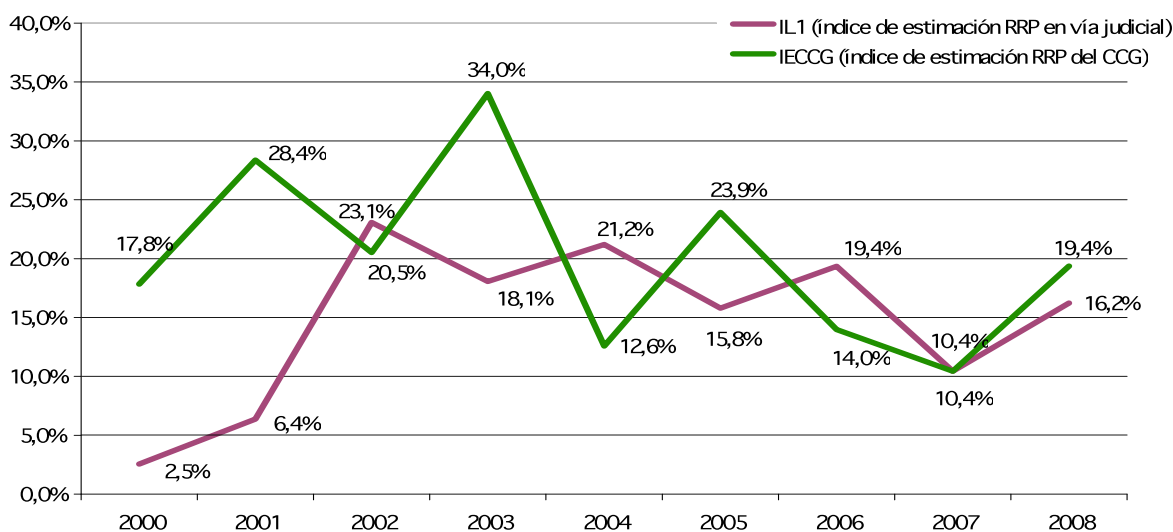


Fuente: Elaboración propia. Repertorio cronológico de jurisprudencia de la Base de datos Aranzadi / Westlaw.

3.13. En relación con el punto anterior, es interesante contrastar la evolución del *índice de estimación en vía judicial de RRP sanitarias IL1* con la experimentada por el *índice de estimación de RRP sanitarias del Consello Consultivo de Galicia –IECCG–*, calculado a partir de los dictámenes contrarios a las propuestas de desestimación del SERGAS/Consellería de Sanidad.

Cuadro 28: Litigiosidad por RP contra el SERGAS y IECCG. Período 2000-2008

Año	Sent. estimatorias	Dictámenes contrarios	Nº RRP	IL1	IECCG
2000	4	28	157	2,5%	17,8%
2001	9	40	141	6,4%	28,4%
2002	27	24	117	23,1%	20,5%
2003	26	49	144	18,1%	34,0%
2004	32	19	151	21,2%	12,6%
2005	33	50	209	15,8%	23,9%
2006	36	26	186	19,4%	14,0%
2007	24	24	230	10,4%	10,4%
2008	31	37	191	16,2%	19,4%
Totales	222	297	1.526	14,5%	19,5%



Fuente: Elaboración propia. Repertorio cronológico de jurisprudencia de la Base de datos Aranzadi / Westlaw.

Como se pone de manifiesto en el cuadro anterior, el órgano consultivo estimó en la vía administrativa en mayor medida las reclamaciones formuladas por los ciudadanos afectados –en concreto el 19,5% en relación con el número total de reclamaciones registradas en el período 2000-2008– que el órgano judicial, que para el mismo período declaró procedentes un total de 222 sentencias que equivalen a un 14,5%. Sin embargo, cabe destacar la progresión que se observa en el *índice de estimación en vía judicial de RRP sanitarias –IL1–* en el período 2000-2002, de modo que se produce una significativa aproximación al índice de estimación del órgano

consultivo –IECCG–. Confluencia ésta que, salvo en el ejercicio 2003, parece mantenerse con ciertas variaciones a lo largo del período 2004-2008.

III.3.3. ANÁLISIS DE LAS DEMANDAS Y SENTENCIAS POR RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL SANITARIA

3.14. A los efectos de alcanzar los objetivos de la fiscalización con respecto a la revisión de la exigencia de responsabilidad patrimonial sanitaria en la vía judicial derivada de las RRP dirigidas al SERGAS / Consellería de Sanidad, se seleccionó una muestra integrada por 56 sentencias del TSJG¹⁸ dictadas en el período 2000-2008 –ver ANEXO II–, sobre la que se procedió al análisis, entre otros, de los siguientes aspectos:

3.14.1. Sentencias en las que se demanda contra actos de desestimación presunta

En el cuadro siguiente se recogen de forma separada aquellas sentencias en las que la demanda se dirige contra una resolución expresa de la Administración sanitaria y las que se presentan contra una desestimación presunta –por silencio administrativo–. En este último caso, se distingue a su vez los supuestos en los que la Administración dicta posteriormente una resolución expresa, de los que dicha resolución no se llega a producir en ningún momento.

Cuadro 29: Sentencias en las que se demanda contra actos de desestimación presuntos.

Sentencias en las que se demanda contra:	Nº	%
Resolución expresa	22	39,3%
Desestimación presunta:	34	60,7%
<i>con resolución expresa posterior</i>	14	25,0%
<i>sin resolución expresa posterior</i>	20	35,7%
Total sentencias seleccionadas (período 2000-2008)	56	100,0%

Fuente: Elaboración propia. Repertorio cronológico de jurisprudencia de la Base de datos Aranzadi / Westlaw.

Como se puede comprobar, la mayoría de las sentencias –un 60,7%– corresponden a demandas formuladas contra actos de desestimación presunta, esto es, donde la Administración sanitaria no tiene resuelto, de forma expresa, las RRP presentadas en la vía administrativa previa al tiempo de la interposición de las demandas judiciales por parte de los afectados. Con todo, en el 41% de

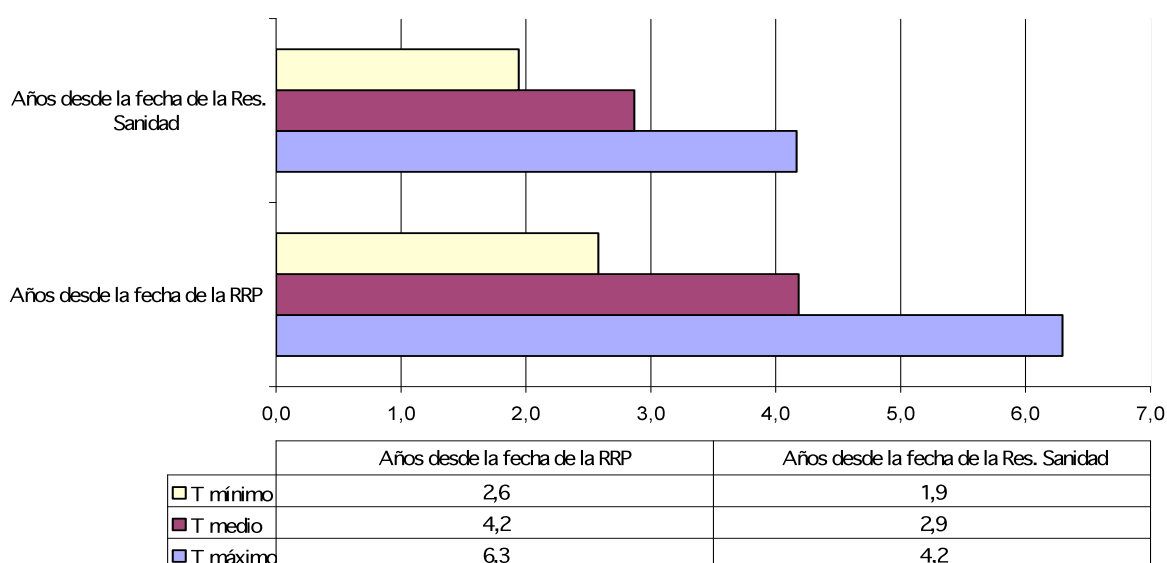
¹⁸ Para la elaboración de la muestra se seleccionaron aquellas más relevantes atendiendo a los criterios de jerarquización de sentencias incluidos en la Base de datos Aranzadi / Westlaw.

estos casos la Administración resuelve de forma extemporánea las RRP antes de producirse el fallo judicial. Estos resultados confirman las dificultades operativas de la vía administrativa previa para dar una respuesta adecuada a las reclamaciones de los afectados.

3.14.2. Tiempos medios de los procesos judiciales por responsabilidad patrimonial sanitaria (RPS)

En el siguiente gráfico se recoge una estimación de los tiempos medios transcurridos entre la fecha de los fallos de los procesos judiciales analizados y, por un lado, las fechas de resolución de los expedientes de RRP por la Consellería de Sanidad, y por otro, las de presentación de la RRP en la vía administrativa previa –todo ello, al no disponer de las fechas de interposición de las demandas–. Se incluyen, además, los tiempos máximos y mínimos.

Gráfico 10: Tiempos medios de los procesos judiciales por RPS.



Fuente: Elaboración propia. Repertorio cronológico de jurisprudencia de la Base de datos Aranzadi / Westlaw.

Como se puede observar, el tiempo medio de duración de los procesos judiciales estimado desde la fecha de resolución de la RRP se aproxima a los 3 años. Sin embargo, dado que en el 60,7% de las sentencias se demanda contra una desestimación presunta, sin que haya resolución expresa de la Administración, cabe suponer que el tiempo medio de los procesos se aproxime más a los 4,2 años estimados desde la fecha de presentación de la reclamación.

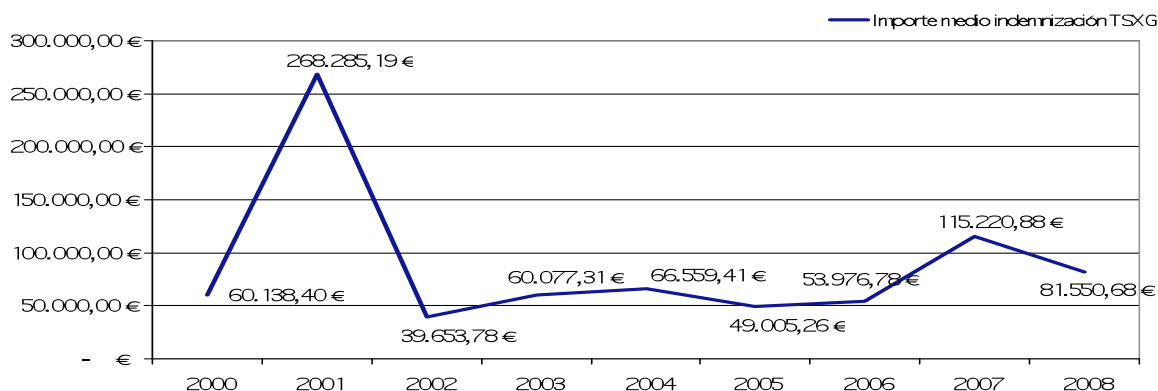
Con todo, cabe poner de manifiesto que la diferencia temporal entre los tiempos medios estimados desde las fechas de presentación de las RRP y las de sus resoluciones expresas alcanza los 1,3 años (480 días), valor muy próximo al tiempo medio de instrucción (*tmi*) de los expedientes de RRP sanitaria por parte de la Consellería de Sanidad –estimado con anterioridad en este Informe–.

III.3.4. IMPORTES MEDIOS DE LAS INDEMNIZACIONES FIJADAS EN LAS SENTENCIAS JUDICIALES POR RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL SANITARIA

3.15. En el cuadro siguiente se recogen los importes medios de las indemnizaciones por responsabilidad patrimonial sanitaria establecidas en sentencia judicial a lo largo del período 2000-2008. Los mismos se estimaron a partir de 218 sentencias de las 222 declaradas procedentes por el TSJG y que contienen una cuantificación de la indemnización económica por la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria de Galicia.

Cuadro 30: Cuantía media de las indemnizaciones fijadas en vía judicial. Período 2000-2008

Año	Nº de Sentencias	Importe de las Indemnizaciones	Imp. Medio Indem.	Importe más elevado	Importe más bajo
2000	3	180.415,21 €	60.138,40 €	78.131,57 €	30.162,19 €
2001	8	2.146.281,52 €	268.285,19 €	601.012,11 €	30.050,61 €
2002	26	1.030.998,37 €	39.653,78 €	150.253,00 €	750,00 €
2003	26	1.562.010,00 €	60.077,31 €	270.000,00 €	5.000,00 €
2004	32	2.129.900,98 €	66.559,41 €	180.000,00 €	3.274,46 €
2005	33	1.617.173,74 €	49.005,26 €	156.000,00 €	300,00 €
2006	35	1.889.187,35 €	53.976,78 €	180.000,00 €	680,00 €
2007	24	2.765.301,17 €	115.220,88 €	600.000,00 €	3.000,00 €
2008	31	2.528.071,00 €	81.550,68 €	250.000,00 €	6.000,00 €
Totales	218	15.849.339,34 €	72.703,39 €		



Fuente: Elaboración propia. Repertorio cronológico de jurisprudencia de la Base de datos Aranzadi / Westlaw.

Como se puede observar, a lo largo del período examinado los *quantums* indemnizatorios medios fijados en sede judicial oscilan desde valores máximos de 268.285,19 euros y de 115.220,88 euros para los ejercicios 2001 y 2007, hasta valores mínimos que en ningún caso bajan de 39.000 euros. Para el conjunto del período, el importe medio de las indemnizaciones determinadas en la vía judicial ascendió a 72.703,39 euros.

III.3.5. ESTIMACIÓN DEL COSTE DE LA JUDICIALIZACIÓN DE LOS EXPEDIENTES DE RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL SANITARIA (RPS)

3.16. Teniendo en cuenta el hecho de que la mayoría de los pagos realizados en concepto de indemnizaciones por responsabilidad patrimonial sanitaria de la Administración son consecuencia de la declaración de la misma en vía judicial, y no el resultado de su preceptiva instrucción en vía administrativa, cabe realizar una estimación del coste adicional derivado del elevado grado de judicialización existente en este tipo de reclamaciones.

Como ya se puso de manifiesto con anterioridad en este Informe, la causa principal de esta situación viene determinada por la tardanza en la resolución expresa de las reclamaciones formuladas en vía administrativa, que hace que un 60% de las demandas judiciales se presenten contra actos de desestimación presunta. Si consideramos además que la Administración sanitaria cuando resuelve expresamente desestima la práctica totalidad de las reclamaciones de índole sanitaria, aún con el dictamen contrario a la desestimación del Consello Consultivo de Galicia, cabe deducir la presencia de cierto incentivo hacia la utilización de la vía judicial como forma de resolución del conflicto que toda reclamación patrimonial representa.

En una primera aproximación a la estimación del coste adicional derivado de la judicialización de las RRP sanitarias, éste vendrá integrado básicamente por dos componentes:

3.16.1. La diferencia en los *quantums* indemnizatorios medios fijados en sede judicial y en la vía administrativa

Un primer aspecto que cabe poner de manifiesto es el contraste, a lo largo del período 2000-2008 examinado, entre el importe medio de las indemnizaciones económicas propuestas por el CCG (**ImCCG**) en aquellos expedientes de RRP donde el órgano consultivo considera probada la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria –dictaminando por ende

en sentido contrario a la propuesta de desestimación de la reclamación— y el importe medio de las indemnizaciones fijadas en vía judicial (**Im X**).

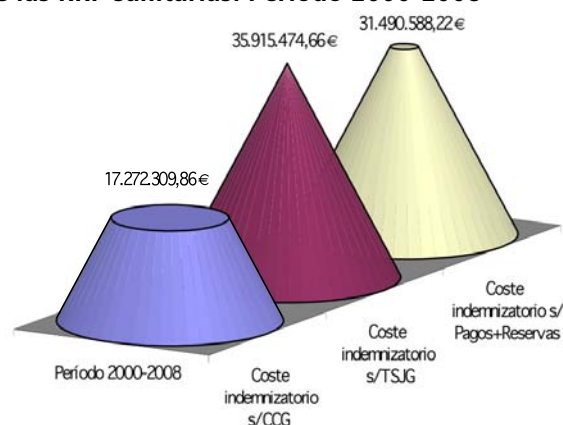
La diferencia entre ambos importes –34.964,19 euros y 72.703,39 euros, respectivamente— asciende a la cantidad de 37.739,20 euros, lo que supone un 108% sobre la indemnización media propuesta por el Consello Consultivo en la vía administrativa. De forma que, de tener estimado en vía administrativa los 232 expedientes de RRP sanitarias cerrados a 31 de marzo de 2010, y suponiendo la conformidad de los reclamantes con dichas resoluciones, el coste indemnizatorio total habría ascendido a 8.111.692,08 euros, en lugar de los 16.867.186,48 euros determinados judicialmente, esto es, 8.755.494,40 euros menos.

Del mismo modo, según la dotación de reservas y pagos para cubrir la responsabilidad patrimonial de los 628 expedientes de RRP sanitaria aun abiertos en fase de tramitación administrativa y/o en el juzgado, cabe estimar que 262 de ellos –esto es, un 41,5%— serán declarados procedentes en vía judicial, con un coste estimado de 19.048.288,18 euros. Por lo que, si los mismos se resolviesen en vía administrativa a un coste medio de 34.964,19 euros, el importe total de las indemnizaciones alcanzaría los 9.160.617,78 euros, suponiendo una minoración de 9.887.670,40 euros.

Así pues, cabe deducir que, de acuerdo con la estimación realizada, el coste adicional de la judicialización de las reclamaciones por responsabilidad patrimonial sanitaria registradas en nuestra Comunidad Autónoma a lo largo de la última década podría ascender a un importe de 18.643.164,80 euros, tal y como se refleja en el cuadro siguiente.

Cuadro 31: Estimación del coste de la judicialización de las RRP sanitarias. Período 2000-2008

	Período 2000-2008	Cuantías (Euros y unidades)
(1)	Indemnización media CCG (ImCCG)	34.964,19 €
(2)	Indemnización media TSXG (ImX)	72.703,39 €
(3)	Indemnización media Pagos+Reservas	63.746,13 €
(4)	Nº RRP cerradas y pagadas	232
(5)	Nº RRP abiertas con coste indem. previsible	262
(6) = (4)+(5)	Nº RRP total con indemnización	494
(7) = (6)*(1)	Coste indemnizatorio s/ CCG	17.272.309,86 €
(8) = (6)*(2)	Coste indemnizatorio s/ TSXG	35.915.474,66 €
(9) = (6)*(3)	Coste indemnizatorio s/ Pagos+Reservas	31.490.588,22 €
(8) - (7)	Diferencia Vía Judicial s/ Administrativa	18.643.164,80 €
(9) - (7)	Diferencia Pagos+Reser. s/ Via Administrativa	14.218.278,36 €



Fuente: Elaboración propia. Base de datos de Dictámenes sobre RRP sanitarias del Consello Consultivo de Galicia.

3.16.2. *Los gastos de defensa jurídica y de representación legal para los reclamantes*

La interposición de demandas por responsabilidad patrimonial sanitaria ante la jurisdicción contencioso-administrativa lleva asociada para los reclamantes de los daños unos gastos de defensa jurídica y de representación legal. Para su estimación se partió de la aplicación de los *criterios orientadores y costes de referencia de las actuaciones profesionales* del Ilustre Colegio de Abogados de Santiago de Compostela¹⁹, sobre las cuantías reclamadas²⁰ correspondientes a 218 sentencias del TSJG dictadas en el período 2000-2008, cuyo resultado se refleja en el cuadro siguiente:

Cuadro 32: Estimación de los gastos jurídicos por la judicialización de la RPS. Período 2000-2008

Tramo Honorarios Abogados	Nº Sentencias	Cuantía reclamada	% Tabla	Importe honorarios	Indemnizaciones	CR Media	IH Media	IM	% Gtos/Im
de 0 a 300 euros	-	- €	25%	- €	- €	- €	- €	- €	0,0%
de 601 a 3.000 euros	5	10.034,28 €	16%	1.605,49 €	3.737,35 €	2.006,86 €	321,10 €	747,47 €	43,0%
de 3.001 a 6.000 euros	2	8.866,85 €	14%	1.241,36 €	3.302,53 €	4.433,42 €	620,68 €	1.651,27 €	37,6%
de 6.001 a 12.000 euros	12	94.330,25 €	12%	11.319,63 €	35.134,07 €	7.860,85 €	943,30 €	2.927,84 €	32,2%
de 12.001 a 24.000 euros	11	173.255,23 €	11%	19.058,08 €	64.530,32 €	15.750,48 €	1.732,55 €	5.866,39 €	29,5%
de 24.001 a 48.000 euros	22	709.202,43 €	9%	63.828,22 €	264.148,21 €	32.236,47 €	2.901,28 €	12.006,74 €	24,2%
de 48.001 a 90.000 euros	28	1.829.046,28 €	8%	146.323,70 €	681.243,16 €	65.323,08 €	5.225,85 €	24.330,11 €	21,5%
de 90.001 a 300.000 euros	97	17.019.596,06 €	8%	1.361.567,69 €	6.339.086,94 €	175.459,75 €	14.036,78 €	65.351,41 €	21,5%
de 300.001 a 600.000 euros	32	12.263.015,14 €	6%	735.780,91 €	4.567.459,70 €	383.219,22 €	22.993,15 €	142.733,12 €	16,1%
de 600.001 a 1.200.000 euros	9	10.445.998,45 €	5%	522.299,92 €	3.890.697,06 €	1.160.666,49 €	58.033,32 €	432.299,67 €	13,4%
Totales	218	42.553.344,98 €		2.863.024,99 €	15.849.339,34 €	195.198,83 €	13.133,14 €	72.703,39 €	18,1%

Fuente: Elaboración propia. Repertorio cronológico de jurisprudencia de la Base de datos Aranzadi / Westlaw.

