Revisión

Seguridad clínica y reclamaciones por responsabilidad profesional en Oftalmología

Clinical safety and professional liability claims in Ophthalmology

F. Dolz-Güerri^{a,b,c}, E.L. Gómez-Durán^{c,d,e}, , , A. Martínez-Palmer^{a,b,f}, M. Castilla Céspedes^{a,b,f}, J. Arimany-Manso^{c,g}

a Servicio de Oftalmología, Hospital del Mar-Parc de Salut Mar, Barcelona, España

b Servicio de Oftalmología, Hospital de l'Esperança-Parc de Salut Mar, Barcelona, España

c Servicio de Responsabilidad Profesional, Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, Consejo General de Colegios de Médicos de Cataluña, Barcelona, España

d Departamento de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

e Hèstia Duran i Reynals, Hèstia Alliance, Barcelona, España

f Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

g Unidad de Medicina Legal, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Recibido 15 febrero 2017, Aceptado 15 mayo 2017

Resumen

Introducción

La seguridad del paciente es una prioridad a nivel internacional. Las sociedades científicas y demás organizaciones en el campo de la Oftalmología han intensificado sus esfuerzos en materia de seguridad del paciente. Estos esfuerzos se han relacionado con la gestión del aseguramiento de la responsabilidad profesional médica mediante el análisis de las reclamaciones, como herramienta para aprender del error.

Material y método

Revisión de la evolución en materia de seguridad clínica y responsabilidad profesional médica en la especialidad de Oftalmología.

Resultados

La Oftalmología tiene una frecuencia elevada de reclamación y un riesgo elevado de indemnización en caso de producirse la reclamación. Determinadas reclamaciones, suscitadas por un error de cirugía o un defecto de información, tienen un riesgo especialmente elevado de indemnización y se precisa aumentar los esfuerzos para la prevención de estos eventos potencialmente evitables. El especialista en Oftalmología, como cualquier otro facultativo, está sujeto a la normativa legal vigente y una formación adecuada obligatoria en los aspectos médico-legales del ejercicio sería esencial.

Conclusiones

Los profesionales deben tomar conciencia de los aspectos fundamentales de la responsabilidad profesional médica, así como aspectos específicos como la medicina defensiva o la seguridad del paciente. El conocimiento de estos aspectos médico-legales de la práctica clínica ayuda a allanar el camino hacia una carrera profesional satisfactoria y segura y ayuda a incrementar la seguridad del paciente. El objetivo de esta revisión es contribuir a esta formación en beneficio de pacientes y profesionales.

Abstract

Introduction

Patient safety is an international public health priority. Ophthalmology scientific societies and organisations have intensified their efforts in this field. As a tool to learn from errors, these efforts have been linked to the management of medical professional liability insurance through the analysis of claims.

Material and methods

A review is performed on the improvements in patient safety, as well as professional liability issues in Ophthalmology.

Results

There is a high frequency of claims and risk of economic reparation of damage in the event of a claim in Ophthalmology. Special complaints, such as wrong surgery or lack of information, have a high risk of financial compensation and need strong efforts to prevent these potentially avoidable events. Studies focused on pathologies or specific procedures provide information of special interest to sub-specialists. The specialist in Ophthalmology, like any other doctor, is subject to the current legal provisions and appropriate mandatory training in the medical-legal aspects of health care is essential.

Conclusions

Professionals must be aware of the fundamental aspects of medical professional liability, as well as specific aspects, such as defensive medicine and clinical safety. The understanding of these medical-legal aspects in the routine clinical practice can help to pave the way towards a satisfactory and safe professional career, and help in increasing patient safety. The aim of this review is to contribute to this training, for the benefit of professionals and patients.

Palabras clave

Reclamaciones, Seguridad clínica, Seguridad del paciente, Responsabilidad profesional

Keywords

Claims, Clinical safety, Patient safety, Professional liability

[Descargar PDF](#)

Introducción

La seguridad clínica o del paciente (SC) es una prioridad a nivel internacional¹. Las sociedades científicas y demás organizaciones en el campo de la Oftalmología han intensificado sus esfuerzos al respecto en las últimas décadas²⁻⁷. Estos esfuerzos se han relacionado con la gestión del aseguramiento de la responsabilidad profesional médica (RPM) mediante el análisis de las reclamaciones como herramienta para aprender del error^{8,9}. Sin embargo, en nuestro entorno los datos referentes a la especialidad de Oftalmología resultan escasos, por lo que consideramos de interés para los oftalmólogos la aproximación realizada en la presente revisión.

Material y método

Revisión narrativa de la evolución en materia de SC y RPM en la especialidad de Oftalmología, aunando la búsqueda en el repositorio electrónico de bibliografía PubMed, las webs de las principales sociedades científicas e instituciones y organizaciones sanitarias nacionales e internacionales y la legislación de nuestro entorno. Igualmente, se aporta el análisis descriptivo preliminar de los casos de reclamaciones ante el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) en la especialidad de Oftalmología entre 1986 y 2015, correspondiente de forma predominante al ejercicio privado de la especialidad^{8,9}.

