
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Departamento de Ciencias Jurídicas Básicas



TESIS DOCTORAL

Propuestas para un sistema extrajudicial
de solución adecuada de controversias
médico-asistenciales aplicado

Tesis presentada por:

Guillermo Pérez Rivero

Noviembre de 2015
Las Palmas de Gran Canaria

**DÑA. LAURA MIRAUT MARTÍN SECRETARIO/A DEL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS JURÍDICAS BÁSICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA,**

CERTIFICA,

Que el Consejo de Doctores del Departamento en su sesión de fecha 12 de noviembre de 2015 tomó el acuerdo de dar el consentimiento para su tramitación, a la tesis doctoral titulada "***Propuestas para un sistema extrajudicial de solución adecuada de controversias médico-asistenciales aplicado***", presentada por el/la doctorando/a D/D^a Guillermo José Pérez Rivero y dirigida por el/la Doctor/a Francisca Rosa Pérez Martell.

Y para que así conste, y a efectos de lo previsto en el Artº 6 del Reglamento para la elaboración, defensa, tribunal y evaluación de tesis doctorales de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, firmo la presente en Las Palmas de Gran Canaria, a doce de noviembre de dos mil quince.

Anexo II

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Departamento/Instituto/Facultad Ciencias Jurídicas Básicas

Programa de doctorado Derecho Privado

Título de la Tesis

**PROPUESTAS PARA UN SISTEMA EXTRAJUDICIAL DE SOUCIÓN
ADECUADA DE CONTROVERSIAS MÉDICO-ASISTENCIALES APLICADO**

Tesis Doctoral presentada por D/D^a Guillermo José Pérez Rivero

Dirigida por el Dr/a. D/D^a. Francisca Rosa Pérez Martell

Codirigida por el Dr/a. D/D^a.

El/la Director/a,

El/la Codirector/a

El/la Doctorando/a,

(firma)

(firma)

(firma)

Las Palmas de Gran Canaria, a 12 de noviembre de 2015.

AGRADECIMIENTOS

A mi Directora de la Tesis, Rosa Pérez Martell, especialmente por empujarme tanto al principio.

A Mariajo de Bethencourt Sánchez, por ayudarme con la encuesta, perfectamente cuadrada.

A Yubal Travieso Barreiros, por su impecable maquetación, que tantos quebraderos de cabeza nos dio.

Al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas, por concederme el honor de ser depositario de su confianza, mantenida en el tiempo, que me obliga a crecer para seguir intentando estar a la altura.

No sería justo dejar de agradecer expresamente, por no agraviar a los demás, a mi querido amigo Fernando Bergasa Cáceres, apoyo y desafío constantes. Gracias, hermano.

A mis hermanas Silvia y Marta, que soportaban estoicamente - hasta cierto punto - las explicaciones que les daba sobre lo divino y lo humano. En verdad, era para explicármelo a mí mismo.

Y a mi hermana Elsa, mi consultora sanitaria primera. Gracias a todas ellas por todo.

A mis padres, Guillermo y Elsa. Me vienen apresuradamente a la memoria aquellos resúmenes que me preparaba, a la hora que fuese, mi madre, con las preguntas en rojo y las respuestas en azul, para mis exámenes finales de EGB. Muchas gracias.

A la mujer que confió y confía en mí para compartir la vida misma, nada menos; mi querida e inspiradora esposa, Patricia Potau Menéndez. Y, en fin, a nuestros hijos, Pablo y Carmen Jin, razón de vida. No les defraudaré.

A todos ellos, además, como pacientes.

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Departamento de Ciencias Jurídicas Básicas

Programa de Derecho Privado



TESIS DOCTORAL

**Propuestas para un sistema extrajudicial
de solución adecuada de controversias
médico-asistenciales aplicado**

Tesis presentada por:
Guillermo Pérez Rivero

Tesis dirigida por la Dra.:
Rosa Pérez Martell

Las Palmas de Gran Canaria, noviembre de 2015

Índice de contenidos

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I.- INTRODUCCIÓN	2
1.1. Objetivación de los efectos de la judicialización de la Medicina en la práctica profesional asistencial.	5
1.1.1. Finalidad.	
1.1.2. Muestra y método.	5
1.1.3. Análisis estadístico.	5
1.1.4. Aspectos éticos.	9
1.1.5. Resultados.	9
1.1.5.1. Tasa de respuesta. Universo.	9
1.1.5.2. Resultados sobre la medida de la representatividad de la muestra y materiales.	10
1.1.5.3. Resultados sobre la autopercepción de la implicación propia.	10
1.1.5.4. Resultados sobre los motivos de reclamación contraria.	11
1.1.5.5. Resultados sobre la evitabilidad de la reclamación contraria.	11
1.1.5.6. Resultados sobre la medida del impacto de la judicialización.	11
1.1.5.7. Resultados sobre los efectos de la judicialización.	12
1.1.5.8. Resultados sobre los medios de solución de los conflictos médico-asistenciales.	12
1.1.5.9. Resultados sobre las observaciones de los encuestados.	13
1.1.6. Discusión.	13
1.1.6.1. Discusión sobre los resultados de la medida de la representatividad de la muestra y materiales.	13
1.1.6.2. Discusión sobre los resultados relativos a la autopercepción de la implicación propia.	14
1.1.6.3. Discusión sobre los resultados relativos a los motivos de reclamación contraria.	14
1.1.6.4. Discusión sobre los resultados relativos a la evitabilidad de la reclamación contraria.	15
1.1.6.5. Discusión sobre los resultados de la medida del impacto de la judicialización.	15
1.1.6.6. Discusión sobre los resultados relativos a los efectos de la judicialización.	15
1.1.6.7. Discusión sobre los resultados relativos a los medios de solución de los conflictos médico-asistenciales.	16
1.1.7. Conclusiones acerca de la objetivación de los efectos de la judicialización de la Medicina en la práctica profesional asistencial.	16

II. APROXIMACIÓN A LOS MEDIOS EXTRAJUDICIALES DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS MÉDICO-ASISTENCIALES.	25
2.1. Precisiones terminológicas, conceptuales y metodológicas aplicadas.	26
2.2. Los medios extrajudiciales de solución de conflictos médico-asistenciales en el ordenamiento jurídico español.	27
2.2.1. La inadecuación de la habilitación normativa de la conciliación.	27
2.2.2. La habilitación normativa de la mediación aplicada.	28
2.2.2.1. Libre disposición: El artículo 6 de la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.	29
2.2.3. La habilitación normativa del arbitraje aplicado.	30
2.2.3.1. Libre disposición: El artículo 2.1 de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.	32
2.2.3.1.1. La materia penal.	33
2.2.3.1.2. La materia administrativa.	33
2.3. La habilitación normativa de los Colegios Profesionales como instituciones de mediación y arbitraje.	36
2.4. La determinación previa de las cuantías indemnizatorias como impulso a la solución extrajudicial de estos conflictos. El denominado <i>baremo sanitario</i> .	37
III. DERECHO COMPARADO	43
3.1. Derecho internacional	44
3.1.1. El modelo originario: Los procedimientos de resolución alternativa de disputas (<i>ADR</i>) en los Estados Unidos de América.	44
3.1.1.1. Caracteres generales.	44
3.1.1.2. Procedimientos.	45
3.1.1.2.1. La <i>Evaluación Temprana Neutral (Early Neutral Evaluation)</i> .	45
3.1.1.2.2. Juicio sumario con o sin jurado.	45
3.1.1.2.3. <i>Semana de la Transacción (Settlement Week)</i> .	46
3.1.2. Modelo latino: Modelo mexicano de arbitraje médico.	46
3.1.2.1. Caracteres y estructura general. El Consejo Mexicano de Arbitraje Médico.	46
3.1.2.2. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (<i>CONAMED</i>).	47
3.1.2.3. Un ejemplo de comisión estatal: Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (<i>CCAMEM</i>).	48
3.1.2.3.1. Antecedentes.	48

3.1.2.3.2. Funcionamiento.	49	4.4.1.3.2. Revisión.	74
3.1.2.3.2.1. Procedencia o improcedencia.	49	4.4.1.4. Discusión sobre la revisión jurisprudencial civil.	81
3.1.2.3.2.2. Conciliación previa.	49	4.4.1.5. Conclusiones sobre la revisión jurisprudencial civil.	84
3.1.2.3.2.3. Arbitraje.	50	4.4.2. Revisión jurisprudencial penal.	84
3.2. Derecho europeo.	51	4.4.2.1. Revisión de las sentencias penales de la Audiencia Provincial de Las Palmas.	84
3.2.1. La Directiva comunitaria de mediación.	51	4.4.2.2. Revisión de la jurisprudencia de la Sala Segunda del Tribunal Supremo.	87
3.2.2. Los procedimientos <i>ADR</i> comunitarios en materia de consumo.	52	4.4.2.3. Discusión sobre la revisión jurisprudencial penal.	87
3.2.2.1. La Directiva 2013/11/UE.	52	4.4.2.3.1. Discusión sobre el acceso a los recursos.	87
3.2.2.2. El Reglamento (UE) número 524/2013.	53	4.4.2.3.2. Discusión sobre lo accedido.	88
3.2.3. Tendencia expansiva.	53	4.4.2.4. Conclusiones sobre la revisión jurisprudencial penal.	89
3.3. Derecho interno.	54	4.4.3. Revisión jurisprudencial contencioso-administrativa.	89
3.3.1. Introducción.	54	4.4.3.1. Revisión de las sentencias de la Sala del Tribunal Superior de Justicia de Canarias.	89
3.3.2. Derecho corporativo comparado.	54	4.4.3.2. Revisión de la jurisprudencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo.	99
3.3.2.1. Método de la comparación.	54	4.4.3.3. Discusión sobre la revisión jurisprudencial contencioso-administrativa.	104
3.3.2.2. Revisión.	54	4.4.3.4. Conclusiones sobre la revisión jurisprudencial contencioso-administrativa.	105
3.3.2.2.1. La Oficina de Mediación Colegial del Col.legi Oficial de Metges de les Illes Balears.	58	4.5. Conclusiones generales sobre la revisión jurisprudencial aplicada de contraste.	105
3.3.2.2.2. El Tribunal de Arbitraje del Colegio de Médicos de Bizkaia.	58		
3.3.2.2.3. El servicio de mediación y arbitraje en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.	58		
3.3.2.2.4. El Servicio de Conciliación, Mediación y Arbitraje del Ilustre Colexio Oficial de Médicos de Ourense.	58		
3.3.2.3. Conclusiones de la comparación en el Derecho corporativo interno.	58		
IV. REVISIÓN JURISPRUDENCIAL APLICADA DE CONTRASTE.	63	V. ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA Y DEONTOLOGÍA DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LAS PALMAS COMO ÓRGANO DE CONTRASTE.	109
4.1. Introducción.	64	5.1. Introducción.	110
4.2. Delimitación de la revisión.	65	5.2. Objeto científico de la investigación.	111
4.3. Método de la revisión.	66	5.2.1. Definición de la Comisión de Bioética y Deontología.	112
4.4. Revisión jurisprudencial.	66	5.2.2. Estructura de la Comisión de Bioética y Deontología.	112
4.4.1. Revisión jurisprudencial civil.	66	5.2.3. Caracteres de la Comisión de Bioética y Deontología.	113
4.4.1.2. Revisión de las sentencias civiles de la Audiencia Provincial de Las Palmas.	67	5.2.4. Régimen jurídico de recursos.	114
4.4.1.3. Revisión de la jurisprudencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo.	74	5.3. Método. Remisión.	115
4.4.1.3.1. Precisiones delimitadoras.	74	5.4. Estudio de los ejercicios anuales 2010 a 2014.	120
		5.4.1. Actividad de la Comisión colegial de Bioética y Deontología durante el ejercicio 2010	120
		5.4.1.1. Exposición sumaria.	121
		5.4.1.2. Reunión número 1 de 5/2010.	121
		5.4.1.3. Reunión número 2 de 5/2010.	127

5.4.1.4. Reunión número 3 de 5/2010.	135	5.5.2. Resultados estadísticos del estudio metódico de los ítems propuestos.	295
5.4.1.5. Reunión número 4 de 5/2010.	141	5.5.2.1. Resultados del estudio de los sujetos activo (ítems números 1 y 5) y pasivo de la acción corporativa (ítem número 6).	295
5.4.1.6. Reunión número 5 de 5/2010.	149	5.5.2.2. Resultados del estudio de la cooperación y colaboración interadministrativa (ítems números 2 y 3).	295
5.4.2. Actividad de la Comisión colegial de Bioética y Deontología durante el ejercicio 2011.	160	5.5.2.3. Resultados del estudio del índice de judicialización de los casos (ítem número 4).	296
5.4.2.1. Exposición sumaria.	160	5.5.2.4. Resultados del estudio de las circunstancias de lugar referidas: Medicina privada versus pública (ítem número 7), atención primaria versus especializada (ítems números 8 y 9).	296
5.4.2.2. Reunión número 1 de 6/2011.	160	5.5.2.4.1. Siniestralidad por especialidades médicas clasificadas por troncos.	298
5.4.2.3. Reunión número 2 de 6/2011.	171	5.5.2.5. Resultados del estudio del objeto del debate (ítems números 10 y 13).	299
5.4.2.4. Reunión número 3 de 6/2011.	177	5.5.2.6. Resultados del estudio de la pretensión perseguida (ítem número 11).	300
5.4.2.5. Reunión número 4 de 6/2011.	184	5.5.2.7. Resultados del estudio de la resolución colegial (ítems números 12 y 16).	301
5.4.2.6. Reunión número 5 de 6/2011.	193	5.5.2.8. Resultados del estudio del tiempo de resolución (ítems números 14 y 15).	301
5.4.2.7. Reunión número 6 de 6/2011.	199	5.5.3. Discusión.	301
5.4.3. Actividad de la Comisión colegial de Bioética y Deontología durante el ejercicio 2012.	211	5.5.3.1. Discusión sobre los resultados del estudio de los sujetos activo (ítems números 1 y 5) y pasivo de la acción corporativa (ítem número 6).	301
5.4.3.1. Exposición sumaria.	211	5.5.3.2. Discusión sobre los resultados del estudio de la cooperación y colaboración interadministrativa (ítems números 2 y 3).	302
5.4.3.2. Reunión número 1 de 4/2012.	211	5.5.3.3. Discusión sobre los resultados del estudio del índice de judicialización de los casos (ítem número 4).	306
5.4.3.3. Reunión número 2 de 4/2012.	221	5.5.3.4. Discusión sobre los resultados del estudio de las circunstancias de lugar referidas: <i>Medicina privada versus pública</i> (ítem número 7), atención primaria versus especializada (ítems números 8 y 9).	306
5.4.3.4. Reunión número 3 de 4/2012.	229	5.5.3.4.1. Discusión sobre los resultados del estudio de la siniestralidad por especialidades médicas clasificadas por troncos.	307
5.4.3.5. Reunión número 4 de 4/2012.	234	5.5.3.5. Discusión sobre los resultados del estudio del objeto del debate (ítems números 10 y 13).	307
5.4.4. Actividad de la Comisión colegial de Bioética y Deontología durante el ejercicio 2013.	245	5.5.3.6. Discusión sobre los resultados del estudio de la pretensión perseguida (ítem número 11).	308
5.4.4.1. Exposición sumaria.	245	5.5.3.7. Discusión sobre los resultados del estudio de la resolución colegial (ítems números 12 y 16).	309
5.4.4.2. Reunión número 1 de 5/2013.	245	5.5.3.8. Discusión sobre los resultados del estudio del tiempo de resolución (ítems números 14 y 15).	309
5.4.4.3. Reunión número 2 de 5/2013.	251	5.5.4. Conclusiones del estudio de la actividad de la Comisión de Bioética y Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas como órgano de contraste.	310
5.4.4.4. Reunión número 3 de 5/2013.	257		
5.4.4.5. Reunión número 4 de 5/2013.	262		
5.4.4.6. Reunión número 5 de 5/2013.	269		
5.4.5. Actividad de la Comisión colegial de Bioética y Deontología durante el ejercicio 2014.	278		
5.4.5.1. Exposición sumaria.	278		
5.4.5.2. Reunión número 1 de 4/2014.	278		
5.4.5.3. Reunión número 2 de 4/2014.	284		
5.4.5.4. Reunión número 3 de 4/2014.	287		
5.4.5.5. Reunión número 4 de 4/2014.	291		
5.5. Resultados estadísticos del estudio de la actividad de la Comisión de Bioética y Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas durante los ejercicios anuales 2010 a 2014.	294		
5.5.1. Muestra y materiales.	294		

6. CONCLUSIONES FINALES Y PROPUESTAS PARA UN SISTEMA EXTRAJUDICIAL DE SOLUCIÓN ADECUADA DE CONTROVERSIAS MÉDICO-ASISTENCIALES APLICADO. 315

NÓMINA DE TEXTOS CONSULTADOS.	329
NORMATIVA.	330
JURISPRUDENCIA.	336
BIBLIOGRAFÍA.	342
PORTALES ELECTRÓNICOS.	346

ABREVIATURAS

<i>ADR</i>	Resolución Alternativa o Adecuada de Disputas
Art.	Artículo
BOC	Boletín Oficial de Canarias
BOE	Boletín Oficial del Estado
Cendoj	Centro de Documentación Judicial
D.	Don
Dña.	Doña
EDJ	El Derecho Jurisprudencia
Id.	Identificación
LGDCU	Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios
Nº	Número (también <i>núm.</i>)
Núm.	Número (también <i>nº</i>)
P.	Página
S.	Sentencia

CAPÍTULO 1

Introducción

1. INTRODUCCIÓN.

El cuidado de la salud, su atención primaria y especializada, privada y pública, sin duda, constituye uno de los pilares sociales básicos. Por eso “se reconoce - artículo 43.1¹ - el derecho a la protección de la salud” como uno de los principios constitucionales rectores de nuestra política social y económica. En la misma medida, sin embargo, la progresiva judicialización de la Medicina² viene erosionando sus cimientos con efectos inversamente no deseables, de pronóstico incierto.

Durante los aproximadamente veinte años que llevamos teniendo el honor de ejercer la titularidad de la Asesoría Jurídica del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas, así lo hemos podido comprobar. La denominada *Medicina defensiva* es la consecuencia inmediata. Seguramente no justificada, pero sí comprensible.

Agresiva con el paciente, que sufre pruebas complementarias no estrictamente necesarias desde el punto de vista científico, que, a su vez, demoran su diagnóstico definitivo, ralentizan-

do la prestación asistencial; al tiempo que costosa³ para el sistema de salud, siempre escaso de recursos⁴.

El médico, formado en la arraigada tradición hipocrática, que la proscribía⁵, se ve presionado hacia ella por un fenómeno que casi no ha venido encontrando freno en su acceso a la jurisdicción, sino hasta momentos muy avanzados del proceso, a pesar de la notoria desproporción constatada entre el elevado número de acciones judiciales interpuestas y admitidas a trámite, especialmente las criminales, y su escaso éxito⁶, eso sí, *pena de banquillo* de por medio⁷.