Como se puede observar, el coste medio estimado por la defensa jurídica y representación legal de los demandantes por responsabilidad patrimonial sanitaria en la vía judicial asciende a un importe de 13.133,14 euros. A esta cantidad habrá que añadirle, además, una media de 879,76 euros correspondientes al arancel de derechos de los Procuradores de los tribunales, por lo que la

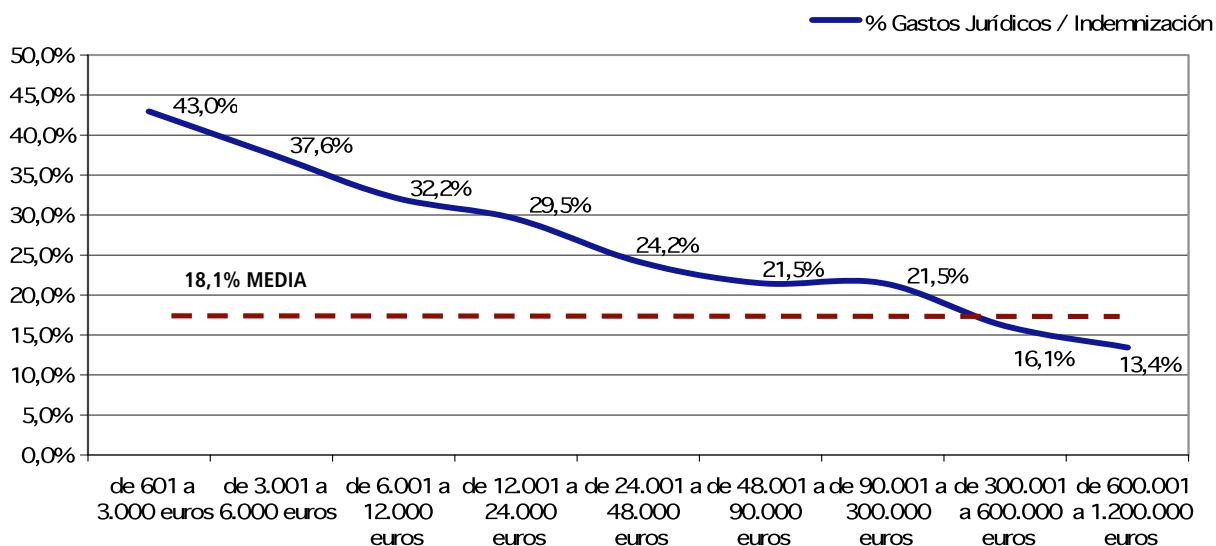
¹⁹ Se tomaron los criterios orientadores aprobados por la junta general del Colegio para el ejercicio 2009. Como su nombre indica, dichos criterios responden a una finalidad orientadora y de referencia, con el objeto de establecer unas pautas que sirvan para fijar los honorarios profesionales de los abogados. Siendo los letrados libres, en cualquier caso, para pactar con su cliente la cuantía de sus honorarios, sin más limitaciones que las que resulten de las reglas establecidas en el código deontológico y en la normativa vigente en materia de libre competencia.

²⁰ La cuantía total reclamada se estimó a partir del importe medio reclamado en vía administrativa en el período 2000-2008, correspondiente a 224 RRP dictaminadas por el CCG, y que ascendió a la cantidad de 195.198,83 euros. Para su distribución por los tramos del baremo de honorarios, se calcularon las cuantías individualizadas de cada pleito a partir de los importes de las indemnizaciones, teniendo en cuenta que éstos representan en promedio el 37,2458131% de las mismas.

cuantía media por pleito ascendería a un importe de 14.012,90 euros –lo que supone aproximadamente un 19,3% de la cuantía media por indemnización–.

Se constata, además, el mayor peso relativo que representan los gastos jurídicos de la vía judicial en relación con las indemnizaciones concedidas en las reclamaciones patrimoniales de menor cuantía. De modo significativo para todas aquellas de menos de 48.000 euros, los gastos jurídicos representan, en relación con los importes de las indemnizaciones otorgadas, porcentajes que oscilan entre un 43% y un 24,2%, tal y como se refleja en el gráfico siguiente.

Gráfico 11: % Gtos. jurídicos/Indemnizaciones por RPS en función de las cuantías reclamadas



Fuente: Elaboración propia. Repertorio cronológico de jurisprudencia de la Base de datos Aranzadi / Westlaw.

Los resultados anteriores ponen de manifiesto que la judicialización de las reclamaciones por responsabilidad patrimonial sanitaria de menor cuantía resulta una forma socialmente poco eficiente de resolverlas, dados los importantes costes que ésta genera, ya que, además de los judiciales para los reclamantes y para la propia Administración, se deben considerar los derivados de la resolución de la reclamación en la vía administrativa previa. Por lo que, en algunos casos, los costes totales de la tramitación de las RRP pueden aproximarse, o mismo exceder, al importe de las indemnizaciones.

Este hecho contrasta con los resultados de la vía administrativa previa –nombradamente con la fase de dictamen del órgano consultivo– que aun siendo, en principio, más favorable a las pretensiones indemnizatorias de los reclamantes –un 19,5% de las RRP estimadas por el

Consultivo frente a un 14,5% en la vía judicial— determina importes indemnizatorios medios de menor cuantía que la vía judicial —concretamente un 51,2% menos del *quantum* determinado en sede judicial—.

Pero, sobre todo, no lleva asociados los elevados costes de representación y defensa legal de los procedimientos judiciales que, en algunos casos, pueden constituir obstáculos de acceso a la reclamación de los daños sanitarios por parte de los ciudadanos.

3.18. Teniendo en cuenta lo anterior, se estima que la elevada judicialización de las reclamaciones por RPS generó un coste adicional, para el período de análisis considerado, de más de 25,5 millones de euros —18,6 millones de euros en mayor importe indemnizatorio debido al hecho de que los quantums indemnizatorios medios fijados en sede judicial son un 108% más elevados que los propuestos en la vía administrativa por el órgano consultivo; y 6,9 millones de euros en gastos de defensa jurídica y representación legal—. Importe al que habría que añadirle, además, los costes jurídicos de la propia Administración sanitaria, así como los derivados de la instrucción y resolución de las RRP en la vía administrativa previa.

Con todo, los costes más elevados, y difíciles de estimar, que se producen en este contexto de judicialización creciente de la RPS son los relacionados con la práctica por los profesionales sanitarios y del sistema sanitario en su conjunto de la denominada *medicina defensiva*²¹.

La práctica de la medicina defensiva tiene dos consecuencias fundamentales igualmente perniciosas para los sistemas de salud ya que, por un lado, ocasiona una ralentización en la prestación asistencial y, por otro, provoca un encarecimiento de la asistencia prestada por cuanto supone la realización de pruebas y aplicación de terapias de las que se podría haber prescindido. Pudiendo afectar de modo negativo a la adecuación de la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad, y a la racionalidad y sostenibilidad futura de los sistemas de salud.

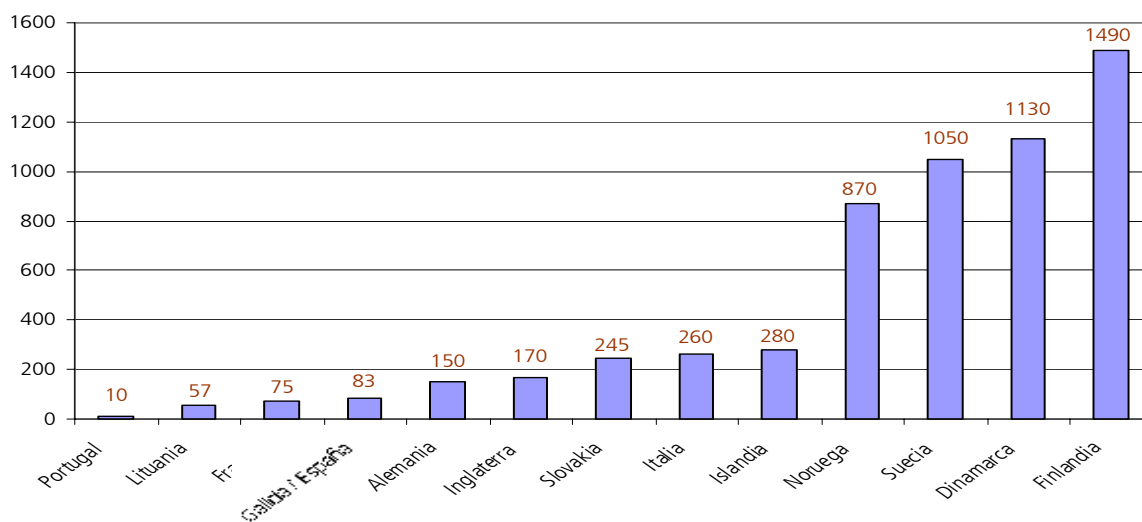
21 La proliferación del número de reclamaciones dirigidas contra los facultativos puede provocar, en algunos casos, que éstos, para evitar que se les impute mala praxis, prescriban la realización de pruebas diagnósticas que exceden con mucho de las que serían habituales, ordenando la práctica de todo el abanico de pruebas que la medicina moderna les permite para evitar un diagnóstico equivocado, como que se les pueda tachar de dejadez o abandono en la investigación de la causa de la enfermedad. En este sentido, cabe entender que la medicina defensiva trataría de proporcionar al profesional médico y al sistema sanitario a protección necesaria ante futuras reclamaciones formuladas por los posibles perjudicados por la prestación asistencial recibida.

III.3.6. LA PROBLEMÁTICA DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICO-SANITARIA: LA EXPERIENCIA COMPARADA EUROPEA.

3.19. La responsabilidad médico-sanitaria y la problemática de la creciente judicialización de las reclamaciones patrimoniales sanitarias no admite aproximaciones reduccionistas, en el sentido de que será el entorno jurídico, político, social, económico y cultural de cada país en el que se desarrolle la práctica asistencial sanitaria de los distintos sistemas de salud el que determine las consecuencias médico-legales que se puedan derivar de la misma, condicionando de forma importante el comportamiento y la *performance* del conjunto del sistema sanitario.²²

En Galicia, y por extensión en el conjunto del SNS de España, el número de reclamaciones es relativamente bajo en comparación con otros países europeos de nuestro entorno, como se puede observar en el cuadro adjunto.

Gráfico 12: N° de Reclamaciones x 1.000.000 de habitantes. Comparativa Internacional 2007



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario sobre responsabilidad médica del Consello de Europa. Otoño 2007.

Existe una notable diferencia en el número de reclamaciones que se formulan en los países escandinavos –Noruega, Suecia, Dinamarca y Finlandia– frente al resto, hecho que se relaciona con la existencia de sistemas de resolución no judiciales que tienen establecidos dichos países.

²² Actas de la conferencia sobre *The ever-growing challenge of medical liability: national and European responses*, celebrada en Estrasburgo los días 2 y 3 de junio de 2008, y publicadas por la Dirección General de Derechos Humanos y Asuntos Legales del Consello de Europa en 2009.

Cuadro 33: Judicialización de las reclamaciones. Comparativa Internacional 2007

País	Nº RS x 1.000.000 h	A la vía judicial	% judicialización
Portugal	10	---	0,0%
Lituania	57	3	5,3%
Francia	75	75	100,0%
Galicia / España²³	83	27	33,0%
Alemania	150	95	63,3%
Inglaterra	170	4	2,4%
Eslovaquia	245	6	2,4%
Italia	260	222	85,4%
Islandia	280	20	7,1%
Noruega	870	0	0,0%
Suecia	1.050	1	0,1%
Dinamarca	1.130	6	0,5%
Finlandia	1.490	0	0,0%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario sobre responsabilidad médica del Consello de Europa. Otoño 2007.

La escasa judicialización de las reclamaciones en los países escandinavos se relaciona básicamente con el hecho de que la compensación por daños derivados de la asistencia sanitaria se fundamenta en una legislación especial sobre el derecho de los pacientes a obtener una indemnización²⁴, y en la aplicación de procedimientos administrativos para su resolución. Así, en un primer nivel las reclamaciones se tramitan por un organismo especializado –atendido por personal médico y jurídico– resolviendo si el daño fue evitable o no como regla general para la calificación del mismo como indemnizable. En el caso de que el paciente no estuviera conforme con la decisión adoptada, puede apelar en un segundo nivel ante un Consejo de Apelación por daños a los Pacientes. Ambos niveles son gratuitos para el paciente. Finalmente, el paciente puede acudir a los tribunales de justicia, asumiendo en este caso el riesgo económico que conlleva.

Una de las consecuencias de estos sistemas es el elevado número de reclamaciones que se formulan, así como el elevado porcentaje de estimación de los mismos –entre un 40% y 50%–. Este elevado número de reclamaciones puede relacionarse, entre otros factores, con la ausencia de barreras de acceso al sistema y con la aplicación de criterios más laxos para la obtención de una indemnización. De hecho, el principio de responsabilidad por culpa o falta –propio de los sistemas judicializados– consistente en la quiebra del estándar profesional (*lex artis ad hoc*) se

²³ La tasas para Galicia y España están subestimadas ya que se refieren sólo al número de reclamaciones por responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria pública, y no incluyen las demandas civiles formuladas por responsabilidad médica en la asistencia sanitaria privada.

²⁴ En Dinamarca la "*Danish Patient Insurance Act*", modificada en enero del año 2004 para incluir la asistencia sanitaria pública además de la privada.

sustituye por el de daño evitable por un especialista experimentado. Aunque estos sistemas fueron calificados como de responsabilidad objetiva –*en el fault systems*–, cabe entender más bien que se trata de sistemas de compensación de los daños sanitarios inscritos en la esfera de derechos de los pacientes en el marco de la propia prestación asistencial.

Sin embargo el elevado número de reclamaciones que se producen en estos sistemas, los importes de las indemnizaciones pagadas son relativamente bajas en relación con el coste por reclamación de los países donde estas se resuelven en la vía judicial –por ejemplo, en Suecia el 25% de las reclamaciones indemnizadas están por debajo de 600 euros, y el 50% por debajo de 2.000 euros–.²⁵ Además, los tiempos medios de tramitación de las reclamaciones en estos sistemas son significativamente menores, sin que aparentemente incurran en costes proporcionalmente más altos, debido principalmente al bajo gasto que supone la resolución administrativa de las reclamaciones en relación con el acceso a los tribunales de justicia –que en algunos países puede suponer un porcentaje elevado en relación con el importe de la indemnización–.

Según las contestaciones al *Cuestionario sobre responsabilidad médica* del Consello de Europa del año 2007, y del Informe N° 11 de la OCDE sobre *Medical Malpractice, Prevention, Insurance and Coverage Options*, publicado el 10 de enero de 2007, los costes por habitante/año por daños médicos alcanzaría los 9 euros en Suecia, Finlandia y Dinamarca, frente a los 15 euros en Inglaterra, 9 euros en Italia, 5 euros en Francia, y 3 euros en Alemania.

Para el caso de España no se encontraron datos, sin embargo cabe estimar, a partir de la información disponible referida a nuestra Comunidad Autónoma, que el coste por habitante/año podría ascender a un importe entre 2 y 3 euros. En comparación, cabe destacar el hecho de que en los países escandinavos, con un número de reclamaciones tramitadas de entre 12 a 18 veces superior, el coste por habitante año sea sólo tres veces mayor.

²⁵ Según el Informe N° 15 do Standing Committee of Hospitals of the European Union (HOPE), los importes medios de las indemnizaciones pagadas por reclamaciones sanitarias en los países escandinavos son significativamente inferiores al resto, como se puede comprobar en el siguiente cuadro adjunto:

País	Importe medio de la indemnización pagada
Suecia	10.000 euros
Dinamarca	22.160 euros
Finlandia	10.000 euros
Francia	13.000 euros
Irlanda	65.000 euros
Holanda	10.000 euros
Galicia / España (Dato Estimación propia)	72.703 euros

Otro aspecto importante de estos modelos de gestión desjudicializada de las reclamaciones por daños sanitarios es el que se refiere a la creación de un entorno más adecuado para el aprendizaje de la organización sanitaria y de sus profesionales a partir de la información suministrada por las reclamaciones, facilitando al mismo tiempo la consolidación de los sistemas de notificación de efectos adversos y de una cultura de gestión de los riesgos sanitarios conducente a evitar a producción de daños futuros y la mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria prestada.

Desde una perspectiva más amplia, se puede entender que la desjudicialización de las reclamaciones por daños derivados de la asistencia sanitaria operada en los países escandinavos permite una internalización del coste de las mismas, con carácter subsidiario, dentro de los modelos de bienestar y de salud que caracterizan a estos países. Por lo que no cabe realizar transposiciones miméticas a otros con entornos jurídicos, políticos, sociales, económicos y culturales diferentes.

3.20. En España, la progresiva subjetivación de la responsabilidad patrimonial sanitaria de la Administración –en un país en el que el 80% de la asistencia sanitaria es pública– operada jurisprudencial y legalmente tiene limitado seriamente el carácter objetivo que se predica de la responsabilidad patrimonial general de las AA.PP., aproximándola a la responsabilidad civil por daños aplicable a la asistencia sanitaria privada. En este esquema, no es suficiente la producción efectiva del daño y la prueba del nexo causal entre la actividad asistencial y la producción del mismo, sino que es preciso probar la existencia de un elemento de culpa o falta a través de la quiebra del estándar profesional o *lex artis ad hoc* como criterio básico para la declaración de la antijuricidad del daño, esto es, la no obligación para el paciente de soportarlo y, en consecuencia, para la declaración de responsabilidad de la Administración y el deber de indemnizar.

Cabría entender, pues, que es esta configuración legal y jurisprudencial de la responsabilidad patrimonial sanitaria en nuestro país la que ha ejercido una fuerte *vis atractiva* hacia la judicialización de las reclamaciones de los pacientes.

III.4. ANÁLISIS DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL SANITARIA

III.4.1. CONSIDERACIONES GENERALES

3.21. A los efectos de alcanzar los objetivos de la fiscalización con respecto a la revisión de esta área, se analizó el seguro de responsabilidad patrimonial sanitaria como técnica de gestión y translación del riesgo. Se trató también de verificar la suficiencia de las coberturas de los seguros por responsabilidad contratados por la Administración autonómica en relación con los riesgos que se pretenden asegurar, así como la evolución del coste de las primas abonadas.

III.4.2. EL CONTRATO DE SEGURO POR RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL SANITARIA

3.22. En España, la Administración Pública Sanitaria está asegurada prácticamente en su totalidad, recurriendo para ello a una contratación generalizada de un seguro de responsabilidad civil y patrimonial, se acogen a la posibilidad de contratar seguros que prevén el artículo 10 y el Anexo II de la Ley 30/2007, del 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, y el artículo 3 del Real decreto 1098/2001, del 12 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.²⁶

En general, la utilización por parte de las Administraciones Públicas del seguro de responsabilidad civil y patrimonial como técnica de gestión y translación del riesgo se justifica principalmente en razones presupuestarias. De modo que la forma de gestión de los presupuestos públicos hace decisivo que se opte por soportar los costes de las primas del seguro –que son presupuestariamente previsibles– y no por asumir el riesgo de las indemnizaciones.

También se han señalado razones de política de personal debido a la presión de los colectivos profesionales de facultativos y demás personal sanitario para que la Administración sanitaria contrate un seguro de responsabilidad civil y patrimonial –que también es frecuente que incluya la defensa jurídica de los profesionales de la sanidad pública demandados en vía penal–.

²⁶ Con independencia de la valoración de si la técnica del contrato de seguro como medio de transferencia del riesgo es socialmente ventajosa o no para todos los actores implicados –pacientes, facultativos y personal sanitario, Administración sanitaria, mediadores de seguros y aseguradoras–, la suscripción de seguros de responsabilidad civil que incluyen la responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es una práctica común y generalizada en casi todas las comunidades autónomas de España.

3.23. La evolución del mercado asegurador, tanto de la responsabilidad civil –para médicos que ejercen en la sanidad privada– como de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, se ha caracterizado en los últimos diez años por un progresivo incremento de las primas debido al importante crecimiento del número de reclamaciones y demandas por errores médicos formuladas por los ciudadanos.

Así, en el caso concreto de las pólizas por responsabilidad patrimonial de las Administraciones sanitarias, las compañías de seguros ponen de manifiesto las dificultades para el cálculo actuarial y el ajuste técnico por riesgo de las primas, debido al elevado número de contingencias cubiertas y al importante grado de variabilidad en los importes de las indemnizaciones fijadas por los tribunales de justicia. Estas son las razones fundamentales, entre otras, por las que muchas aseguradoras abandonaron este sector, mientras que otras han iniciado y consolidado estrategias de especialización y de captación del mayor número de asegurados para garantizar la rentabilidad económica del seguro por volumen de negocio.

Con todo, cabe destacar que desde el año 2003 la Ley 44/2003, del 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, estableció la obligatoriedad de la suscripción del oportuno seguro de responsabilidad, aval, u otra garantía financiera, por parte de los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la sanidad privada, para cubrir las indemnizaciones que se pudieran derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia.

Así, tenemos que las compañías aseguradoras operan tanto en la cobertura de riesgos por responsabilidad derivada de la Sanidad Privada como de la Pública, sin embargo el encaje del régimen jurídico del seguro –Ley 50/1980, del 8 de octubre, del Seguro– con el de la responsabilidad civil propia del médico ejerciente en la Sanidad privada presentará muchas menos “dificultades” que las derivadas de su “cohabitación” con el régimen jurídico de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones sanitarias²⁷.

Estas dificultades se relacionan, básicamente, con la alteración de la “práctica aseguradora” en la tramitación y gestión de siniestros/reclamaciones, que en el caso de las demandas por responsabilidad civil contra un médico o centro sanitario privado se sustancian con la aplicación plena de la Ley del Seguro y que se traducen, en principio, en una mayor celeridad en el cumplimiento de los procedimientos ante la jurisdicción civil. En estos casos, la dirección de la

²⁷ *Manual sobre responsabilidad patrimonial sanitaria*, Autor(es) Abogacía General del Estado Dirección del Servicio Jurídico del Estado, Ed. Aranzadi (2009).

defensa jurídica del demandado le corresponde al asegurador, que por otra parte es el obligado al pago de la indemnización por daños que, en su caso, se establezca. En este contexto, las compañías aseguradoras pueden llegar a acuerdos extrajudiciales con los demandantes, evitando los pleitos.