Resultados Seguridad clínica: perspectiva histórica

Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital¹, lo que colisiona con el principio bioético de no maleficencia de nuestra profesión¹⁰. En los siglos XVII y XIX Semmelweis, Nightingale y Codman, preocupados por el sufrimiento humano, vieron oportunidades de mejora en sanidad, midieron resultados y propusieron medidas de cambio con diversos grados de éxito¹¹.

En 1991, la publicación de los resultados del Harvard medical practice study empezó a asentar un cuerpo de conocimiento¹² y la publicación de To err is human: Building a safer health system¹³ en 1999, por el Institute of Medicine de los Estados Unidos (EE. UU.) situó la SC como una prioridad mundial. Este informe alertaba de tasas de eventos adversos de entre el 2,9 y el 3,4% en los pacientes ingresados, de los cuales entre un 53 y un 58% eran prevenibles¹³.

En 2002 la resolución WAH55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud instó a considerar la SC una prioridad y en 2004 se creó el programa «Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente» con el objetivo de catalizar

la acción internacional para mejorar la seguridad en la atención médica¹⁴. Actualmente, la SC y la calidad de la asistencia son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal. Así, en 2012 se fundó la European Union Network for Patient Safety and Quality of Care, cofinanciada y apoyada por la Comisión Europea¹⁵, con el objetivo de mejorar la SC y la calidad de la atención a través del intercambio de información, experiencias y de la implementación de buenas prácticas¹⁵. Con el fin de medir el progreso de los Estados miembros de la Unión Europea en la SC, Health First Europe (HFE), organización sin ánimo de lucro, ha desarrollado 11 indicadores de políticas y ya ha analizado varios Estados miembros de la Unión Europea, entre ellos España¹⁶. La utilización de estos indicadores podría conducir y fomentar la aplicación de mejoras en materia de seguridad de los pacientes en Europa¹⁶.

La SC, concebida como la minimización del riesgo de provocar daño innecesario como consecuencia de la atención sanitaria, se incluye en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud en España como una de las estrategias prioritarias del Ministerio de Sanidad y Política Social desde el año 2005, según lo previsto en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud¹⁷ y el colectivo médico lo ha incorporado como máxima de su profesión¹⁸.

Seguridad del paciente quirúrgico

Aunque el tratamiento quirúrgico con frecuencia es la opción óptima, los daños provocados por falta de seguridad en la atención quirúrgica son un problema relevante en salud pública¹⁹. Hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados presentan complicaciones postoperatorias y la tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0,5-5%. En los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados se relacionan con la atención quirúrgica y al menos la mitad de los casos se consideran evitables, debidos a la aplicación irregular de los principios reconocidos de seguridad quirúrgica, incluso en los entornos más avanzados. En 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la campaña «Safe Surgery Saves Lives», como segundo reto global en materia de SC, después de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Para ello definió un conjunto básico de normas de seguridad, recogidas en una lista de verificación para utilizar en los quirófanos y basadas en un enfoque sistémico de trabajo en equipo. Se han identificado 4 áreas en las que se podrían realizar grandes progresos: prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos¹⁹. La lista de verificación identifica 3 fases correspondientes a un período específico en el flujo normal de la cirugía: antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión y antes de que el paciente salga del quirófano²⁰. En cada fase, un coordinador de la lista de comprobación debe confirmar que el equipo quirúrgico ha completado las tareas enumeradas antes de proseguir. El entorno quirúrgico moderno es complejo, los errores en la comunicación son relativamente comunes y las listas de verificación son una herramienta para mejorar la comunicación y la cultura de la seguridad en quirófano²¹. Sin embargo, aunque las listas de verificación son prometedoras en la reducción de la morbilidad y la mortalidad quirúrgicas, es difícil conseguir su objetivo sin una cuidadosa atención a la estrategia de implementación que evite que el equipo las perciba como un obstáculo en la práctica clínica y que su cumplimentación resulte un automatismo sin verificación positiva de los datos que incluyen.

Seguridad clínica en la especialidad de Oftalmología

La Academia Americana de Oftalmología (AAO) introdujo en 2001 unas declaraciones sobre SC, en 2009 presentó una lista de comprobación quirúrgica (checklist) y una serie de recomendaciones específicas para evitar errores y en 2012 organizó varios cursos gratuitos de mejora de la práctica clínica en cirugía errónea y consentimiento informado. Asimismo, edita guías de práctica clínica (Preferred practice patterns) accesibles de forma abierta sin coste. El registro IRIS (Intelligent Research in Sight) está permitiendo centralizar los datos oftalmológicos de EE. UU. y facilita a los oftalmólogos afiliados revisar comparativamente su propio desempeño respecto a otras clínicas, áreas geográficas o a nivel nacional, e identificar oportunidades específicas de mejora. En 2014 el American Board of Ophthalmology se asoció con la AAO para promover la SC, creó un grupo de trabajo informal y decidió incluir la SC en los exámenes de certificación de la especialidad²². Ambas convocaron conjuntamente en 2015 a todas las subespecialidades de la Oftalmología —la Ophthalmic Mutual Insurance Company, la National Patient Safety Foundation y otras organizaciones importantes estadounidenses— a la jornada «Building a Culture of Safety in Ophthalmology» en la que redactaron una declaración conjunta. Líderes internacionales de la OMS, el American Board of Ophthalmology, el International Council of Ophthalmology y 5 sociedades supranacionales abordaron la SC