⁴ “Altera la determinación de qué es la *lex artis* en cada caso, y ello pues el criterio de la *lex artis* aumenta su nivel de exigencia de modo que lo normal viene a ser no lo que sería habitual en atención a la patología y circunstancias de cada paciente, sino lo normal para evitar la formulación de reclamaciones por responsabilidad [...]” (Guerrero Zaplana, J., *Guía práctica de las reclamaciones sanitarias*, 1ª edición, Thomson Reuters Lex Nova, Valladolid, 2013, p. 134).

⁵ Recogida en el artículo 19.2 del Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas, publicado en el BOC número 186, del 22 de septiembre de 2006, página 21231: “El médico no debe indicar exploraciones o tratamientos que no tengan otro fin que su propia protección. La medicina defensiva es contraria a la ética médica, así como solicitar pruebas con ánimo de lucro, para él o la entidad para la que trabaje”.

⁶ Un dato objetivo, a título de ejemplo: durante estos veinte años, una sola condena judicial firme por delito. Véase la sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Sexta, de 28 de enero de 2014, dictada en el rollo de apelación número 220/2012.

No obstante, Juan Calixto Galán Cáceres, Fiscal Coordinador de la Fiscalía Provincial de Badajoz, discrepa en cuanto a la medida del éxito: “El Letrado Gustavo López Muñoz expresa en su Web www.pleitos.net a propósito de su Libro “El error sanitario”, que de 10 demandas, 7 u 8 son favorables al médico, lo que supone un 25 % aproximadamente de éxito del paciente o de sus familiares. Este dato, manejando el Estudio de Mapfre, y la evaluación genérica que a lo largo de años llevamos realizando por nuestra parte de la evolución jurisprudencial en nuestro ordenamiento, a nuestro entender, se queda muy corto, y hay especialidades como la Traumatología, Cirugía Ortopédica, Ginecología, Cirugía Estética y Odontología donde el éxito de las reclamaciones sanitarias es francamente superior, aproximándose en algunas anualidades al 50 %. En otras especialidades como Anestesia, Medicina de Familia o Intensiva la estimación de la reclamación sanitaria gira en torno al 30 %” (sic) (Galán Cáceres, J. C., *Medicina y responsabilidad legal*, 1ª edición, autoedición, Badajoz, 2014, p. 149).

¹ De la Constitución Española de 1978 (BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978).

² “El artículo 43 de la Constitución Española reconoce como derecho fundamental la protección de la salud, y no hay duda de que en la sociedad en los últimos veinticinco años se ha producido el reconocimiento genérico de un abanico de derechos cada vez más amplio, y que la conciencia ciudadana de los derechos que la Constitución y las leyes nos conceden a todos ha provocado que en los últimos años las reclamaciones contra los médicos y la sanidad hayan aumentado considerablemente, tanto en número como en importe de la reclamación” (Revuelta Iglesias, A. V., “El riesgo de judicialización de la medicina”, *Educación Médica*, volumen 9, suplemento 1, 2006, p. 55).

A la sazón, la autora pertenece al Servicio de Formación Continua del Consejo General del Poder Judicial (España).

³ Como referencia internacional actualizada, véase el artículo Pinto Monteiro, J., “U. S. Medical Malpractice and its Costs: A Brief Survey”, *Derecho y Salud*, volumen 24, número 2, 2014, pp. 125-130.

Así las cosas, el propósito de este trabajo de investigación no es otro que contribuir, de alguna manera, a reconducir las legítimas pretensiones de los pacientes y las personadas vinculadas a ellos por razones familiares o de hecho, a medio de otros cauces, extrajudiciales, y por tanto, más serenos, menos apasionados; en definitiva, más proclives al entendimiento cordial de unos con otros, esto es, de aquéllos con los profesionales sanitarios.

Las circunstancias coyunturales, además, son propicias a estos efectos, en el sentido de que, con el profesor Juan F. Herrero Perezagua, se advierte que se limita lo jurisdiccional, “que se angostan las puertas del proceso y de los recursos, que se sustraen de las manos del juez ciertos cometidos mediante la reducción de lo que es juzgar y hacer ejecutar lo juzgado y que a la realización del derecho se le quiere parangonar con otras fórmulas que pretendida o realmente dan satisfacción a quien las utiliza [...]”.⁸

Por otro lado, es prudente advertir de que el natural enfoque jurídico de la investigación se encuentra no poco matizado por las continuadas aportaciones de carácter sanitario, en especial de método, recibidas durante todo este tiempo de trabajo tan cercano a tan distinguidos profesionales, lo que, en definitiva, viene a redundar en una cierta atipicidad para una tesis doctoral de Derecho. No se nos escapa, somos perfectamente conscientes de ello.

⁷ “La mayoría de estas demandas penales están orientadas y encaminadas a ejercer una presión tal sobre el profesional denunciado que le fuerzan a pactar indemnizaciones y acuerdos por la vía civil. Se debe tener en cuenta que la mayoría de las demandas son admitidas a trámite (81 en 2006, 58 en 2005 en Cataluña) y que pese a que pueden en muchos casos terminar con su archivo, el daño moral y el coste emocional que soporta el profesional resultan irreparables y absolutamente desproporcionados” (sic) (Armadans, I., Aneas, A., Soria, M. Á. y Bosch, Ll., “La mediación en el ámbito de la salud”, *Medicina Clínica*, 133 (5), 2009, p. 191).

⁸ Herrero Perezagua, J. F., *Lo jurisdiccional en entredicho*, 1ª edición, Editorial Aranzadi, S. A., Cizur Menor (Navarra), 2014, p. 13.

En fin, abordaremos la tarea, no tanto con la esperanza de conseguir nuestro propósito, como con la voluntad de intentarlo.

1.1. Objetivación de los efectos de la judicialización de la Medicina en la práctica profesional asistencial.

1.1.1. Finalidad.

El fin perseguido con este estudio fue objetivar la efectiva existencia o no de los presumibles efectos negativos de la judicialización de la Medicina en la práctica profesional asistencial, de tal forma que, en su caso, justificase fundadamente nuestra ulterior investigación sobre propuestas alternativas para la mejor resolución de los conflictos entre médicos y pacientes.

1.1.2. Muestra y método.

La muestra contiene a todos los médicos reclamados, es decir, a todos los médicos en cuya contra se accionó judicialmente durante el periodo de tiempo comprendido entre los años 2010 y 2014, ambos incluidos⁰¹, según los datos obrantes en los archivos del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas.^{02 03}

⁰¹ Esta delimitación temporal es la de un mandato corporativo completo, el último disponible, según el artículo 21 de los Estatutos del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas aplicables, los publicados en el BOC número 58, del martes cuatro de mayo de 1993. Los años 2010 y 2014 fueron, pues, años electorales, como se desprende de las correspondientes actas de escrutinio general y proclamación de electos de fechas 12 y nueve de mayo, respectivamente.

La Junta Directiva colegial concedió la pertinente autorización de acceso a estos efectos por acuerdo de su Comisión Permanente de fecha ocho de febrero del año 2012, según consta en el acta correspondiente, la número dos de ese año.

⁰² La Junta Directiva colegial concedió la pertinente autorización de acceso a estos efectos por acuerdo de su Comisión Perma-

El método de estudio consistió en una encuesta sencilla, clara y directa, que los médicos fueron invitados a contestar por correo electrónico.

El tenor literal del texto que previamente se les remitió fue el siguiente: "Estimado/a Sr./a.:

Soy Guillermo Pérez Rivero, Asesor Jurídico del Colegio de Médicos de Las Palmas. Como recordará, durante el periodo de tiempo comprendido entre los años 2010 y 2014, tuve el honor de ser el depositario de su confianza para dirigir su defensa letrada en un procedimiento judicial.

En estos momentos estoy elaborando mi tesis doctoral, para lo que le pido su colaboración. Entre otras cosas, trato de objetivar el eventual impacto del fenómeno de la judicialización de la Medicina en la práctica asistencial. A tal fin, le ruego responda las siguientes preguntas, eligiendo uno de los ítems propuestos:

1. Por favor, indique:

- A) Su especialidad.
- B) Si trabajaba en la *Medicina pública* o en la privada.
- C) Si lo hacía en la atención primaria o en la especializada.

nente de fecha ocho de febrero del año 2012, según consta en el acta correspondiente, la número dos de ese año.

⁰³ No obstante, los meritados datos deben entenderse delimitados también subjetivamente: no necesariamente son los de la totalidad de los médicos efectivamente reclamados en la provincia, toda vez que, más allá de la póliza de aseguramiento colectivo que el Colegio ponía a su disposición en ese tiempo como tomador, pudieron haber asegurado su eventual responsabilidad profesional mediante otras pólizas ajenas, o incluso, pudieron, bien o mal, no haberla asegurado.

2. Si trabajaba en la *Medicina pública* y su procedimiento judicial fue contencioso-administrativo, ¿lo entendió como propio o como asunto del Servicio Canario de Salud?

- A) No cumplo los presupuestos de hecho.
- B) Como algo que me afectaba.
- C) Como del Servicio Canario de Salud.
- D) No lo entendí bien.

3. ¿Cuál cree usted que fue el principal motivo por el que se reclamó en su contra?

- A) Omisión de atención.
- B) Retraso en la atención.
- C) Falta de medios diagnósticos y/o terapéuticos complementarios, según el paciente.
- D) Incumplimiento o cumplimiento inexacto de protocolos asistenciales.
- E) Falta o insuficiencia de información.
- F) Mal resultado.
- G) Otros motivos.

4. ¿Pudo haberse evitado la reclamación con una mejor comunicación entre médico y paciente?

- A) Sí.
- B) No.
- C) Tal vez.

5. ¿Tuvo su procedimiento judicial algún tipo de impacto en su práctica profesional asistencial de entonces?

- A) No.
- B) Poco.
- C) Mucho.

6. En su caso, como consecuencia del procedimiento judicial en que estuvo incurso, ¿pasó usted a indicar sistemáticamente a sus pacientes la realización de más pruebas complementarias que hasta entonces?

- A) Sí.
- B) No.
- C) Me sirvió de estímulo positivo.

7. En su caso, ¿se demoraba así el diagnóstico definitivo, ralentizándose la prestación asistencial?

- A) Solo algunas veces.
- B) Con frecuencia.
- C) Casi nunca.

8. En su caso, ¿se conservan hoy esos efectos en su labor asistencial cotidiana?

- A) No.
- B) Poco.
- C) Mucho.

9. ¿Cuál cree usted que es el medio más adecuado para resolver estos conflictos?

- A) Los juzgados y tribunales.
- B) Los Colegios de Médicos y de Abogados, mediante sus órganos no profesionales de garantías deontológicas.
- C) Arbitraje especializado.
- D) Negociación con los pacientes y las personas vinculadas a ellos por razones familiares o de hecho.

10. Por favor, a continuación haga las observaciones que estime oportunas.

Para finalizar, no se sienta usted, de ninguna manera, compelido/a a contestar. En cualquier caso, sepa que esta nueva relación nuestra, si bien académica, queda analógicamente amparada por mi deber de secreto profesional, garantizando la confidencialidad de los datos obtenidos y su tratamiento exclusivamente estadístico.

Agradeciendo su tiempo, aprovecho para saludarle muy atentamente”.

1.1.3. Análisis estadístico.

El procesamiento de los datos y los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa Microsoft Excel.

Fueron confeccionadas tablas de contingencia para registrar y analizar la relación entre las variables.”.

1.1.4. Aspectos éticos.

Como no puede ser de otra forma, en esta investigación se tuvieron en cuenta los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, así como el de justicia.e”.

1.1.5. Resultados.

1.1.5.1. Tasa de respuesta. Universo.

De un total de doscientos setenta y nueve (279) correos electrónicos lanzados, uno por cada médico reclamado, finalmente, se recibieron, en tiempo y forma, sesenta y cuatro (64) encuestas debidamente cumplimentadas. La tasa de respuesta fue, pues, de casi el veintitrés por ciento (22'939 %), para un universo resultante, como decimos, de sesenta y cuatro elementos.

1.1.5.2. Resultados sobre la medida de la representatividad de la muestra y materiales.

Siguiendo la relación y clasificación de especialidades médicas y pluridisciplinares incluidas en el anexo 1 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero⁰⁴, en el universo de sesenta y cuatro (64) encuestas están representados el tronco médico (con 23 encuestas, esto es, el 35'937 %), el tronco quirúrgico (20 encuestas, 31'25 %), las especialidades no adscritas al sistema formativo troncal (18 encuestas, 28'125 %), así como los médicos no especialistas (3 encuestas, 4'687 %).

Igualmente, están representadas tanto la *Medicina pública* (42 médicos encuestados trabajaban en ella cuando ocurrieron los hechos reclamados, un 65'625 %) como la *privada* (30 médicos encuestados, un 46'875 %).⁰⁵

De la misma manera que también lo están la atención primaria (21 médicos encuestados, 32'812 %) y la especializada (33, 51'562 %).⁰⁶

1.1.5.3. Resultados sobre la autopercepción de la implicación propia.

Del universo de sesenta y cuatro encuestas cumplimentadas, siete no lo fueron en esta segunda pregunta, cuatro encuestados no la entendieron bien, y diecisiete respondieron no cumplir sus presupuestos de hecho, lo que redujo a treinta y seis (36) la muestra extraída. Treinta y uno

⁰⁴ Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada (BOE núm. 45, de 21 de febrero de 2008).

⁰⁵ El 12'5 por ciento excedente representa a los ocho (8) médicos encuestados que, al tiempo, trabajaban en uno y otro ámbito.

⁰⁶ Diez (10) médicos encuestados (el 15'626 % restante) no formalizaron este ítem.

(31) de los comprendidos en ella (el 86'111 %) entendieron como propios incluso los procedimientos judiciales contencioso-administrativos.

1.1.5.4. Resultados sobre los motivos de reclamación contraria.

En este caso, el tamaño de la muestra fue de setenta (70) respuestas, toda vez que seis encuestados señalaron dos motivos a un mismo tiempo. Pues bien, veinticuatro (24) de ellos (el 34'285 %) respondieron que el principal motivo por el que se reclamó en su contra fue un mal resultado, que se erige así en la principal motivación señalada, muy distinguida de las demás: el incumplimiento o cumplimiento inexacto de protocolos asistenciales, seis (6) respuestas (8'571 %); retraso en la atención, cinco (5) de setenta (7'142 %); falta de medios diagnósticos y/o terapéuticos complementarios, siempre según el paciente, otras cinco (5) respuestas (7'142 %); falta o insuficiencia de información, cinco más (5) (7'142 %); omisión de atención, dos (2) (2'857 %); y otros motivos no especificados, veintitrés respuestas (23) (32'857 %).

1.1.5.5. Resultados sobre la evitabilidad de la reclamación contraria.

No pudo haberse evitado con una mejor comunicación, según treinta y cinco de sesenta y cuatro (35 de 64) médicos (el 54'687 %), por el 45'313 por ciento restante que, no obstante, sí lo estimó posible en alguna medida (5 médicos respondieron que rotundamente sí, 7'812 %, y 24 que tal vez, 37'5 %).%)

1.1.5.6. Resultados sobre la medida del impacto de la judicialización.

Más de la mitad de los médicos reclamados encuestados (34 de 64, el 53'125 %) reconoció, en alguna medida, el efectivo impacto de su propio procedimiento judicial en su práctica profesional asistencial de entonces (18 médicos, el 28'125 %, reconocieron poco impacto; y 16, 25 %, mucho). Otros veintiocho (28) médicos (43'75 %) negaron cualquier tipo de impacto,

mientras que los restantes dos (2, 3'125 %) prefirieron no contestar a esta quinta pregunta.

1.1.5.7. Resultados sobre los efectos de la judicialización.

A la sexta pregunta hubo sesenta y cinco (65) respuestas, ya que un encuestado señaló dos ítems al mismo tiempo. Pues bien, en cuarenta y cinco (45) de ellas (el 69'230 %) no se reconoció que, como consecuencia del procedimiento judicial en que se estuvo incurso, se pasara a indicar sistemáticamente a los pacientes más pruebas complementarias que hasta entonces. Únicamente en trece (13, 20 %) se reconoció. En las otras siete (7) respuestas (10'769 %) se manifestó haber servido de estímulo positivo.

A mayor abundamiento, treinta y seis de sesenta y cuatro (36 de 64) encuestados (el 56'25 %) respondieron a la séptima pregunta que casi nunca se demoraba así el diagnóstico definitivo ni la consiguiente prestación asistencial; por trece (13) que respondieron que con frecuencia sucedía (20'312 %), siete (7) que solo algunas veces (10'937 %), y ocho (8) encuestados que optaron por no contestarla (12'5 %).

Sin embargo, la mitad (50 %) de ellos (32 de 64) respondió a la siguiente pregunta, la octava, que, poco (13 encuestados, 20'312 %) o mucho (19, 29'687 %), en definitiva, sí se conservan hoy los anteriores efectos en su labor asistencial cotidiana; por treinta y uno (31) que respondieron que no (48'437 %), y uno (1) que no respondió (1'562 %).

1.1.5.8. Resultados sobre los medios de solución de los conflictos médico-asistenciales.

Preguntados acerca del más adecuado, dos encuestados distinguieron dos medios a la vez, por lo que las respuestas fueron sesenta y seis (66). Solo siete (7, 10'606 %) se inclinaron hacia los juzgados y tribunales, por las veintiséis (26) que lo hicieron hacia los Colegios de Médicos y

de Abogados (39'393 %) y las veinticinco (25) que hacia el arbitraje especializado (37'878 %). En las otras ocho (8) respuestas (12'121 %) se eligió la negociación con los pacientes.

1.1.5.9. Resultados sobre las observaciones de los encuestados.

Uno de ellos apeló a una serie de recomendaciones para paliar, en la medida de lo posible, los efectos de los eventos adversos no ya solo en los pacientes y sus familiares, sino también en los profesionales sanitarios implicados, en la línea de las sugeridas en otros estudios: "1. Actuar con honestidad y transparencia, reparando el daño e informando de lo que ha sucedido y de las medidas para evitar que pueda repetirse. 2. Actuar de forma prudente, evitando juicios de valor y aportando datos. 3. Contrastar la información antes de informar a los medios de comunicación. 4. Buscar la opinión de expertos para hacer más comprensibles los hechos. 5. Transmitir la noticia con objetividad, sin buscar culpables. 6. Lograr el máximo respeto para el profesional involucrado. 7. Intentar evitar sensacionalismos, buscando interlocutores de los medios especializados en sanidad. 8. No contribuir a crear estereotipos equívocos de profesionales sanitarios. 9. Transmitir que la institución tiene entre sus fines la búsqueda de lo mejor para el paciente. 10. Garantizar el derecho a la intimidad cuando la noticia incorpore imágenes" ⁰⁷.