En España, son los Colegios Oficiales de Médicos y demás organizaciones profesionales sanitarias las que disponen de gabinetes de asesoría jurídica para sus colegiados, y incluso negocian con las compañías de seguros la suscripción de seguros colectivos de responsabilidad civil y defensa jurídica a los que se pueden adherir sus colegiados pagando la correspondiente prima.

Sin embargo, cuando el médico o el centro demandado es de la Sanidad Pública, las reclamaciones por responsabilidad patrimonial se dirigirán contra la Administración Sanitaria, debiéndose agotar una vía administrativa previa antes de poder presentar una demanda ante la jurisdicción contencioso-administrativa. En este caso, la compañía aseguradora se encuentra con varias dificultades²⁸:

a) Por una parte, su capacidad de gestión y tramitación de siniestros –una de las ventajas de contratar un seguro– se ve limitada por la existencia de un procedimiento administrativo previo de carácter obligatorio, en el que apenas interviene, excesivamente lento y que dilata los tiempos de tramitación de los siniestros.

b) Por otra parte, en aquellos expedientes de reclamación que terminan en demandas judiciales ante los tribunales del contencioso-administrativo, las aseguradoras no pueden ostentar la dirección jurídica de los pleitos, dado que éstos son dirigidos por las respectivas Asesorías jurídicas de la propia Administración sanitaria. Estos inconvenientes se intentaron resolver a través de la creación de las denominadas *Comisiones de seguimiento*, integradas por representantes de la Administración sanitaria, de las compañías de seguros y de los corredores de seguros como mecanismo de coordinación de la tramitación de estos expedientes.

III.4.3. EL SEGURO POR RPS DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA DE GALICIA

3.24. En relación con la responsabilidad patrimonial sanitaria, la Administración gallega –Consellería de Sanidade/SERGAS– dispone de un seguro que incluye, además de la anterior, la

²⁸ Estas ya se ponían de manifiesto, entre otras, en la temprana *Resolución de la Dirección General de Seguros del MEH*, del 26 de junio de 1996, que resolvía una consulta formulada por una compañía aseguradora, afirmando la incompatibilidad entre la Ley de Contrato de Seguro y la Ley 30/1992, y desaconsejando la cobertura de la responsabilidad patrimonial de las AA.PP. mediante un contrato de seguro con una compañía aseguradora privada.

responsabilidad civil general, la médica, y la profesional no médica. A los efectos de alcanzar los objetivos de la presente fiscalización referidos a este epígrafe, se analizaron para el período 2000-2008, entre otros, los siguientes aspectos:

3.24.1. Coberturas de los seguros por responsabilidad civil y patrimonial sanitaria

Las pólizas de seguro por responsabilidad civil y patrimonial de la Administración sanitaria en el mercado español de seguros no difieren en sus coberturas de las pólizas de responsabilidad civil general, articulándose con cláusulas de amplia redacción.

En su delimitación objetiva, el seguro cubre <<...las consecuencias económicas derivadas de la responsabilidad profesional²⁹, de explotación y patrona³⁰ o por accidente de trabajo que durante la vigencia del mismo pudiera corresponder directa, solidaria o subsidiariamente al Asegurado, por daños corporales o materiales y perjuicios consecutivos, causados por acción o omisión a terceros en el ejercicio de sus actividades.>> (Cláusula 3.1.1. del Seguro de responsabilidad civil contratado con la compañía ZURICH). Así mismo, <<...queda garantizada la responsabilidad patrimonial exigible a la Administración, conforme a lo establecido en la Ley 30/1992, del 26 de noviembre, de RJAP y PAC (modificada por la Ley 4/1999, del 13 de enero), en lo que respecta a los daños corporales, materiales y perjuicios consecutivos causados.>> (Cláusula 3.2.1.). Además, el seguro <<...ampara los costes y gastos judiciales y extrajudiciales que se deriven y la prestación de fianzas para garantizar las resultas de dichos procedimientos.>> (Cláusula 3.2.2.).

En la delimitación temporal del riesgo, la póliza establece una cláusula *claims made* o de cobertura posterior que cubre los siniestros sucedidos hasta una fecha determinada y reclamados durante la vigencia del contrato o bien con retroactividad limitada.

Finalmente, en la delimitación cuantitativa del riesgo, el capital asegurado es elevado, y las franquicias también son altas. Además, las pólizas prevén dos tipos de límites de indemnización, un máximo por cada siniestro y un límite agregado anual o trianual que se aplica en el caso de que se produzcan varios siniestros. Se establece también la posibilidad de revisar periódicamente la prima inicial en función de la frecuencia de la siniestralidad o agravamiento del riesgo.

²⁹ La responsabilidad derivada de los daños o perjuicios producidos a terceros como consecuencia del ejercicio profesional, tanto en su vertiente sanitaria como no sanitaria.

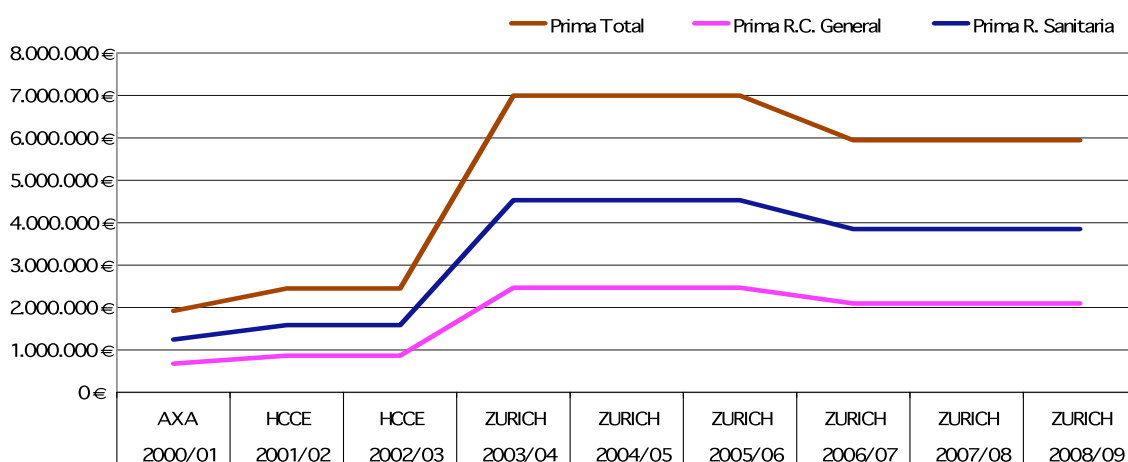
³⁰ La responsabilidad que le sea exigible a la Institución por los accidentes de trabajo sufridos por el personal que tenga la condición de Asegurado ocurridos en el desarrollo de la actividad asegurada.

3.24.2. Evolución de las primas del seguro por RPS en el período 2000-2008

En el cuadro siguiente se recoge la evolución de las primas pagadas por la Administración autonómica tanto por los seguros de responsabilidad civil y patrimonial general como por la sanitaria.

Cuadro 34: Evolución de las primas del seguro por RPS. Período 2000-2008

Anualidad	Compañía	Prima Total *	Prima R.C. General	Prima R. Sanitaria
01/07/2000 a 30/06/2001	AXA	1.920.234 €	676.526 €	1.243.708 €
01/07/2001 a 30/06/2002	HCCE	2.449.195 €	862.887 €	1.586.308 €
01/07/2002 a 30/06/2003	HCCE	2.449.195 €	862.887 €	1.586.308 €
01/07/2003 a 30/06/2004	ZURICH	6.996.540 €	2.464.982 €	4.531.558 €
01/07/2004 a 30/06/2005	ZURICH	6.996.540 €	2.464.982 €	4.531.558 €
01/07/2005 a 30/07/2006	ZURICH	6.996.540 €	2.464.982 €	4.531.558 €
01/07/2006 a 30/06/2007	ZURICH	5.947.059 €	2.095.235 €	3.851.824 €
01/07/2007 a 30/06/2008	ZURICH	5.947.059 €	2.095.235 €	3.851.824 €
01/07/2008 a 30/06/2009	ZURICH	5.947.059 €	2.095.235 €	3.851.824 €
01/07/2000 a 30/06/2009	TOTAL	45.649.421 €	16.082.951 €	29.566.470 €



Fuente: Elaboración propia. Base de datos RRP de la S.G. de Patrimonio – Servicio de Gestión de Riesgos y Seguros.

(*) El desglose de la prima total del seguro de RC y patrimonial entre Sanitaria y General en las tres primeras anualidades se hace en la misma proporción –del 64,8% para la primera y del 35,2% para la segunda– que la que aparece en el resto de las anualidades de los contratos de seguro con ZURICH.

Hasta el ejercicio 2003, la Administración autonómica mantiene un contrato de seguro único por responsabilidad civil y patrimonial de carácter general que incluye en la condición de asegurados la totalidad de la Administración y sus organismos autónomos dependientes, así como al personal a su servicio –incluida la Consellería de Sanidad y todos aquellos organismos y Entes que la

componen, el SERGAS y las Fundaciones Públicas—. Como consecuencia, la prima también es única, sin que aparezca diferenciada la parte correspondiente a la responsabilidad sanitaria.

Sin embargo, a partir de la anualidad 2003/2004, con la contratación de la aseguradora ZURICH INSURANCE PLC, aparece, en una póliza separada de la general, un seguro de responsabilidad civil de la Consellería de Sanidad y/o SERGAS con un clausulado específico, con su prima diferenciada de la del seguro de carácter general.

Como se puede observar en el cuadro anterior, los importes anuales de las primas –por el período de vigencia de los seguros de RC– experimentan un importante incremento a partir de la anualidad 2003/2004, pasando de un importe de casi 2,5 millones de euros a casi 7 millones. Se puede entender que este incremento del 180% se debe básicamente a la separación de la póliza del seguro por responsabilidad civil y patrimonial sanitaria, cuya prima anual alcanza los 4,5 millones de euros para las anualidades 2003/04, 2004/05 y 2005/06. Se constata, además, que las primas descienden a partir de la anualidad 2006/07, pasando la del seguro de RC general de 2.464.982 euros a 2.095.235 euros, y la del seguro de responsabilidad sanitaria de 4.531.558 euros a 3.851.824 euros, lo que supone una disminución del 15% en ambos casos.

3.24.3. *Evolución de la siniestralidad en el seguro por RPS en el período 2000-2008*

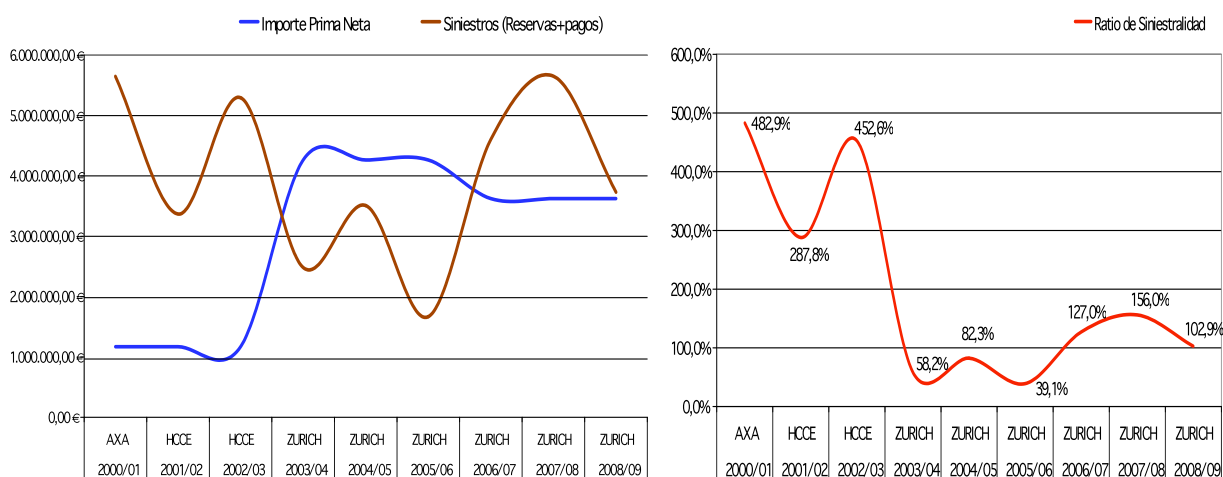
Uno de los principales factores explicativos de la anterior evolución del importe de las primas del seguro de responsabilidad civil y patrimonial sanitario viene determinado por la evolución de la siniestralidad, definida ésta por la suma de los pagos –indemnizaciones y gastos– realizados por la compañía aseguradora, mas las reservas constituidas por la misma en relación con los siniestros imputados al período de vigencia del seguro pendientes de pago.

En el cuadro siguiente puede observarse la evolución anual, a lo largo del período analizado, de la siniestralidad derivada de los pagos y dotaciones de reservas realizadas para la cobertura de las obligaciones económicas originadas por las reclamaciones patrimoniales sanitarias, en relación con la evolución de los importes de las primas netas³¹ abonadas por la Administración autonómica.

³¹ Son las primas netas de anulaciones y extornos pagadas por el tomador del Seguro.

Cuadro 35: Evolución de la siniestralidad / primas netas del seguro de RPS. Período 2000-2008

Anualidad	Compañía	Prima R. Sanitaria	Prima R. Sanitaria Neta	Reservas+pagos	Ratio de Siniestralidad ³²
2000/01	AXA	1.243.708 €	1.169.997,98 €	5.649.843,01 €	482,9%
2001/02	HCCE	1.586.308 €	1.169.997,98 €	3.367.736,72 €	287,8%
2002/03	HCCE	1.586.308 €	1.169.997,98 €	5.295.322,29 €	452,6%
2003/04	ZURICH	4.531.558 €	4.262.989,65 €	2.481.617,46 €	58,2%
2004/05	ZURICH	4.531.558 €	4.262.989,65 €	3.509.195,31 €	82,3%
2005/06	ZURICH	4.531.558 €	4.262.989,65 €	1.667.257,54 €	39,1%
2006/07	ZURICH	3.851.824 €	3.623.540,92 €	4.603.690,35 €	127,0%
2007/08	ZURICH	3.851.824 €	3.623.540,92 €	5.651.038,01 €	156,0%
2008/09	ZURICH	3.851.824 €	3.623.540,92 €	3.727.846,82 €	102,9%
2000/09	TOTAL	29.566.470 €	27.169.585,65 €	35.953.547,51 €	132,33%



Fuente: Elaboración propia. Base de datos RRP de la S.G. de Patrimonio – Servicio de Gestión de Riesgos y Seguros.

A lo largo de las tres primeras anualidades los pagos y dotaciones de reservas de los seguros debidos a las indemnizaciones de daños reclamados por responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria exceden con mucho a los importes de las primas anuales abonadas, tal y como indican los valores de las ratios de siniestralidad, situados por encima del 280%.

Como consecuencia de esta situación, la entrada de la compañía ZURICH INSURANCE PLC –en la actualidad prácticamente la única aseguradora especializada en responsabilidad civil y patrimonial de las Administraciones públicas sanitarias en España– supone un incremento de las primas de más del 260%, esto es, de una prima anual estimada de 1.169.997,98 euros para la anualidad 2002/03 se pasa a un importe de 4.262.989,65 euros para la anualidad 2003/04.

³² El ratio de siniestralidad viene definido por la relación entre los siniestros (pagos + reservas) divididos entre el importe de la prima neta multiplicado por 100.

Como resultado de este incremento, en los períodos siguientes hasta la anualidad 2005/06 el ratio de siniestralidad se mantiene significativamente por debajo del 100%.

La póliza de seguro de RPS con la compañía ZURICH INSURANCE PLC contemplaba para el período 2003-2006 la existencia de un mecanismo de participación del asegurador y del tomador del seguro en los beneficios del mismo, a través de la liquidación de un sistema de cuentas de experiencia, que permite cierto ajuste del importe de las primas a la evolución real de la ratio de siniestralidad. Sin embargo, se comprobó que en la fecha de finalización de los trabajos de campo de la presente fiscalización quedaban aun pendientes de liquidación y cierre las tres cuentas de experiencia correspondientes a las anualidades 2003/04, 2004/05 y 2005/06, previstas en el clausulado del contrato de seguro.

Según la propuesta de liquidación total y definitiva de la participación en beneficios correspondiente al período 2003/04, presentada por la compañía de seguros en el mes de marzo de 2010, con datos de cierre a 31 de diciembre de 2009, la cuenta de experiencia presentaría un saldo a favor de la Administración autonómica de 1.034.694,13 euros. No se tiene constancia de que se tenga aprobado y cobrado dicha liquidación.

Con todo, el ajuste a la baja de las primas del seguro a partir de la anualidad 2006/07 –junto con la supresión del mecanismo de las cuentas de experiencia– aproxima el ratio de siniestralidad por encima del 100%, con porcentajes del 127%, 156% y 102,9% para los tres períodos siguientes, respectivamente.

3.24.4. Coordinación y gestión operativa del seguro por RPS

La existencia del seguro por RPS como técnica de gestión del riesgo sanitario conlleva una serie de necesidades de coordinación y de procedimientos operativos propias del régimen jurídico y de la naturaleza de los seguros privados. Como se puede observar en el esquema adjunto, o tomador de seguro de RPS –esto es, quien contrata el servicio de mediación y firma las pólizas– no es el SERGAS o la Consellería de Sanidad –que aparecen en calidad de asegurados–, sino la Consellería de Facenda, que a través de la S.G. de Patrimonio centraliza y coordina el aseguramiento de la responsabilidad civil y patrimonial de toda la Administración autonómica.

Este esquema de gestión implica la necesidad de establecer un adecuado sistema de comunicación entre la aseguradora, el mediador, el tomador y el asegurado, que se concreta tanto en el propio clausulado de la póliza de RPS como en las instrucciones elaboradas por la S.G. de Patrimonio. De este modo, la cláusula adicional 9.2 de la póliza de seguro vigente en el año

2008 establece que, con independencia de los procedimientos administrativos y judiciales establecidos en la legislación vigente, la tramitación y gestión interna de las reclamaciones económicas por RPS se realizará de conformidad con el siguiente procedimiento operativo:

Gráfico 13: Esquema general de la coordinación y gestión operativa del seguro de RPS



Fuente: Elaboración propia. Manual de actuación para reclamaciones de daños de la S.G. de Patrimonio – Servicio de Gestión de Riesgos y Seguros.

- 1) Comienzo del circuito de la reclamación en el momento en que el perjudicado reclamante formule la reclamación. La misma se comunicará de forma inmediata al asegurador (comunicación del siniestro).
- 2) Tramitación del expediente de RRP sanitaria en vía administrativa con la emisión de los correspondientes informes facultativos e informe propuesta del instructor del mismo.
- 3) Una vez informada la reclamación, se dará traslado de la misma al Asegurador para que los técnicos correspondientes dictaminen sobre las posibles responsabilidades y consecuencias económicas que de ella se puedan derivar. El Asegurador tendrá conocimiento de toda la documentación que sirva de base para la resolución de la reclamación.
- 4) Documentada por todas las partes, la reclamación se someterá a una Comisión de seguimiento de carácter central que decidirá sobre la resolución de la misma.
- 5) La anterior Comisión de seguimiento estará formada por 4 representantes del SERGAS (uno de los cuales será el presidente), 2 representantes del Asegurador, y 2 representantes de la correduría de seguros, estos últimos con voz pero sin voto.
- 6) Se reunirá con periodicidad por lo menos mensual, y se dotará de un reglamento interno de funcionamiento.

Dada la existencia de un contrato de servicio de asesoramiento, promoción y mediación de contratos de seguros firmado por la S.G. de Patrimonio de la Consellería de Facenda, todos los avisos y notificaciones que se deriven del contrato de seguro de la RPS se cursarán por el Asegurado (SERGAS / Consellería de Sanidad) al Asegurador a través del Servicio de Gestión de Riesgos de la Secretaría General, que los comunicará, a su vez, a través de la correspondiente Correduría.

Sin embargo la reglamentación establecida, en la revisión efectuada se constataron, entre otras, las siguientes debilidades relacionadas con la coordinación y la gestión operativa del seguro de RPS:

- Existencia de múltiples canales de recepción de las reclamaciones procedentes de centros hospitalarios, centros de salud, inspecciones médicas territoriales y servicios centrales de Sanidad, y incluso comunicaciones directas al Asegurador.
- La ausencia de una aplicación informática que permita la integración horizontal y la homogeneización de toda la información relevante en la tramitación de las reclamaciones patrimoniales sanitarias y su disponibilidad en tiempo real para todas las partes implicadas en su gestión (Consellería de Sanidad, Facenda, Corredor y Asegurador) limita de forma importante la coordinación efectiva entre ellas, y también el puntual seguimiento de la situación de cada expediente.
- En relación con lo anterior, se detectaron también dificultades para el control efectivo de las reclamaciones cerradas en lo referido a las fechas de pago de las indemnizaciones y a su correspondiente desglose por conceptos; así como de los expedientes de reclamación vivos al respecto de la dotación de reservas y de su variación realizadas por el Asegurador.
- Limitaciones para el corredor y el Asegurador en el acceso a los expedientes de reclamaciones patrimoniales en la fase de instrucción en vía administrativa, con anterioridad a que el instructor realice su propuesta de resolución y el Consello Consultivo emita su dictamen preceptivo.
- La ausencia de actas de las reuniones de la Comisión de Seguimiento impide el examen del contenido de los acuerdos adoptados en las mismas para la verificación de su adecuado funcionamiento. Sin embargo, cabe destacar el hecho de que en ella se aborden preferentemente cuestiones de estricta índole médico-técnica y legal, sin entrar en mayores consideraciones relacionadas con el seguimiento y control económico-financiero del riesgo que se pueda derivar de los expedientes de reclamación.

IV. CONCLUSIONES

IV.1. En relación con la actividad y pagos de la gestión de riesgos

4.1. El incremento experimentado en la última década en el número de reclamaciones patrimoniales por daños derivados de la asistencia sanitaria y en sus cuantías denotan una creciente importancia del problema en relación con su coste económico y con su impacto en el funcionamiento de los sistemas de salud. Como respuesta a una sociedad cada vez más y mejor informada acerca de sus derechos que exige la reparación de los daños que se puedan producir por una asistencia inadecuada, se produce un riesgo de judicialización de la sanidad que puede incentivar, en algunos casos, a la práctica de una medicina defensiva por parte de los facultativos, que no siempre redundan en beneficio del paciente. Es por ello que la gestión de riesgos se convierte en un elemento estratégico en el gobierno del sistema de salud, a los efectos de minimizar los costes derivados de la práctica de esa medicina defensiva como respuesta al mayor grado de control que ejercen los ciudadanos frente a los errores que se puedan producir en la asistencia sanitaria.