en la reunión anual de la AAO de 2015 con el fin de identificar las iniciativas y garantías ya existentes y desarrollar estrategias para construir una cultura de seguridad²².

En el ámbito español, a raíz del XVII Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología (SEO) en 1996, Solans y el Grupo de Oftalmología Legal elaboraron una guía de consentimientos en Oftalmología²³. En 2005, García y de Lorenzo elaboraron una serie de documentos de consentimiento informado (DCI) avalados científicamente por la SEO²⁴, que en 2009 compiló sus protocolos y los ha actualizado en 2016, adaptando las Preferred practice patterns de la AAO a nuestro medio: están disponibles en su página web con acceso restringido para socios²⁵. La Sociedad Española de Cirugía Ocular e Implanto Refractiva y la Sociedad Española de Superficie Ocular y Córnea elaboraron una guía conjunta del manejo de la endoftalmitis en cirugía de cataratas, disponible con libre acceso desde las páginas web de ambas sociedades². La Sociedad Española de Retina y Vítreo y la Sociedad Española de Uveítis e Inflamación Ocular también ofrecen en su página web guías clínicas con acceso libre^{3,4}. Por otro lado, la Sociedad Española de Cirugía Oculoplástica y Órbita, la Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica y la Sociedad Española de Glaucoma disponen de guías o DCI de acceso restringido para los socios⁵⁻⁷.

Al margen de las actuaciones de las sociedades científicas, existen organismos con competencias específicas en SC. Así, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) alertó en 2015 sobre la toxicidad retiniana (necrosis retiniana, obstrucciones vasculares y neuropatías) de un producto utilizado en cirugía de retina que contenía perfluorooctano^{26,27}. En el ámbito nacional, se han notificado más de 100 posibles casos, de los cuales se han confirmado 75 hasta la fecha²⁶. La línea de investigación, auspiciada por la AEMPS con la participación del Instituto de Oftalmobiología Aplicada de la Universidad de Valladolid, sigue abierta²⁶.

Responsabilidad profesional médica

Los esfuerzos en SC se han vinculado a la gestión del aseguramiento de la RPM a través del análisis de reclamaciones. Ante un evento adverso asociado a la asistencia sanitaria, con independencia de la responsabilidad deontológica y colegial, a los facultativos médicos se les puede exigir responsabilidad en las diferentes esferas del derecho: penal, civil o contencioso-administrativa^{10,23,28}. Un acto médico se considerará correcto si está médicamente indicado, se ha realizado según la *lex artis* y se ha informado correctamente y específicamente al paciente, información que, en determinados casos —intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, procedimientos que suponen riesgo o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa para la salud del paciente— se debe formalizar en el DCI^{23,28-30}. Se considerará que existe un defecto de praxis si el ejercicio de la medicina no se ajusta a los estándares de cuidado (*standard of care*) en esa situación concreta, que en lenguaje jurídico se denomina *lex artis ad hoc*²⁹: se trata de una exigencia de medios. En esta línea, los protocolos y guías de práctica clínica, así como los DCI elaborados por las sociedades científicas, son herramientas de SC y potenciales garantes legales de que el ejercicio clínico y la información facilitada al paciente se ajustan a la *lex artis*^{23,28,29}. Existirá RPM en caso de daño o perjuicio a un paciente concurrente con defecto de praxis médica si se demuestra el nexo de causalidad entre ambos^{23,28}. Por último, corresponde destacar que el nivel de exigencia tradicionalmente difiere entre la denominada medicina curativa y la satisfactiva, electiva o no curativa, como puede ser la cirugía refractiva, ya que, si bien conforme a la más reciente jurisprudencia no corresponde tampoco exigir resultados, sí que la obligación de información se intensifica y las tasas de responsabilidad resultan más elevadas³¹.