1.1.6. Discusión.

1.1.6.1. Discusión sobre los resultados de la medida de la representatividad de la muestra y materiales.

No tuvieron, pues, representación las ocho especialidades que suman los troncos de labo-

⁰⁷ Aranz, J. M. *et al.*, "Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas", *Trauma*, número 1, volumen 24, 2013, p. 58.

ratorio y diagnóstico clínico (especialidades en análisis clínicos y bioquímica clínica, genética clínica, inmunología, y microbiología y parasitología), de imagen clínica (en medicina nuclear y radiodiagnóstico), junto con el tronco de psiquiatría (psiquiatría y psiquiatría del niño y del adolescente). Ocho (8) especialidades que, a su vez, representan solo el diecisiete por ciento (17'021 %) del total de cuarenta y siete (47, 100 %). Lo que, en definitiva y desde esta perspectiva, establece la medida de la representatividad en el 82'979 por ciento.

1.1.6.2. Discusión sobre los resultados relativos a la autopercepción de la implicación propia.

Sabemos que, conforme al artículo 145.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común⁰⁸, para exigir la responsabilidad del personal al servicio de las Administraciones Públicas “los particulares exigirán directamente a la Administración Pública correspondiente las indemnizaciones por los daños y perjuicios causados”, y no directamente al personal causante, a quien solo eventualmente repercutirá por la vía administrativa de repetición o regreso del 145.2 y siguientes. A pesar de lo cual, el 86'111 por ciento de los médicos encuestados (31 de 36) respondió haber asumido como propios incluso los procedimientos judiciales contencioso-administrativos en que, de alguna manera, se vio implicado.

1.1.6.3. Discusión sobre los resultados relativos a los motivos de reclamación contraria.

Otra lectura de los anteriores resultados es que el 65'714 por ciento de los motivos de reclamación señalados (en 46 de 70 respuestas) están atomizados.

⁰⁸ BOE número 285, de 27 de noviembre de 1992.

1.1.6.4. Discusión sobre los resultados relativos a la evitabilidad de la reclamación contraria.

El 45'312 por ciento de los médicos encuestados (29 de 64) expresó su, mayor o menor, pero efectiva confianza en la solución extrajudicial de sus conflictos asistenciales con los pacientes.

1.1.6.5. Discusión sobre los resultados de la medida del impacto de la judicialización.

Más de la mitad de los médicos reclamados encuestados reconoció explícitamente el efectivo impacto de su propio procedimiento judicial en su práctica profesional asistencial coetánea, a pesar de la proscripción deontológica de la *Medicina defensiva*, de inveterada tradición hipocrática, que recoge el artículo 19.2 del Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas⁰⁹: “El médico no debe indicar exploraciones o tratamientos que no tengan otro fin que su propia protección. La medicina defensiva es contraria a la ética médica [...]”.

1.1.6.6. Discusión sobre los resultados relativos a los efectos de la judicialización.

Se observa cómo, a la pregunta número cinco, el 53'125 por ciento de los encuestados (34 de 64) reconoció el efectivo impacto de la judicialización en su coetánea práctica médica asistencial, y cómo, a la número ocho, el 50 por ciento (32 de 64) volvió a reconocer que sus efectos se conservan hoy en día.

Y sin embargo, cuando se les preguntó por tales concretos efectos que, al tiempo, reconocían

⁰⁹ BOC número 186, de 22 de septiembre de 2006.

haber tenido y tener, ya solo fue el 20 por ciento (13 de 65), a la pregunta número seis, y el 31'25 por ciento (20 de 64), a la siete, quienes entonces se mostraron dispuestos a señalarlos.

1.1.6.7. Discusión sobre los resultados relativos a los medios de solución de los conflictos médico-asistenciales.

Vistos de otra forma, la confianza de los encuestados en favor de los medios extrajudiciales de solución de los conflictos médico-asistenciales frente a los medios judiciales fue de noventa a diez por ciento (89'393 % frente al 10'606 %).

Y entre los extrajudiciales, el arbitraje en sede colegial gozaría de la confianza del 77'272 por ciento.

1.1.7. Conclusiones acerca de la objetivación de los efectos de la judicialización de la Medicina en la práctica profesional asistencial.

Primera conclusión. La medida estimada de la representatividad de la muestra y materiales de la encuesta para la objetivación de los efectos de la judicialización de la Medicina en la práctica profesional asistencial fue del 82'979 por ciento.

Segunda conclusión. El 86'111 por ciento de los médicos encuestados respondió haber asumido como propios incluso los procedimientos judiciales contencioso-administrativos en que, indirectamente, se vio implicado.

Tercera conclusión. El 65'715 por ciento de los motivos de reclamación señalados están atomizados. El principal fue un mal resultado, que representó el 34'285 por ciento restante.

Cuarta conclusión. El 45'313 por ciento de los médicos encuestados expresó su, mayor o

menor, pero efectiva confianza en la solución extrajudicial de sus conflictos asistenciales con los pacientes.

Quinta conclusión. Más de la mitad de los médicos reclamados encuestados (el 53'125 %) reconoció explícitamente, en alguna medida, el efectivo impacto de su propio procedimiento judicial en su práctica profesional asistencial coetánea, a pesar de la proscripción deontológica de la Medicina defensiva, de inveterada tradición hipocrática, que recoge el artículo 19.2 del Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas.

Sexta conclusión. Exactamente el 50 por ciento de los encuestados volvió a reconocer que los efectos de la judicialización de la Medicina se conservan hoy en su labor asistencial cotidiana.

Y sin embargo, cuando se les preguntó por tales concretos efectos que, al tiempo, reconocían haber tenido y tener, ya solo fue el 20 %, a la pregunta número seis, y el 31'25 %, a la siete, quienes entonces se mostraron dispuestos a señalarlos.

PREGUNTA N°5

¿TUVO SU PROCEDIMIENTO JUDICIAL ALGÚN TIPO DE IMPACTO EN SU PRÁCTICA PROFESIONAL ASISTENCIAL DE ENTONCES?

Impacto

No	28 (43'75 %)
Poco	18 (28'125 %)
Mucho	16 (25 %)
NC	2 (3'125 %)

PREGUNTA N°8

EN SU CASO, ¿SE CONSERVAN HOY ESOS EFECTOS EN SU LABOR ASISTENCIAL COTIDIANA?

Efectos (III) Conservación

No	31 (48'437 %)
Poco	13 (20'312 %)
Mucho	19 (29'687 %)
NC	1 (1'562 %)

ENCUESTA. 279 encuestas · 64 respuestas · Tasa 22'939 %

PREGUNTA N°6

EN SU CASO, COMO CONSECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO JUDICIAL EN QUE ESTUVO INCURSO, ¿PASÓ USTED A INDICAR SISTEMÁTICAMENTE A SUS PACIENTES LA REALIZACIÓN DE MÁS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS QUE HASTA ENTONCES?

Efectos (I) Más pruebas	(65 respuestas)
Sí	13 (20 %)
No	45 (69'230 %)
Estímulo positivo	7 (10'769 %)
2 al tiempo	1

PREGUNTA N°7

EN SU CASO, ¿SE DEMORABA ASÍ EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO, RALENTIZÁNDOSE LA PRESTACIÓN ASISTENCIAL?

Efectos (II) Retraso	(65 respuestas)
Algunas veces	7 (10'937 %)
Con frecuencia	13 (20'312 %)
Casi nunca	36 (56'25 %)
NC	8 (12'5 %)

Séptima conclusión. La confianza de los encuestados en favor de los medios extrajudiciales de solución de los conflictos médico-asistenciales frente a los medios judiciales fue de noventa a diez por ciento (89'393 % frente al 10'606 %, respectivamente).

Y entre los extrajudiciales, el arbitraje en sede colegial gozaría de la confianza del 77'272 por ciento.

PREGUNTA	RESPUESTAS
1. POR FAVOR, INDIQUE:	
Especialidad	
Tronco médico	23 (35'937 %)
Quirúrgico	20 (31'25 %)
No troncal	18 (28'125 %)
Sin	3 (4'687 %)
Pública / Privada (72 respuestas)	
Pública	42 (65'625 %)
Privada	30 (46'875 %)
Ambas	8 (12'5 %)
Primaria / Especializada	
Primaria	21 (32'812 %)
Especializada	33 (51'562 %)
NC	10 (15'626 %)
2. SI TRABAJABA EN LA MEDICINA PÚBLICA Y SU PROCEDIMIENTO JUDICIAL FUE CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO, ¿LO ENTENDIÓ COMO PROPIO O COMO ASUNTO DEL SERVICIO CANARIO DE SALUD?	
Implicación (36 válidas)	
No aplicable	17
Propia	31 (86'111 %)
Ajena	5 (13'888 %)
NS/NC	11
3. ¿CUÁL CREE USTED QUE FUE EL PRINCIPAL MOTIVO POR EL QUE SE RECLAMÓ EN SU CONTRA?	
Motivos de reclamación (70 respuestas)	
Omisión	2 (2'857 %)
Retraso	5 (7'142 %)
Medios	5 (7'142 %)
Protocolos	6 (8'571 %)
Información	5 (7'142 %)
Resultado	24 (34'285 %)
Otros	23 (32'857 %)
2 al tiempo	6

4. ¿PUDO HABERSE EVITADO LA RECLAMACIÓN CON UNA MEJOR COMUNICACIÓN ENTRE MÉDICO Y PACIENTE?

Evitable	
Sí	5 (7'812 %)
No	35 (54'687 %)
Tal vez	24 (37'5 %)

5. ¿TUVO SU PROCEDIMIENTO JUDICIAL ALGÚN TIPO DE IMPACTO EN SU PRÁCTICA PROFESIONAL ASISTENCIAL DE ENTONCES?

Impacto	
No	28 (43'75 %)
Poco	18 (28'125 %)
Mucho	16 (25 %)
NC	2 (3'125 %)

6. EN SU CASO, COMO CONSECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO JUDICIAL EN QUE ESTUVO INCURSO, ¿PASÓ USTED A INDICAR SISTEMÁTICAMENTE A SUS PACIENTES LA REALIZACIÓN DE MÁS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS QUE HASTA ENTONCES?

Efectos (I) Más pruebas	(65 respuestas)
Sí	13 (20 %)
No	45 (69'230 %)
Estímulo positivo	7 (10'769 %)
2 al tiempo	1

7. EN SU CASO, ¿SE DEMORABA ASÍ EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO, RALENTIZÁNDOSE LA PRESTACIÓN ASISTENCIAL?

Efectos (II) Retraso	(65 respuestas)
Algunas veces	7 (10'937 %)
Con frecuencia	13 (20'312 %)
Casi nunca	36 (56'25 %)
NC	8 (12'5 %)

8. EN SU CASO, ¿SE CONSERVAN HOY ESOS EFECTOS EN SU LABOR ASISTENCIAL COTIDIANA?

Efectos (III) Conservación

No	31 (48'437 %)
Poco	13 (20'312 %)
Mucho	19 (29'687 %)
NC	1 (1'562 %)

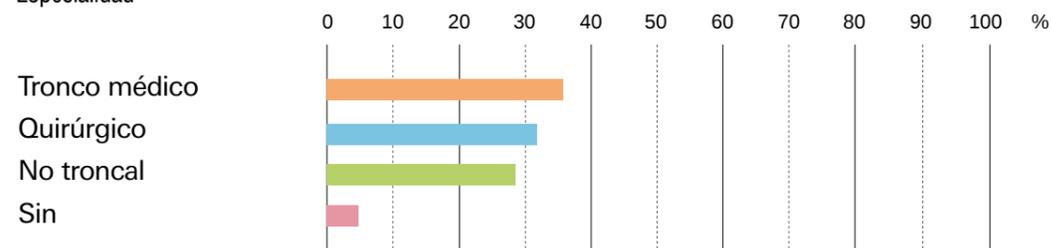
9. ¿CUÁL CREE USTED QUE ES EL MEDIO MÁS ADECUADO PARA RESOLVER ESTOS CONFLICTOS?

Medio de solución (66 respuestas)

Jurisdicción	7 (10'606 %)
Colegios	26 (39'393 %)
Arbitraje	25 (37'878 %)
Negociación	8 (12'121 %)
2 al tiempo	2

1. POR FAVOR, INDIQUE:

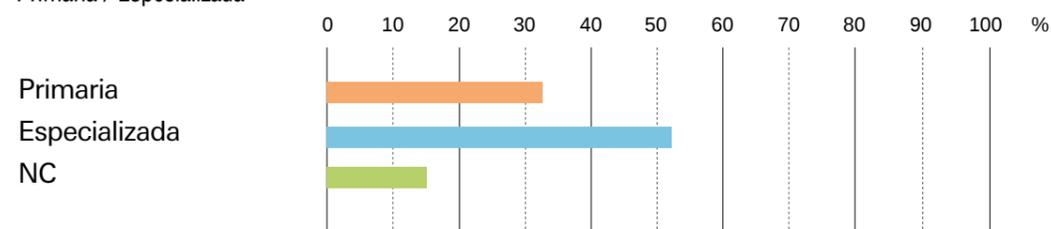
Especialidad



Pública / Privada (72 respuestas)



Primaria / Especializada

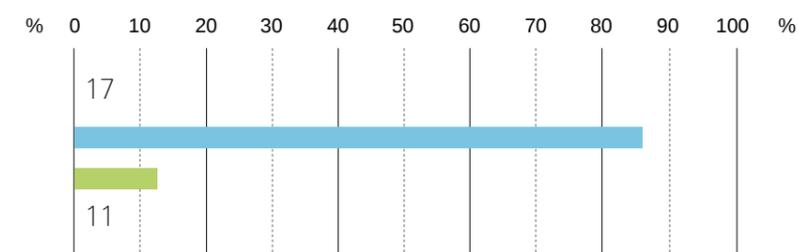


2. SI TRABAJABA EN LA MEDICINA PÚBLICA Y SU PROCEDIMIENTO JUDICIAL FUE CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO, ¿LO ENTENDIÓ COMO PROPIO O COMO ASUNTO DEL SERVICIO CANARIO DE SALUD?

Implicación

(36 respuestas)

No aplicable
Propia
Ajena
NS/NC

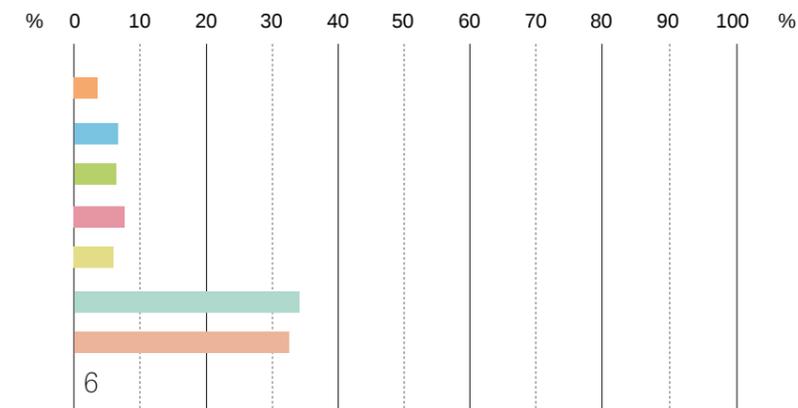


3. ¿CUÁL CREE USTED QUE FUE EL PRINCIPAL MOTIVO POR EL QUE SE RECLAMÓ EN SU CONTRA?

Motivos de reclamación

(70 respuestas)

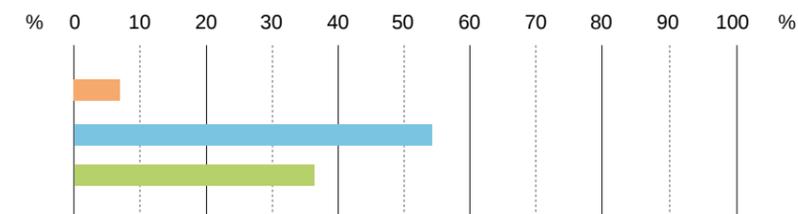
Omisión
Retraso
Medios
Protocolos
Información
Resultado
Otros
2 al tiempo



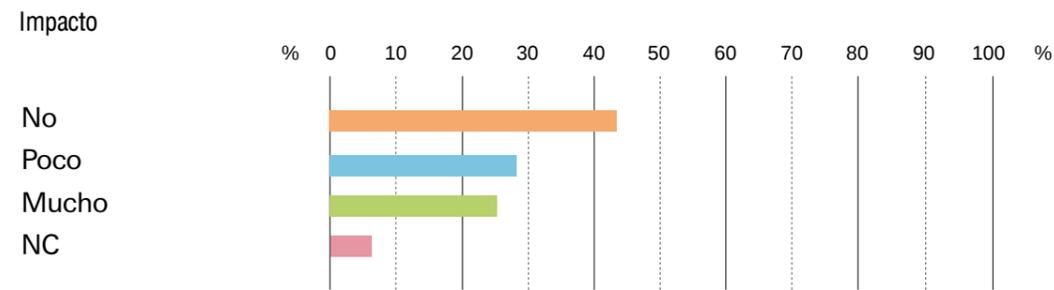
4. ¿PUDO HABERSE EVITADO LA RECLAMACIÓN CON UNA MEJOR COMUNICACIÓN ENTRE MÉDICO Y PACIENTE?

Evitable

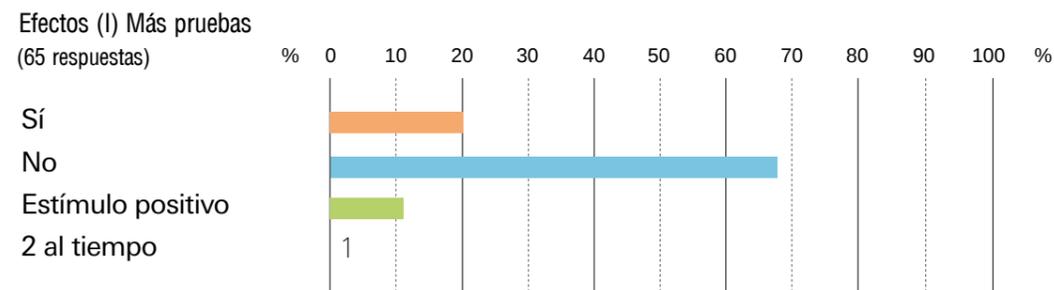
Sí
No
Tal vez



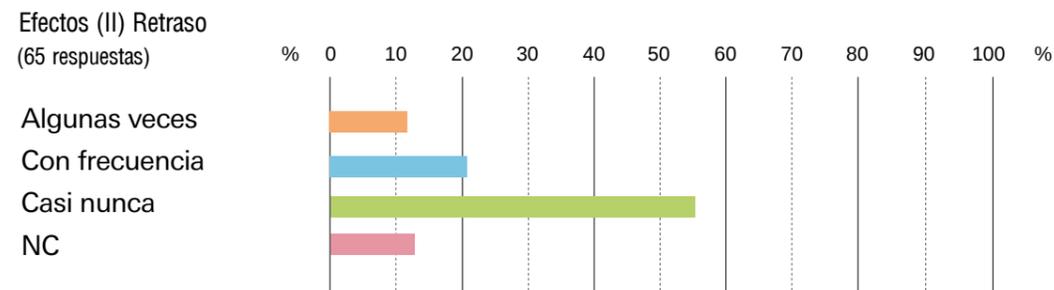
5. ¿TUVO SU PROCEDIMIENTO JUDICIAL ALGÚN TIPO DE IMPACTO EN SU PRÁCTICA PROFESIONAL ASISTENCIAL DE ENTONCES?