4.2. Según el *Barómetro Sanitario* referido al ejercicio 2008, en Galicia se constata un mayor grado de visibilidad de la problemática de los errores médicos con respecto a la media del conjunto del SNS, ya que el 43,6% de los encuestados manifiestan haber leído o escuchado bastantes veces noticias sobre equivocaciones o errores en la asistencia sanitaria, frente a un 34,5% a nivel nacional.

Como cabría esperar, esta mayor visibilidad o conocimiento de la problemática de los errores en la asistencia médica en Galicia con respecto a la media del SNS se traduce en la percepción de una mayor frecuencia de los errores médicos –un 45,2% de los encuestados consideran que se producen bastantes o muchos errores, frente a un 40,1% a nivel nacional–, y también en una mayor consideración de la importancia del problema –un 66,3% opina que es bastante o muy importante frente al 59,9% a nivel del SNS–.

Sin embargo, la ocurrencia de errores experimentados por los encuestados o alguno de sus familiares es menor en Galicia que en la media del SNS en todos los niveles asistenciales, salvo en la hospitalaria donde se encuentra justo en la media. Siendo especialmente significativa la

diferencia en el servicio de urgencias, donde el 2,3% de los encuestados en Galicia declaran haber sufrido algún tipo de error, frente al 6,2% de los encuestados a nivel nacional.

4.3. Por lo que respecta a la percepción de la gravedad de los errores experimentados en la asistencia sanitaria en sus distintos niveles, esta es mayor en Galicia que en el conjunto del SNS, de modo que la suma de los porcentajes de encuestados que consideran que el error afectó de forma muy o bastante grave a su salud o de alguno de sus familiares supera a la media nacional en todos los niveles asistenciales, siendo especialmente significativa la diferencia en el servicio de urgencias.

4.4. A pesar de lo anterior, el grado de confianza en los profesionales sanitarios del sistema público de salud es elevado, tanto a nivel nacional como autonómico. Así, a nivel nacional el 86% de los encuestados confía mucho o bastante en los médicos, frente al 83,4% de los encuestados en Galicia. Con respecto al personal de enfermería, los porcentajes alcanzan el 85,8% y 84,9%, respectivamente, mientras que para otro personal sanitario éstas se sitúan en el 80,5% y 82,1%. Sólo el 1,1% –a nivel de SNS– y el 1,4% –a nivel de nuestra Comunidad Autónoma– manifiesta no confiar nada en el personal facultativo, siendo estos porcentajes del 1,3% y 0,9%, respectivamente, para el personal de enfermería; y del 1,6% y 1,4%, respectivamente, para otro personal sanitario.

4.5. En relación con la información disponible para los pacientes sobre las vías de reclamación, los encuestados puntúan de forma sistemática, a lo largo del período 2002-2008, con suspensos o con aprobados bajos las valoraciones que asignan a la información sanitaria institucional relativa a los derechos y vías de reclamación de los que disponen los usuarios. Por comunidades autónomas, la asturiana es la única que obtiene un aprobado en todos los ejercicios, encontrándose la gallega ligeramente por encima de la media del SNS.

4.6. Respecto del grado de utilización y satisfacción de los sistemas de reclamación, referido al ejercicio 2008, el 29,3% de los encuestados en Galicia pensaron alguna vez en poner una queja o reclamación por el funcionamiento de los servicios sanitarios, un porcentaje muy próximo a la media nacional. De estos encuestados en nuestra Comunidad Autónoma, el 46,7% manifiestan haber efectivamente realizado una queja o reclamación, frente a un 32,5% a nivel del SNS. De los reclamantes en Galicia, el 66,1% señala haber obtenido una respuesta de la Administración

sanitaria, frente a un 62,3% a nivel nacional. Y de estos, a su vez, el 59% de los encuestados en nuestra Comunidad manifiestan haber obtenido un resultado satisfactorio, frente al 44,6% a nivel nacional.

4.7. El número de reclamaciones patrimoniales por daños derivados de la asistencia sanitaria registradas en nuestra Comunidad Autónoma a lo largo del período 2000-2008 ascendió a un total de 1.526, de las que el 42,3% corresponden a centros y servicios de la provincia de A Coruña; el 13,8% a los de Lugo; el 12,3% a los de Ourense; y el 31,6% a los centros de Pontevedra. A lo largo del período analizado, se observa una tendencia al incremento paulatino del número de reclamaciones patrimoniales formuladas anualmente. Así, de un mínimo de 117 reclamaciones registradas en el ejercicio 2002, se pasa a 230 en 2007 –lo que supone un incremento del 96,5%–, y a 191 en 2008, lo que supone un incremento del 63,2%. Este incremento en el número de reclamaciones anuales registradas a partir del ejercicio 2002 viene impulsado principalmente por los crecimientos de un 63,2%, 107,7% y 81,2% de las reclamaciones formuladas en los centros y servicios sanitarios de A Coruña, Lugo y Ourense, y en menor medida por lo experimentado en Pontevedra, en un 41%.

También en términos relativos a la población de derecho, se observa desde el ejercicio 2002 –que marca los valores mínimos en las tasas de la serie analizada– un paulatino incremento anual en el número de reclamaciones registradas por cada 100.000 habitantes, pasando para el conjunto de la Comunidad Autónoma de 4,3 a 6,9 en el ejercicio 2008, lo que supone un 60,5%. Por provincias, los incrementos en las tasas de reclamaciones por cada 100.000 habitantes para el período 2002-2008 alcanzan porcentajes del 111,1% en Lugo, del 82,9% en Ourense, del 16,6% en A Coruña y del 38,1% en Pontevedra. A pesar de lo anterior, cabe llamar la atención sobre el hecho de que las tasas medias para el período 2000-2008 alcanzan valores muy similares en las tres provincias de A Coruña, Lugo y Ourense, de 6,4; 6,5; e 6,1, respectivamente; frente a 5,7 en Pontevedra.

4.8. Se constata también, en el período analizado, que las reclamaciones patrimoniales afectan cada vez a un mayor número medio de servicios –concretamente un 29,4% más–, sin embargo a nivel provincial cabe destacar que el mayor incremento de servicios afectados se ha producido en Pontevedra con un 48,5%, seguido por Ourense con un 25,4% y A Coruña con un 19,2%, mientras que en el caso de las reclamaciones de Lugo se produce una disminución en la

afectación de los mismos de un 28,1%. Los servicios que más incidencia de reclamaciones patrimoniales presentan son los de Urgencias –con un 18,8%– y de Traumatología –con un 14,3%–, junto con los de Obstetricia y Ginecología –con un 11,4%– y de Cirugía General y Digestiva –con un 10,6%–. Estos cuatro servicios participan en más del 50% de las RRP registradas. Les siguen en frecuencia los servicios de Oftalmología –con un 5,5%–, Medicina Interna –con un 4,9%–, Urología –4,0%–, Medicina Intensiva –con un 3,8%– y Neurocirugía –con un 3,3%–.

4.9. Las causas más frecuentes del daño alegadas en las RRP sanitarias formuladas en el período 2001-2008 fueron el error médico, con un 42,1% de las RRP, bien como error diagnóstico (en un 30,9%) o terapéutico (en un 11,2%). A continuación destaca la atención deficiente, que es alegada en el 36,6% de las reclamaciones, y el retraso diagnóstico, alegado en el 8,2% de las RRP sanitarias. En relación con la evolución temporal de las frecuencias de las causas alegadas, cabe destacar el incremento de la atención deficiente en el período 2004-2007, que de 39 al principio del mismo, pasa a 108 al final, lo que supone un crecimiento del 176,9%. También el error diagnóstico sufre un incremento como causa alegada del daño de la RRP sanitaria, pasando en el mismo período de 52 a 64, lo que representa un crecimiento del 25%. Frente a estas dos causas, se observa una mayor estabilidad en las frecuencias del error terapéutico y del retraso de diagnóstico.

4.10. Del análisis de la base de datos de los dictámenes del Consello Consultivo sobre expedientes de RRP formuladas en el período 2000-2008 se desprende que el importe económico medio solicitado por reclamación –como valoración del presunto daño causado– ascendió a 211.804,94 euros, tomando en consideración únicamente las reclamaciones de importe superior a 1.800 euros (un total de 1.103 reclamaciones).

El 32,2% de las RRP se sitúan por el importe solicitado en el tramo comprendido entre los 120.000 y 249.999 euros, seguidas por las de los tramos de 60.000 a 119.999 euros, y de 250.000 a 499.999 euros, que representan respectivamente el 17,8% y el 16,4% del número de reclamaciones.

Si atendemos a la evolución temporal del número de RRP y de las cuantías económicas solicitadas por los reclamantes a lo largo de dos períodos diferenciados (uno de cuatro años del ejercicio 2000 al 2003 y otro de cinco del 2004 al 2008), se puede observar un incremento significativo

del peso porcentual del número de RRP de los tramos más bajos sobre el total de RRP, de modo que las de más de 1.800 y menos de 10.000 euros pasan de representar el 3,6% en el primer período analizado al 8,1% en el segundo –lo que supone un 125% de incremento–, y las de más de 10.000 y menos de 30.000 euros pasan del 6,6% al 11,6% –lo que supone un incremento de un 75,8%–. Sin embargo, el peso de los importes económicos reclamados en las RRP de estos tramos se mantiene estable entre los dos períodos.

También resulta significativa la variación del peso porcentual del número de RRP correspondientes al tramo de 120.000 a 249.999 euros, que disminuye de un 38% en el primer período al 28,4% en el segundo –lo que supone una minoración del 25,3%–. Sin embargo, la disminución del peso de los importes económicos reclamados en las RRP de este tramo alcanza tan sólo el 10,6%, pasando de un 27,2% en el primer período al 24,3% en el segundo.

Se observa, finalmente, cierta estabilidad en los pesos porcentuales, tanto del número de RRP como de las cuantías de los importes económicos reclamados, en las RRP de los tramos más elevados, con un ligero incremento del peso de los importes económicos de las RRP del tramo de 500.000 euros a 999.999 euros, que pasa de un 20,2% en el primer período a un 22,3% en el segundo.

4.11. Según los datos facilitados por el Servicio de Gestión de Riesgos de la Secretaría General de Patrimonio de la Consellería de Facenda, el número de RRP sanitarias recibidas a lo largo del período 2001-2008 ascendió a 1.532, de las cuales 904 –el 59%– se encontraban cerradas a 31 de marzo de 2010, quedando pendientes de cierre 628 –el 41%–.

De las 904 reclamaciones cerradas a 31 de marzo de 2010, 276 –el 30,5%– no dieron lugar a ninguna indemnización, 396 –el 43,8%– dieron lugar a pagos por 207.964,09 euros, y 232 –el 25,7%– con indemnizaciones superiores a 1.800 euros dieron lugar a pagos por un importe total de 12.475.863,47 euros.

Las 232 RRP que dieron lugar a pagos de indemnizaciones superiores a 1.800 euros, y que en conjunto alcanzan el 98,4% del total de los pagos del período, representan en relación con el número de RRP registradas el 15,1%, mientras que los pagos totales por indemnizaciones correspondientes a RRP registradas en el período 2001-2008 representan el 21,6% del importe total de las cuantías reclamadas, que alcanzaron un importe total de 57.694.701 euros.

4.12. El coste indemnizatorio medio abonado más elevado se corresponde con las RRP sanitarias en las que la causa del daño alegada es el retraso de diagnóstico –con un importe de 93.065,99 euros–, seguido por los debidos al error terapéutico y al contagio o infecciones –con importes medios de 68.586,76 euros y 63.865,91 euros, respectivamente–.

Sin embargo, las indemnizaciones por responsabilidad patrimonial sanitaria individuales de mayor cuantía pagadas a lo largo del período examinado se corresponden, en orden decreciente, con una RRP por retraso de diagnóstico por importe de 949.564 euros, seguida por una por error diagnóstico por importe de 493.564 euros, otra por contagio/infección por importe de 451.885 euros, otra por error terapéutico por importe de 437.970 euros, y una por atención deficiente por importe de 395.634 euros.

4.13. A la fecha de realización de los trabajos de campo de la presente fiscalización existían 628 RRP pendientes de cierre –bien por resolución administrativa o por sentencia judicial firme– comunicadas por la Consellería de Sanidad al Servicio de Gestión de Riesgos de la S.G. de Patrimonio de la Consellería de Facenda. La cuantía reclamada total de las mismas asciende a un importe de 145.139.633 euros. Sobre dicha cantidad, los seguros habían dotado reservas y realizados pagos por un importe total de 19.014.727 euros, a los efectos de hacer frente a las obligaciones que se pudiesen derivar de la resolución definitiva de las mismas. De los expedientes de RRP abiertos –muchos de ellos en vía judicial– cabe señalar que más de un tercio del número total –concretamente el 34,2%– tienen más de seis años de antigüedad.

IV.2. En relación con el sistema de gestión de las RRP en vía administrativa

4.14. Uno de los elementos centrales contemplados en la reglamentación y adaptación del procedimiento administrativo de exigencia de responsabilidad patrimonial en el campo de la Administración sanitaria es el referido al cumplimiento de los plazos legales para la resolución de los expedientes de RRP tramitados por la misma. En relación con lo anterior, cabe señalar que el tiempo medio de instrucción estimado de los expedientes de RRP –dictaminados por el Consultivo a lo largo del período 2000-2008 examinado– alcanzó los 492 días –un año y cuatro meses–. Tan sólo el 8,5% de las RRP se instruyeron en menos de 6 meses, esto es, dentro del plazo legal para resolverlas. Mientras que el 45,5% de las mismas lo hicieron en el plazo de 1 a 2 años –con

un *tmi* de 517 días—. El 15% de las RRP excedió los dos años de tiempo de instrucción, superando el 1,2% de las mismas los cuatro años.

Entre las principales causas justificativas de los citados atrasos, alegadas por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los procedimientos de tramitación de las quejas cursadas por ciudadanos afectados ante el Defensor del Pueblo, figuran con carácter reiterado el incremento del número de reclamaciones; la complejidad de su instrucción; la acumulación de expedientes pendientes de resolución en función de los medios personales disponibles; así como la judicialización de la mayor parte de los mismos.

Sin perjuicio de la complejidad de la tramitación administrativa de estos expedientes por RRP sanitaria, que podría explicar, en cierta medida, los dilatados tiempos medios de resolución de las mismas, lo cierto es que esta demora en su tramitación y resolución en vía administrativa tendrá, al menos, dos consecuencias importantes.

Por una parte, la dilatación del plazo temporal para el acceso del reclamante a la vía judicial, que en todo caso quedará expedita contra la desestimación de acto presunto por silencio administrativo negativo, toda vez se haya cumplido el plazo legal de los 6 meses sin que haya recaído resolución expresa por parte de la Administración sanitaria, y no se haya interrumpido el cómputo del mismo. Por otra, el cuestionamiento de los objetivos y eficacia derivados de la existencia de un seguro por responsabilidad patrimonial, dado que es precisamente la celeridad en la tramitación de las reclamaciones, de los partes o comunicaciones y de los expedientes de siniestros a los que dan lugar, la que garantiza los mismos.

4.15. En relación con el sentido de las propuestas de resolución de los expedientes de RRP formuladas por los instructores de la Administración sanitaria, cabe señalar que cerca del 90% de las RRP tramitadas a lo largo del período 2000-2008 examinado han sido propuestas por sus instructores para su desestimación, frente a otro 10% de reclamaciones con propuestas de estimación de las reclamaciones formuladas. Con todo, se debe tener en cuenta que de las 144 RRP con propuesta estimativa, más del 86% de las mismas se corresponden con reclamaciones por responsabilidad patrimonial de explotación —esto es, reclamaciones por daños derivados no de la actividad sanitaria asistencial sino de elementos físicos relacionados con la infraestructura en la que se desarrolla esta actividad—, por lo que se puede inferir que los porcentajes de RRP propiamente sanitarias estimadas en vía administrativa por el SERGAS/Consellería se reducen al 1,4% —20 reclamaciones de un total de 1.391—.

4.16. El bajo porcentaje de propuestas estimatorias de las reclamaciones sanitarias por parte de la Administración contrasta con el sentido de la actividad del Consello Consultivo (CCG), ya que de los 1.236 expedientes de RRP con propuesta desestimatoria sometidos por la Administración sanitaria al dictamen preceptivo y no vinculante del órgano consultivo –en el período 2000-2008–, el 76% de los mismos obtuvieron una respuesta confirmatoria, frente a un 24% que fueron dictaminados de manera contraria a la propuesta de la Administración –y en este sentido, en principio, favorable a las pretensiones del reclamante–. Al contrario, en los expedientes con propuestas de resolución estimatorias el dictamen del Consello Consultivo fue confirmatorio en el 93,7% de los casos, frente a un 6,3% en los que se dictaminó en sentido contrario a la propuesta de resolución de la Administración sanitaria.

4.17. De la revisión de los dictámenes del CCG se desprende que la instrucción administrativa de los expedientes de reclamación para determinar si existe o no responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y por ende la obligación de indemnizar a los pacientes por los daños producidos, se desarrolla en un marco jurídico y jurisprudencial que tiene configurado la misma con unas notas específicas que la singularizan al respecto del régimen general de responsabilidad extracontractual y objetiva de las AA.PP. de nuestro país, que le es aplicable.

Así, para la declaración de la responsabilidad patrimonial de la Administración, con carácter general, será precisa la concurrencia de los siguientes elementos: la existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado –artículo 139.2. de la LRJPAC–; la prueba del nexo causal entre la actividad de la Administración y el resultado dañoso ocasionado; que la lesión, daño o perjuicio sea antijurídico –esto es, que no exista la obligación de soportarlo–; y que no concurra fuerza mayor –artículo 141.1. de la LRJPAC–.

Sin embargo, en el área de la responsabilidad patrimonial sanitaria, el parámetro que permitirá establecer o no la antijuricidad del daño ocasionado será el del estándar profesional o *lex artis ad hoc*.

Esto es, la aplicación por parte de la organización sanitaria de la técnica correcta para el caso concreto, de acuerdo con el estado de los conocimientos de la ciencia médica o de las técnicas existentes en el momento de producción de aquel.

En este contexto, los pacientes deberán probar el daño sufrido, que hubo intervención del servicio público sanitario en el curso causal, y alegar, en su reclamación, que el servicio público o sus profesionales no se acomodaron a la *lex artis ad hoc*. De modo que, acreditado el daño, que existió relación de causalidad en alguna forma con la prestación asistencial, y probada la quiebra de la *lex artis ad hoc*, la reclamación debiera estimarse. A sensu contrario, cabrá entender que la Administración sanitaria debiera oponerse a la reclamación probando que el daño no existió –o fue menos grave– y probando que el servicio y sus profesionales sí se acomodaron al estándar profesional exigible. De modo que, acreditado que se respetó la *lex artis ad hoc*, la reclamación debiera desestimarse.

Estas características de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria explican, en buena medida, la complejidad y las dificultades observadas para su determinación en la vía administrativa previa. Toda vez que es la propia Administración la encargada de la instrucción de un procedimiento –de marcadas connotaciones perjudiciales– que gira básicamente sobre si hubo o no una infracción de la *lex artis ad hoc* y –lo que no es menos importante– sobre la definición de la misma para cada caso y momento.

4.18. A lo largo del período examinado, los *quantums* indemnizatorios medios propuestos por el órgano consultivo en sus dictámenes oscilan desde valores máximos de 54.476,35 euros y de 52.231,10 euros para los ejercicios 2007 y 2002 a valores mínimos en ningún caso por debajo de los 28.000 euros para el resto de los ejercicios. Para el conjunto del período, el importe medio de las indemnizaciones propuestas por el CCG ascendió a 34.964,19 euros.

IV.3. En relación con la exigencia de la RPS en vía judicial

4.19. El incremento a lo largo de la última década del número de RRP sanitarias que los particulares dirigen contra la Administración sanitaria ha producido al mismo tiempo un importante grado de litigiosidad que se refleja en el incremento del número de demandas por responsabilidad patrimonial sanitaria, así como en la correspondiente producción jurisprudencial sobre la materia.

En el caso de nuestra Comunidad Autónoma, la actividad judicial correspondiente a procesos de exigencia de responsabilidad patrimonial sanitaria contra el SERGAS/Consellería de Sanidad ha

experimentado un notable incremento a lo largo de los últimos años como se puede deducir del número de sentencias dictadas por el Tribunal Superior de Justicia de Galicia en esta materia. Si consideramos que en el período analizado 2000-2008 se dictaron un total de 548 fallos judiciales por demandas de responsabilidad sanitaria, la media de sentencias por año alcanzaría las 61. Por otra parte, cabe recordar que en el mismo período se registraron un total de 1.526 RRP, con una media de 170 RRP anuales, lo que supone una ratio de sentencias/RRP de 1 a 3.

4.20. La evolución de los porcentajes de estimación de las demandas –sentencias procedentes– y de desestimación –sentencias improcedentes– es variable a lo largo del período 2000-2008 considerado, observándose una tendencia a la disminución del porcentaje de sentencias procedentes en el período inicial, de un 57,1% en el 2000 a un 30,2% en 2003, junto con una senda de incremento de la misma en el período comprendido entre los ejercicios 2004-2008, pasando de un 32,3% a un 51,7%.

Así pues, de un total de 548 fallos judiciales emitidos a lo largo del período examinado, el 40,5% –esto es, 222 sentencias– fueron a favor de los demandantes.

Estas sentencias representan el 14,5% de las 1.526 RRP sanitarias registradas en el mismo intervalo temporal 2000-2008, y puede constituir una buena aproximación a un *índice de litigiosidad* entendido en sentido estricto, esto es, estimado en función del número de pleitos en los que la Administración sanitaria es condenada en relación con el número de reclamaciones registradas.