A pesar de los esfuerzos realizados en materia de SC durante las últimas décadas, las reclamaciones por presunto error médico, imprudencia o negligencia o por daños en una actuación médica han experimentado un incremento a nivel mundial^{23,28,29}. En el contexto sociocultural actual, probablemente con un mayor afán mercantilista, el rápido desarrollo de la tecnología y su amplia aplicación en medicina, así como una mayor difusión de los éxitos de la medicina, han ocasionado unas altas expectativas en la población general respecto los actos médicos que pueden interferir en la relación médico-paciente, tradicionalmente basada en la confianza mutua^{23,32,33}. El profesional sanitario se convierte en la segunda víctima del error médico o la reclamación^{23,33,34}: esto puede influir en el ejercicio de la medicina al fomentar la práctica de la «medicina defensiva», que, al margen de las consideraciones éticas correspondientes, conlleva la realización de procedimientos innecesarios, incrementa el riesgo para los pacientes, aumenta el gasto sanitario y genera insatisfacción en los profesionales y, en subespecialidades con elevado riesgo de reclamación, conlleva incluso el abandono del ejercicio. En EE. UU. este panorama se ha etiquetado como *malpractice crisis*^{33,35}.

Sin embargo, nuestro país presenta un contexto sanitario diferente, con una relación médico-paciente distinta, un predominio de la red pública y unas primas de póliza de RPM y honorarios médicos inferiores, y no se ha llegado a tal nivel de reclamaciones. De hecho, conforme a los escasos datos publicados, en los últimos años el número de reclamaciones parece haberse estabilizado y las cuantías indemnizatorias son marcadamente inferiores a las de EE. UU.[8](#).

En nuestro medio, al año, aproximadamente un 1,33% de los facultativos asegurados en la póliza del CCMC reciben una reclamación, aunque solo un 0,26% afronta una indemnización ya sea por sentencia judicial o por acuerdo extrajudicial[36](#). El 69,03% de las reclamaciones registradas entre 1986 y 2012 concernía a procedimientos quirúrgicos y las especialidades con frecuencias de siniestralidad más elevadas correspondían a especialidades quirúrgicas o médico-quirúrgicas[37](#): Traumatología y Cirugía Ortopédica, junto con Obstetricia y Ginecología, Cirugía General, Oftalmología y Cirugía Plástica[9,36](#).

Si bien no todos los eventos adversos se siguen de una reclamación, ni todas las reclamaciones se basan en un verdadero error médico, su análisis es una herramienta de utilidad en SC que permite desarrollar recomendaciones para incrementar la SC de los pacientes y la seguridad jurídica de los profesionales[8](#). En nuestro entorno, se han realizado estudios en especialidades como Traumatología y Cirugía Ortopédica, Obstetricia y Ginecología, Cirugía General, Cirugía Vascular, Urología, Endoscopia Digestiva, Psiquiatría o Anestesiología[38-45](#), pero sigue siendo un campo infrainvestigado, en el que los estudios del propio entorno resultan esenciales, puesto que los sistemas sanitarios y las legislaciones difieren entre países y los resultados internacionales pueden no ser aplicables a nuestro medio[36](#).

Oftalmología: una especialidad de riesgo

En el contexto actual, es fundamental que los oftalmólogos conozcan los aspectos médico-legales relevantes que rigen en la asistencia sanitaria[23](#). Más allá de nuestras fronteras, la mayoría de los estudios se han realizado en EE. UU. e Inglaterra, y confirman el riesgo de la especialidad[46-48](#). En EE. UU. se ha descrito que la Oftalmología presenta menor riesgo de reclamación que otras especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas, pero tiene un riesgo elevado de indemnización en caso de producirse la reclamación[47-49](#). Bettmann examinó 700 reclamaciones, en 620 de las cuales intervino como perito[50](#), y las categorizó en: cirugía de cataratas (22%), desprendimiento de retina (11%), fármacos (10%), glaucoma (7,8%), traumatismos y cuerpos extraños (6,8%), miscelánea (6,6%), retina médica (6%), retinopatía de la prematuridad (5,5%), infección postoperatoria (4,7%), anestesia (4,5%), no médica (3,4%), cirugía oculoplástica (2,5%) y lentes de contacto (2,4%). En Inglaterra se identificaron 1.253 reclamaciones de Oftalmología en el National Health Service (NHS) entre 1995 y el 2009, y se encontró que la mayoría de las reclamaciones se daban en cirugía de cataratas, mientras que el riesgo de indemnización era más alto en Neurooftalmología y Oftalmología Pediátrica[46](#).

En el ámbito nacional, hay escasos estudios publicados sobre la RPM en Oftalmología[51](#), pero se ha señalado como la 4.^a especialidad en frecuencia de reclamación y su tasa de indemnización (17,97%) supera ligeramente la tasa general (17,32%)[36](#). Solans Barri revisó 54 reclamaciones producidas en el Colegio de Médicos de Barcelona entre 1986 y 1992 y correspondieron a cirugía de cataratas (22,2%), desprendimiento de retina (16,7%), miopía (13%), glaucoma (9,3%) y miscelánea (38,9%), en un contexto temporal en el que procedimientos como la cirugía refractiva no tenían la relevancia actual[23](#). En 2009, Menéndez de Lucas et al. analizaron 90 procedimientos judiciales de la Clínica Médico Forense de Madrid y detectaron que la cirugía de cataratas y la cirugía refractiva reunían más de la mitad de las denuncias[51](#). Ambos trabajos identifican el incumplimiento de los preceptos médico-legales aplicables como motivo de reclamación, esencialmente defectos de información al paciente y, en un porcentaje no despreciable de los casos, detectaron comentarios documentados de otros facultativos que criticaban a posteriori la actuación del oftalmólogo denunciado[23,51](#).