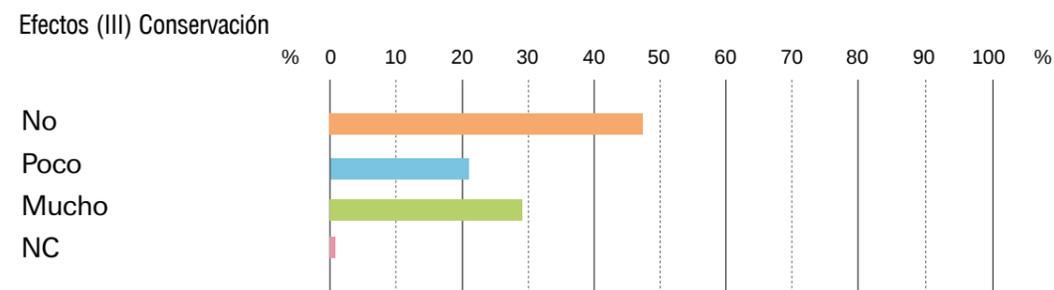
6. EN SU CASO, COMO CONSECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO JUDICIAL EN QUE ESTUVO INCURSO, ¿PASÓ USTED A INDICAR SISTEMÁTICAMENTE A SUS PACIENTES LA REALIZACIÓN DE MÁS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS QUE HASTA ENTONCES?



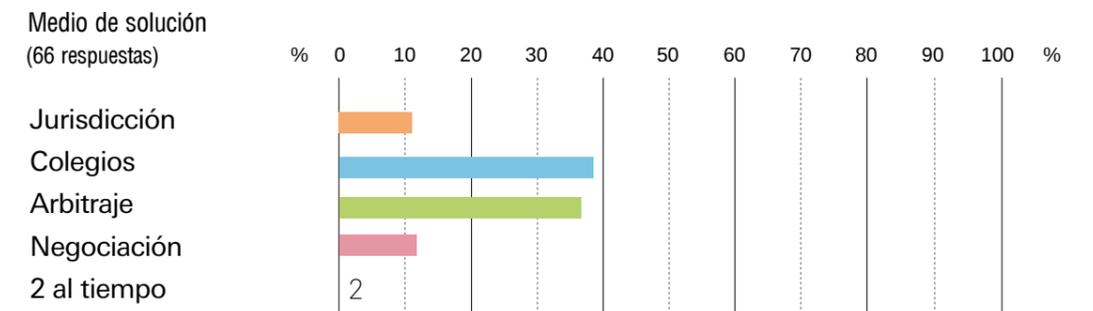
7. EN SU CASO, ¿SE DEMORABA ASÍ EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO, RALENTIZÁNDOSE LA PRESTACIÓN ASISTENCIAL?



8. EN SU CASO, ¿SE CONSERVAN HOY ESOS EFECTOS EN SU LABOR ASISTENCIAL COTIDIANA?



9. ¿CUÁL CREE USTED QUE ES EL MEDIO MÁS ADECUADO PARA RESOLVER ESTOS CONFLICTOS?



CAPÍTULO 2

Aproximación a los medios extrajudiciales de solución de conflictos médico-asistenciales

2. APROXIMACIÓN A LOS MEDIOS EXTRAJUDICIALES DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS MÉDICO-ASISTENCIALES.

2.1. Precisiones terminológicas, conceptuales y metodológicas aplicadas.

Conviene empezar haciendo las siguientes puntualizaciones. En primer lugar, no es objeto de nuestro estudio analizar detalladamente cada uno de los meritados medios, para lo que ya hay publicados muchos y muy respetados otros estudios, sobre los que, ventajosamente, nos apoyamos¹⁰. No. De lo que se trata, en suma, es de aproximar, de la mejor manera posible, los medios disponibles a la conflictividad en las relaciones asistenciales entre médicos y pacientes en nuestro entorno, analizando ésta - ahora sí - muy detalladamente, para proponer después la aplicación sistemática de los medios de solución que se muestren más adecuados a cada tipo de conflicto, desde la institución colegial o participada por el Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas.

En segundo lugar, nos referimos exclusivamente a los conflictos entre médicos y pacientes por supuesta mala práctica profesional asistencial.

Y por último, sabemos que los repetidos medios de solución cada vez son menos extrajudiciales, en el bien entendido de que “en los últimos años han perdido el sentido alternativo con el que se enfrentaban a los tribunales y se han integrado en éstos, actuando en ciertos sectores del ordenamiento jurídico de forma complementaria, cambiando su denominación por <<resolución adecuada de controversias>> (*Adequated Dispute Resolution*), pero no las siglas”¹¹ ADR.

¹⁰ Por todos, véase un reciente estudio panorámico en Sospedra Navas, F. J., *Mediación y arbitraje. Los sistemas alternativos de resolución de conflictos*, primera edición, Editorial Aranzadi, S. A., Cizur Menor (Navarra), 2014, páginas 37-149.

2.2. Los medios extrajudiciales de solución de conflictos médico-asistenciales en el ordenamiento jurídico español.

En el sector colegial médico, los medios extrajudiciales de solución de conflictos previstos y habilitados en el ordenamiento jurídico estatal, autonómico y corporativo son la conciliación, la mediación y el arbitraje.

2.2.1. La inadecuación de la habilitación normativa de la conciliación.

El artículo 5.m) de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales¹², establece entre sus funciones, en su correspondiente ámbito territorial, “intervenir, en vía de conciliación [...], en las cuestiones que, por motivos profesionales, se susciten entre los colegiados”, aunque no entre éstos y los pacientes.

En el mismo sentido, el artículo 19.k) de la Ley canaria 10/1990, de 23 de mayo, de Colegios Profesionales¹³.

Luego, sin previa modificación legal, no se adecúa, pues, la conciliación a la clase de controversias, entre médicos y pacientes, que es el objeto de este estudio.

¹¹ Gómez Colomer, J. L., “Medios de solución de conflictos jurídicos”, en Montero Aroca, J., Gómez Colomer, J. L. y Barona Vilar, S. (coordinadores), *Derecho jurisdiccional I. Parte general*, 22ª edición, Tirant lo Blanch, Valencia, 2014, página 44.

¹² Publicada en el BOE número 40, de 15 de febrero de 1974.

¹³ Publicada en el BOC número 66, de 28 de mayo, así como en el BOE número 144, de 16 de junio de 1990.

¹⁴ Cayón de las Cuevas, J., “Implantación de mecanismos de resolución extrajudicial de conflictos por mala praxis asistencial: ventajas y posibilidades de articulación jurídica”, *Revista de Administración Sanitaria*, 8 (I), 2010, páginas 184-185.

No obstante, en el seno de la Administración sanitaria, siguiendo a Joaquín Cayón de las Cuevas¹⁴, Jefe del Servicio de Asesoramiento Jurídico de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, “la conciliación, entendida como sistema meramente exploratorio y carente de eficacia vinculante, se ha articulado en el Derecho sanitario español a través de diversas figuras. En primer lugar, cabe hacer referencia a los servicios de atención al usuario, que cumplen una importante función informativa y asesora, tramitando, además, quejas y reclamaciones. [...] Junto a dichos servicios de naturaleza administrativa convive la figura del defensor del usuario o defensor del paciente, implantada en algunas Comunidades Autónomas¹⁵ y que cuenta con funciones de intermediación entre prestadores de servicios sanitarios y usuarios”.

2.2.2. La habilitación normativa de la mediación aplicada.

El artículo 5.º de la referida Ley 2/1974¹⁶ también establece entre las funciones colegiales “impulsar y desarrollar la mediación, [...] de conformidad con lo establecido en la legislación vigente”.

¹⁵ No así en la Comunidad canaria. La Ley 7/2001, de 31 de julio, regula hoy la institución del Diputado del Común, equivalente autonómico al Defensor del Pueblo estatal (BOC núm. 103, de 8 de agosto de 2001; así como BOE núm. 207, de 29 de agosto de 2001). No cuenta con funciones intermediadoras expresas. Consultado su portal electrónico, sí cuenta con un “canal temático” que concentra las áreas de trabajo “salud y sanidad pública”, con un encargado específico de la gestión de las correspondientes reclamaciones (véase en Diputado del Común. Parlamento de Canarias, La Palma, <http://www.diputado-delcomun.org/v6/canales/canal.php?id=SL>. Fecha de consulta: 18 de enero de 2015).

¹⁶ Dada nueva redacción por la disposición final primera de la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles, publicada en el BOE número 162, de 7 de julio. Corrección de errores en el BOE número 178, de 26 de julio de 2012.

¹⁷ Publicados en el BOC número 175, de 11 de septiembre de 2013.

La Ley canaria de Colegios Profesionales no hace ninguna previsión relativa a la mediación.

En aquella misma línea anterior, el artículo 4.i de los Estatutos del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas¹⁷ sí recoge entre sus fines “desempeñar funciones de mediación [...] como una vía alternativa a los tribunales de justicia para resolver cualquier controversia que le sea sometida tanto por personas físicas como jurídicas, en materias de su libre disposición”.

2.2.2.1. Libre disposición: El artículo 6 de la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

“Artículo 6. Voluntariedad y libre disposición. 1. La mediación es voluntaria. 2. Cuando exista un pacto por escrito que exprese el compromiso de someter a mediación las controversias surgidas o que puedan surgir, se deberá intentar el procedimiento pactado de buena fe, antes de acudir a la jurisdicción o a otra solución extrajudicial. Dicha cláusula surtirá estos efectos incluso cuando la controversia verse sobre la validez o existencia del contrato en el que conste. 3. Nadie está obligado a mantenerse en el procedimiento de mediación ni a concluir un acuerdo”.

Entendiendo que la voluntariedad se refiere a la opción subjetiva por la mediación, la libre disposición se refiere más al objeto, a qué es lo que se puede someter a mediación. Y esto la Ley no lo dice.

De acuerdo con la profesora Silvia Barona Vilar, “no son las materias sino los derechos y las obligaciones que se derivan de las relaciones jurídicas lo que puede ser de libre disposición para las partes”¹⁸.

¹⁸ Barona Vilar, S., Mediación en asuntos civiles y mercantiles en España, Tirant lo Blanch, Valencia, 2013, página 180.

“Es imprescindible que los derechos y obligaciones que sienten afectados los sujetos sean disponibles para las partes para poder acudir voluntariamente al instrumento de tutela extrajudicial [...]. Si bien reiterado ha sido también por nosotros que si es posible hacer referencia a la concurrencia de derechos es porque son disponibles. Si no lo fueren, no serían verdaderos derechos”¹⁹.

2.2.3. La habilitación normativa del arbitraje aplicado.

Tres son las previsiones que hace al respecto la meritada Ley 2/1974 sobre Colegios Profesionales, al regular en su artículo 5 las funciones colegiales: “[...] m) Intervenir, en vía de conciliación o arbitraje, en las cuestiones que, por motivos profesionales, se susciten entre los colegiados. n) Resolver por laudo, a instancia de las partes interesadas, las discrepancias que puedan surgir sobre el cumplimiento de las obligaciones dimanantes de los trabajos realizados por los colegiados en el ejercicio de la profesión. ñ) Impulsar y desarrollar la mediación, así como desempeñar funciones de arbitraje, nacional e internacional, de conformidad con lo establecido en la legislación vigente”.

Por su lado, la citada Ley canaria 10/1990 de Colegios Profesionales, en su artículo 19.k), parece referir también el arbitraje a las controversias entre colegiados, lo que, sin embargo, no empecería a la anterior habilitación básica estatal²⁰: “k) Intervenir, en vía de conciliación o arbitraje, en las cuestiones que puedan suscitarse entre los colegiados por motivos relacionados con la profesión”.

¹⁹ Ídem, página 178.

²⁰ Como se reconoce expresamente en el preámbulo de la Ley canaria: “[...] las normas básicas del Estado – necesariamente aplicables a los Colegios de Canarias y sobre las cuales el Parlamento Autónomo no se puede pronunciar [...]”.

Y por fin, el repetido artículo 4.i de los Estatutos del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas, que recoge las funciones arbitrales junto con las mediadoras: “i. Desempeñar funciones de mediación y arbitraje como una vía alternativa a los tribunales de justicia para resolver cualquier controversia que le sea sometida tanto por personas físicas como jurídicas, en materias de su libre disposición”.

Los preceptos contenidos en el artículo 1.1²¹ y 1.3²² de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje²³ dan cobertura legal, de forma genérica, a los arbitrajes especiales.

De conformidad con la profesora Raquel Bonachera Villegas²⁴, si “la especialidad del arbitraje puede venir en razón de la norma aplicable, de la materia sobre la que versa la controversia, o por el medio en que se difunde”, la especialidad del arbitraje médico, que no cuenta con una norma sectorial propia, vendría, pues, por la materia objeto de la controversia²⁵.

²¹ “Esta ley se aplicará a los arbitrajes cuyo lugar se halle dentro del territorio español, [...] sin perjuicio de lo establecido en [...] leyes que contengan disposiciones especiales sobre arbitraje”.

²² “Esta ley será de aplicación supletoria a los arbitrajes previstos en otras leyes”.

²³ Publicada en el BOE número 309, de 26 de diciembre de 2003. La Ley 11/2011, de 20 de mayo, de reforma de la anterior y de regulación del arbitraje institucional en la Administración General del Estado, a su vez, publicada en el BOE número 121, de 21 de mayo de 2011, no modifica lo referenciado.

²⁴ Bonachera Villegas, R., Los arbitrajes especiales, primera edición, Editorial Aranzadi, S. A., Cizur Menor (Navarra), 2010, página 31.

²⁵ Salvando, en su caso, la posibilidad del arbitraje médico electrónico. Si así fuera, sería especial también en razón del medio singular por el que se administraría.

2.2.3.1. Libre disposición: El artículo 2.1 de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.

“Artículo 2. Materias objeto de arbitraje. 1. Son susceptibles de arbitraje las controversias sobre materias de libre disposición conforme a Derecho”.

La Ley evita enunciar negativamente materias que no pueden ser objeto de arbitraje, como, sin embargo, sí hacía la derogada Ley 36/1988, de 5 de diciembre, de Arbitraje²⁶, que, también en su artículo 2, decía: “1. No podrán ser objeto de arbitraje: a) Las cuestiones sobre las que haya recaído resolución judicial firme y definitiva, salvo los aspectos derivados de su ejecución. b) Las materias inseparablemente unidas a otras sobre las que las partes no tengan poder de disposición. c) Las cuestiones en que, con arreglo a las leyes, deba intervenir el Ministerio Fiscal en representación y defensa de quienes, por carecer de capacidad de obrar o de representación legal, no pueden actuar por sí mismos. 2. Quedan excluidos del ámbito de aplicación de la presente Ley los arbitrajes laborales”.

Los motivos de la actual enunciación exclusivamente positiva los encontramos en el expositivo II de la vigente Ley 60/2003: “El artículo 2 regula las materias objeto de arbitraje sobre la base del criterio de la libre disposición, como hacía la Ley 36/1988. Sin embargo, se reputa innecesario que esta ley contenga ningún elenco, siquiera ejemplificativo, de materias que no son de libre disposición. Basta con establecer que la arbitrabilidad de una controversia coincide con la disponibilidad de su objeto para las partes. En principio, son cuestiones arbitrables las cuestiones disponibles. Es concebible que por razones de política jurídica haya o pueda haber cuestiones que sean disponibles para las partes y respecto de las que se quiera excluir o limitar su carácter arbitrable. Pero ello excede del ámbito de una regulación general del arbitraje y

²⁶ BOE número 293, de 7 de diciembre de 1988.

puede ser objeto, en su caso, de disposiciones específicas en otros textos legales”.

2.2.3.1.1. La materia penal.

Siguiendo al profesor Manuel Olivencia Ruiz, “el casuismo de las materias arbitrables o no arbitrables no puede ser objeto de análisis exhaustivo y resulta contrario al criterio seguido por el legislador. Cabe, no obstante, plantearse algunas cuestiones”²⁷, como ésta.

Por supuesto, “la materia penal, indisponible, no puede ser objeto de arbitraje”²⁸. No obstante, a semejanza de lo establecido en el número 6.a) de la disposición adicional única de la ya referenciada Ley 11/2011, de 20 de mayo²⁹, de regulación del arbitraje institucional para las controversias jurídicas en la Administración General del Estado y sus organismos públicos, las cuestiones relativas al ejercicio de las acciones civiles derivadas de delitos (verbigracia, las acciones de reclamación de la responsabilidad civil profesional del médico derivada de delito) sí pueden serlo.

2.2.3.1.2. La materia administrativa.

“En realidad - mantiene la profesora Marta García Pérez -, tras la parquedad de la regulación late un principio favorecedor del arbitraje [...]”³⁰, en consonancia con la facultad de los liti-

²⁷ Olivencia Ruiz, M., “Artículo 2. Materias objeto de arbitraje”, en González Soria, J. (coordinador), *Comentarios a la nueva Ley de Arbitraje. Ley 60/2003, de 23 de diciembre*, segunda edición, Editorial Aranzadi, S. A., Cizur Menor (Navarra), 2011, página 59.

²⁸ Ídem, página 61.

²⁹ “Este procedimiento de resolución de controversias no se aplicará: a) A cuestiones de naturaleza penal, pero sí a las relativas al ejercicio de las acciones civiles derivadas de delitos o faltas”.

gantes para someterse a mediación o arbitraje que el artículo 19.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil³¹ les reconoce, “excepto cuando la ley lo prohíba o establezca limitaciones por razones de interés general o en beneficio de tercero”.

“La premisa clásica de que las potestades administrativas no son susceptibles de transacción (MAYER) ha llevado a un sector doctrinal a negar, desde un punto de vista dogmático, el arbitraje sobre controversias jurídico-públicas [...].

“Pese a la fuerza argumental de estas posiciones negacionistas, la doctrina ha orientado mayoritariamente sus esfuerzos a reconducir el arbitraje a terrenos poco dudosos en los que pueda hablarse de *disponibilidad de las partes sobre la materia controvertida* [...].