4.21. Si se comparan los resultados de la actividad judicial relativa a la exigencia de RPS con la actividad del Consello Consultivo, cabe deducir que el órgano consultivo estimó en la vía administrativa en mayor medida las reclamaciones formuladas por los ciudadanos afectados –en concreto el 19,5% en relación con el número total de reclamaciones registradas en el período 2000-2008– que el órgano judicial, que para el mismo período declaró procedentes un total de 222 sentencias que equivalen a un 14,5%. Sin embargo, cabe destacar la progresión que se observa en el índice de litigiosidad en el período 2000-2002, de modo que se produce una significativa aproximación al índice de estimación del órgano consultivo. Confluencia ésta que, salvo en el ejercicio 2003, parece mantenerse con ciertas variaciones a lo largo del período 2004-2008.

4.22. Del análisis realizado sobre una muestra de sentencias por RPS, se deduce que la mayoría de las mismas –un 60,7%– corresponden a demandas formuladas contra actos de desestimación presunta, esto es, donde la Administración sanitaria no tiene resuelto, de manera expresa, las RRP presentadas en la vía administrativa previa al tiempo de la interposición de las demandas judiciales por parte de los afectados. Con todo, en el 41% de estos casos la Administración resuelve de forma extemporánea las RRP antes de producirse el fallo judicial. Estos resultados confirman las dificultades operativas de la vía administrativa previa para dar una respuesta adecuada a las reclamaciones de los afectados.

Por otra parte, cabe señalar también que el tiempo medio de duración de los procesos judiciales estimado desde la fecha de resolución de la RRP se aproxima a los tres años. Sin embargo, dado que en el 60,7% de las sentencias se demanda contra una desestimación presunta, sin que haya resolución expresa de la Administración, cabe suponer que el tiempo medio de los procesos se aproxime más a los 4,2 años estimados desde la fecha de presentación de la reclamación.

Con todo, cabe poner de manifiesto que la diferencia temporal entre los tiempos medios estimados desde las fechas de presentación de las RRP y las de sus resoluciones expresas alcanza los 1,3 años (480 días), valor muy próximo al tiempo medio de instrucción (*tmi*) de los expedientes de RRP sanitaria por parte de la Consellería de Sanidad.

4.23. Según el examen realizado sobre el conjunto de sentencias procedentes dictadas por el TSJG a lo largo del período 2000-2008 examinado, los *quantums* indemnizatorios medios fijados en sede judicial oscilan desde valores máximos de 268.285,19 euros y de 115.220,88 euros para los ejercicios 2001 y 2007, hasta valores mínimos que en ningún caso bajan de 39.000 euros. Para el conjunto del período, el importe medio de las indemnizaciones determinadas en la vía judicial ascendió a 72.703,39 euros.

4.24. La elevada judicialización de las reclamaciones por RPS generó un coste adicional estimado, para el período 2000-2008 considerado, en más de 25,5 millones de euros –18,6 millones de euros en mayor importe indemnizatorio debido al hecho de que los *quantums* indemnizatorios medios fijados en sede judicial son un 108% más elevados que los propuestos en la vía administrativa por el órgano consultivo; y 6,9 millones de euros en gastos de defensa

jurídica y representación legal—. Importe al que habría que añadirle, además, los costes jurídicos de la propia Administración sanitaria, así como los derivados de la instrucción y resolución de las RRP en la vía administrativa previa.

4.25. Con todo, los costes más elevados, y difíciles de estimar, que se producen en este contexto de judicialización creciente de la RPS son los relacionados con la posible práctica, en algunos casos, por los profesionales sanitarios y del sistema sanitario en su conjunto de la denominada *medicina defensiva*.

La práctica de la medicina defensiva tiene dos consecuencias fundamentales igualmente perniciosas para los sistemas de salud, ya que por un lado ocasiona una ralentización en la prestación asistencial, y por otro provoca un encarecimiento de la asistencia prestada por cuanto supone la realización de pruebas y aplicación de terapias de las que se podría haber prescindido. Pudiendo afectar de forma negativa a la adecuación de la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad, y a la racionalidad y sostenibilidad futura de los sistemas de salud.

4.26. Cabe destacar el hecho del mayor peso relativo que representan los gastos jurídicos de la vía judicial en relación con las indemnizaciones concedidas en las reclamaciones patrimoniales de menor cuantía. De modo significativo para todas aquellas de menos de 48.000 euros, los gastos jurídicos representan, en relación con los importes de las indemnizaciones otorgadas, porcentajes que oscilan entre un 43% y un 24,2%. Poniendo de manifiesto que la judicialización de las reclamaciones por responsabilidad patrimonial sanitaria de menor cuantía resulta una forma socialmente poco eficiente de resolverlas, dados los importantes costes que esta genera. Ya que, además de los judiciales para los reclamantes y para la propia Administración, se deben considerar los derivados de la resolución de la reclamación en la vía administrativa previa. Por lo que en algunos casos, los costes totales de la tramitación de las RRP pueden aproximarse, o incluso exceder, al importe de las indemnizaciones.

Este hecho contrasta con los resultados de la vía administrativa previa —nombradamente con la fase de dictamen del órgano consultivo— que aun siendo, en principio, más favorable a las pretensiones indemnizatorias de los reclamantes —un 19,5% de las RRP estimadas por el

Consultivo frente a un 14,5% en la vía judicial– determina importes indemnizatorios medios de menor cuantía que la vía judicial –concretamente un 51,2% menos del *quantum* determinado en sede judicial–, y conlleva, en principio, menores cargas para los reclamantes.

4.27. Con todo, cabe señalar que en Galicia, y por extensión en el conjunto del SNS de España, el número de reclamaciones es relativamente bajo en comparación con otros países europeos de nuestro entorno. Existe una notable diferencia entre los países escandinavos –Noruega, Suecia, Dinamarca y Finlandia–, con tasas anuales de reclamaciones por millón de habitantes de 870, 1.050, 1.130, y 1.490, respectivamente; y el resto –Italia, Eslovaquia, Inglaterra, Alemania, Galicia/ España, Francia, Lituania y Portugal–, con tasas anuales de 260, 245, 170, 150, 83, 75, 57 y 10, respectivamente.

Sin embargo, este elevado número de reclamaciones sanitarias del primer grupo de países contrasta con el bajo grado de judicialización de las mismas, frente a la judicialización existente en los del segundo grupo.

La escasa judicialización de las reclamaciones en los países escandinavos se relaciona básicamente con el hecho de que la compensación por daños derivados de la asistencia sanitaria se fundamenta en una legislación especial sobre el derecho de los pacientes a obtener una indemnización, y en la aplicación de procedimientos administrativos para su resolución.

Así, en un primer nivel las reclamaciones se tramitan por un organismo especializado –atendido por personal médico y jurídico– resolviendo si el daño fue evitable o no como regla general para la calificación del mismo como indemnizable. En el caso de que el paciente no estuviera conforme con la decisión adoptada, puede apelar en un segundo nivel ante un Consello de Apelación por daños a los Pacientes. Ambos niveles son gratuitos para el paciente. Finalmente, el paciente puede acudir a los tribunales de justicia, asumiendo en este caso el riesgo económico que conlleva.

A pesar del elevado número de reclamaciones que se producen en estos sistemas –relacionado, entre otros factores, con la ausencia de barreras de acceso al sistema y con la aplicación de criterios más laxos para la obtención de una indemnización–, los importes de las indemnizaciones pagadas son relativamente bajas en relación con el coste por reclamación de los países donde éstas se resuelven en la vía judicial –por ejemplo, en Suecia el 25% de las reclamaciones indemnizadas están por debajo de 600 euros, y el 50% por debajo de 2.000 euros–. Además, los tiempos medios de tramitación de las reclamaciones en estos sistemas son significativamente

menores, sin que aparentemente incurran en costes proporcionalmente más altos, debido principalmente al bajo gasto que supone la resolución administrativa de las reclamaciones en relación con el acceso a los tribunales de justicia, que en algunos países puede suponer un porcentaje elevado en relación con el importe de la indemnización.

Según las contestaciones al *Cuestionario sobre responsabilidad médica* del Consello de Europa del año 2007, y del Informe N° 11 de la OCDE sobre *Medical Malpractice, Prevention, Insurance and Coverage Options*, publicado el 10 de enero de 2007, los costes por habitante/año por daños médicos alcanzaría los 9 euros en Suecia, Finlandia y Dinamarca, frente a los 15 euros en Inglaterra, 9 euros en Italia, 5 euros en Francia, y 3 euros en Alemania.

Para el caso de España no se encontraron datos, sin embargo cabe estimar, a partir de la información disponible referida a nuestra Comunidad Autónoma, que el coste por habitante/año podría ascender a un importe entre 2 y 3 euros. En comparación, cabe destacar el hecho de que en los países escandinavos, con un número de reclamaciones tramitadas de entre 12 a 18 veces superior, el coste por habitante año sea sólo tres veces mayor.

Con todo, se debe tener en cuenta que las respuestas de cada país a la problemática de la responsabilidad médico-sanitaria están condicionadas por los distintos entornos jurídicos, políticos, sociales, económicos y culturales en los que se desarrolla la práctica asistencial sanitaria de los distintos sistemas de salud –tanto públicos como privados–, que serán los que determinen las consecuencias médico-legales que se puedan derivar de la misma. Por lo que no cabe realizar transposiciones miméticas de unos países a otros.

IV.4. En relación con el seguro de responsabilidad patrimonial sanitaria

4.28. En España, la Administración Pública Sanitaria se encuentra asegurada prácticamente en su totalidad, recorriendo para ello a una contratación generalizada de un seguro de responsabilidad civil y patrimonial, acogiéndose a la posibilidad de contratar seguros que prevén el artículo 10 y el Anexo II de la Ley 30/2007, del 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, y el artículo 3 del Real decreto 1098/2001, del 12 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

En general, la utilización por parte de las Administraciones Públicas del seguro de responsabilidad civil y patrimonial como técnica de gestión y translación del riesgo se justifica principalmente en

razones presupuestarias. De modo que la forma de gestión de los presupuestos públicos hace decisivo que se opte por soportar los costes de las primas de seguros –que son presupuestariamente previsibles– y no por asumir el riesgo de las indemnizaciones. También se tienen señalado razones de política de personal debido a la presión de los colectivos profesionales de facultativos y demás personal sanitario para que la Administración sanitaria contrate un seguro de responsabilidad civil y patrimonial –que también es frecuente que incluya la defensa jurídica de los profesionales de la sanidad pública demandados en vía penal–.

4.29. La evolución del mercado asegurador, tanto de la responsabilidad civil –para médicos que ejercen en la sanidad privada– como de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, se caracteriza en los últimos diez años por un progresivo incremento de las primas debido al importante crecimiento del número de reclamaciones y demandas por errores médicos formuladas por los ciudadanos. Así, en el caso concreto de las pólizas por responsabilidad patrimonial de las Administraciones sanitarias, las compañías de seguros ponen de manifiesto las dificultades para el cálculo actuarial y el ajuste técnico por riesgo de las primas, debido al elevado número de contingencias cubiertas y al importante grado de variabilidad en los importes de las indemnizaciones fijadas por los tribunales de justicia. Estas son las razones fundamentales, entre otras, por las que muchas aseguradoras abandonaron este sector, mientras que otras iniciaron y consolidaron estrategias de especialización y de captación del mayor número de asegurados para garantizar la rentabilidad económica del seguro por volumen de negocio.

4.30. Las compañías aseguradoras operan tanto en la cobertura de riesgos por responsabilidad derivada de la Sanidad Privada como de la Pública, sin embargo el encaje del régimen jurídico del seguro –Ley 50/1980, del 8 de octubre, del Seguro– con el de la responsabilidad civil propia del médico ejerciente en la Sanidad privada presentará muchas menos “dificultades” que las derivadas de su “cohabitación” con el régimen jurídico de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones sanitarias. Estas dificultades se relacionan, básicamente, con la alteración de la “práctica aseguradora” en la tramitación y gestión de siniestros/reclamaciones, que en caso de las demandas por responsabilidad civil contra un médico o centro sanitario privado se sustancian con la aplicación plena de la Ley del Seguro, y que se traducen, en principio, en una mayor celeridad en el cumplimiento de los procedimientos ante la jurisdicción civil.

En estos casos, la dirección de la defensa jurídica del demandado le corresponde al asegurador, que por otra parte es el obligado al pago de la indemnización por daños que, en su caso, se establezca. En este contexto, las compañías aseguradoras pueden llegar a acuerdos extrajudiciales con los demandantes, evitando los pleitos. En España, son los Colegios Oficiales de Médicos y demás organizaciones profesionales sanitarias las que disponen de gabinetes de asesoría jurídica para sus colegiados, e incluso negocian con las compañías de seguros la suscripción de seguros colectivos de responsabilidad civil y defensa jurídica a los que se pueden adherir sus colegiados pagando la correspondiente prima.

Sin embargo, cuando el médico o el centro demandado es de la Sanidad Pública, las reclamaciones por responsabilidad patrimonial se dirigirán contra la Administración Sanitaria, debiéndose agotar una vía administrativa previa antes de poder presentar una demanda ante la jurisdicción contencioso-administrativa. En este caso, la compañía aseguradora se encuentra con varias dificultades: por una parte, su capacidad de gestión y tramitación de siniestros —una de las ventajas de contratar un seguro— se ve limitada por la existencia de un procedimiento administrativo previo de carácter obligatorio, en el que apenas interviene, excesivamente lento y que dilata los tiempos de tramitación de los siniestros. Y por otra parte, en aquellos expedientes de reclamación que terminan en demandas judiciales ante los tribunales de lo contencioso-administrativo, las aseguradoras no pueden ostentar la dirección jurídica de los pleitos, dado que estos son dirigidos por las respectivas Asesorías jurídicas de la propia Administración sanitaria. Estos inconvenientes se intentaron solventar a través de la creación de las denominadas *Comisiones de seguimiento*, integradas por representantes de la Administración sanitaria, de las compañías de seguros y de los corredores de seguros como mecanismo de coordinación de la tramitación de estos expedientes.

4.31. En relación con la responsabilidad patrimonial sanitaria, la Administración autonómica dispone, a lo largo del período analizado 2000-2008, de un seguro que incluye, además de la anterior, la responsabilidad civil general, la médica, y la profesional no médica. Hasta el ejercicio 2003, se mantiene un contrato de seguro único por responsabilidad civil y patrimonial de carácter general que incluye en la condición de asegurados la totalidad de la Administración y sus organismos autónomos dependientes, así como al personal a su servicio —incluida la Consellería de Sanidad y todos aquellos organismos y Entes que la componen, el SERGAS, así como las Fundaciones Públicas—. Como consecuencia, la prima también es única, sin que aparezca diferenciada la parte correspondiente a la responsabilidad sanitaria.

Sin embargo, a partir de la anualidad 2003/2004, con la contratación de la aseguradora ZURICH INSURANCE PLC, aparece, en una póliza separada de la general, un seguro de responsabilidad civil de la Consellería de Sanidad y/o SERGAS con un clausulado específico, con su prima diferenciada de la del seguro de carácter general.

Los importes anuales de las primas –por el período de vigencia de los seguros de RC– experimentan un importante incremento a partir de la anualidad 2003/2004, pasando de un importe de casi 2,5 millones de euros a casi 7 millones. Se puede entender que este incremento del 180% se debe básicamente a la separación de la póliza del seguro por responsabilidad civil y patrimonial sanitaria, cuya prima anual alcanza los 4,5 millones de euros para las anualidades 2003/04, 2004/05 y 2005/06. Se constata, además, que las primas descienden a partir de la anualidad 2006/07, pasando la del seguro de RC general de 2.464.982 euros a 2.095.235 euros, y la del seguro de responsabilidad sanitaria de 4.531.558 euros a 3.851.824 euros, lo que supone una disminución del 15%.

4.32. Uno de los principales factores explicativos de la anterior evolución del importe de las primas del seguro de responsabilidad civil y patrimonial sanitario viene determinado por la evolución de la siniestralidad, definida ésta por la suma de los pagos –indemnizaciones y gastos– realizados por la compañía aseguradora, mas las reservas constituidas por la misma en relación con los siniestros imputados al período de vigencia del seguro pendientes de pago.

A lo largo de las tres primeras anualidades del período analizado 2000-2008, los pagos y dotaciones de reservas de los seguros debidos a las indemnizaciones de daños reclamados por responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria exceden con mucho a los importes de las primas anuales abonadas, tal y como indican los valores de los ratios de siniestralidad, situados por encima del 280%.

Como consecuencia de esta situación, la entrada de la compañía ZURICH INSURANCE PLC –en la actualidad prácticamente la única aseguradora especializada en responsabilidad civil y patrimonial de las Administraciones públicas sanitarias en España– supone un incremento de las primas de más del 260%, esto es, de una prima anual estimada de 1.169.997,98 euros para la anualidad 2002/03 se pasa a un importe de 4.262.989,65 euros para la anualidad 2003/04. Como resultado de este incremento, en los períodos siguientes hasta la anualidad 2005/06 el ratio de siniestralidad se mantiene significativamente por debajo del 100%.

4.33. La póliza de seguro de RPS con la compañía ZURICH INSURANCE PLC contemplaba para el período 2003-2006 la existencia de un mecanismo de participación del asegurador y del tomador del seguro en los beneficios del mismo, a través de la liquidación de un sistema de cuentas de experiencia, que permite cierto ajuste del importe de las primas a la evolución real del ratio de siniestralidad. Sin embargo, se comprobó que en la fecha de finalización de los trabajos de campo de la presente fiscalización quedaban todavía pendientes de liquidación y cierre las tres cuentas de experiencia correspondientes a las anualidades 2003/04, 2004/05 y 2005/06, previstas en el clausulado del contrato de seguro. Según la propuesta de liquidación total y definitiva de la participación en beneficios correspondiente al período 2003/04, presentada por la compañía de seguros en el mes de marzo de 2010, con datos de cierre a 31 de diciembre de 2009, la cuenta de experiencia presentaría un saldo a favor de la Administración autonómica de 1.034.694,13 euros. No se tiene constancia de que se haya aprobado y cobrado dicha liquidación.

Con todo, el ajuste a la baja de las primas del seguro a partir de la anualidad 2006/07 –junto con la supresión del mecanismo de las cuentas de experiencia– aproxima el ratio de siniestralidad al 100% por encima, con porcentajes del 127%, 156% y 102% para los tres períodos siguientes, respectivamente.

4.34. La existencia del seguro por RPS como técnica de gestión del riesgo sanitario conlleva una serie de necesidades de coordinación y de procedimientos operativos propias del régimen jurídico y de la naturaleza de los seguros privados. En el caso de la Administración autonómica de Galicia, el tomador del seguro de RPS –esto es, quien contrata el servicio de mediación y firma las pólizas– no es el SERGAS o la Consellería de Sanidad –que aparecen en calidad de asegurados–, sino la Consellería de Facenda, que a través de la S.G. de Patrimonio centraliza y coordina el aseguramiento de la responsabilidad civil y patrimonial de toda la Administración autonómica.

Este esquema de gestión implica la necesidad de establecer un adecuado sistema de comunicación entre la aseguradora, el mediador, el tomador y el asegurado, que se concreta tanto en el propio clausulado de la póliza de RPS como en las instrucciones elaboradas por la S.G. de Patrimonio.

A pesar de la reglamentación establecida, en la revisión efectuada se constataron, entre otras, las siguientes debilidades relacionadas con la coordinación y la gestión operativa del seguro de RPS:

- Existencia de múltiples canales de recepción de las reclamaciones procedentes de centros hospitalarios, centros de salud, inspecciones médicas territoriales, y servicios centrales de Sanidad, e incluso comunicaciones directas al Asegurador.
- La ausencia de una aplicación informática que permita la integración horizontal y la homogeneización de toda la información relevante en la tramitación de las reclamaciones patrimoniales sanitarias, y su disponibilidad en tiempo real para todas las partes implicadas en su gestión (Consellería de Sanidad, Facenda, Corredor y Asegurador) limita de manera importante la coordinación efectiva entre ellas, e incluso el puntual seguimiento de la situación de cada expediente.
- En relación con lo anterior, se detectaron también dificultades para el control efectivo de las reclamaciones cerradas en lo referido a las fechas de pago de las indemnizaciones y a su correspondiente desglose por conceptos; así como de los expedientes de reclamación vivos al respecto de la dotación de reservas y de su variación realizadas por el Asegurador.
- Limitaciones para el corredor y el Asegurador en el acceso a los expedientes de reclamaciones patrimoniales en la fase de instrucción en vía administrativa, con anterioridad a que el instructor realice su propuesta de resolución y el Consello Consultivo emita su dictamen preceptivo.
- La ausencia de actas de las reuniones de la Comisión de Seguimiento impide el examen del contenido de los acuerdos adoptados en las mismas para la verificación de su adecuado funcionamiento. Sin embargo, cabe destacar el hecho de que en ella se aborden preferentemente cuestiones de estricta índole médico-técnica y legal, sin entrar en mayores consideraciones relacionadas con el seguimiento y control económico-financiero del riesgo que se pueda derivar de los expedientes de reclamación.

V. RECOMENDACIONES

V.1. En relación con la actividad y pagos de la gestión de riesgos

5.1. Las importantes limitaciones encontradas en el desarrollo de los trabajos de fiscalización del presente Informe, referidas al manejo de diversas fuentes de información relacionadas con la gestión de las reclamaciones por responsabilidad patrimonial sanitaria (que se concretan, entre otras, en la falta de homogeneidad y fragmentación excesiva de la información disponible en las distintas unidades gestoras), impiden realizar una adecuada explotación de la misma como soporte básico para la gestión de riesgos.

Por lo que se considera necesario que la Administración sanitaria realice un esfuerzo de hacia una mayor integración de los sistemas informáticos y una mayor homogeneidad y calidad general de los datos introducidos en los mismos. De modo que se facilite el puntual seguimiento de la situación de cada expediente de reclamación –desde su inicio hasta su conclusión–, así como la obtención de información estadística agregada por períodos temporales sobre todos aquellos aspectos relevantes para evaluar, en conjunto, el desarrollo de la gestión de riesgos por parte de la Administración sanitaria y de sus centros y servicios asistenciales.