Un análisis preliminar reciente no publicado de datos del CCMC destaca que el ámbito de reclamación en Oftalmología es sobre todo hospitalario (69%) (periodo 1986-2015) y que los procedimientos más implicados con más frecuencia en las reclamaciones son quirúrgicos (75%), específicamente la cirugía de cataratas, la cirugía palpebral y la cirugía refractiva (periodo 2010-2014). La tipología de la reclamación en nuestra muestra durante el periodo completo (1986-2015) es: extrajudicial (49,4%), penal (25,7%) y civil (24,9%), y un 14,7% de las reclamaciones conllevan indemnización económica, con diferencias según la vía de inicio de la reclamación: civil (19,8%), extrajudicial (17,5%) y penal (4,5%). Esta tasa indemnizatoria

debe entenderse en el contexto de una especialidad con un porcentaje importante de actividad considerada medicina satisfactiva (consideración no exenta de polémica)[52](#).

Los estudios centrados en reclamaciones sobre enfermedades o procedimientos específicos aportan información de especial interés para los subespecialistas, pero aún resultan escasos[53-56](#).

Reclamaciones especiales: cirugía errónea y defecto de información

Existen dos tipos de reclamaciones potencialmente evitables, que, si se producen, tienen un riesgo obviamente muy elevado de indemnización económica al paciente. Aunque las confusiones quirúrgicas en cirugías oftálmicas se mencionan poco en la literatura médica, los resultados pueden ser devastadores y, en consecuencia, se han invertido muchos esfuerzos en su prevención[57-59](#). El implante de una lente intraocular errónea es una causa frecuente de error[60](#). En 2005, la National Patient Safety Agency de Inglaterra creó una guía para la prevención de cirugías en sitio erróneo en hospitales del NHS[61](#) y la AAO publicó en 2014 un protocolo para evitar confusiones de lateralidad en cirugías oculares[62](#).

Por otro lado, las reclamaciones referentes a la deficiente cumplimentación o a la ausencia de DCI se enmarcan en un contexto influido por importantes cambios socioculturales. La promulgación de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, supuso una transición de la relación médico-paciente paternalista hacia la primacía de la información y la autonomía del paciente[23,30](#). La normativa legal, tanto autonómica como estatal, impone al médico el deber de informar de los beneficios, riesgos y alternativas de la cirugía propuesta[63](#). Los facultativos han de transmitir adecuadamente la complejidad actual de la medicina a los pacientes a los que asisten, enfrentando las elevadas expectativas de estos a la posible iatrogenia de unas técnicas cada vez más sofisticadas.

Los supuestos de RPM por defecto de información, en los que no resulta probado que el médico haya informado al paciente de la complicación acaecida, tienen especial relevancia en las cirugías satisfactivas y programadas. El DCI constituye la prueba fundamental de que este proceso de información al paciente se ha realizado y su ausencia, cuando resulta obligatorio, constituye un ilícito civil indemnizable por defecto de información. La indemnización legal deriva de la oportunidad que no se ha ofrecido al paciente para rechazar la cirugía y así evitar la complicación subsecuente[63](#).

Conclusiones

La Oftalmología ha avanzado de forma considerable en materia de SC en las últimas dos décadas y se ha incorporado con éxito la SC a las agendas institucionales y de las sociedades científicas, con algunas dificultades en la implantación de las medidas propuestas hasta el momento.

El ejercicio profesional del especialista en Oftalmología está sujeto a la normativa legal vigente y la formación de los oftalmólogos en los aspectos médico-legales de obligado cumplimiento durante la asistencia es esencial, muy especialmente en materia de información al paciente en aquellos casos en que la obligación se intensifica (medicina satisfactiva). En nuestro entorno, la Oftalmología es una especialidad con frecuencia elevada de reclamación y tasas moderadas de indemnización, de conformidad con su componente quirúrgico y el elevado volumen de cirugías que realiza: resulta fundamental analizar las causas de reclamación y los procedimientos que más reclamaciones sufren para lograr un adecuado aprendizaje, tanto en términos de SC como de seguridad jurídica de los profesionales.

Conflictos de interés

No existen conflictos de interés o fuentes de financiación que declarar.

Bibliografía

1

Organización Mundial de la Salud. La investigación en seguridad del paciente. 2008. [consultado 15 jun 2016]. Disponible en:

http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1

2

Sociedad Española de Oftalmología (SEO). Nuevos protocolos de la SEO [consultado 30 nov 2016]. Disponible en: <http://www.ofthalmoseo.com/nuevos-protocolos-de-la-sociedad-eaola-de-ofthalmologia/>

3

Sociedad Española de Retina y Vítreo (SERV). Guías de Práctica Clínica [consultado 30 nov 2016]. Disponible en: <https://serv.es/documentacion-medica/guias-practica-clinica/>.