“Desde una perspectiva metodológica, la aproximación al concepto de disponibilidad se ha producido de tres formas diferentes:

a) Para algunos autores, es necesario encontrar un criterio general que permita definir el ámbito de acción de la Administración Pública en el que puede utilizarse la técnica arbitral. En su búsqueda, la cuestión termina reconduciéndose a determinar qué materias son *indisponibles* [...].

b) Desde una posición más pragmática, la mayoría de la doctrina³² [...] ha optado por determinar qué ámbitos concretos de la actuación administrativa son susceptibles de arbitraje [...].

³⁰ García Pérez, M., *Arbitraje y Derecho Administrativo*, primera edición, Editorial Aranzadi, S. A., Cizur Menor (Navarra), 2011, página 43.

³¹ BOE número 7, de 8 de enero; corrección de errores en el número 90, de 14 de abril de 2000.

³² Donde parece situarse la autora.

c) No faltan casos en que se renuncia conscientemente a delimitar el ámbito material del arbitraje [...].

Se trata, en definitiva, de aceptar como principio general que cabe el arbitraje cuando el conflicto verse sobre materias disponibles y dejar que sean los jueces y magistrados de lo contencioso-administrativo los que, en último caso, puedan discutir el carácter disponible de la materia controvertida a propósito de una eventual acción de anulación contra el laudo [...], fórmula que resulta familiar en el ámbito jurídico-público porque ha sido la escogida por el legislador para determinar la posible terminación convencional de los procedimientos administrativos³³ “. ³⁴

Tanto los que se aproximan al concepto de *disponibilidad* de manera negativa, intentando delimitar las materias indisponibles, como quienes lo hacen positivamente, delimitando las efectivamente disponibles, en definitiva, vienen a coincidir en afirmar, frente a los minoritarios negacionistas, la prudencial posibilidad del arbitraje en el Derecho Administrativo.³⁵

³³ Lo ha sido en el caso del artículo 88.1 de la derogada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (BOE número 285, de 27 de noviembre de 1992), y lo continuará siendo en el caso del 86.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (BOE número 236, de 2 de octubre de 2015), cuando entre en vigor el próximo día 2 de octubre de 2016: “Las Administraciones Públicas podrán celebrar acuerdos, pactos, convenios o contratos con personas tanto de Derecho público como privado, siempre que no sean contrarios al ordenamiento jurídico ni versen sobre materias no susceptibles de transacción y tengan por objeto satisfacer el interés público que tienen encomendado, con el alcance, efectos y régimen jurídico específico que, en su caso, prevea la disposición que lo regule, pudiendo tales actos tener la consideración de finalizadores de los procedimientos administrativos o insertarse en los mismos con carácter previo, vinculante o no, a la resolución que les ponga fin”.

³⁴ García Pérez, M., *Arbitraje y Derecho Administrativo*, *op. cit.*, páginas 45-47.

³⁵ En el mismo sentido, véase Cayón de las Cuevas, J., “Implantación de mecanismos de resolución extrajudicial de conflictos...”, *op. cit.*, página 196.

“Las determinaciones de cantidad, por ejemplo, son actuaciones unilaterales sobre las que viene aceptándose casi de modo unánime”.²⁷

“Se acepta el uso de la técnica arbitral en *controversias que versen sobre determinaciones de cantidad* en el seno, por ejemplo, de reclamaciones derivadas de procedimientos [...] de responsabilidad patrimonial”²⁸, como sucede en caso de desacuerdo entre la Administración sanitaria y el paciente.

2.3. La habilitación normativa de los Colegios Profesionales como instituciones de mediación y arbitraje.

El artículo 5.1 de la Ley 5/2012, de mediación en asuntos civiles y mercantiles, habilita a los Colegios Profesionales, Corporaciones de Derecho público²⁹, como instituciones de mediación: “Tienen la consideración de instituciones de mediación [...] las Corporaciones de Derecho público que tengan entre sus fines el impulso de la mediación [...]. Si entre sus fines figurase también el arbitraje, adoptarán las medidas para asegurar la separación entre ambas actividades”.

Y por otro lado, el artículo 14.1.a) de la Ley 60/2003, de Arbitraje: “Las partes podrán encomendar la administración del arbitraje y la designación de árbitros a: a) Corporaciones de Derecho público [...] que puedan desempeñar funciones arbitrales, según sus normas reguladoras”.

²⁷ Ídem, página 47.

²⁸ Ídem, página 53.

²⁹ Véase el artículo 1.1 de la Ley 2/1974 sobre Colegios Profesionales.

2.4. La determinación previa de las cuantías indemnizatorias como impulso a la solución extrajudicial de estos conflictos. El denominado *baremo sanitario*.

Es conocida la usual aplicación analógica a la responsabilidad civil sanitaria del llamado *baremo de tráfico*⁰¹, una vez que no existe el específico.

Recuerda la Sala Primera del Tribunal Supremo <<[...] que tales baremos “han sido configurados para un específico sector de la responsabilidad civil dotado de peculiaridades⁰² tan propias como ajenas al caso enjuiciado”, y que “el Tribunal Constitucional, en sentencia de 29 de junio de 2000, declaró el carácter vinculante del sistema, pero única y exclusivamente en el ámbito propio de la circulación de vehículos de motor”, siendo consecuencia de ello que el baremo, sin ser vinculante, sí pueda ser uno de los criterios de referencia para los jueces y tribunales de instancia [...] en otros ámbitos de la responsabilidad civil>>.⁰³

Este estado de cosas, ciertamente, no coadyuva al tanto de seguridad jurídica que, sin duda, facilitaría la prosperidad, por uno u otro medio, de las transacciones extrajudiciales. Y al con-

⁰¹ Anexo a la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, cuyo texto refundido se aprobó por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre (BOE núm. 267, de 5 de noviembre de 2004), texto, a su vez, modificado por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (BOE núm. 228, de 23 de septiembre de 2015).

⁰² “Así, la alta siniestralidad, la naturaleza de los daños ocasionados y su relativa homogeneidad, el aseguramiento obligatorio del riesgo, la creación de fondos de garantía supervisados por la Administración (Consortio de Compensación de Seguros), y, en fin, la tendencia a la unidad normativa de los distintos ordenamientos de los Estados miembros de la Unión Europea” (véase en el fundamento de Derecho cuarto, *in fine*, de la sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo núm. 597/2003, de 20 de junio, dictada en el recurso núm. 3294/1997).

⁰³ Véase, por todas, esta sentencia del Tribunal Supremo, Sala Primera, número 724/2008, de 17 de julio, recurso número 39/2002.

trario, la determinación previa, por aquél a quien compete, de las cuantías indemnizatorias correspondientes a los diferentes daños de naturaleza estrictamente sanitaria, propiciaría las soluciones no jurisdiccionales. Entre otras razones, porque la certeza jurídica permitiría al eventual pagador, esto es, la aseguradora de la responsabilidad civil del profesional usualmente⁴², responsable directa, ajustar sus correspondientes previsiones y provisiones, lo que, a su vez, terminaría redundando en el ajuste de las primas de aseguramiento de los profesionales, y reaseguramiento de las propias entidades aseguradoras. Al tiempo, los pacientes tomarían conocimiento cierto de la exacta trascendencia económica de sus derechos acreedores.

Así las cosas, sin ser la única alternativa posible al efecto⁴³, el *baremo sanitario* va camino de imponerse en España.

⁴² El artículo 46 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003) establece que “los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios, vienen obligados a suscribir el oportuno seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios”.

Y los profesionales que ejercen en el ámbito público, si bien no están obligados por ley, usualmente también lo suscriben, para asegurar el riesgo cierto que supone la exigencia de regreso o repetición requerida hasta ahora por el artículo 145.2 de la derogada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desde su redacción dada por el artículo 1 de la Ley 4/1999, de 13 de enero, de modificación de la anterior (BOE núm. 12, de 14 de enero de 1999; corrección de errores en el núm. 30, de 4 de febrero), así como, cuando finalmente entre en vigor el próximo día 2 de octubre de 2016, requerida igualmente por el artículo 36.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (BOE núm. 236, de 2 de octubre de 2015).

⁴³ Jaume Bofill i Soliguer, Director Gerente del Bufete *Law & Medicine*, presentó al XIII Congreso Nacional de Derecho Sanitario, que tuvo lugar en Madrid en octubre de 2006, la comunicación libre “Cálculo de indemnizaciones por daños personales mediante un índice que combina esperanza y calidad de vida”, sistema que refiere haber utilizado en la jurisdicción laboral satisfactoriamente, aunque también incipientemente, haciendo “falta un estudio piloto con un número de peritados significativo para valorar adecuadamente beneficios y desventajas”.

“El *Qaly* (*Quality-Adjusted Life-Year*) es un medidor internacionalmente aceptado y de uso generalizado en el sector sanitario.

Julio Sánchez Fierro, abogado miembro del Consejo Asesor de Sanidad, presentó al XXI Congreso Nacional de Derecho Sanitario, que tuvo lugar en Madrid en octubre⁴⁴ de 2014, su ponencia “El baremo sanitario: razones que lo hacen necesario”.

Informó de que la propuesta de baremo del Consejo Asesor ya fue elevada a la consideración del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. La propuesta parte de la información estadística disponible, que señala que más del setenta por ciento de las secuelas indemnizables se concentran en siete especialidades médicas, prácticamente las mismas tanto en el sector público como en el privado.

El *baremo sanitario* propuesto es complementario del contrastado *baremo de tráfico*, en el sentido de que se le incorporan supuestos no contemplados o se matizan ciertos otros. Tendría carácter orientativo.

Por fin, la disposición adicional tercera de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación⁴⁵ incorpora la previsión regulatoria siguiente: “El sistema de valoración regulado en esta Ley servirá como referencia para una futura regulación del baremo indemnizatorio de los

Puntuación un año de esperanza de vida con una calidad óptima en su valor máximo, que es la unidad: 1. Si la calidad de vida no se prevé ajustada a la perfección, se establecerá un decimal entre 0 y 1, según el valor que los predictores de calidad de vida arrojen para el paciente en cuestión. La muerte obtiene el valor 0.

Para el estudio de la calidad de vida, usaremos una tabla que mide el bienestar general diseñada para el cálculo del *Qaly*. Analiza las funciones de la vista, audición, conversación, movilidad, destreza, función cognitiva, estado de ánimo y dolor.

Calculamos el *Qaly* del siniestrado antes y después del accidente (estabilizadas ya las secuelas). Al *Qaly* actual le restamos el *Qaly* anterior y nos da el *Qaly* a indemnizar” (*sic*).

⁴⁴ Su ponencia fue dada exactamente el día 17 de octubre de 2014.

daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria”.

En cualquier caso, no se advierte ningún inconveniente jurídico para que la misma institución administradora del arbitraje y/o mediación disponga de su propio baremo indemnizatorio.

⁴⁵ BOE número 228, de 23 de septiembre de 2015.

CAPÍTULO 3

Derecho comparado

3. DERECHO COMPARADO.

3.1. Derecho internacional.

3.1.1. El modelo originario⁴⁶: Los procedimientos de resolución alternativa de disputas (ADR) en los Estados Unidos de América.

3.1.1.1. Caracteres generales.

Según el portal electrónico del Centro Judicial⁴⁷, que es el centro de investigación y formación del sistema judicial federal de los Estados Unidos, la Ley de Resolución Alternativa de Disputas (*Alternative Dispute Resolution Act*), de 1998, requiere que cada tribunal federal de distrito (tribunal de primera instancia) facilite al menos una forma de ADR a los litigantes en casos civiles. Los ADR están disponibles también para algunos *tribunales de quiebras* (tribunales mercantiles) y para todos los tribunales de apelación. Materias, pues, civiles y mercantiles, que incluyen las sanitarias.

Que un caso sea o no conocido a través de un procedimiento de resolución alternativa depende del tribunal donde se siga. En algunos tribunales, la decisión se deja a la voluntad de las partes; mientras que en otros, está previsto legalmente que así sea. En la mayoría de los tribunales, los jueces tienen la facultad para exigirlo; siendo unos más propensos a hacerlo que otros.

La mayor parte de los procedimientos de ADR se lleva a cabo por profesionales del sector privado, por lo general, abogados. No obstante, unos pocos tribunales de distrito y la mayoría de los de apelación emplean mediadores de plantilla.

⁴⁶ Un estudio evolutivo histórico véase en Barona Vilar, S., *Mediación en asuntos civiles y mercantiles en España*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2013, páginas 31-53.

⁴⁷ *Federal Judicial Center*, Estados Unidos, <http://www.fjc.gov/public/home.nsf> (fecha de consulta: 5 de noviembre de 2015).

En los tribunales federales, ninguno de estos procedimientos es vinculante, es decir, las partes no resultan obligadas por el acuerdo o decisión propuesta, a menos que acepten obligarse.

3.1.1.2. Procedimientos.

Los procedimientos utilizados para resolver alternativamente las disputas en los tribunales federales pueden incluir solo algunos o todos los siguientes: la mediación, el arbitraje, la denominada *Evaluación Temprana Neutral (Early Neutral Evaluation)*, juicio sumario con o sin jurado, y la llamada *Semana de la Transacción (Settlement Week)*.

3.1.1.2.1. La Evaluación Temprana Neutral (Early Neutral Evaluation).

En este procedimiento previo e informal, cada parte presenta su versión del caso a un evaluador neutral, un abogado imparcial con experiencia en la materia objeto de la controversia. Luego, éste les entrega una evaluación no vinculante sobre el fondo o sobre el valor de la cuestión controvertida.

Además, si las partes lo desean, el evaluador también puede ayudarles a preparar sus proposiciones de prueba o puede ayudarles en las negociaciones transaccionales.

3.1.1.2.2. Juicio sumario con o sin jurado.

En estos procedimientos formales, los abogados de las partes presentan resumidamente sus argumentos, sin testigos; en un juicio con jurado, ante el jurado, y en un juicio sin jurado, el resumen del caso se presenta ante un juez. Después de la presentación, el jurado o el juez entrega un pronunciamiento consultivo no vinculante, que las partes pueden optar por aceptar, rechazar o utilizar como base para sus negociaciones.

3.1.1.2.3. *Semana de la Transacción (Settlement Week)*.

En una típica *Semana de la Transacción*, un tribunal suspende la actividad judicial normal y, con la asistencia de mediadores voluntarios, remite numerosos casos ya listos para juicio a las sesiones de mediación celebradas en la propia sede del tribunal. Los casos no resueltos durante la *Semana* se le devuelven para intentar otros procedimientos previos al juicio o de prueba, en su caso.

3.1.2. Modelo latino: Modelo mexicano de arbitraje médico.

3.1.2.1. Caracteres y estructura general. El Consejo Mexicano de Arbitraje Médico.

“Para una adecuada operación del modelo arbitral que se propone, se debe contemplar su institucionalización, con atribuciones para atender todos los asuntos que se presenten en los ámbitos público, social y privado; con servicios gratuitos, o bien que no representen un costo directo para los usuarios, ya que éste es cubierto de manera indirecta por la ciudadanía al pagar sus impuestos y contribuciones”.⁴⁸

<<Las comisiones de arbitraje médico han surgido en el país como organizaciones gubernamentales prestadoras de un servicio público considerado prioritario, por lo que su creación ha adoptado diferentes modalidades. A la fecha, se han creado 23 comisiones de arbitraje médico, incluyendo la nacional, de las cuales 9 son organismos descentralizados y 14 órganos desconcentrados [...].

⁴⁸ Comisión Nacional de Arbitraje Médico, *Modelo Mexicano de Arbitraje Médico*, primera edición, México, D. F., 2003, página 34. Disponible en www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7339.pdf (fecha de consulta: 11 de enero de 2015).

>>La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal - artículo 17 -establece que las Secretarías de Estado “podrán contar con órganos administrativos desconcentrados que les estarán jerárquicamente subordinados y tendrán facultades específicas para resolver sobre la materia y dentro del ámbito territorial que se determine en cada caso, de conformidad con las disposiciones legales aplicables” [...].

>>Por otro lado, la mencionada ley - artículo 45 - señala que “son organismos descentralizados las entidades creadas por ley o decreto del Congreso de la Unión o por decreto del Ejecutivo Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, cualquiera que sea la estructura legal que adopten”>>.⁴⁹

“Ante este panorama, fue preciso establecer el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, como instancia de coordinación de acciones de las instituciones públicas que aplican el modelo de arbitraje médico en México, a fin de promover actividades conjuntas que permitan mejorar la práctica de la medicina y elevar la calidad de la atención que se brinda a la ciudadanía en los ámbitos federal y estatal, así como ubicar a la *CONAMED* como el centro nacional de referencia”.⁵⁰

3.1.2.2. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (*CONAMED*).

Según los datos de la propia Comisión federal,⁵¹ el setenta por ciento de los asuntos es solucionado por medio de la *amigable composición*, por la que el *componedor o arbitrador*, des-

⁴⁹ Ídem, páginas 85-86.

⁵⁰ Ídem, páginas 10-11.

⁵¹ Ídem, página 30.

pués del análisis especializado del asunto, propone a las partes vías de arreglo, que, de ser aceptadas, originan la suscripción de un instrumento (convenio o contrato de transacción) por virtud del cual, haciéndose aquéllas recíprocas concesiones, ponen fin a su controversia. Los instrumentos transaccionales tienen entonces efectos de cosa juzgada.

Los restantes asuntos son objeto de arbitraje, *en estricto derecho y en conciencia*.

3.1.2.3. Un ejemplo de comisión estatal: Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (CCAMEM).

3.1.2.3.1. Antecedentes.

“El Ejecutivo Estatal creó la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México el 12 de febrero de 1998, como un órgano desconcentrado del Instituto de Salud del Estado de México, dotado de autonomía técnica y administrativa para que emita opiniones, acuerdos y laudos y para que actúe conforme a sus atribuciones, con imparcialidad, confidencialidad, justicia, buena fe, economía procesal y gratuidad, siendo un elemento de cooperación con los órganos internos de las instituciones públicas del sector salud, instrumentando medidas para trabajar conjuntamente con los Colegios, Academias, comités de ética médica tanto de instituciones públicas como privadas, y coadyuvando con las instituciones de procuración y administración de justicia tutelando el derecho a la salud [...].

“A partir del 13 de julio del 2002, mediante la expedición del Código Administrativo del Estado de México, publicado en la Gaceta de Gobierno el 13 de diciembre de 2001, esta institución cambia su denominación y naturaleza jurídica, quedando como Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, Organismo Público Descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto a (sic) contribuir a la solución de los conflictos

suscitados entre los usuarios y prestadores de servicios médicos”.⁵²

3.1.2.3.2. Funcionamiento.

3.1.2.3.2.1. Procedencia o improcedencia.

“La queja es recibida por un médico y un abogado, lo que asegura que los hechos planteados por el quejoso sean valorados de manera integral, a la vez que permite entender cabalmente los aspectos específicos de la atención brindada y no solo las posibles consecuencias jurídicas del acto médico.

Si del análisis de la información y de los documentos presentados por el usuario se determina la procedencia de la queja, se le notifica al prestador del servicio los términos de la inconformidad y se le solicita que rinda un informe al respecto.