5.2. En relación con lo anterior, se considera también que la Administración sanitaria debiera incorporar la información sobre la gestión de riesgos a los indicadores de actividad y de calidad asistencial, de manera que los usuarios del sistema de salud conozcan como gestiona el sistema las reclamaciones por daños derivados de la asistencia recibida, contribuyendo de este modo a un mayor grado de transparencia y a la reducción de la asimetría informativa de los pacientes afectados, que en muchos casos deben acudir al asesoramiento jurídico externo.

V.2. En relación con el sistema de gestión de las RRP

5.3. El incremento del número de reclamaciones por responsabilidad patrimonial sanitaria, la complejidad de su instrucción, la acumulación de expedientes pendientes de resolución en función de los medios personales disponibles, así como la judicialización de la mayor parte de los mismos, figuran entre las causas explicativas de la importante demora existente en su tramitación y resolución en la vía administrativa previa contemplada en la normativa sobre responsabilidad patrimonial de las AA.PP.

A pesar de lo anterior, y con independencia de la valoración sobre la adecuación de la vía administrativa previa para la instrucción de un procedimiento de marcadas connotaciones perjudiciales, se considera que la Administración sanitaria debiera realizar un esfuerzo para acortar los plazos de tramitación de los expedientes de reclamación, resolviendo, además, los mismos de forma expresa.

5.4. Dada la complejidad de la tramitación de los expedientes de reclamación por responsabilidad patrimonial sanitaria, se considera adecuado un desarrollo más preciso de algunos aspectos de la *Instrucción del 4 de septiembre de 2006, sobre procedimiento de exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración por daños derivados de la asistencia sanitaria*, que facilite a los instructores de los mismos criterios procedimentales homogéneos que garanticen una mayor calidad de la instrucción en la vía administrativa y que evite la devolución de expedientes por parte del Consello Consultivo.

Para ello, también, sería deseable la mejora de la aplicación informática que sirve de soporte a la gestión administrativa de los expedientes de responsabilidad patrimonial sanitaria, y que en la actualidad presenta ciertas debilidades relacionadas con la codificación de datos y grado de utilización por parte de los instructores que impiden alcanzar un mayor potencial en la explotación de la información que suministra.

5.5. Las medidas anteriores debieran complementarse con actuaciones formativas específicas dirigidas a los nuevos instructores, capitalizando la experiencia acumulada por el personal funcionario más veterano en la instrucción de los expedientes más complejos.

Al mismo tiempo, se considera deseable promover una mayor implicación y grado de conocimiento de la problemática derivada de las reclamaciones patrimoniales por daños sanitarios por parte de los servicios clínicos afectados por las mismas. De forma que se puedan obtener tiempos de respuesta más cortos en la emisión de los informes facultativos necesarios para la instrucción diligente de los expedientes. En este sentido, se considera también positivo que los diferentes centros y servicios del SERGAS puedan disponer de información actualizada en relación con la situación de la tramitación de las reclamaciones patrimoniales que les afecten, así como de las del conjunto del sistema sanitario autonómico.

5.6. El SERGAS dispone de un Servicio de Atención al Paciente, y de un portal de quejas y sugerencias para la recepción y tramitación de las mismas. A pesar de lo anterior, se considera que la Administración sanitaria debiera facilitar una mayor información a los usuarios del sistema sanitario autonómico en relación con la presentación y tramitación de las reclamaciones por responsabilidad patrimonial sanitaria derivada de daños producidos por la asistencia sanitaria.

V.3. En relación con la exigencia de la RPS en vía judicial

5.7. La importante judicialización de los expedientes de reclamación por responsabilidad patrimonial sanitaria se debe en parte a la tardanza de la Administración sanitaria en resolverlos, de manera que una gran proporción de las demandas judiciales formuladas por los afectados se realizan contra actos de desestimación presunta por silencio administrativo.

Esta circunstancia incide, a su vez, en la resolución extemporánea de los expedientes que finalmente acaban siendo resueltos de manera expresa por la Administración, dado que la misma se encuentra con dos procedimientos abiertos de forma simultánea, uno en vía administrativa y otro en vía judicial. De modo que el sentido del silencio administrativo y la simultaneidad de la vía judicial parecen condicionar el sentido desestimatorio de la resolución expresa extemporánea.

Sin embargo, desde la perspectiva del paciente afectado por un daño derivado de la asistencia sanitaria recibida, la vía administrativa puede ser percibida como un mero trámite previo dilatador del acceso a la vía jurisdiccional para hacer efectivo su derecho a la tutela de los tribunales de justicia, de modo que la existencia de un procedimiento administrativo interno de la propia Administración sanitaria constituye un elemento que poco aporta en la resolución efectiva de la reclamación del paciente, por entender que en la mayor parte de los casos la tutela real de sus derechos sólo se puede hacer efectiva en la vía judicial, asumiendo las cargas y el riesgo económico que toda demanda judicial supone.

En este complejo marco de la responsabilidad patrimonial sanitaria, y sin perjuicio de la configuración del actual régimen jurídico y jurisprudencial sobre la materia, se considera que la Administración debiera realizar un importante esfuerzo para dotar de operatividad real la vía administrativa previa, disponiendo de los recursos humanos y técnicos necesarios, de forma que ésta no se viese condicionada por la judicialización de las reclamaciones, y pudiera resolver en tiempo y forma la mayor parte de las mismas en sede administrativa, desestimando únicamente las que deban ser desestimadas y estimando aquellas otras en que concurren los elementos para ello, lo que comportaría unos costes económicos y sociales significativamente menores.

Sin perjuicio de lo anterior, y teniendo en cuenta la competencia exclusiva del Estado establecida en los términos del artículo 149.1.18. de la CE, en relación con el sistema de responsabilidad de todas las Administraciones Públicas, se considera deseable que la Administración sanitaria autonómica proponga en el ámbito adecuado –Consello Interterritorial del SNS– el estudio de alternativas o mejoras en el actual sistema de gestión de la responsabilidad patrimonial sanitaria en la línea de los resultados obtenidos en otros modelos europeos, en términos de celeridad en su resolución, de compensación de los daños de pequeña entidad y de respuesta efectiva al ciudadano, en el marco de un proceso asistencial de calidad que incentive su desjudicialización, facilite la cultura de aprendizaje de la organización sanitaria y suponga unos menores costes tanto en términos económicos como sociales.

V.4. En relación con el seguro de responsabilidad patrimonial sanitaria

5.8. El esquema de gestión del aseguramiento de la responsabilidad civil y patrimonial para el conjunto de la Administración autonómica supone la centralización de la contratación del servicio de mediación y de las pólizas de seguros en la Consellería de Facenda, que es la encargada de la coordinación de los flujos de información sobre los siniestros ocurridos en los ámbitos de actuación del resto de las consellerías, organismos y entes de la Administración autonómica. Con todo, la singularidad de la responsabilidad civil y patrimonial sanitaria al respecto del régimen general, su importancia sobre el conjunto del aseguramiento, y el riesgo de que las economías a escala se vean limitadas por su contratación conjunta y por la evolución del mercado asegurador, hacen aconsejable una reflexión sobre el mejor sistema de gestión para el futuro.

En este sentido, la Administración debiera considerar la posibilidad de reforzar los actuales mecanismos de coordinación y gestión operativa del seguro, o, alternativamente, que fueran la propia Consellería de Sanidad y el SERGAS los que contratasen directamente los servicios de mediación y la póliza de responsabilidad civil y patrimonial sanitaria, de forma que, sin perjuicio de suministrar de forma periódica información económica sobre la gestión de la misma a la Consellería de Facenda, facilitase una mayor simplificación en el esquema operativo del aseguramiento sanitario, mejorando la agilidad en el sistema de notificaciones de los siniestros, e incrementando, al mismo tiempo, el grado de control y relación con la Aseguradora por parte de la Administración sanitaria.

Santiago de Compostela, 15 de noviembre de 2010

VI. ANEXOS

ANEXO I : Muestra de dictámenes del Consello Consultivo de Galicia contrarios a la propuesta de resolución de la Administración Sanitaria (Período 2000-2008):

CCG Nº	AÑO	FECHA DE LA RRP	ASUNTO	IMPORTE SOLICITADO	PROPUESTA C. CONSULTIVO
831	2007	08/06/2005	<i>R.R.P. por las secuelas que presenta su hermano, después de que lo ingresasen en el hospital Juan Canalejo y sufriese una parada cardiorrespiratoria que derivó en coma y del que salió en situación de gran inválido.</i>	1.500.000,00 €	360.000,00 €
543	2005	04/04/2003	<i>R.R.P. por motivo de la parálisis cerebral que sufre su hija como consecuencia de las complicaciones durante el embarazo y el parto.</i>	1.202.024,21 €	300.000,00 €
704	2003	14/02/2003	<i>R.R.P. por las secuelas de la medicación a la que estaba sometida.</i>	1.202.024,00 €	236.916,80 €
345	2002	07/01/2002	<i>R.R.P. por las complicaciones surgidas al realizarle una punción lumbar cuando acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Cristal Piñor de Ourense, consistentes en hemorragia subaracnoidea y hematoma epidural.</i>	1.250.000,00 €	209.574,41 €
713	2004	04/09/2003	<i>R.R.P. por las lesiones neurológicas que padece, presunta consecuencia de asfixia neonatal en un parto gemelar y con otro feto muerto.</i>	1.500.000,00 €	192.000,00 €
639	2003	26/06/2001	<i>R.R.P. por la muerte de su hija, debido a la sepsis derivada de absceso uterino.</i>	N/C	150.000,00 €
866	2007	15/12/2005	<i>R.R.P. por las secuelas que presenta (ceguera irreversible y depresión) después de la presunta reacción alérgica que le produjo el cambio de medicación para la epilepsia que sufría.</i>	1.103.545,00 €	138.000,00 €
762	2005	27/12/2004	<i>R.R.P. por la muerte de su hija, diagnosticada finalmente de meningocelalitis después de acudir repetidas veces a consulta.</i>	300.500,00 €	130.000,00 €
516	2007	19/08/2005	<i>R.R.P. por los daños y pérdidas derivados del aborto que le practicaron a raíz de un análisis de líquido amniótico en el que se le diagnosticaba síndrome de Edwards al feto, lo que posteriormente no resultó confirmado.</i>	120.000,00 €	120.000,00 €
1107	2008	22/05/2007	<i>R.R.P. por la mala atención médica prestada con ocasión de la asistencia a la patología por ella padecida en su rodilla derecha.</i>	120.000,00 €	120.000,00 €
920	2005	18/10/2004	<i>R.R.P. por la extirpación total de mama derecha con afectación de ganglios axilares y metástasis posterior después de un diagnóstico que ella considera atrasado al no ser tratado el bulto que le apareció durante el seguimiento de su embarazo.</i>	240.000,00 €	119.858,57 €
1119	2008	19/08/2005	<i>R.R.P. por los daños y pérdidas producidos por la muerte de don J. P. M. como consecuencia de resultar infectado durante su estancia hospitalaria.</i>	111.023,93 €	111.023,93 €
1588	2008	01/10/2007	<i>R.R.P. por los daños derivados de la cirugía lumbar que le fue practicada.</i>		110.000,00 €
100	2002	14/11/2000	<i>R.R.P. que presenta el síndrome "cola de caballo" así como incontinencia urinaria y fecal después de que lo interviniere en el Hospital Xeral-Cies de Vigo para descomprimir el canal raquídeo, afectándole las raíces nerviosas a nivel lumbar.</i>	180.303,63 €	109.443,94 €
582	2002	29/12/1999	<i>R.R.P. por trombosis en pierna derecha y embolia pulmonar espontánea después de acudir repetidas veces al ambulatorio de Chapela y al Servicio de Urgencias de Redondela y serle recetados antiinflamatorios y relajantes musculares.</i>	150.253,03 €	109.056,10 €
209	2003	30/11/2001	<i>R.R.P. por la amputación de su pierna derecha, después de acudir al centro de salud y ser dado de alta.</i>	N/C	109.026,40 €
446	2004	13/02/2003	<i>R.R.P. por el fallecimiento de su marido después de la intervención quirúrgica de aneurisma de aorta abdominal.</i>	108.576,00 €	108.576,00 €
049	2000	No consta	<i>R.R.P. por los presuntos daños derivados de la asistencia sanitaria prestada a doña O. S. L., en el C.H. Juan Canalejo de A Coruña.</i>	N/C	107.551,12 €
747	2006	14/04/2005	<i>R.R.P. en el nombre de su hija, nacida en el Hospital Juan Canalejo donde se produjo en el momento del parto distocia de hombros y como consecuencia parálisis obstétrica del plexo braquial superior izquierdo.</i>	480.811,00 €	107.000,00 €
189	2002	20/04/2001	<i>R.R.P. por el fallecimiento en el Hospital Xeral de Vigo de la esposa y madre, dona M. P. B., paciente de hepatitis crónica, a causa de shock séptico de probable origen urinaria.</i>	360.607,26 €	105.757,55 €
262	2000	08/03/1993	<i>R.R.P. por el fallecimiento de su esposo y padre a causa de infecciones sucesivas tras ingresar para ser tratado de una tumoración en el Hospital Xeral de Galicia.</i>	210.354,24 €	96.161,94 €
820	2008	04/05/2006	<i>R.R.P. por el presunto mal seguimiento en el Servicio de Ginecología del C.H.U.S. donde le realizan mastectomía radical izquierda con gran vaciado ganglionar por la existencia de carcinoma de mama izquierda.</i>	96.112,04 €	96.112,04 €

Informe de fiscalización de la responsabilidad patrimonial sanitaria del SERGAS. Ejercicio 2008.

CCG Nº	AÑO	FECHA DE LA RRP	ASUNTO	IMPORTE SOLICITADO	PROPUESTA C. CONSULTIVO
680	2002	11/11/1999	<i>R.R.P. por las secuelas de la madre (desgarro colon uterino) y de la hija (parálisis braquial, insuficiencia renal y reflujo vesico-ureteral izquierdo) en el parto que tuvo lugar en el Complejo Hospitalario Cristal-Piñor de Ourense, después de un embarazo de alto riesgo al ser la madre diabética.</i>	520.809,00 €	94.074,50 €
65	2007	26/12/2005	<i>R.R.P. por el fallecimiento de su hija, al contraer una neumonía hospitalaria en el Hospital do Barbanza donde ingresara con una pancreatitis aguda focal.</i>	93.943,34 €	91.030,36 €
589	2005	22/01/2005	<i>R.R.P. por el fallecimiento de dona D. L. I. después de intervención por rotura de cadera.</i>	90.030,30 €	90.030,30 €
798	2006	14/12/2005	<i>R.R.P. por la muerte de su hija por tromboembolismo pulmonar después de diagnosticarle probable tuberculosis pleural.</i>	360.607,00 €	90.000,00 €
1517	2008	30/07/2007	<i>R.R.P. por los daños causados a su esposo, que tras ser intervenido de un adenocarcinoma gástrico y ser dado de alta fallece poco después.</i>	85.000,00 €	85.000,00 €
1696	2008	28/12/2007	<i>R.R.P. por los daños derivados de la agresión que sufrió cuando prestaba sus servicios profesionales en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Calde.</i>	N/C	80.000,00 €
447	2004	17/09/2002	<i>R.R.P. por el fallecimiento de don J. R. V. a causa de edema cerebral, después de intervención quirúrgica de fractura de tibia y peroné por accidente.</i>	500.000,00 €	72.121,45 €
397	2005	28/07/2004	<i>R.R.P. por motivo de la asistencia sanitaria prestada.</i>	141.071,00 €	72.000,00 €
918	2007	23/12/2005	<i>R.R.P. por la muerte de su hija por lo que ellos cuidan negligencia al finalizar el parto vaginal instrumental por presentación occipito-posterior y no valoración inmediata del cefalohematoma que presentaba la niña.</i>	120.000,00 €	72.000,00 €
572	2001	21/12/2000	<i>R.R.P. por el fallecimiento de su padre y esposo, don D. F. L. (ingresado por pancreatitis) por sepsis causada por staphylococcus aureus.</i>	84.141,69 €	70.522,76 €
502	2003	31/02/2002	<i>R.R.P. por los daños causados por una maniobra cervical realizada, que le generó discapacidad para realizar su trabajo.</i>	70.000,00 €	70.000,00 €
396	2005	28/07/2004	<i>R.R.P. por meningitis, después de ser diagnosticado sucesivamente de infección respiratoria de vías altas por la médico de familia.</i>	300.000,00 €	70.000,00 €
515	2002	10/07/2001	<i>R.R.P. por el fallecimiento de su esposo a causa del atraso en el tratamiento de un aneurisma de aorta.</i>	N/C	68.651,45 €
645	2003	04/02/2002	<i>R.R.P. por el fallecimiento de su esposa por sepsis secundaria a la intervención a la que la sometieron después de perforarle el colon en el transcurso de una colonoscopia.</i>	300.506,05 €	68.651,45 €
533	2001	16/12/1998	<i>R.R.P. por los daños causados tras intervención quirúrgica (incontinencia y molestias de erección).</i>	420.708,47 €	60.760,89 €
029	2003	21/05/2001	<i>R.R.P. por las secuelas derivadas de una colonoscopia.</i>	180.303,63 €	60.000,00 €
556	2007	27/01/2006	<i>R.R.P. por la intervención que le realizaron de histerectomía después de embarazo y parto sin incidencias.</i>	120.000,00 €	60.000,00 €
56	2007	17/02/2006	<i>R.R.P. por las presuntas secuelas derivadas del retraso en el diagnóstico de fractura intraarticular de tobillo izquierdo.</i>	154.295,23 €	60.000,00 €
90	2008	14/02/2005	<i>R.R.P. por la muerte de su hijo, recién nacido, por fallo multiorgánico.</i>	180.000,00 €	60.000,00 €
978	2006	26/04/2005	<i>R.R.P. por las secuelas de la infección por staphylococcus aureus en la primera de las intervenciones a la que fue sometida para corrección de hallux valgus en su pie derecho.</i>	47.391,40 €	55.000,00 €
809	2003	10/10/2002	<i>R.R.P. por el nacimiento de un hijo muerto después de acudir repetidas veces a consulta.</i>	N/C	54.921,16 €
43	2004	23/01/2003	<i>R.R.P. por la muerte de su esposa por una reinfección nosocomial por aspergillus.</i>	300.506,00 €	54.000,00 €
486	2001	15/03/2000	<i>R.R.P. por la pérdida de un ojo por infección.</i>	149.108,10 €	51.224,62 €
542	2001	04/10/2000	<i>R.R.P. por creer inadecuado el seguimiento realizado en el Servicio de Tocología del Hospital Xeral Calde de Lugo, al acudir con un hematoma en la placenta y ser diagnosticado como quiste, desembocando en la muerte de su hijo.</i>	120.202,42 €	51.086,03 €
260	2003	No consta	<i>R.R.P. por las malformaciones que presentó su hijo, después de un seguimiento del embarazo en el que presuntamente no se les informó de tales deficiencias.</i>	1.051.771,18 €	50.000,00 €
72	2006	22/12/2004	<i>R.R.P. por la muerte de su hija por lo que ellos consideran atraso en la atención del parto.</i>	184.304,00 €	50.000,00 €

ANEXO II : Muestra de sentencias del TSJG sobre RRP sanitarias

Nº Y FECHA SENTENCIA	DESCRIPCIÓN	SERVICIO	FECHA DE LA RPP	FECHA RESOLUCIÓN CONSELLERÍA	DESESTIM. POR SILENCIO	IMPORTE RECLAMADO (en euros)	FALLO	INDEMNIZ. FIJADA (en euros)
82/2002, del 23 de enero	Secuelas causadas por la asistencia sanitaria en el caso de una fractura de radio	N/C	N/C	N/C	Si	15.025,30	Procedente	6.010,12
179/2002, del 20 de nov.	Daños por deficiente asistencia recibida tras accidente de tráfico (no se previó peritonitis)	N/C	20/12/1999	N/C	Si	Indeterminado	Procedente	30.000,00
1/2003, do 15 de enero	Daños por infección durante intervención quirúrgica, secuelas, días de hospitalización	Traumatología y Cirugía Ortopédica	30/07/1999	N/C	Si	Indeterminado	Procedente	5.000,00
352/2003, del 26 de marzo	Fallecimiento por contagio infecciones VIH y VHC por continuas transfusiones para tratar hemofilia [1]	N/C	15/01/1999	N/C	Si	240.404,84	Improcedente	---
1073/2003, del 10 de diciem.	Riesgo de contagio de enfermedad de Creutzfeldt-Jacob a través de la administración de radiofármaco [2]	Unidad de Medicina Nuclear	21/07/1999	22/08/2000	Si	300.506,05	Improcedente	---
1074/2003, del 10 de diciem.	Riesgo de contagio de enfermedad de Creutzfeldt-Jacob a través de la administración de radiofármaco	N/C	20/10/1998	N/C	Si	300.506,05	Improcedente	---
13/2004, del 16 de enero	Secuelas padecidas tras intervención quirúrgica de reconstrucción orbitaria[3]	Cirugía ocular	01/12/1998	17/01/2001	Non	62.493,24	Procedente	63.106,00
20/2004, del 21 de enero	Lesiones causadas a feto en el momento del nacimiento por retraso cesárea (parálisis cerebral)	Ginecología	01/03/2000	22/03/2001	No	N/C	Procedente	180.000,00
84/2004, del 4 de febrero	Extracción de un molar diferente por error del facultativo	Estomatología	20/12/2000	N/C	Si	15.872,93	Improcedente	---
168/2004, del 3 de marzo	Lesiones por caída de ascensor en centro de trabajo [4]	N/C	28/01/2000	N/C	Si	1.031.171,25	Procedente	300.500,00
215/2004, del 17 de marzo	Secuelas causadas por la aplicación de un enema jabonoso en la atención post-quirúrgica	N/C	N/C	11/07/2001	No	Indeterminado	Procedente	90.000,00
233/2004, del 24 de marzo	Lesión irreversible (movilidad reducida) tras intervención quirúrgica de rodilla por mala praxis médica	Cirugía	N/C	16/11/2001	No	150.253,03	Procedente	120.000,00
249/2004, del 24 de marzo	Lesiones causadas por infección tras intervención quirúrgica. Inexistencia de consentimiento informado	Cirugía traumatología	16/06/2000	N/C	Si	Indeterminado	Procedente	48.000,00
265/2004, del 31 marzo	Muerte feto por ausencia de actuaciones exigibles para alcanzar umbral mínimo de diligencia exigible en el funcionamiento del servicio sanitario [5]	Obstetricia y Ginecología	04/10/2000	18/03/2002	Si	120.202,42	Procedente	60.000,00
323/2004, del 21 de abril	Lesiones causadas a feto en el momento del nacimiento por empleo de técnica inadecuada	Obstetricia y Ginecología	08/05/2001	N/C	Si	300.506,05	Procedente	27.000,00
342/2004, del 28 de abril	Riesgo de contagio de enfermedad de Creutzfeldt-Jacob a través de la administración de radiofármaco	N/C	N/C	05/02/2001	No	Indeterminado	Improcedente	---

Informe de fiscalización de la responsabilidad patrimonial sanitaria del SERGAS. Ejercicio 2008.