4

Sociedad Española de Uveítis e Inflamación Ocular. UVEÍTIS: Protocolos Diagnósticos y Nuevas Estrategias Terapéuticas [consultado 30 nov 2016]. Disponible en: http://gemu-sedu.es/wp-content/uploads/2015/09/Monografia_Uveitis.pdf

5

Sociedad Española de Cirugía Plástica Ocular y Orbitaria. Consentimientos Informados [consultado 30 nov 2016]. Disponible en: <http://www.secpoo.com/secpoo/consentimientos-informados/>

6

Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica. Protocolos [consultado 30 nov 2016]. Disponible en: <http://www.estrabologia.org/socios-see/protocolos/>

7

Sociedad Española de Glaucoma. Guías Clínicas [consultado 30 nov 2016]. Disponible en: <http://www.sociedadglaucoma.com/publicaciones-de-la-seg/guias-clinicas/>

8

J. Arimany-Manso, E.L. Gómez-Durán

La gestión de la responsabilidad profesional médica desde el colectivo de la profesión médica y enfocada a la seguridad clínica

Rev Esp Med Legal., 39 (2013), pp. 142-148

9

J. Arimany-Manso, E.L. Gómez-Durán, M. Bruguera, J. Aubía

Un modelo integral y de gestión directa del aseguramiento de la responsabilidad profesional médica en Cataluña

Med Clin (Barc)., 141 (2013), pp. 300-304 <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.02.025>

[Medline](#)

10

J. Jiménez Benito

Ética médica y oftalmología

Arch Soc Esp Oftalmol., (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ofthal.2016.10.013>

11

D. Neuhauser

The heroes and martyrs series: Job descriptions for health care quality improvement professionals?

Qual Saf Health Care, 14 (2005), pp. 230 <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.015305>

[Medline](#)

12

World Health Organization. Quality of care: patient safety. Report by the Secretariat. Fifty-fifth World Health Assembly A55/13. Provisional agenda item 13 september 2002.

13

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America

To err is human: Building a safer health system

National Academies Press (EE. UU.), (2000)

14

World Health Organization. Quality of care: patient safety. Report by the Secretariat. Executive Board EB113/37. 113th Session. Provisional agenda item 8.6.2003.

15

European Union Network for Patient Safety and Quality of Care. Project [consultado 24 sep 2016].

Disponible en: <http://www.pasq.eu/Home.aspx>

16

Health First Europe. Patient Safety Policy indicators. 2016 [consultado 30 nov 2016]. Disponible en:

http://www.patientsafetyindicators.eu/wp-content/uploads/2016/10/HFSE_MS_implementation_1410.pdf

17

Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010 [consultado 28 sep 2016]. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf

18

Consell de Col·legis de Metges de Catalunya Declaració de Girona. 2016 [consultado 15 nov 2016]
Disponible en: <http://www.congresprofessio.cat/Docs/declaracio-girona.pdf>.

19

Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. 2008. [consultado 24 jun 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf.

20

Organización Mundial de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009. 2009 [consultado 29/6/2016]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598_spa.pdf.

21

A.E. Pugel,V.V. Simianu,D.R. Flum,E. Patchen Dellinger
Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications
J Infect Public Health., 8 (2015), pp. 219-225 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2015.01.001>
[Medline](#)

22

P.L. Custer,M.E. Fitzgerald,D.C. Herman,P.P. Lee,C.L. Cowan,L.B. Cantor
Building a culture of safety in Ophthalmology
Ophthalmology., 123 (2016), pp. S40-S45 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ophtha.2016.06.019>
[Medline](#)

23

Menéndez de Lucas JA, Zato Gómez de Liaño MA. La responsabilidad profesional del oftalmólogo
[consultado 5 oct 2016]. Disponible en:
<http://www.oftalmo.com/ergo/sites/default/files/vocalias/legal/responsabilidad-ofthalmologo.pdf>.

24

D.R. De Lorenzo,J. García Sánchez,J. Junceda Moreno,J.L. Pérez Salvador,J. Taboada Esteve
El consentimiento informado en Oftalmología
Editores Médicos S.A, (2005)

25

J. Merayo-Llodes,A.C. Riestra Ayora,D. Galarreta Mira,L. Cordovés Dorta,J.F. Alfonso Sánchez
Manejo de la endoftalmitis en cirugía de cataratas. Guía terapéutica SECOIR-GESOC
Ediciones Mayo S.A, (2014)

26

Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Nota informativa PS, 12/2016:
Actualización de la información sobre el producto Ala Octa (perfluorooctano), utilizado en cirugía de retina.
[consultado 28 nov 2016]. Disponible en:
https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/productosSanitarios/seguridad/2016/docs/NI-PS_12-2016-Ala-Octa.pdf.