En caso contrario, se explica al quejoso las razones por las que no se considera procedente el motivo y se constituye el asunto [...].

3.1.2.3.2.2. Conciliación previa.

“Los servidores públicos de la Comisión evalúan la queja y el informe bajo una estricta confidencialidad y determinan la existencia o no de posibles irregularidades en la prestación del servicio.

Posteriormente, se convoca al médico y al usuario del servicio a una audiencia de conciliación,

⁵² Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de México, *Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico*, México, <http://salud.edomexico.gob.mx/ccamem/antecedentes.htm> (fecha de consulta: 25 de octubre de 2015).

en donde los consultores (un médico y un abogado) les presentan alternativas viables para que resuelvan su controversia en la Comisión, sin necesidad de acudir a los Tribunales del Estado para enfrentar un juicio que, además de ser costoso, por lo general se resuelve en un lapso prolongado.

Si ambos acceden a terminar la disputa mediante la conciliación, se firma el convenio correspondiente, en el que tanto el médico como el paciente se comprometen a cumplir los compromisos pactados, de tal manera que el usuario, al darse por satisfecho en sus pretensiones, no se reserva ninguna acción legal en contra del médico [...].

3.1.2.3.2.3. Arbitraje.

“Si alguna de las partes no accede a la conciliación, se les propone que la Comisión funja como árbitro, de tal manera que dejen a cargo de la Comisión la resolución de su controversia mediante la emisión de un acuerdo o laudo.

El arbitraje es, en realidad, un juicio, con la diferencia de que no se lleva ante los tribunales. Adicionalmente, se tiene la ventaja de que el conflicto lo va a conocer y resolver personal especializado. Si durante el procedimiento las partes convienen en alguna solución, se dará término a la controversia.

En caso de que las partes tampoco accedan a someterse al arbitraje de la Comisión, se dejan a salvo sus derechos para que los hagan valer ante las instancias jurisdiccionales competentes”.⁵³

⁵³ Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de México, *Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico*, México, <http://salud.edomexico.gob.mx/ccamem/atencionmedicos.htm> (fecha de consulta: 25 de octubre de 2015).

3.2. Derecho europeo.

3.2.1. La Directiva comunitaria de mediación.

Es la 2008/52/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo, sobre ciertos aspectos de la mediación en asuntos civiles y ⁵⁴, incorporada al Derecho español por la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles⁵⁵.

Se trata de una Directiva de mínimos. De hecho, la regulación española “va más allá del contenido de esta norma de la Unión Europea”, como se lee en el número II del preámbulo de nuestra repetida Ley 5/2012.

Su objetivo “es facilitar el acceso a modalidades alternativas de solución de conflictos y fomentar la resolución amistosa de litigios promoviendo el uso de la mediación y asegurando una relación equilibrada entre la mediación y el proceso judicial”⁵⁶, considerando⁵⁷ que “la mediación puede dar una solución extrajudicial económica y rápida [...], mediante procedimientos adaptados a las necesidades de las partes”, siendo “más probable que los acuerdos resultantes [...] se cumplan voluntariamente y también que preserven una relación amistosa y viable entre las partes”.

⁵⁴ Diario Oficial de la Unión Europea 136/2008, de 24 de mayo.

⁵⁵ BOE 162/2012, de 7 de julio; corrección de errores en el número 178, de 26 de julio de 2012.

⁵⁶ Véase su artículo 1.1.

⁵⁷ Véase el considerando número 6.

3.2.2. Los procedimientos *ADR* comunitarios en materia de consumo.

3.2.2.1. La Directiva 2013/11/UE.

Directiva 2013/11/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo, relativa a la resolución alternativa de litigios en materia de consumo y por la que se modifica el Reglamento (CE) número 2006/2004 y la Directiva 2009/22/CE.⁵⁸

Su objetivo “es contribuir, a través de un alto nivel de protección del consumidor, al buen funcionamiento del mercado interior, garantizando que los consumidores puedan, si así lo desean, presentar reclamaciones contra los comerciantes ante entidades que ofrezcan procedimientos de resolución alternativa de litigios (en lo sucesivo, «procedimientos de resolución alternativa») que sean independientes, imparciales, transparentes, efectivos, rápidos y justos. La presente Directiva se entenderá sin perjuicio de la obligatoriedad de participar en este tipo de procedimientos prescrita en la legislación nacional, siempre que ésta no impida a las partes ejercer su derecho de acceso al sistema judicial”.⁵⁹

Esta Directiva no afecta a la anterior de mediación.

⁵⁸ Diario Oficial de la Unión Europea 165/2013, de 18 de junio de 2013; corrección de errores en el número 348, de 4 de diciembre de 2014.

El texto del Anteproyecto de Ley española de Resolución Alternativa de Conflictos de Consumo está sometido actualmente a fase de consulta, según el portal de la transparencia del Gobierno de España (Gobierno de España, *Anteproyecto de Ley de Resolución Alternativa de Conflictos de Consumo*, Madrid, <http://transparencia.gob.es/en/buscar/contenido/normaelaboracion/NormaEV30L0-20151501>. Fecha de consulta: 29 de octubre de 2015).

El Consejo Económico y Social de España aprobó, con salvedades, el correspondiente dictamen, número 5 de 2015, en la sesión extraordinaria del Pleno del 13 de mayo de 2015 (Consejo Económico y Social de España, *Dictamen sobre el Anteproyecto de Ley de Resolución Alternativa de Conflictos de Consumo*, Madrid, <http://www.ces.es/documents/10180/2394234/Dic052015.pdf>. Fecha de consulta: 29 de octubre de 2015).

⁵⁹ Véase su artículo 1.

3.2.2.2. El Reglamento (UE) número 524/2013.

Reglamento (UE) número 524/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo, sobre resolución de litigios en línea en materia de consumo y por el que se modifica el Reglamento (CE) número 2006/2004 y la Directiva 2009/22/CE.⁶⁰

Complementario de la Directiva 2013/11/UE, su objetivo es contribuir al correcto funcionamiento digital del mercado interior, “proporcionando una plataforma europea de resolución de litigios en línea que facilite la resolución extrajudicial de litigios entre consumidores y comerciantes en línea de forma independiente, imparcial, transparente, eficaz y equitativa”.⁶¹

3.2.3. Tendencia expansiva.

Se constata, pues, una tendencia expansiva comunitaria de los procedimientos de resolución alternativa de disputas en los ámbitos civil y mercantil, especialmente intensa en materia de consumo, en última instancia, con vistas a facilitar y mejorar el acceso a la justicia, como principio fundamental, en la línea marcada por el Consejo Europeo, en su reunión de Tampere de 15 y 16 de octubre de 1999, cuando “instó a los Estados miembros a que instauraran procedimientos alternativos de carácter extrajudicial”⁶².

⁶⁰ Diario Oficial de la Unión Europea 165/2013, de 18 de junio.

⁶¹ Su artículo 1.

⁶² Véase el considerando número 2 de la Directiva 2008/52/CE.

3.3. Derecho interno.

3.3.1. Introducción.

El objetivo ahora es contrastar las eventuales experiencias desarrolladas en los demás Colegios de Médicos de España, para asimilar de ellas lo prudentemente asimilable e incorporarlo a nuestras propuestas.

3.3.2. Derecho corporativo comparado.

3.3.2.1. Método de la comparación.

Al efecto, la revisión de los portales electrónicos de todos y cada uno de los otros cincuenta y un Colegios Oficiales de Médicos de España, además del de Las Palmas, todos de ámbito provincial, siguiendo los correspondientes enlaces desde el portal de su Consejo General⁶³, http://www.cgcom.es/colegios_mapa, buscando si disponen o participan de algún mecanismo para resolver los conflictos asistenciales objeto de estudio, más allá de sus órganos internos de garantías deontológicas; búsqueda realizada con arreglo a los siguientes tres criterios, que son: “conciliación”, “mediación” y “arbitraje”.

3.3.2.2. Revisión.

Aplicando los anteriores criterios de búsqueda en los correspondientes portales electrónicos enlazados, resultó que, a la sazón, no disponen ni participan de ningún mecanismo extrajudicial, y si se nos permite, *extradeontológico*, de resolución de aquéllos conflictos los siguientes

Colegios profesionales, por orden alfabético: el Colexio Oficial de Médicos da Coruña⁶⁴, de Álava⁶⁵, Albacete⁶⁶, Alicante⁶⁷, Almería⁶⁸, Asturias⁶⁹, Ávila⁷⁰, Badajoz⁷¹, Barcelona⁷², Burgos⁷³, Cáceres⁷⁴, Cádiz⁷⁵, Cantabria⁷⁶, Castellón⁷⁷, Ceuta⁷⁸, Ciudad Real⁷⁹, Córdoba⁸⁰, Cuenca⁸¹, Gi-

⁶⁵ Colegio Oficial de Médicos de Álava, Álava, <http://www.icoma.eu> (fecha de consulta: 30 de septiembre de 2015).

⁶⁶ Colegio Oficial de Médicos de Albacete, Albacete, <http://www.comalbacete.net> (fecha de consulta: 29 de septiembre de 2015).

⁶⁷ Colegio Oficial de Médicos de Alicante, Alicante, <http://www.coma.es> (fecha de consulta: 29 de septiembre de 2015).

⁶⁸ Colegio Oficial de Médicos de Almería, Almería, <http://www.comalmeria.es> (fecha de consulta: 30 de septiembre de 2015).

⁶⁹ Colegio Oficial de Médicos de Asturias, Asturias, <http://www.comast.es> (fecha de consulta: 30 de septiembre de 2015).

⁷⁰ Colegio Oficial de Médicos de Ávila, Ávila, <http://www.icomav.es> (fecha de consulta: 1 de octubre de 2015).

⁷¹ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Badajoz, Badajoz, <http://www.combadajoz.com> (fecha de consulta: 1 de octubre de 2015).

⁷² Col.legi Oficial de Metges de Barcelona, Barcelona, <http://www.comb.cat> (fecha de consulta: 3 de octubre de 2015).

⁷³ Colegio Oficial de Médicos de Burgos, Burgos, <http://www.combu.es> (fecha de consulta: 4 de octubre de 2015).

⁷⁴ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres, Cáceres, <http://www.comeca.org> (fecha de consulta: 4 de octubre de 2015).

⁷⁵ Excelentísimo Colegio Oficial de Médicos de Cádiz, Cádiz, <http://www.comcadiz.es> (fecha de consulta: 4 de octubre de 2015).

⁷⁶ Colegio Oficial de Médicos de Cantabria, Cantabria, <http://www.comcantabria.es> (fecha de consulta: 6 de octubre de 2015).

⁷⁷ Colegio Oficial de Médicos de Castellón, Castellón, <http://www.comcas.es> (fecha de consulta: 6 de octubre de 2015).

⁷⁸ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Ceuta, Ceuta, <http://www.comceuta.es> (fecha de consulta: 6 de octubre de 2015).

⁷⁹ Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real, Ciudad Real, <http://www.comciudadreal.org> (fecha de consulta: 6 de octubre de 2015).

⁶³ El artículo 4.4 de la Ley 2/1974 sobre Colegios Profesionales dice que “cuando estén constituidos varios Colegios de la misma profesión de ámbito inferior al nacional existirá un Consejo General cuya naturaleza y funciones se precisan en el artículo 9”.

⁶⁴ Colexio Oficial de Médicos da Coruña, A Coruña, <http://www.comc.es> (fecha de consulta: 29 de septiembre de 2015).

puzkoa⁸², Girona⁸³, Granada⁸⁴, Guadalajara⁸⁵, Huelva⁸⁶, Huesca⁸⁷, Jaén⁸⁸, León⁸⁹, Lleida⁹⁰, Lugo⁹¹, Málaga⁹², Melilla⁹³, Murcia⁹⁴, Navarra⁹⁵, Palencia⁹⁶, Pontevedra⁹⁷, La Rioja⁹⁸, Salamanca⁹⁹,

Santa Cruz de Tenerife¹⁰⁰, Segovia¹⁰¹, Sevilla¹⁰², Soria¹⁰³, Tarragona¹⁰⁴, Teruel¹⁰⁵, Toledo¹⁰⁶, Valencia¹⁰⁷, Valladolid¹⁰⁸, Zamora¹⁰⁹ y Zaragoza¹¹⁰.

⁸⁰ Colegio Oficial de Médicos de Córdoba, Córdoba, <http://www.comcordoba.com> (fecha de consulta: 7 de octubre de 2015).

⁸¹ Colegio Oficial de Médicos de Cuenca, Cuenca, <http://www.comcuenca.es> (fecha de consulta: 7 de octubre de 2015).

⁸² Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa, Gipuzkoa, <http://www.gisep.org> (fecha de consulta: 7 de octubre de 2015).

⁸³ Col.legi Oficial de Metges de Girona, Girona, <http://www.comg.cat> (fecha de consulta: 7 de octubre de 2015).

⁸⁴ Colegio Oficial de Médicos de Granada, Granada, <http://www.comgranada.com> (fecha de consulta: 7 de octubre de 2015).

⁸⁵ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara, Guadalajara, <http://www.comguada.org> (fecha de consulta: 7 de octubre de 2015).

⁸⁶ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Huelva, Huelva, <http://www.comhuelva.com> (fecha de consulta: 8 de octubre de 2015).

⁸⁷ Colegio Oficial de Médicos de Huesca, Huesca, <http://www.comhuesca.es> (fecha de consulta: 8 de octubre de 2015).

⁸⁸ Colegio Oficial de Médicos de Jaén, Jaén, <http://www.colmedjaen.es> (fecha de consulta: 8 de octubre de 2015).

⁸⁹ Colegio Oficial de Médicos de León, León, <http://www.colegiomedicosleon.es> (fecha de consulta: 8 de octubre de 2015).

⁹⁰ Col.legi Oficial de Metges de Lleida, Lleida, <http://www.comll.cat> (fecha de consulta: 8 de octubre de 2015).

⁹¹ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Lugo, Lugo, <http://www.comlugo.org> (fecha de consulta: 8 de octubre de 2015).

⁹² Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Málaga, Málaga, <http://www.commalaga.com> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

⁹³ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Melilla, Melilla, <http://www.commelilla.es> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

⁹⁴ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia, Murcia, <http://www.commurcia.es> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

⁹⁵ Colegio Oficial de Médicos de Navarra, Navarra, <http://www.medena.es> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

⁹⁶ Colegio Oficial de Médicos de Palencia, Palencia, <http://www.compalencia.org> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

⁹⁷ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Pontevedra, Pontevedra, <http://www.cmpont.es> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

⁹⁸ Colegio Oficial de Médicos de La Rioja, La Rioja, <http://www.medicosrioja.com> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

⁹⁹ Colegio Oficial de Médicos de Salamanca, Salamanca, <http://www.comsalamanca.es> (fecha de consulta: 11 de octubre de 2015).

¹⁰⁰ Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, <http://www.comtf.es> (fecha de consulta: 11 de octubre de 2015).

¹⁰¹ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Segovia, Segovia, <http://www.comsegovia.com> (fecha de consulta: 11 de octubre de 2015).

¹⁰² Real e Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla, Sevilla, <http://www.comsevilla.es> (fecha de consulta: 11 de octubre de 2015).

¹⁰³ Colegio Oficial de Médicos de Soria, Soria, <http://www.comsor.es> (fecha de consulta: 11 de octubre de 2015).

¹⁰⁴ Col.legi Oficial de Metges de Tarragona, Tarragona, <http://www.comt.es> (fecha de consulta: 12 de octubre de 2015).

¹⁰⁵ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel, Teruel, <http://www.comteruel.org> (fecha de consulta: 12 de octubre de 2015).

¹⁰⁶ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Toledo, Toledo, <http://www.comtoledo.org> (fecha de consulta: 12 de octubre de 2015).

¹⁰⁷ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia, Valencia, <http://www.comv.es> (fecha de consulta: 12 de octubre de 2015).

¹⁰⁸ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, Valladolid, <http://www.medicosva.es> (fecha de consulta: 14 de octubre de 2015).

¹⁰⁹ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zamora, Zamora, <http://www.colmeza.com> (fecha de consulta: 20 de octubre de 2015).

3.3.2.2.1. La Oficina de Mediación Colegial del Col.legi Oficial de Metges de les Illes Balears¹¹¹.

Por el contrario, resultó que sí dispone y/o participa de algún mecanismo de resolución de conflictos el Col.legi Oficial de Metges de les Illes Balears, que muy recientemente¹¹² creó una Oficina de Mediación Colegial¹¹³.

3.3.2.2.2. El Tribunal de Arbitraje del Colegio de Médicos de Bizkaia.

El Colegio de Médicos de Bizkaia¹¹⁴ dispone, desde 1997, de un Tribunal de Arbitraje, pionero. Según el artículo 8 de su Reglamento¹¹⁵, “el Servicio de Mediación y Arbitraje [...] es el órgano integrado en la estructura colegial que, sin perjuicio de las facultades de la Junta Directiva, realiza la actuación que corresponde al Colegio por razón del arbitraje que éste administre conforme al presente Reglamento. [...] Depende directamente de la Junta Directiva, sin perjuicio de su autonomía funcional en los términos establecidos en este Reglamento”. En el mes de marzo de 2015, una última modificación reglamentaria abarató los costes del arbitraje.

¹¹⁰ Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza, Zaragoza, <http://www.comz.org> (fecha de consulta: 14 de octubre de 2015).

¹¹¹ Col.legi Oficial de Metges de les Illes Balears, Illes Balears, <http://www.comib.com> (fecha de consulta: 1 de octubre de 2015).

¹¹² El documento correspondiente está fechado el día 25 de septiembre de 2015.

¹¹³ Col.legi Oficial de Metges de les Illes Balears, *El Comib crea la Oficina de Mediación Colegial*, Illes Balears, <http://www.comib.com/oficina-mediacion/> (fecha de consulta: 1 de octubre de 2015).

¹¹⁴ Colegio de Médicos de Bizkaia, Bizkaia, <http://www.colegiomedicosbizkaia.com> (fecha de consulta: 3 de octubre de 2015).

¹¹⁵ Colegio de Médicos de Bizkaia, *Reglamento del arbitraje*, Bizkaia, <https://www.colegiomedicosbizkaia.com/Contenidos/Ficha.aspx?IdMenu=C459EE5D-AD5D-4417-BE4B-DFA4B3507AFD&Idioma=es-ES> (fecha de consulta: 3 de octubre de 2015).

3.3.2.2.3. El servicio de mediación y arbitraje en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid¹¹⁶.

Desde 2013, es prestado por la Asesoría Jurídica corporativa, “en todo aquello relacionado con el ejercicio de la Medicina, especialmente en el ámbito de la responsabilidad profesional”¹¹⁷.