Nº Y FECHA SENTENCIA	DESCRIPCIÓN	SERVICIO	FECHA DE LA RPP	FECHA RESOLUCIÓN CONSELLERÍA	DESESTIM. POR SILENCIO	IMPORTE RECLAMADO (en euros)	FALLO	INDEMNIZ. FIJADA (en euros)
523/2004, del 23 de junio	Fallo hepático fulminante a consecuencia de un tratamiento tuberculostático no interrumpido [6]	Neumología	31/08/2000	03/10/2001	Si	Indeterminado	Procedente	120.000,00
741/2004, del 13 de octubre	Lesiones causadas por realización de exodoncia en relación con enfermedad oftalmológica [7]	Cirugía Máxilo-facial	25/08/1999	05/04/2001	No	N/C	Procedente	180.000,00
830/2004, del 10 de nov.	Lesiones tras intervención quirúrgica de túnel carpiano	Cirugía plástica	21/10/1999	03/05/2001	No	264.601,01	Procedente	60.000,00
128/2005, del 23 de febrero	Daños por suspensión tratamiento frente a la producción segura de daños de no suspenderse el mismo [8]	Digestivo y Cirugía Cardíaca	07/01/2000	15/01/2001	Si	601.012,00	Improcedente	---
219/2005, del 23 de marzo	Daños sufridos consecuencia de intervención quirúrgica. Mala praxis médica [9]	Traumatología	N/C	27/11/2002	No	15.700,00*	Procedente	40.000,00
235/2005, del 6 de abril	Fallecimiento por taponamiento cardíaco tras recambio valvular aórtico. Patología propia de estas intervenciones	Cirugía cardíaca	N/C	10/12/2001	No	300.500,00	Improcedente	---
276/2005, del 20 de abril	Fallecimiento de paciente por actuación facultativa disconforme con los conocimientos médicos actuales y falta de empleo de los medios adecuados	N/C	N/C	30/05/2001	No	360.607,26	Procedente	36.000,00
282/2005, del 20 de abril	Lesiones consecuencia de mala praxis médica en una operación estética [10]	Cirugía estética	04/10/2002	24/02/2003	Si	48.080,97*	Procedente	20.000,00
356/2005, del 18 de mayo	Lesiones consecuencia de deficientes intervenciones quirúrgicas. Mala praxis	Cirugía	N/C	30/11/2001	No	Indeterminado	Procedente	108.000,00
429/2005, del 8 de junio	Secuelas tras intervención quirúrgica lumbar asociada a información deficiente [11]	Cirugía	N/C	18/07/2002	Si	180.303,63	Procedente	72.000,00
535/2005, del 13 de julio	Lesiones permanentes en esfínteres por episiotomía realizada en parto con técnica obsoleta	Ginecología	05/03/2002	N/C	Si	207.305,02	Procedente	72.000,00
582/2005, del 20 de julio	Daños psicológicos por embarazo no deseado tras operación de vasectomía [12]	Cirugía	28/09/2000	07/02/2003	No	24.641,50	Improcedente	---
616/2005, del 14 de set.	Lesión motora y sensitiva de extremidad superior derecha derivada de una operación de extracción de tumor por defectuosa asistencia	Ginecología	27/09/2001	N/C	Si	Indeterminado	Procedente	60.000,00
651/2005, del 21 de set.	Secuelas tras intervención quirúrgica. Consentimiento informado. Riesgos propios imposibles de obviar	Cirugía ortopédica y traumatología	N/C	04/12/2002	No	150.253,00	Improcedente	---
698/2005, del 30 de set.	Daños producidos por intervención quirúrgica sin consentimiento informado	Medicina interna	N/C	30/05/2003	No	180.300,00	Procedente	60.000,00
731/2005, del 13 de octubre	Fallecimiento consecuencia de intervención endoscópica. Vulneración reglas consentimiento informado	N/C	N/C	08/01/2003	No	300.000,00	Procedente	75.000,00
767/2005, del 19 de octubre	Fallecimiento por sepsis por supuesta deficiente asistencia sanitaria [13]	Urgencias	N/C	07/06/2002	Si	360.606,00	Improcedente	---
797/2005, del 26 de octubre	Mantenimiento de tratamiento hormonal sustitutorio que	Otorrino.	21/07/2000	N/C	Si	240.725,00	Procedente	30.000,00

Nº Y FECHA SENTENCIA	DESCRIPCIÓN	SERVICIO	FECHA DE LA RPP	FECHA RESOLUCIÓN CONSELLERÍA	DESESTIM. POR SILENCIO	IMPORTE RECLAMADO (en euros)	FALLO	INDEMNIZ. FIJADA (en euros)
	<i>provoca agravación del padecimiento por demora en asistencia eficaz</i>							
812/2005, del 26 de octubre	<i>Secuelas que desembocan en incapacidad permanente absoluta tras realización de una punción lumbar [14]</i>	Urgencias	N/C	09/10/2002	Si	Indeterminado	Improcedente	---
878/2005, del 9 de noviembre	<i>Fallecimiento por sepsis tras parto. Error en el diagnóstico [15]</i>	Obstetricia y Ginecología	N/C	18/11/2003	Si	240.000,00	Procedente	156.000,00
952/2005, del 23 de nov.	<i>Comunicación tardía de resultado positivo pruebas VIH. Negligencia de la parte actora [16]</i>		15/05/2001	25/06/2003	Si	360.000,00	Improcedente	---
155/2006, del 22 de febrero	<i>Pérdida de visión consecuencia de intervención. Drástica disociación entre fin perseguido y resultado obtenido [17]</i>	Cirugía ocular	N/C	23/06/2003	No	133.659,05	Procedente	50.000,00
216/2006, del 8 de marzo	<i>Daños sufridos por defectuosa asistencia sanitaria. Consentimiento informado inexistente [18]</i>	Cirugía traumatología	N/C	16/10/2003	Si	300.500,00	Procedente	50.000,00
284/2006, del 22 de marzo	<i>Deficiente asistencia sanitaria tras acudir la paciente a Urgencias con fuerte dolor en la garganta cuya complicación la llevó a la muerte</i>	Urgencias	N/C	N/C	Si	91.656,56	Improcedente	---
460/2006, del 11 de mayo	<i>Daños y secuelas provocados por error en la intervención quirúrgica de colon [19]</i>	Cirugía	30/12/2002	17/11/2003	Si	99.354,18	Procedente	60.000,00
510/2006, del 24 de mayo	<i>Secuelas y días de baja por caída padiola debido a la deficiente manipulación</i>	N/C	N/C	16/09/2003	No	22.180,35	Procedente	8.000,00
569/2006, del 7 de junio	<i>Secuelas en los neonatos (ceguera y otras). Falta o insuficiencia del consentimiento informado [20]</i>	Serv. Reproducción Humana	N/C	06/10/2003	No	451.465,07	Procedente	75.000,00
665/2006, del 5 de julio	<i>Fallecimiento por shock séptico padecido tras intervención quirúrgica</i>	Cirugía	N/C	N/C	Si	227.095,00	Procedente	96.000,00
762/2006, del 13 de set.	<i>Ceguera bilateral irreversible tras intervención quirúrgica de recambio de prótesis de cadera</i>	Cirugía	N/C	09/05/2003	No	300.500,00	Procedente	100.000,00
783/2006, del 20 de set.	<i>Fallecimiento por deficiente asistencia sanitaria al no detectar la disfunción de la prótesis valvular</i>	Varios	29/11/2002	N/C	Si	207.000,00	Procedente	90.000,00
27/2008, del 23 de enero	<i>Deficiente asistencia sanitaria que dio lugar al fallecimiento del feto [21]</i>	Obstetricia y Ginecología	N/C	N/C	Si	184.304,00	Procedente	50.000,00
83/2008, del 6 de febrero	<i>Contagio de hepatitis C vía transfusión tras intervención quirúrgica</i>	N/C	23/11/2001	N/C	Si	90.151,82	Procedente	60.000,00
87/2008, del 13 de febrero	<i>Secuelas causadas al niño consecuencia parto por no asistencia ginecóloga (doctrina pérdida oportunidad) [22]</i>	Obstetricia y Ginecología	28/07/2004	16/03/2006	Si	286.314,86	Procedente (Consellería). Improcedente ampliación (TSXG). Procedente ampliación (TS)	72.000* (Consellería Sanidade) // 141.071€ (Tribunal Supremo)
145/2008, del 27 de febrero	<i>Secuelas derivadas de intervención quirúrgica de hernia inguinal</i>	Cirugía	27/01/2003	28/12/2004	No	156.264,00	Improcedente	---
169/2008, del	<i>Daños derivados de intervención</i>	Otorrino.		20/06/2005	No	60.101,21	Improcedente	---

Informe de fiscalización de la responsabilidad patrimonial sanitaria del SERGAS. Ejercicio 2008.

Nº Y FECHA SENTENCIA	DESCRIPCIÓN	SERVICIO	FECHA DE LA RPP	FECHA RESOLUCIÓN CONSELLERÍA	DESESTIM. POR SILENCIO	IMPORTE RECLAMADO (en euros)	FALLO	INDEMNIZ. FIJADA (en euros)
12 de marzo	<i>quirúrgica (pérdida de audición)</i>							
200/2008, del 2 de abril	<i>Fallecimiento de paciente consecuencia de una sepsis generalizada tras intervención quirúrgica [23]</i>	Cirugía	N/C	23/11/2005	Si	130.470,34	Procedente	60.000,00
593/2008, del 24 de set.	<i>Fallecimiento de paciente consecuencia de una infección tras intervención quirúrgica</i>	Cirugía	N/C	N/C	Si	240.407,00	Procedente	72.000,00
21/2009, del 21 de enero	<i>Lesiones derivadas de anestesia, sin que exista consentimiento informado</i>	N/C	N/C	N/C	Si	311.970,00	Parcialmente procedente	40.000,00
225/2009, del 18 de marzo	<i>Intervención médica arbitraria (manipulación cervical) en contra de la voluntad de la paciente, de la que se derivan lesiones</i>	Radiología	31/02/2002	26/11/2003 // 13/10/2003	No	5.529.206,00	Improcedente	---
221/2008, del 9 de abril	<i>Lesiones derivadas de un rutinario legrado uterino por un aborto diferido</i>	Obstetricia y Ginecología	24/12/2004	N/C	Si	600.000,00	Procedente	90.000,00

OBSERVACIONES:

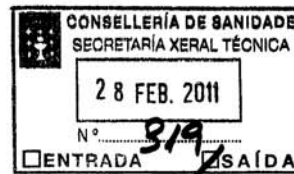
- [1] Contagio en época anterior a la obligatoriedad de la Admón. sanitaria de someter los hemoderivados a inactivación viral.
- [2] Impugna inicialmente por desestimación presunta y posteriormente expresa.
- [3] El Consello Consultivo le otorga 30.050€.
- [4] Confirmada por STS del 3 de noviembre de 2008.
- [5] Impugna inicialmente por desestimación presunta y posteriormente expresa.
- [6] Impugna inicialmente por desestimación presunta y posteriormente expresa.
- [7] Ratificada por STS del 9 de junio de 2009.
- [8] Impugna inicialmente por desestimación presunta y posteriormente expresa. Confirmada por el Tribunal Supremo del 26 de enero de 2010.
- [9] En la sentencia aparece también como reclamada la cantidad de 24.040,48€.
- [10] Impugna inicialmente por desestimación presunta y posteriormente expresa.
- [11] Impugna inicialmente por desestimación presunta y posteriormente expresa.
- [12] Dictamen 738/02 del Consello Consultivo favorable a la propuesta desestimatoria de la Administración.
- [13] Confirmada por el Tribunal Supremo en Auto de inadmisión de recurso del 5 de julio de 2007.
- [14] Impugna inicialmente por desestimación presunta y posteriormente expresa.
- [15] Impugna inicialmente por desestimación presunta y posteriormente expresa.
- [16] Impugna inicialmente por desestimación presunta y posteriormente expresa.
- [17] El Consello Consultivo le otorga 41.348,20€. Drástica disociación entre fin perseguido por la cirugía y el resultado obtenido.
- [18] Impugna inicialmente por desestimación presunta y posteriormente expresa.
- [19] Impugna inicialmente por desestimación presunta y posteriormente expresa.
- [20] Violación del derecho de autodeterminación del paciente que, al no estar debidamente informado, no puede elegir adecuadamente según la sentencia.
- [21] Doctrina de la pérdida de oportunidad (frente a la quiebra de la *lex artis ad hoc*).
- [22] La Consellería de Sanidad reconoció la responsabilidad patrimonial concediendo la suma de 72.000€. En vía administrativa reclamaban 171.071€. El TSJG considera improcedente la ampliación del importe concedido ya por la Consellería. Sentencia anulada por TS 24/11/2009 que concede 141.071 €.
- [23] Impugna inicialmente por desestimación presunta y posteriormente expresa.

VII. ALEGACIONES



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

Edificio Administrativo de San Lázaro
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono: 881542726 - Fax: 881542728
www.sergas.es



En contestación ao escrito remitido por esa Institución, relativo ao anteproxecto de informe de fiscalización de responsabilidade patrimonial del Servizo Galego de Saúde (xestión de riscos) correspondente ao exercicio 2008, remito as alegacións desta Consellería para a súa incorporación ao informe correspondente.

Santiago de Compostela, 21 de febreiro de 2011.


Sagrario Pérez Castellanos

CONSELLO DE CONTAS DE GALICIA



ALEGACIÓNS AO ANTEPROXECTO DE INFORME DE FISCALIZACION DA RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL DO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE (EXERCIZO 2000-2008).

A día de hoxe as referencias normativas enumeradas están obsoletas, a non ser que esta relación normativa queira retrotraerse ao momento de fiscalización realizado, cuxa data de referencia sería o 31 de decembro de 2008, e que, en todo caso, a lei 7/2003, de 9 de decembro, de Ordenación sanitaria de Galicia, estaría revogada, e polo tanto, non sería en ningún dos casos de aplicación.

Unha vez estudado o documento de fiscalización realízanse as seguintes alegacións:

Primeira.- Respecto á XESTION DE RISCOS SANITARIOS.

Esta consellería entende igualmente a Xestión de Riscos como a toma de decisións de mellora en base á identificación dos puntos críticos da actividade sanitaria.

A análise realizada por parte do equipo do Consello de Contas neste informe reflicte unicamente a calidade percibida dos usuarios do sistema sanitario.

Tomar como referencia da análise esta premisa proporcionaría sesgos importantes para abordar unha verdadeira xestión de riscos.



Edificio Administrativo de San Lázaro
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA

A xestión de riscos debe ter como eixe central da análise a realidade do sinistro, é dicir, non o que percibe o usuario afectado, senón o resolto polo inspector-instructor, que difire en gran medida. Este último si que ofrece información dos riscos verdadeiramente xerados.

O potencial das TIC na Consellería de Sanidade en Galicia e a existencia dun sistema de información de expedientes de responsabilidade patrimonial debe permitirnos a análise rigorosa dos incidentes e accidentes ocorridos durante a asistencia sanitaria.

Por isto no ano 2009 a Secretaría Xeral da Consellería de Sanidade, a través da Subdirección Xeral de Inspección, Auditoría e Acreditación, puxo en marcha unha auditoría do procedemento administrativo de tramitación de expedientes de responsabilidade patrimonial da Administración Sanitaria derivados de danos ocasionados pola asistencia sanitaria que se incluíu como obxectivo no Plan de Inspección para o ano 2010 (punto 1.4) , publicado no DOG do 25 de febreiro de 2010.

Unha das principais conclusións foi a limitación da aplicación informática operativa no momento da realización de ambas auditorías (a interna, propia da Subdirección Xeral de Inspección e a do Consello de Contas), xa que:

- a) Os datos codificados, tanto pola Consellería de Sanidade como pola compañía aseguradora, refírense aos do escrito de interposición da reclamación. Estes non identifican fielmente as fontes de riscos da asistencia sanitaria.

b) O anterior condiciona por exemplo que os Servizos de Urgencias aparezan como os maior incidencia nas reclamacións, cando en realidade, trala investigación dos feitos na instrución, non resulta ser o servizo responsable. Outro exemplo plasmado é atribuír ao Servizo Galego de Saúde malos resultados de intervencións ou asistencias levadas a cabo con medios alleos ao sistema público.

A maior fortaleza no modelo que seguimos na Comunidade Autónoma de Galicia é a de ter un médico inspector coma instrutor. Esta información debe ser a referencia para a análise e a xestión de riscos e debe ser explotada estatisticamente, e remitida aos xerentes dos centros e aos servizos asistenciais de maior risco a fin de que tomen as medidas de mellora oportunas.

Antes de modificar todo o noso sistema de información, e para confirmar se ese sesgo estaba levando a establecer conclusións erróneas, dentro da auditoría interna levada a cabo pola Subdirección Xeral de Inspección, Auditoría e Acreditación, avaliáronse practicamente todos os expedientes de responsabilidade patrimonial da Administración sanitaria (excluíndo os de “menor entidade”) dos anos 2008-2009, o que supuxo a revisión dun total de 451 expedientes, coa seguinte conclusión:

Só o 30% dos expedientes de 2008 e o 32% dos expedientes de 2009 concordaban na identificación de centro, servizo, cantidade reclamada e nome do damnificado coa información real, sendo o



motivo máis frecuente de discordancia as disparidades na codificación dos centros e Servizos.

En base a isto, depuráronse os datos e avaliáronse os centros e Servizos asociados ao dano reclamado, e deseñouse unha nova configuración da codificación no programa informático de xeito que permita facer avaliacións destinadas á xestión de riscos, mantendo tamén a codificación “tradicional” baseada no escrito de interposición da reclamación, que permita establecer comparacións con outros sistemas sanitarios (de percepción do usuario, barómetros sanitarios).

Por esta razón, no momento actual se dispón dun sistema de rexistro cunha dobre codificación:

1. A exposta polos reclamantes, usuarios do sistema de saúde, que reflicte o risco percibido.
2. A que trala investigación dos feitos considera o médico instrutor do procedemento que responde ao punto onde se poden xerar riscos sanitarios e polo tanto poden requirir accións de mellora.

Cos datos do sistema de rexistro resulta que:

- No ano 2008 o servizo máis reclamado na Comunidade Autónoma de Galicia foi o de traumatoloxía (dato discordante co exposto no informe do Consello de Contas). Se ademais desbotamos a actividade concertada e consideramos unicamente os centros propios, o servizo máis reclamado sería obstetricia/xinecoloxía.

- Actualmente tamén está xa definido un sistema de codificación cos motivos das reclamacións dun xeito que permite realizar accións de mellora.

Neste sentido cómpre sinalar que os motivos de reclamación que refire o punto 4.9 do informe do Consello de Contas proveñen da base de datos da compañía aseguradora, coa clasificación propia dos datos. Para poder planificar accións de mellora no sistema público de saúde de Galicia a Consellería entende que non pode asumir esta contextualización, tanto pola clasificación como pola fonte de datos utilizada.

Os datos dos que dispoñemos para o ano 2008 procedentes da análise crítica das reclamacións e a clasificación da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde, son:

- 1. Un 38 % de deficiencias no diagnóstico das enfermidades (erro ou atraso diagnóstico).*
- 2. Un 30% de mala praxe na actuación médica ou cirúrxica.*
- 3. Un 9% de atrasos na atención*
- 4. Un 8% de casos nos que non se proporcionou ao paciente unha información axeitada sobre o seu proceso.*

OBSERVACIÓN SEGUNDA: Os tempos de tramitación.

Cómpre dicir que o cómputo de tempos que fai o programa informático e que foi a que se utilizou para o informe do Consello de Contas non recolle



Edificio Administrativo de San Lázaro
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA

as causas de atraso e mesmo non computa os períodos de suspensión legal.

O punto crítico son os tempos de contestación por parte dos servizos asistenciais implicados no sinistro, ao inspector-instructor: deben elaborar un informe aclaratorio da asistencia sanitaria prestada.

Na liña das recomendacións que se enumeran no informe de fiscalización, indicar que foron xa implantadas as seguintes actuacións:

- a) Para unificación de criterios procedimentais na instrución, leváronse adiante accións formativas (catro cursos de formación para o persoal instructor no segundo semestre de 2010).
- b) Medidas para aumentar a comunicación e colaboración cos centros e servizos implicados nos sinistros.
- c) No mes de marzo de 2010 unha relación dos centros e servizos menos colaboradores coa tramitación de expedientes, a fin de tomar accións destinadas a mellorar a súa colaboración.
- d) Concreción de “informe anual tipo” a remitir aos xerentes dos centros asistenciais que inclúan un resumo dos sinistros reclamados e dos estimados na fase administrativa, sinálanse os puntos críticos da asistencia.
- e) As xerencias dos centros hospitalarios terán conexión telemática co programa de responsabilidade Patrimonial da Consellería de Sanidade que se está a empregar para a tramitación.

- f) Neste senso o avance máis significativo vai ser a utilización do programa informático da Consellería de Sanidade como canle única de información de todos os axentes que interveñen no proceso, proxecto en fase de implantación, que permitirá unha exhaustiva explotación estatística para xestión de riscos e tramitación telemática destes expedientes.