27

Parlamento de Canarias. 9L/C-0518 Comparecencia del Gobierno –consejero de Sanidad–, instada por el
Grupo Parlamentario Mixto, sobre ayuda a las personas afectadas por el fármaco Ala Octa. Disponible en:
<http://www.parcan.es/files/pub/diarios/9L/034/ds034.pdf> [consultado 28 nov 2016].

28

M. Bruguera,J. Arimany,R. Bruguera,E. Barberia,F. Ferrer,J. Sala
Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y
cómo defenderse judicialmente
Rev Clin Esp., 212 (2012), pp. 198-205 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2011.12.018>
[Medline](#)

29

J. Medallo-Muñiz,A. Pujol-Robinat,J. Arimany-Manso
Medicolegal aspects of medical responsibility
Med Clin (Barc)., 126 (2006), pp. 152-156
[Medline](#)

30

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y
obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE número 274 de 15 de noviembre de
2002, pp. 40126-40132.

31

E. Andreu Tena,A. Azparren Lucas,E. Donat Laporta
Estudio jurisprudencial en medicina satisfactiva
Rev Esp Med Legal., 39 (2013), pp. 162-167

32

I.M. Pellino,G. Pellino

Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service

Updates Surg, 67 (2015), pp. 331-337 <http://dx.doi.org/10.1007/s13304-015-0338-8>

[Medline](#)

33

A.W. Wu

Medical error: The second victim, the doctor who makes the mistake needs help too

BMJ, 320 (2000), pp. 726-727

[Medline](#)

34

M.E. De Wit,C.M. Marks,J.P. Natterman,A.W. Wu

Supporting second victims of patient safety events: Shouldn't these communications be covered by legal privilege?

J Law Med Ethics., 41 (2013), pp. 852-858 <http://dx.doi.org/10.1111/jlme.12095>

[Medline](#)

35

M.M. Mello,D.M. Studdert,T.A. Brennan

The new medical malpractice crisis

N Engl J Med., 348 (2003), pp. 2281-2284 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp030064>

[Medline](#)

36

J. Arimany-Manso,E.L. Gómez-Durán,J. Aubia-Marimon

Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense

Gac Sanit., 27 (2013), pp. 92-93 <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.03.006>

[Medline](#)

37

J. Arimany-Manso,J. Benet-Travé,M. Bruguera-Cortada,R. Torné-Escasany,J. Klamburg-Pujol,E.L. Gómez-Durán

Procedimientos quirúrgicos objeto de reclamación por presunto defecto de praxis

Med Clin (Barc.), 142 (2014), pp. 47-51 [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(14\)70072-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(14)70072-7)

[Artículo](#) | [Medline](#)

38

G. Bori,E.L. Gómez-Durán,A. Combalia,A. Trilla,A. Prat,M. Bruguera

Seguridad clínica y reclamaciones por responsabilidad profesional en Cirugía Ortopédica y Traumatología

Rev Esp Cir Ortop Traumatol., 60 (2016), pp. 89-98 <http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2015.10.004>

[Medline](#)

39

E.L. Gómez-Durán,J.A. Mulà-Rosías,J.M. Lailla-Vicens,J. Benet-Travé,J. Arimany-Manso

Analysis of obstetrics and gynecology professional liability claims in Catalonia, Spain (1986-2010)

Forensic Leg Med., 20 (2013), pp. 442-446

40

M. Bruguera,S. Delgado,M. Viger,J. Benet,R. Bruguera,J. Arimany

Análisis médico-legal de las reclamaciones judiciales en cirugía bariátrica

Cir Esp., 90 (2012), pp. 254-338 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.12.003>

[Medline](#)

41

E. Roche,E.L. Gómez-Durán,J. Benet-Travé,C. Martín-Fumadó,J. Arimany-Manso

Professional liability claims in vascular surgery practice

Ann Vasc Surg., 28 (2014), pp. 324-329 <http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2012.11.015>

[Medline](#)

42

C. Vargas-Blasco,E.L. Gómez-Durán,J. Arimany-Manso,F. Pera-Bajo

Patologías urológicas más frecuentemente implicadas en las reclamaciones por responsabilidad profesional médica

Med Clin (Barc)., 142 (2014), pp. 52-55 [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(14\)70073-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(14)70073-9)

[Medline](#)

43

M. Bruguera, M. Viger, R. Bruguera, J. Benet, J. Arimany

Reclamaciones por presunta negligencia relacionadas con endoscopia digestiva. Análisis de una casuística de 22 años

Gastroenterol Hepatol., 34 (2011), pp. 248-253 <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2010.11.008>

[Medline](#)

44

C. Martín-Fumadó, E.L. Gómez-Durán, M. Rodríguez-Pazos, J. Arimany-Mansó

Responsabilidad profesional médica en Psiquiatría

Actas Esp Psiquiatr., 43 (2015), pp. 205-212

[Medline](#)