3.3.2.2.4. El Servicio de Conciliación, Mediación y Arbitraje del Ilustre Colexio Oficial de Médicos de Ourense¹¹⁸.

“Tiene por objeto la resolución de controversias entre profesionales de la medicina, entre éstos y sus pacientes, ó (*sic*) con otros profesionales sanitarios”.¹¹⁹

3.3.2.3. Conclusiones de la comparación en el Derecho corporativo interno.

Primera conclusión. Solo cuatro (4) de cincuenta y dos (52) Colegios Oficiales de Médicos de España (Illes Balears, Bizkaia, Madrid y Ourense), el 7'692 por ciento (7'692 %), disponen de algún mecanismo para resolver los conflictos entre médicos y pacientes por supuesta mala práctica profesional asistencial, más allá de sus órganos corporativos internos de garantías

¹¹⁶ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Madrid, <http://www.icomem.es> (fecha de consulta: 9 de octubre de 2015).

¹¹⁷ Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, *El ICOMEM amplía y potencia el asesoramiento jurídico gratuito a colegiados y sociedades profesionales*, Madrid, <http://www.icomem.es/informacion.aspx?tipo=noticias&lang=es-ES&Id=42&p=4&o=4&eq=0&docId=7882> (fecha de consulta: 9 de octubre de 2015).

¹¹⁸ Ilustre Colexio Oficial de Médicos de Ourense, Ourense, <http://www.cmourense.org> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

¹¹⁹ Ilustre Colexio Oficial de Médicos de Ourense, Ourense, <http://www.cmourense.org/colegio/servicios> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

deontológicas.

Segunda conclusión. Los cuatro mecanismos de solución de conflictos existentes (100 %) son enteramente colegiales; en este sentido, sin ninguna participación ajena.

Tercera conclusión. La experiencia pionera, de Bizkaia, data de 1997, y la última, Illes Balears, de 2015.

Cuarta conclusión. En el mes de marzo de 2015, el Tribunal de Arbitraje del Colegio de Médicos de Bizkaia ha tenido que abaratar sus costes.

CAPÍTULO 4

Revisión jurisprudencial aplicada de contraste

4. REVISIÓN JURISPRUDENCIAL APLICADA DE CONTRASTE.

4.1. Introducción.

La tutela jurisdiccional de las prestaciones médico-asistenciales se ventila en los órdenes civil, para el caso de las de naturaleza jurídico-privada, o contencioso-administrativo, para el de las prestaciones jurídico-públicas; además, por supuesto, del orden penal, en todo caso.

El artículo 9.2 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial¹²⁰, primer párrafo, establece que “los tribunales y juzgados del orden civil conocerán, además de las materias que les son propias, de todas aquéllas que no estén atribuidas a otro orden jurisdiccional”.

El 9.3 de la misma Ley, que “los del orden jurisdiccional penal tendrán atribuido el conocimiento de las causas y juicios criminales, con excepción de los que correspondan a la jurisdicción militar”.

Y, en fin, su artículo 9.4, párrafos segundo y tercero, establece que los del orden contencioso-administrativo conocerán “de las pretensiones que se deduzcan en relación con la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas y del personal a su servicio, cualquiera que sea la naturaleza de la actividad o el tipo de relación de que se derive. Si a la producción del daño hubieran concurrido sujetos privados, el demandante deducirá también frente a ellos su pretensión ante este orden jurisdiccional. Igualmente conocerán de las reclamaciones de responsabilidad cuando el interesado accione directamente contra la aseguradora de la Administración, junto a la Administración respectiva.

¹²⁰ BOE número 157/1985, de 2 de julio.

También será competente este orden jurisdiccional si las demandas de responsabilidad patrimonial se dirigen, además, contra las personas o entidades públicas o privadas indirectamente responsables de aquéllas”.

A mayor abundamiento y en el mismo sentido, el artículo 2.e) de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa¹²¹ establece que “el orden jurisdiccional contencioso-administrativo conocerá de las cuestiones que se susciten en relación con: [...] e) La responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, cualquiera que sea la naturaleza de la actividad o el tipo de relación de que derive, no pudiendo ser demandadas aquéllas por este motivo ante los órdenes jurisdiccionales civil o social, aun cuando en la producción del daño concurran con particulares o cuenten con un seguro de responsabilidad”.

4.2. Delimitación de la revisión.

A los efectos de poder contrastar ulteriormente el tratamiento jurisdiccional con el colegial, el estudio de la jurisprudencia se ajustará, en la medida de lo posible, a las mismas o equivalentes acotaciones que se aplicará después al estudio de la actividad corporativa.

Básicamente, se trata de acotaciones de lugar y tiempo. Por un lado, circunscribiremos la investigación a los juzgados y tribunales de la provincia de Las Palmas¹²², y a la última instancia, lo que, en definitiva, aplicando el régimen jurídico de los recursos correspondientes, se traduce prácticamente en la revisión de las sentencias, civiles¹²³ y penales¹²⁴, de la Audiencia Provin-

¹²¹ BOE número 167/1998, de 14 de julio.

¹²² Sin perjuicio de que, puntualmente y por razones hermenéuticas, acudamos también a otros ámbitos territoriales.

cial, así como de las de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias en Las Palmas¹²⁵. Finalizando, como no puede ser de otra forma, estudiando la jurisprudencia emanada de las Salas Primera, Segunda y Tercera del Tribunal Supremo.

Por otro lado, delimitaremos nuestra investigación también temporalmente, refiriéndola al periodo comprendido entre los días uno de enero de 2010 y nueve de mayo de 2014, periodo que, a su vez, comprende el último mandato colegial completo disponible, objeto de estudio.

4.3. Método de la revisión.

Utilizaremos al efecto la base de datos electrónica *El Derecho Internet*¹²⁶, aplicando dos criterios de búsqueda: “responsabilidad del médico” y “responsabilidad médica”.

4.4. Revisión jurisprudencial.

4.4.1. Revisión jurisprudencial civil.

¹²³ Véase el Título IV del Libro II, artículos 448 a 495, de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (BOE núm. 7, de 8 de enero de 2000).

¹²⁴ Véase el Capítulo VI del Título II del Libro IV, artículos 790 a 793, y el Libro V, artículos 846 bis a) a 961, de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, promulgada por Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 (Gaceta de Madrid núm. 283, de 10 de octubre de 1882).

¹²⁵ Véase el Capítulo III del Título IV, artículos 79 a 102 bis, de la citada Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa (BOE núm. 167, de 14 de julio de 1998).

¹²⁶ Lefebvre El Derecho, El Derecho Internet, s. l., <http://www.elderecho.com/> (fecha de consulta: 11 de julio de 2015).

4.4.1.2. Revisión de las sentencias civiles de la Audiencia Provincial de Las Palmas.

Buscándolas con los anteriores criterios y parámetros delimitadores, resultan ocho sentencias, comunes, que pasamos a revisar.¹²⁷

1ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Quinta.

Número 95/2010, de fecha dos de marzo.

Recurso número 58/2009.

Ponente: Dña. Mónica García de Yzaguirre.

Id. EDJ y Cendoj: 2010/273474 y 35016370052010100151, respectivamente.

¹²⁷ Sin embargo, la que sería la primera de ellas por orden cronológico, de la Sección Tercera, número 24/2010, de 29 de enero, recurso número 1121/2008, aunque compara con la acumulación de acciones de responsabilidad médica, trata del ejercicio acumulado de una acción de reclamación de cantidad contra una sociedad mercantil y de otra acción de responsabilidad solidaria de sus administradores por negligente ejercicio del cargo.

Algo similar ocurre también con la cuarta sentencia, de la Sección Cuarta, número 18/2011, de 12 de enero, recurso número 373/2000, que al fundamentar la concurrencia de responsabilidades contractual y extracontractual de una sociedad anónima de ingeniería y de sus técnicos, respectivamente, frente a terceros por deudas sociales, la parangona con supuestos de responsabilidad por daños causados en intervenciones quirúrgicas en los que la responsabilidad del hospital no excluye la del cirujano interviniente por cuenta de aquél.

Y con la octava, la sentencia de la Sección Tercera número 140/2013, de 11 de marzo, recurso número 182/2011, que entre los argumentos favorables a la no acumulación de acciones de reclamación de cantidad contra una sociedad mercantil y contra sus administradores por incompetencia objetiva de los juzgados y tribunales civiles para conocer de esta última acción, competencia de los mercantiles, se limita a hacer una referencia a las demandas de responsabilidad médica.

Partes intervinientes.**Demandante:** Familiares del paciente.**Demandada:** Clínica privada.**Recurrente (apelante):** Demandantes.**Recurrida (apelada):** Demandada.

Objeto del litigio: Acreditado el nexo causal entre una dilación en la realización de las pruebas diagnósticas y, por eso, en el tratamiento, con el fallecimiento del paciente por *shock séptico*¹²⁸, se estima que la ausencia de especialista durante treinta y dos horas en una clínica privada con servicio de Urgencias es una prestación sanitaria deficiente e inadecuada, por lo que, aplicando la normativa protectora de los consumidores y usuarios¹²⁹, es responsable la clínica, que debe indemnizar a los actores por el resultado dañoso, que le es objetivamente imputable como causa relevante.

Fallo: Estimación parcial.**Fecha de los hechos**¹³⁰: Ocho de febrero de 2003.**Tiempo transcurrido:** 7 años y 30 días.

¹²⁸ “Choque circulatorio potencialmente mortal debido a la penetración de microorganismos a través de las barreras epiteliales, con invasión de tejidos subyacentes. Cursa con fiebre o hipotermia, leucocitosis o leucopenia, taquipnea y taquicardia, hipotensión y deficiencia circulatoria” (Real Academia Nacional de Medicina, Diccionario de términos médicos, Editorial Médica Panamericana, S. A., Madrid, 2012, p. 318).

¹²⁹ En particular, los artículos 25, 26 y 28 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (BOE núm. 176, de 24 de julio de 1984), ya derogada por la disposición derogatoria única, número 2, del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la LGDCU y otras leyes complementarias (BOE núm. 287, de 30 de noviembre de 2007; corrección de errores en el BOE núm. 38, de 13 de febrero de 2008).

¹³⁰ Toda vez que no disponemos de la fecha de interposición de la acción originaria de la que, en última instancia, dimana el recurso revisado.

Fecha de la sentencia de instancia: 22 de mayo de 2008.**Tiempo transcurrido:** 1 año, 9 meses y 8 días.**2ª Sentencia****Identificación de la sentencia.**

Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Quinta.

Número 112/2010, de fecha 17 de marzo.

Recurso número 673/2008.

Ponente: Dña. Mónica García de Yzaguirre.

Id. EDJ y Cendoj: 2010/273525 y 35016370052010100202, respectivamente.

Partes intervinientes.**Demandante:** Paciente.**Demandada:** Médico.**Recurrente (apelante):** Demandado.**Recurrida (apelada):** Demandante.

Objeto del litigio: Es el resultado de una intervención quirúrgica de estiramiento facial, no satisfactorio, desproporcionado y no consentido, según la paciente, demandante apelada. Sin embargo, la Sala dice, en el sexto fundamento de derecho, in fine, carecer “de cualquier prueba sobre la efectiva situación de la paciente, surgiendo numerosas dudas en los hechos, en la forma que ha quedado expresada en el fundamento anterior”, motivo por el que termina desestimando la hipótesis del resultado desproporcionado.

Por otro lado, en cuanto al consentimiento informado, a juicio de esta Sala, se desprende del correspondiente documento que el médico no garantizó ni aseguró a la paciente el resultado perseguido, constando el cumplimiento de su deber de información en los términos

recogidos por la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Las anteriores consideraciones, unidas a que “no resulta probado que la actuación del demandado haya sido contraria a la *lex artis*” (fundamento de derecho cuarto), conllevan la estimación del recurso de apelación.

Fallo: Estimación.

Fecha de los hechos¹³¹: 12 de febrero de 2003.

Tiempo transcurrido: 7 años, 1 mes y 5 días.

Fecha de la sentencia de instancia: Dos de mayo de 2008.

Tiempo transcurrido: 1 año, 10 meses y 15 días.

3ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Cuarta.

Número 86/2011, de fecha uno de marzo.

Recurso número 131/2010.

Ponente: Dñ. María Elena Corral Losada.

Id. EDJ y Cendoj: 2011/206028 y 35016370042011100106, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Paciente.

Demandada: Propietario de clínica de estética y fabricante y vendedora de máquina

de depilación.

Recurrente (apelante): Demandante.

Recurrida (apelada): Demandadas.

Objeto del litigio: Por la existencia de inversión de la carga de la prueba, la demandada debió haber acreditado que practicó la fotodepilación con la debida diligencia, tampoco constando que antes realizara las pertinentes pruebas sobre el tipo y estado de la piel del paciente, ni que le informara de que no podía tomar sol y de las demás medidas de precaución necesarias, motivos por los que procede declarar su responsabilidad en los perjuicios causados.

También, la solidaria del codemandado fabricante y vendedor de la máquina, al constar acreditada su garantía contractual.

Fallo: Estimación.

Fecha de los hechos: Dos de marzo de 2007¹³².

Tiempo transcurrido: 4 años, menos 1 día.

Fecha de la sentencia de instancia: 31 de julio de 2009.

Tiempo transcurrido: 1 año, 7 meses y 1 día.ías.

4ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Quinta.

Número 264/2011, de fecha 26 de mayo.

Recurso número 653/2009.

¹³¹ En este caso, sí está disponible la fecha de presentación de la demanda inicial del procedimiento, que es el día 17 de marzo de 2005, por lo que transcurrieron 3 años, 1 mes y 15 días hasta la sentencia de primera instancia, y 5 años exactamente hasta la de la segunda.

¹³² Se infiere del tercer párrafo del segundo fundamento de derecho.

Ponente: D. Carlos García Van Isschot.

Id. EDJ y Cendoj: 2011/159124 y 35016370052011100261, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Paciente y familiares.

Demandada: Médico y aseguradora.

Recurrente (apelante): Demandantes.

Recurrida (apelada): Demandadas.

Objeto del litigio: Acción de responsabilidad por nacimiento y vida injustos, por discapacidad.

Siguiendo a Julio César Galán Cortés, por un lado, se ejercita una acción conocida en la jurisprudencia norteamericana como *wrongful birth o nacimiento injusto*: “los padres alegan que, al no haberse detectado o no haberseles informado, en su momento oportuno, sobre la posibilidad de que la madre concibiese un niño con malformaciones, se les privó de la oportunidad de adoptar una decisión informada sobre [...] si dar lugar o no al nacimiento”¹³³.

Al mismo tiempo, por otro lado, también se ejercita otra acción, conocida como *wrongful life o vida injusta*: “el hijo demandante argumenta que de no haber sido por (but-for test) el consejo médico inadecuado, no habría nacido para experimentar el sufrimiento propio de su enfermedad”¹³⁴.

Fallo: Desestimación.

Fecha de los hechos: 25 de febrero de 2003.

¹³³ Galán Cortés, J. C., Responsabilidad civil médica, primera edición, Editorial Aranzadi, S. A., Cizur Menor (Navarra), 2005, p. 230.

¹³⁴ Ídem, p. 231.

Tiempo transcurrido: 8 años, 3 meses y 1 día.

Fecha de la sentencia de instancia: 30 de abril de 2009.

Tiempo transcurrido: 2 años y 26 días.

5ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Quinta.

Número 557/2011, de fecha 15 de noviembre.

Recurso número 591/2010.

Ponente: D. Víctor Manuel Martín Calvo.

Id. EDJ y Cendoj: 2011/348214 y 35016370052011100592, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Familiares del paciente.

Demandada: Médico, clínica y aseguradora de asistencia sanitaria del paciente.

Recurrente (apelante): Demandantes.

Recurrida (apelada): Demandados.

Objeto del litigio: Incisión iatrogénica de un centímetro en el borde lateral derecho de la arteria aorta en el momento del abordaje abdominal para una colecistectomía laparoscópica¹³⁵, con parada cardiorrespiratoria y resultado final de muerte.

Fallo: Desestimación.

¹³⁵ “Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar, ya sea mediante laparotomía o laparoscopia” (Real Academia Nacional de Medicina, Diccionario de términos médicos, op. cit., p. 358).

Fecha de los hechos: 30 de octubre de 2008.

Tiempo transcurrido: 3 años y 16 días.

Fecha de la sentencia de instancia: 26 de abril de 2010.

Tiempo transcurrido: 1 año, 6 meses y 20 días.

4.4.1.3. Revisión de la jurisprudencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo.

4.4.1.3.1. Precisiones delimitadoras.

Decíamos en la Introducción que el contexto actual es propicio al propósito de nuestra investigación, en el sentido de que, coincidiendo con el profesor Juan F. Herrero Perezagua, se advierte que se limita lo jurisdiccional, “que se angostan las puertas del proceso y de los recursos [...]”¹³⁶. Pues bien, en este contexto se enmarca el “Acuerdo sobre criterios de admisión de los recursos de casación y extraordinario por infracción procesal”, de 30 de diciembre de 2011, de la Sala¹³⁷, que, aunque recientemente matizado por el Tribunal Constitucional¹³⁸, lo cierto es que ha supuesto una efectiva restricción del derecho de acceso al recurso.

4.4.1.3.2. Revisión.

Aplicando los mismos criterios de búsqueda, resultan las siguientes seis sentencias desfavora-

¹³⁶ Herrero Perezagua, J. F., Lo jurisdiccional en entredicho, ..., p. 13.

¹³⁷ Consejo General del Poder Judicial (España), Acuerdo de la Sala Primera del Tribunal Supremo sobre criterios de admisión de los recursos de casación y extraordinario por infracción procesal, Madrid, <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Tribunal-Supremo/Jurisprudencia-/Acuerdos-de-Sala/> (fecha de consulta: siete de julio de 2015).

¹³⁸ Véase la sentencia del Pleno número 7/2015, de 22 de enero, recurso 2399/2012, con votos particulares.

bles al médico, todas en la Sección Primera.¹³⁹

1ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Supremo, Sala Primera.

Número 483/2010, de fecha 13 de julio.

Recurso número 1523/2006.

Ponente: D. José Antonio Seijas Quintana.

Id. EDJ y Cendoj: 2010/152957 y 28079110012010100478, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Paciente.

Demandada: Cirujano, su aseguradora, aseguradora de asistencia sanitaria del paciente y la de la clínica.

Apelante: Demandante.

Apelada: Demandados.

Recurrente (en casación): Codemandados cirujano y su aseguradora.

Objeto del litigio: En esencia, la relación de causalidad culposa, de probabilidad cualificada, entre la suspensión prequirúrgica por el cirujano del tratamiento profiláctico antiagregante plaquetario que seguía el paciente, así como su reinstauración supuestamente tardía, con el accidente cerebro-vascular postoperatorio inmediato que éste sufrió por coágulos

¹³⁹ Sin embargo, la cuarta de ellas por orden cronológico, la número 356/2013, de 17 de mayo, recurso número 1580/2010, si bien efectivamente referida a una acción de reclamación de responsabilidad civil profesional médica, se limita a fallar devolver las actuaciones al tribunal de apelación para que vuelva a dictar sentencia sobre las cuestiones objeto de debate no resueltas.

sanguíneos (trombos), con resultado de secuelas graves.