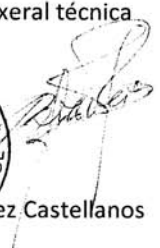
CONCLUSIÓN FINAL:

Dos resultados e conclusións da análise interna realizada no ano 2010 foron detectados puntos de mellora que coinciden na totalidade co informe de fiscalización analizado, melloras que nestes últimos meses se están a implantar de forma activa co fin de poder utilizar e explotar coa maior efectividade a información correcta para a mellora da seguridade dos pacientes e da calidade global do sistema sanitario galego, folia de ruta de traballo que está a seguir a Consellería de Sanidade.

Santiago de Compostela, 21 de febreiro de 2011.

A secretaria xeral técnica




Sagrario Pérez Castellanos

VIII. RÉPLICAS DEL CONSELLO DE CONTAS A LAS ALEGACIONES FORMULADAS POR LA CONSELLERÍA DE SANIDADE

RÉPLICAS DEL CONSELLO DE CONTAS A LAS ALEGACIONES FORMULADAS POR LA CONSELLERÍA DE SANIDADE AL INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL SANITARIA DEL SERGAS CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO 2008, ELABORADO POR EL CONSELLO DE CONTAS CON FECHA 15 DE NOVIEMBRE DE 2010.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 58 del Reglamento de régimen interior del Consello de Contas, aprobado por la Comisión no legislativa para las relaciones con el Consello de Contas el día 2 de junio de 1992 y publicado en el DOG nº 138, del 17 de julio de 1992, la Consellería de Sanidade, en el plazo señalado en el escrito de remisión del informe de fiscalización de la responsabilidad patrimonial sanitaria del SERGAS, relativo al ejercicio 2008, formuló las correspondientes alegaciones. Éstas se contienen en un documento de siete páginas que se adjuntan al informe de fiscalización del Consello de Contas.

Con relación a su contenido y tratamiento, independientemente de las aclaraciones y puntualizaciones que en cada caso figuran en las réplicas, es necesario señalar con carácter general que, excepto en los casos concretos que así lo requieran, el Consello de Contas no valora las alegaciones que confirmen deficiencias o irregularidades señaladas en el informe, o aquellas que expongan criterios y opiniones sin soporte documental o normativo o bien que no rebatan el contenido del informe, sino que se trate de explicaciones o justificaciones sobre las actuaciones de la entidad fiscalizada.

Réplica a la observación al punto **1.7.** del informe de fiscalización, relativo al marco jurídico aplicable a las actuaciones objeto del mismo.

Se señala que a la fecha de hoy las referencias normativas enumeradas están obsoletas, a no ser que éstas quieran retrotraerse al momento de la fiscalización realizada, cuya fecha de referencia sería el 31 de

diciembre de 2008, y que, en todo caso, la Ley 7/2003, del 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia, estaría revocada, y por lo tanto no sería en ninguno de los casos aplicable.

El alcance temporal de la fiscalización se refiere al ejercicio 2008, extendiéndose indistintamente a los ejercicios anteriores, o a hechos acontecidos con posterioridad que tuviesen causalidad con el ejercicio fiscalizado, cuando los objetivos establecidos lo requieran. La Ley 7/2003, del 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia, estuvo vigente hasta el 24 de septiembre de 2008, fecha en la que entró en vigor la Ley 8/2008, del 10 de julio, de Salud de Galicia, de acuerdo con lo establecido en su disposición última Tercera.

Como consecuencia de lo expuesto, la alegación no puede ser tenida en cuenta, y no supone la modificación del informe de fiscalización.

Réplica a la alegación al apartado **II.2.** del informe de fiscalización, relativo a la percepción ciudadana en relación con la gestión de riesgos a nivel de Galicia y del SNS.

Se alega que el análisis realizado por parte del Consello de Contas en este Informe refleja únicamente la calidad percibida de los usuarios del sistema sanitario. Señalándose que tomar como referencia del análisis esta premisa proporcionaría sesgos importantes para abordar una verdadera gestión de riesgos. Por lo que se considera que la gestión de riesgos debe tener como eje central el análisis de la realidad del siniestro, esto es, no lo que percibe el usuario afectado, sino lo resuelto por el inspector instructor.

El Informe incluye en los antecedentes de la fiscalización los resultados de calidad percibida por los ciudadanos usuarios del sistema sanitario que figuran recogidos en el Barómetro sanitario 2008, en relación con la gestión de riesgos, a los efectos de contextualizar la problemática de los errores y de la responsabilidad médica desde la perspectiva de los pacientes y de sus familiares. Respecto de lo anterior, el análisis de resultados de la fiscalización en relación con la gestión de riesgos se realizó básicamente a partir de la información referida a la gestión de los expedientes por responsabilidad patrimonial sanitaria tramitados por la Administración sanitaria, de los dictámenes del Consello Consultivo de Galicia y de las sentencias por responsabilidad patrimonial sanitaria dictadas por el TSJG.

Como consecuencia de lo expuesto, la alegación no puede ser tenida en cuenta, y no supone la modificación del informe de fiscalización.

Réplica a la alegación a los puntos **3.4.** y **4.8.** del informe de fiscalización, relativos a las especialidades médicas y servicios clínicos más afectados por reclamaciones de responsabilidad patrimonial sanitaria.

Se alega que en el momento actual, tras un proceso de depuración de datos y la evaluación de los centros y servicios asociados a los daños reclamados, se dispone de un sistema de registro con una doble codificación: una, la contenida en los escritos de reclamación presentados por los afectados; y otra, la realizada por el inspector instructor tras la investigación de los hechos. De la información obtenida de este nuevo sistema de registro resulta que en el año 2008 el servicio más reclamado en la Comunidad Autónoma de Galicia fue el de traumatología (dato discordante con lo expuesto en el informe del Consello de Contas).

Este Consello considera positivo el avance alegado en la mejora en el diseño del sistema de información de expedientes de responsabilidad patrimonial que permita un análisis más riguroso de los efectos adversos para la implementación de una verdadera gestión de riesgos. Sin embargo, cabe señalar que los resultados en relación con los servicios clínicos más afectados por las RRP sanitarias en el ejercicio 2008 que figuran en el informe de fiscalización se obtuvieron a partir de la base de datos facilitada por la propia Administración sanitaria en la fecha de la realización de los correspondientes trabajos de campo.

Como consecuencia de lo expuesto, la alegación no puede ser tenida en cuenta, y no supone la modificación del informe de fiscalización.

Réplica a la alegación a los puntos **3.5.** y **4.9.** del informe de fiscalización, relativos a las principales causas del daño alegadas en las reclamaciones por responsabilidad patrimonial sanitaria.

Se alega que los motivos o causas de las reclamaciones patrimoniales sanitarias que figuran en el Informe del Consello de Contas provienen de la base de datos de la compañía aseguradora con una clasificación

propia, entendiendo la Consellería de Sanidade que para planificar acciones de mejora en el sistema público de salud de Galicia no se puede asumir esa contextualización, tanto por la clasificación como por la fuente de los datos.

Se señala, además, que con los datos de los que se dispone para el ejercicio 2008, procedentes del análisis crítico de las RRP y de la clasificación aplicadas por la Consellería de Sanidade y el SERGAS, las causas más frecuentes serían: en un 38% deficiencias en el diagnóstico (error o atraso), en un 30% mala praxis médica o quirúrgica, en un 9% atrasos en la atención, y en un 8% ausencia de información.

El análisis de la evolución de las principales causas o motivos de las RRP sanitarias a lo largo del período comprendido entre los años 2001 y 2008, que incluye el informe de fiscalización, se realizó a partir de la información facilitada por el Servicio de gestión de riesgos de la Secretaría General de Patrimonio de la Consellería de Facenda. Siendo esta la única fuente disponible en el momento de la realización de los trabajos de campo, dadas las limitaciones de la base de datos de gestión de los expedientes de RRP de la Subdirección General de Inspección, Auditoría y Acreditación.

Como consecuencia de lo expuesto, la alegación no puede ser tenida en cuenta, y no supone la modificación del informe de fiscalización.

Réplica a la alegación al punto **3.10.1.** del informe de fiscalización, relativo al tiempo medio de instrucción de las reclamaciones por responsabilidad patrimonial sanitaria.

Se alega que el cómputo de tiempos que hace el programa informático, y que fue el que se utilizó para el informe del Consello de Contas, no recoge las causas de atraso y no computa los períodos de suspensión legal. Señalándose, además, que el punto crítico son los tiempos de contestación por parte de los servicios asistenciales implicados en el siniestro al inspector instructor elaborando para ello un informe aclaratorio de la asistencia sanitaria prestada.

La estimación de los tiempos medios de instrucción de los expedientes de responsabilidad patrimonial sanitaria por parte de la Administración sanitaria se realizó a partir de la base de datos de los dictámenes del Consello Consultivo de Galicia. Para su cómputo, tal y como se hace constar en el Informe, se partió del tiempo transcurrido entre las fechas de presentación de las reclamaciones en el SERGAS y las fechas de entrada en el Consello Consultivo de los expedientes

de reclamación patrimonial con los informes-propuesta de resolución del inspector instructor de la Administración sanitaria.

Como consecuencia de lo expuesto, la alegación no puede ser tenida en cuenta, y no supone la modificación del informe de fiscalización.

IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS

A los únicos efectos de facilitar la contextualización de determinados epígrafes o apartados del informe que pudieran presentar la utilización de términos con un carácter más técnico-científico, a continuación incluimos una breve definición de algunos de aquellos términos, propios de la actividad médico-asistencial o relativos a la organización de los servicios sanitarios:

Aneurisma	<i>s.m.</i> Dilatación localizada de un vaso sanguíneo, casi siempre de una arteria con rotura o no de sus paredes.
Braquiterapia	<i>s.f.</i> En radioterapia, tratamiento con radiación ionizante aplicada a la superficie del cuerpo o localizada a corta distancia del área corporal sometida a tratamiento, normalmente inferior a 10 cm.
Carcinoma	<i>s.m.</i> Cualquiera de los diferentes tipos de neoplasia maligna derivada de células epiteliales neoformadas, con anaplasia en mayor o menor grado y con capacidad de provocar metástasis a distancia en cualquier momento de su evolución. Puede ocurrir en cualquier lugar del organismo donde haya epitelio, aunque los sitios más frecuentes son la piel y el intestino delgado en ambos sexos, los bronquios, estómago y próstata en el hombre, y la mama y el cuello uterino en la mujer. Cuando deriva de un epitelio glandular tiende a la formación de glándulas normales y se conoce como adenocarcinoma.
Carcinomatosis	<i>s.f.</i> Carcinosis, estado debido a la diseminación generalizada de carcinomas en diversos órganos por el cuerpo.
Citostasis	<i>s.f.</i> Disminución del movimiento y acumulación de células sanguíneas, especialmente polimorfonucleares, en los capilares, como resultado de inflamación en la región, obstrucción de un capilar por acumulación de leucocitos.
Citostático -a	<i>s.m.</i> 1. Medicamento utilizado en terapéutica antitumoral. // <i>adj.</i> 2. Perteneciente o relativo a la citostasis.
Colecistostomía	<i>s.f.</i> Abocamiento permanente de la vesícula biliar a través de la pared abdominal al exterior.
Distocia	<i>s.f.</i> Parto difícil.
Endometrio	<i>s.m.</i> Capa mucosa que tapiza la cavidad del útero.
Enfermedad de Creutzfeld-Jakob	Enfermedad degenerativa mortal del sistema nervioso central que generalmente afecta a personas con edades comprendidas entre los 50 y los 75 años. Está causada por un virus lento y evoluciona rápidamente con demencia y mioclonías, teniendo una duración media de ocho meses. También se dice enfermedad de Jacob
Epidermoide	<i>adx.</i> 1. Que tiene semejanza con la epidermis. 2. Relativo al tumor o quiste formado por la inclusión de células epidérmicas de la piel o de las mucosas.
Episiotomía	<i>s.f.</i> Sección quirúrgica generalmente lateral del orificio vulvar que se realiza en el parto durante el desprendimiento de la parte que se presenta, con la finalidad de prevenir una rotura grave del perineo.
Exodoncia	<i>s.f.</i> 1. Rama de la odontología que trata de la extracción de los dientes. 2. La propia extracción de una pieza dental.
Fístula	<i>s.f.</i> 1. Trayecto o conducto patológico congénito o adquirido que comunica entre si dos órganos (fístula interna), o un órgano o estructura anatómica con el exterior (fístula externa). 2. Comunicación artificial, quirúrgica o experimental, que comunica entre si dos órganos o un órgano con el exterior.

**Informe de fiscalización de la responsabilidad patrimonial
sanitaria del SERGAS. Ejercicio 2008.**

Fistulectomía	<i>s.f.</i> Escisión quirúrgica de una fístula.
Glia o Neuroglía	<i>s.f.</i> Estructura de sostenimiento del sistema nervioso consistente en una membrana fina formada por elementos ectodérmicos modificados en la que están incluidas células especiales muy ramificadas (células de neuroglía o células gliales) de tres tipos: astrocitos y oligodendrocitos (llamados colectivamente macroglía) y células de microglía.
Glioma	<i>s.m.</i> Tumor que se origina en las células de la glía. Comprende los glioblastomas (astrocitomas de grado 3 y 4), los astrocitomas de bajo grado (grados 1 y 2), los ependimomas, los meduloblastomas, los oligodendrogliomas y los papilomas de los plexos coroides.
<i>Hallux valgus</i>	Desviación del dedo pulgar del pie cara a los demás dedos, a los que cruza por encima o por debajo.
Hernia	<i>s.f.</i> Tumorción formada por la protuberancia o salida de una parte o de todo un órgano a través de una abertura anormal. También se dice fractura .
Hernia inguinal	Hernia que se localiza en el conducto inguinal. C. inguinal. Conducto musculoaponeurótico para el cordón espermático (ligamento redondo en la mujer) entre los anillos inguinales superficial y profundo. Conducto abdominal.
Hipovolemia	<i>s.f.</i> Disminución total del volumen de líquido circulante en el organismo.
Histerectomía	<i>s.f.</i> Extirpación quirúrgica total o parcial del útero. También se dice metrectomía .
Ictus	<i>s.m.</i> Situación clinopatológica caracterizada por aparecer súbitamente, especialmente utilizada en el caso de los accidentes cerebrovasculares y las convulsiones.
Isquemia	<i>s.f.</i> Ausencia de riego sanguíneo en una parte del organismo y estado consecutivo a la misma.
Laparoscopia	<i>s.f.</i> 1. Examen de la cavidad peritoneal realizado con un endoscopio introducido a través de una abertura practicada en la pared del abdomen. 2. Examen interno del abdomen tras la realización de una abertura practicada en la pared del mismo.
Linfangitis	<i>s.f.</i> Inflamación de los vasos linfáticos.
Meningoencefalitis	<i>s.f.</i> Inflamación simultánea del encéfalo y de las meninges.
Nosocomial	<i>adx.</i> Perteneciente o relativo al hospital u originado en el mismo, por ejemplo infección nosocomial.
Peroperatorio-a	<i>adx.</i> Realizado en el curso de una intervención quirúrgica. También se dice intraoperatorio .
Plexo	<i>s.m.</i> Estructura en forma de red, especialmente la formada por entrecruzamiento de vasos o nervios.
Plexo braquial	Plexo nervioso formado por la anastomosis de las ramas ventrales de los nervios cervicales V a VII y del primer dorsal, del que salen ramas que inervan todo el miembro superior y se extienden desde los lados de la columna vertebral al hueco axilar. De él salen el nervio cubital, radial, mediano y circunflejo entre otros.
Poplíteo-a	<i>adx.</i> Que hace referencia a la cara posterior de la rodilla.
Punción	<i>s.f.</i> 1. Operación que consiste en introducir un trocar, aguja o bisturí en una parte o en una cavidad, con fines variados. También se dice paracentesis . 2. Herida hecha con un objeto punzante.
Punción lumbar o raquídea	P. del conducto raquídeo entre las vértebras L III y L IV, con el fin de extraer líquido cefalorraquídeo. También se dice punción de Quincke .
Reservorio	<i>s.m.</i> Cavidad en la que se almacena un líquido como el saco lagrimal, vesícula biliar, etc.
Sepsis	<i>s.f.</i> Infección generalizada del organismo por el paso de gérmenes y toxinas a la sangre. También se dice septicemia .
Séptico-a	<i>adx.</i> 1. Que produce putrefacción o está causado por ella. 2. Que contiene gérmenes. // Foco s. Localización que determina el paso de gérmenes a la sangre.
Síndrome	<i>s.f.</i> Conjunto de signos y síntomas con un mismo curso y evolución por proceder de una misma causa, cualquiera que sea ésta, y que definen un determinado estado patológico.

Síndrome de la cola de caballo	Síndrome que se manifiesta por compresión o lesión de las raíces lumbares y sacras que constituyen la cola de caballo, y que se caracteriza por paraplejía flácida, anestesia dolorosa en la región anal, perineal, genital y glútea (anestesia en silla de montar, abolición de los reflejos rotulianos y del aquileo, disturbios esfinterianos e impotencia).
Síndrome de Down	Síndrome ocasionada por una anomalía congénita debida a un trastorno cromosómico (trisomía 21) que se caracteriza por atraso mental, facies mongoloide, macroglosia, braquicefalia, braquidactilia, riegos palmares, hipotonía muscular, y tendencia a presentar malformaciones cardíacas y óseas. También se dice mongolismo, trisomía 21 .
Síndrome de Edwards	Trisomía 18 caracterizada por alteraciones craneales, boca pequeña con fisuras labiales y palatinas y micrognatia.
<i>Staphylococcus</i>	Género de bacterias de la familia micrococáceas. Son cocos grampositivos, anaerobios facultativos, quimiorganotróficos y catalase-positivos. Se pueden encontrar como parásitos y/o patógenos para el hombre, y producen sustancias extracelulares como coagulase, penicilinase, leucodina, enterotoxina, pigmentos, etc.
<i>Staphylococcus aureus</i>	Produce pigmentos con coagulase-positivo. Es responsable de furúnculos, mastitis, infecciones de heridas, osteomielitis, cuadros respiratorios y procesos de gastroenteritis
Subaracnoide	<i>adx.</i> Situado debajo de la aracnoide. aracnoide <i>s.f.</i> Membrana serosa meníngea central, entre la piamáter y la duramáter, separada de la membrana más interna por el espacio subaracnoide. También se dice membrana media, meninge serosa .
Tromboembolia	<i>s.f.</i> Embolia u oclusión completa de un vaso por un trombo. También se dice tromboembolismo .
Trombosis	<i>s.f.</i> Proceso de formación o desarrollo de un trombo, que ocasiona la oclusión vascular.
Trombosis arterial o venosa	Trombosis que se produce en las arterias o en las venas, respectivamente.
Tuberculostático	<i>adx.</i> Que inhibe el desarrollo del bacilo tuberculoso.
Túnel carpiano	<i>Túnel: s.m</i> Conducto abierto. Túnel osteofibroso formado por los huesos y el ligamento transversal del carpo, por lo que pasan el nervio mediano y los tendones flexores de la mano.
Valgo-a	<i>adx.</i> Doblado hacia afuera, especialmente la deformidad en la cual una parte está desviada de la línea media del cuerpo.
Vasectomía	<i>s.f.</i> Resección quirúrgica de un vaso, especialmente la de los conductos deferentes del aparato genital masculino, efectuada como método anticonceptivo. También se dice deferentectomía .

FUENTE: REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE GALICIA

DICCIONARIO GALLEGO DE TÉRMINOS MÉDICOS

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA

Sistema Nacional de Salud	Es el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos legalmente.
Áreas de salud	Son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.
Sistema sanitario de Galicia	Es el conjunto de todos los recursos, funciones, actividades, actuaciones, servicios y prestaciones de personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, en el territorio de Galicia, que tienen por finalidad el cuidado de la salud y la realización plena de este bien individual y colectivo mediante actuaciones de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación, todo eso en un marco integral.
Atención primaria	Constituye el primer nivel de acceso ordinario de la población a la red gallega de atención sanitaria de utilización pública y se caracteriza por un enfoque global e integrado de la atención y por asumir un papel orientador y de canalización de la asistencia requerida por el paciente en cualquier punto de la red sanitaria o sociosanitaria. Será prestada, en el ámbito de las zonas de atención primaria o, si es el caso, de las áreas sanitarias, por los profesionales sanitarios en régimen de trabajo en equipo interdisciplinario.
Atención especializada	Es el nivel de asistencia que, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, se caracteriza por una alta intensidad de los cuidados requeridos o por la especificidad del conocimiento y/o la tecnología que los pacientes precisan para su adecuada atención sanitaria. Será prestada en el ámbito de los distritos hospitalarios por los hospitales o complejos hospitalarios. El hospital, junto a los centros de especialidades adscritos a él, constituye la estructura sanitaria responsable de la asistencia especializada programada y urgente a la población de su ámbito de influencia. Cada distrito hospitalario dispondrá de, cuando menos, un centro hospitalario al que pueda acceder la población. Sin embargo, determinados servicios y hospitales podrán actuar de referencia para dos o más distritos hospitalarios.
Atención sociosanitaria	Conjunto de cuidados destinados a aquellos pacientes, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la atención simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.
Hospitales de utilización pública	Son el instrumento funcional de la red gallega de atención sanitaria de utilización pública para conseguir una ordenación óptima de la atención especializada que permita el acceso y disfrute por los ciudadanos de los servicios más adecuados para el diagnóstico y tratamiento de los procesos patológicos.
Carta de servicios	Es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario de las que pueden beneficiarse los ciudadanos españoles, independientemente de su lugar de residencia.
Conciertos singulares	Se trata de conciertos y convenios por medio de los cuales se establece una vinculación al sistema sanitario público de hospitales privados o pertenecientes a otras Administraciones, integrando su actividad y objetivos de planificación general del sistema sanitario público.
Conciertos sustitutorios	Son aquellos en los cuales el hospital vinculado realiza una actividad sustituyendo en su funcionamiento a los recursos de la Administración sanitaria en un determinado ámbito geográfico-poblacional.

FUENTE: LEY DE ORDENACIÓN SANITARIA DE GALICIA (LOSGA)

LEY GENERAL DE SANIDAD