45

A. Parera-Ruiz, E.L. Gómez-Durán, C. Martín-Fumadó, E. Bisbe, J. Arimany-Mansó

Insurance claims of alleged anesthesiology malpractice in a Spanish series

Minerva Anestesiol., 82 (2016), pp. 805-806

[Medline](#)

46

R.G. Mathew, V. Ferguson, M. Hingorani

Clinical negligence in ophthalmology: Fifteen years of national health service litigation authority data

Ophthalmology., 120 (2013), pp. 859-864 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ophtha.2012.01.009>

[Medline](#)

47

S. Kohanim, P. Sternberg Jr., J. Karrass, W.O. Cooper, J.W. Pichert

Unsolicited patient complaints in ophthalmology: An empirical analysis from a large national database

Ophthalmology., 123 (2016), pp. 234-241 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ophtha.2015.10.010>

[Medline](#)

48

H. Smith

The incidence of liability claims in Ophthalmology as compared with other specialties

Ophthalmology, 97 (1990), pp. 1376-1378

[Medline](#)

49

A.B. Jena, S. Seabury, D. Lakdawalla, A. Chandra

Malpractice risk according to physician specialty

N Engl J Med, 365 (2011), pp. 629-636 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa1012370>

[Medline](#)

50

J.W. Bettmann

Seven hundred medicolegal cases in ophthalmology

Ophthalmology., 97 (1990), pp. 1379-1384

[Medline](#)

51

J.A. Menéndez de Lucas, F. Luque Mialdea, V. Molina Seoane

Denuncias en oftalmología en España

Arch Soc Esp Oftalmol., 84 (2009), pp. 459-468

52

J. Fernández Vigo

O nos protocolizamos o nos protocolizan: la judicialización de la oftalmología

Arch Soc Esp Oftalmol., 82 (2007), pp. 533-534

[Medline](#)

53

M.F. Kraushar

Medical malpractice experiences of vitreoretinal specialists: Risk prevention strategies

Retina., 23 (2003), pp. 523-529

[Medline](#)

54

P.F. Svider, D.M. Blake, Q. Husain, A.C. Mauro, R.E. Turbin, J.A. Eloy

In the eyes of the law: Malpractice litigation in oculoplastic surgery

Ophthal Plast Reconstr Surg., 30 (2014), pp. 119-123 <http://dx.doi.org/10.1097/IOP.0000000000000025>

[Medline](#)

55

R.E. Wiggins Jr., R.S. Gold, A.M. Menke

Twenty-five years of professional liability in pediatric ophthalmology and strabismus: The OMIC experience

J AAPOS, 19 (2015), pp. 535-540 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaapos.2015.09.007>

[Medline](#)

56

A.K. Reddy, S.B. Engelhard, C.T. Shah, A.J. Sim, J.E. Thorne

Medical malpractice in uveitis: A review of clinical entities and outcomes

Ocul Immunol Inflamm., 11 (2016), pp. 1-7

57

S.G. Fraser, W.W. Adams

Wrong site surgery

Br J Ophthalmol, 90 (2006), pp. 814-816 <http://dx.doi.org/10.1136/bjo.2006.095497>

[Medline](#)

58

S.G. El Ghrably Fraser

An observational study of laterality errors in a sample of clinical records

Eye, 22 (2008), pp. 340-343 <http://dx.doi.org/10.1038/sj.eye.6702590>

[Medline](#)

59

D. Pikkell, A. Sharabi-Nov, J. Pikkell

It is the left eye, right?

Risk Manag Healthc Policy, 7 (2014), pp. 77-80 <http://dx.doi.org/10.2147/RMHP.S60728>

[Medline](#)

60

J.W. Simon, Y. Ngo, S. Khan, D. Strogatz

Surgical confusions in ophthalmology

Arch Ophthalmol., 125 (2007), pp. 1515-1522 <http://dx.doi.org/10.1001/archophth.125.11.1515>

[Medline](#)

61

P. Rhodes, S.J. Giles, G.A. Cook, A. Grange, R. Hayton, M.J. Maxwell

Assessment of the implementation of a national patient safety alert to reduce wrong site surgery

Qual Saf Health Care., 17 (2008), pp. 409-415 <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2007.023010>

[Medline](#)

62

AAO. Recommendations of the AAO Wrong-Site Task Force. 2014. [consultado 28 nov 2016]. Disponible en: <https://www.aao.org/patient-safety-statement/recommendations-of-american-academy-ophthalmology->

63

U. Saigi-Ullastre, E.L. Gómez-Durán, J. Arimany-Manso

Cuantificación de la pérdida de oportunidad en responsabilidad profesional médica

Rev Esp Med Legal., 39 (2013), pp. 157-161

Autor para correspondencia. (E.L. Gómez-Durán elgomezduran@comb.cat)

Copyright © 2017. Sociedad Española de Oftalmología