Fallo: Desestimación.

Fecha de los hechos: 26 de agosto de 2002.

Tiempo transcurrido: 7 años, 10 meses y 17 días.

Fecha de la sentencia de primera instancia: 15 de julio de 2005.

Tiempo transcurrido: 5 años, menos dos días.

Fecha de la sentencia de segunda instancia: 21 de marzo de 2006.

Tiempo transcurrido: 4 años, 3 meses y 22 días.

2ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Supremo, Sala Primera.

Número 669/2010, de fecha cuatro de noviembre.

Recurso número 444/2007.

Ponente: D. José Antonio Seijas Quintana.

Id. EDJ y Cendoj: 2010/258968 y 28079110012010100733, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Paciente y familiares.

Demandada: Médico y aseguradora de asistencia sanitaria.

Apelante: Demandantes y demandados.

Apelada: Demandados y demandantes.

Recurrente (en casación): Demandados (la aseguradora codemandada también interpuso recurso extraordinario por infracción procesal).

Recurrida (en ambos recursos): Demandantes.

Objeto del litigio: Acción de responsabilidad por nacimiento y vida injustos, por discapacidad.

Fallo: Desestimación.

Fecha de los hechos: 15 de abril de 2004.¹⁴⁰

Tiempo transcurrido: 6 años, 6 meses y 20 días.

Fecha de la sentencia de primera instancia: 19 de mayo de 2006.

Tiempo transcurrido: 4 años, 5 meses y 16 días.

Fecha de la sentencia de segunda instancia: 29 de noviembre de 2006.

Tiempo transcurrido: 3 años, 11 meses y 6 días.

3ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Supremo, Sala Primera.

Número 948/2011, de fecha 16 de enero de 2012.

Recurso número 2243/2008.

Ponente: D. José Antonio Seijas Quintana.

Id. EDJ y Cendoj: 2012/6926 y 28079110012012100028, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Paciente y familiares.

Demandada: Cirujano, su aseguradora y la de asistencia sanitaria del paciente.

¹⁴⁰ Es la fecha del nacimiento, con discapacidad, de la niña demandante, según el fundamento de derecho I, primero, de la sentencia de apelación, de la Audiencia Provincial de Salamanca, Sección Primera, número 485/2006, de 29 de noviembre, recurso número 441/2006.

Apelante: Demandantes y demandados.

Apelada: Demandados y demandantes.

Recurrente (en casación): Demandantes y demandados (el cirujano codemandado, también recurrente extraordinario por infracción procesal).

Recurrida (en casación y extraordinario por infracción procesal): Demandados y demandantes.

Objeto del litigio: A consecuencia de una discectomía¹⁴¹ cervical, el paciente quedó afectado por graves secuelas neurológicas.

Lo que se cuestiona principalmente es si la falta de información le produjo algún perjuicio, si es o no equiparable a la negligencia profesional, y si el cirujano debe asumir la totalidad de los perjuicios irrogados en un acto médico realizado conforme a la *lex artis*.

Fallo: A nuestros efectos, desestimación de las pretensiones del cirujano.

Fecha de los hechos: Tres de febrero de 2005.

Tiempo transcurrido: 6 años, 11 meses y 13 días.

Fecha de la sentencia de primera instancia: Ocho de marzo de 2007.

Tiempo transcurrido: 4 años, 10 meses y 8 días.

Fecha de la sentencia de segunda instancia: 23 de septiembre de 2008.

Tiempo transcurrido: 3 años, 3 meses y 24 días.

4ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Supremo, Sala Primera.

Número 403/2013, de fecha 18 de junio.

Recurso número 368/2011.

Ponente: D. José Antonio Seijas Quintana.

Id. EDJ y Cendoj: 2013/111169 y 28079110012013100339, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Paciente y familiares.

Demandada: Médico.

Apelante: Demandantes.

Apelada: Demandado.

Recurrente (en casación): Demandantes y demandado (éste, además, recurrente extraordinario por infracción procesal).

Recurrida: Demandado (en casación) y demandantes (en ambos recursos).

Objeto del litigio: Control del embarazo de alto riesgo y asistencia al parto, con pérdida del bienestar fetal intraparto y encefalopatía hipóxica¹⁴² isquémica¹⁴³.

Fallo: Desestimación de todos los recursos.

Fecha de los hechos: 18 de diciembre de 2002.¹⁴⁴

¹⁴² “Daño permanente de las estructuras encefálicas por falta de aporte de oxígeno, aunque la circulación se mantenga. Las causas más frecuentes son la obstrucción de la vía respiratoria, los ahogamientos y la parada respiratoria. Algunas estructuras encefálicas son más sensibles a la anoxia, como la neocorteza cerebral, los ganglios de la base, el hipocampo y el cerebelo. Las secuelas dependen de la extensión de las lesiones y van desde un moderado deterioro de memoria y cognitivo, epilepsia, ataxia, mioclonías, distonía o parkinsonismo, hasta el estado vegetativo” (ídem, p. 559).

¹⁴³ “Daño encefálico difuso por falta de aporte sanguíneo. La causa más frecuente es la parada cardíaca o el choque circulatorio grave. La principal consecuencia de la isquemia es la hipoxia, por lo que las lesiones y secuelas son similares a las de la encefalopatía hipóxica” (íbidem).

¹⁴¹ “Extirpación quirúrgica del disco intervertebral” (Real Academia Nacional de Medicina, Diccionario..., *op. cit.*, p. 502).

Tiempo transcurrido: 10 años y 6 meses.

Fecha de la sentencia de primera instancia: 25 de febrero de 2010.

Tiempo transcurrido: 3 años, 3 meses y 24 días.

Fecha de la sentencia de segunda instancia: 29 de noviembre de 2010.

Tiempo transcurrido: 2 años, 6 meses y 20 días.

5ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Supremo, Sala Primera.

Número 513/2013, de fecha 19 de julio.

Recurso número 923/2011.

Ponente: D. José Antonio Seijas Quintana.

Id. EDJ y Cendoj: 2013/140051 y 28079110012013100432, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Paciente.

Demandada: Cirujano.

Apelante: Demandante.

Apelada: Demandado.

Recurrente (en casación e infracción procesal): Demandante.

Recurrida (en ambos recursos): Demandado.

Objeto del litigio: Consentimiento informado para el tratamiento quirúrgico de una acalasia esofágica¹⁴⁵ mediante técnica de dilatación mecánica, con resultado de lesiones muy graves, por las que se tuvo que reintervenir, con secuelas importantes.

Fallo: Desestimación.¹⁴⁶

Fecha de los hechos: 14 de marzo de 2001.

Tiempo transcurrido: 12 años, 4 meses y 5 días.

Fecha de la sentencia de primera instancia: 21 de mayo de 2010.

Tiempo transcurrido: 3 años, 1 mes y 28 días.

Fecha de la sentencia de segunda instancia: 14 de febrero de 2011.

Tiempo transcurrido: 2 años, 2 meses y 5 días.

4.4.1.4. Discusión sobre la revisión jurisprudencial civil.

De entrada, son dos las conclusiones contrastables que se extraen, referidas, una, al objeto del debate, y la otra, a los tiempos de resolución.

Primeramente, se objetiva que, en todos los casos, en lo que atañe a los profesionales, los conflictos fueron de uno de dos tipos: o bien conflictos de comunicación, entendiéndose in-

¹⁴⁵ “Trastorno crónico de la motilidad esofágica, de causa desconocida, que se debe primariamente a la relajación incompleta o nula del esfínter esofágico inferior, aunque secundariamente también puede faltar el peristaltismo en el cuerpo del esófago. Afecta por igual a ambos sexos, comienza de ordinario entre la segunda y la quinta décadas de la vida y se manifiesta por disfagia, regurgitación, molestias torácicas y, finalmente, pérdida de peso. Se diagnostica por la clínica, el estudio baritado, la endoscopia y la manometría esofágicas, y se trata exclusivamente con medidas paliativas: fármacos, inyecciones de toxina botulínica, dilatación forzada del esfínter esofágico inferior por vía endoscópica o, aún mejor, quirúrgica mediante miotomía extramucosa (cardiomiotomía de Heller) asociada a un procedimiento antirreflujo gastroesofágico” (Real Academia Nacional de Medicina, Diccionario..., *op. cit.*, p. 8).

¹⁴⁶ A pesar de haberse efectivamente aplicado el criterio de búsqueda desfavorable para el médico.

¹⁴⁴ Es la fecha del parto, según el fundamento de derecho segundo, número 1, de la correspondiente sentencia de apelación, de la Audiencia Provincial de Valencia, Sección Séptima, número 607/2010, de 29 de noviembre, recurso número 555/2010.

cluidos los relativos al consentimiento informado; o bien fueron desacuerdos con los criterios médico-asistenciales seguidos.

En efecto, distinguiendo el primer tipo, los conflictos de comunicación, con la letra A mayúscula, y los del segundo tipo, desacuerdos asistenciales, con la B, resultan seis casos tipo A (60 %) ¹⁴⁷ y los cuatro restantes (40 %), tipo B ¹⁴⁸.

Además, en cuanto a estos últimos ¹⁴⁹, dicho con las debidas cautelas, no se aprecia con nitidez las razones de su encauzamiento civil y no criminal, toda vez que, por ejemplo, acreditado el nexo causal entre una dilación en la realización de las pruebas diagnósticas y, por eso, en el tratamiento, con el fallecimiento del paciente por shock séptico, como vimos ocurre en la primera sentencia civil revisada, de la Audiencia Provincial, Sección Quinta, número 95/2010, de dos de marzo, los hechos parecen entonces perfectamente subsumibles en el tipo del delito de homicidio imprudente, previsto y penado en el artículo 142 ¹⁵⁰ del Código Penal ¹⁵¹. O como igualmente ocurre, por ejemplo también, en la última de estas sentencias, del Tribunal Supremo, Sala Primera, la número 403/2013, de 18 de junio, sobre una asistencia al parto, con

¹⁴⁷ Los señalados con los números 2, 3 y 4 en la revisión de las sentencias de la Audiencia Provincial, apartado § 4.4.1.2, así como 2, 3 y 5 en la revisión de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, § 4.4.1.3.2.

¹⁴⁸ Véase, ut supra, los casos números 1 y 5 de la revisión de la Audiencia Provincial, así como 1 y 4 de la del Tribunal Supremo.

¹⁴⁹ No hay tipificados delitos relativos al consentimiento informado.

¹⁵⁰ Dada nueva redacción por el artículo único de la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE núm. 77, de 31 de marzo de 2015. Corrección de errores en el BOE núm. 139, de 11 de junio de 2015).

¹⁵¹ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE núm. 281, de 24 de noviembre de 1995).

pérdida del bienestar fetal y resultado final de encefalopatía hipóxica isquémica, incardinable, en principio, en el tipo del delito de lesiones por imprudencia, previsto y penado en el artículo 152 ¹⁵² del mismo Código.

Ocurre así en la primera, en la última y en todas las demás sentencias revisadas. Causar una incisión iatrogénica en la arteria aorta del paciente al abordar una colecistectomía laparoscópica, con parada cardiorrespiratoria y resultado final de muerte (sentencia civil de la Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Quinta, núm. 557/2011, de 15 de noviembre), también podrían ser hechos del tipo del delito de homicidio imprudente. De la misma manera que indicar la suspensión prequirúrgica del tratamiento profiláctico antiagregante plaquetario que seguía el paciente, así como su reinstauración tardía, con accidente cerebro-vascular postoperatorio inmediato por trombos y resultado de secuelas graves (sentencia del Tribunal Supremo, Sala Primera, núm. 483/2010, de 13 de julio), podrían serlo del delito de lesiones por imprudencia. Las fronteras jurisdiccionales internas aparecen difusas, quedando a la libre discreción de una de las partes en conflicto, los pacientes y sus familiares, elegir entre una u otra vía, accionando en cada momento la que entienden más favorable a sus legítimos, pero exclusivos intereses, lo que, en nuestra opinión, no cohonesta pacíficamente con la seguridad jurídica garantizada por el artículo 9.3 de la Constitución Española.

Por otro lado, como segunda conclusión, los tiempos de resolución judicial se cuentan por años. Así es incluso computando solo el tiempo transcurrido entre la penúltima y última instancias: más de 1 año y 8 meses de media, en el caso de la Audiencia Provincial de Las Palmas; y más de 3 años y 2 meses, en el de la Sala Primera del Supremo.

¹⁵² Dada nueva redacción por el artículo único de la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

4.4.1.5. Conclusiones sobre la revisión jurisprudencial civil.

Primera conclusión. Se objetiva que, en todos los casos (100 %), en lo que atañe a los profesionales, los conflictos fueron bien de comunicación (tipo A, 60 %), entendiéndose incluidos los relativos al consentimiento informado, o bien fueron desacuerdos con los criterios médico-asistenciales seguidos (tipo B, 40 %).

Además, las fronteras jurisdiccionales internas, civiles y penales, aparecen difusas, quedando a la libre discreción de una de las partes en conflicto, los pacientes y sus familiares, elegir entre una u otra vía, accionando en cada momento la que entienden más favorable a sus legítimos, pero exclusivos intereses.

Segunda conclusión. Los tiempos civiles de resolución judicial se cuentan por años. Así es incluso computando solo el tiempo transcurrido entre la penúltima y última instancias: más de 1 año y 8 meses de media, en el caso de la Audiencia Provincial de Las Palmas; y más de 3 años y 2 meses, en el de la Sala Primera del Tribunal Supremo.

4.4.2. Revisión jurisprudencial penal.

4.4.2.1. Revisión de las sentencias penales de la Audiencia Provincial de Las Palmas.

Resultan únicamente las siguientes dos sentencias.

1ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Primera.

Número 58/2011, de fecha siete de febrero.

Recurso número 11/2009.

Ponente: D. Pedro Joaquín Herrera Puentes.

Id. EDJ y Cendoj: 2011/141599 y 35016370012011100178, respectivamente.

Partes intervinientes.

Actora: Familiares del paciente.

Accionada: Médicos.

Recurrente (apelante): Demandantes.

Recurrida (apelada): Demandados.

Objeto del litigio: Supuesto error de diagnóstico en el Servicio de Urgencias de un hospital público, con resultado de muerte por meningitis neumocócica¹⁵³ aguda.

Código del tipo de debate: B.¹⁵⁴

Fallo: Desestimación.

Fecha de los hechos: 20 de julio de 2002.

Tiempo transcurrido: 8 años, 6 meses y 18 días.

Fecha de la sentencia de instancia: 28 de octubre de 2008.

Tiempo transcurrido: 2 años, 3 meses y 10 días.

¹⁵³ "Inflamación purulenta de las meninges debida a infección por *Streptococcus pneumoniae*. [...] Otra variedad se debe al paso del microorganismo desde un foco infeccioso de vecindad (la más frecuente es la otitis media aguda o crónica reactivada) [...]" (Real Academia Nacional de Medicina, Diccionario..., *op. cit.*, p. 1062).

¹⁵⁴ Recordemos (véase más arriba el anterior apartado § 4.4.1.4) que la letra A codifica los conflictos de comunicación, y la B, los desacuerdos asistenciales.

2ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Primera.

Número 142/2012, de fecha diez de junio.

Recurso número 44/2012.

Ponente: D. Miguel Ángel Parramón i Bregolat.

Id. EDJ y Cendoj: 2012/192654 y 35016370012012100341, respectivamente.

Partes intervinientes.

Actora: Paciente.

Accionada: Cirujano y Servicio Canario de la Salud de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Recurrente (apelante): Mismas personas en cuya contra se accionó.

Recurrida (apelada): Actor.

Objeto del litigio: Alta médica supuestamente precipitada, después de una intervención quirúrgica de litiasis biliar¹⁵⁵ o coleditiasis¹⁵⁶ en un hospital público, realizada conforme a la *lex artis*, a pesar de complicaciones intra y postoperatorias.

Código del tipo de debate: B.

Fallo: Estimación.

Fecha de los hechos: 11 de febrero de 2005.

Tiempo transcurrido: 7 años y 4 meses, menos un día.

¹⁵⁵ “Colelitiasis” (Real Academia Nacional de Medicina, Diccionario..., *op. cit.*, p. 1008).

¹⁵⁶ “Estado caracterizado por la presencia o por la formación de cálculos biliares, que se alojan en la vesícula biliar o, menos veces, en las vías biliares” (idem, p. 360).

Fecha de la sentencia de instancia: 11 de noviembre de 2011.

Tiempo transcurrido: 7 meses, menos un día.

4.4.2.2. Revisión de la jurisprudencia de la Sala Segunda del Tribunal Supremo.

No se muestran resultados.

4.4.2.3. Discusión sobre la revisión jurisprudencial penal.

4.4.2.3.1. Discusión sobre el acceso a los recursos.

Una explicación parcial, cuando menos, al, de hecho, limitado acceso a los recursos penales es, sin duda, la inflexión en la anterior doctrina constitucional que supuso la, en este sentido, restrictiva sentencia del Pleno del Tribunal número 167/2002, de 18 de septiembre¹⁵⁷, para los casos de una sentencia absolutoria en la primera instancia, revocada en la apelación y sustituida por otra condenatoria tras valorar pruebas, testificales o periciales, que, por su carácter personal, exijan inmediación, oralidad y contradicción, sin celebrar vista pública (fundamentos de derecho nueve a once).

Nueva línea doctrinal ya apuntada en el auto del Tribunal Constitucional número 220/1999, de 20 de septiembre¹⁵⁸, que, a su vez, alude a la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos número 10563/1983, de 26 de mayo de 1988 (caso Ekbatani contra Suecia)¹⁵⁹, y

¹⁵⁷ Recurso número 2060/1998.

¹⁵⁸ Recurso número 830/1998.

¹⁵⁹ Id. EDJ 1988/10472. Sin id. Cendoj.

consolidada en la número 197/2002, de 28 de octubre, de la Sala Segunda del Constitucional¹⁶⁰ y numerosas otras sentencias siguientes.

4.4.2.3.2. Discusión sobre lo accedido.

Se trata de sendos casos ocurridos en Servicios hospitalarios públicos, donde el trabajo en equipo, sin duda, obstaculiza de alguna manera la individualización de la culpa y, por ende, el enjuiciamiento criminal, que, como ha puesto de relieve la jurisprudencia - por todas, la sentencia de la Sala Segunda del Tribunal Supremo número 1188/1997, de tres de octubre¹⁶¹ -, “ha de hacerse en contemplación de las situaciones concretas y específicas [...] huyendo de todo tipo de generalizaciones” (último párrafo del sexto fundamento de derecho), frente al alternativo enjuiciamiento contencioso-administrativo por “consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos” (artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común)¹⁶². Todos los casos penales revisados fueron resueltos contrariamente a las pretensiones de los pacientes y sus familiares.

A mayor abundamiento, en un caso sí y en otro no dirigieron la acción, además de contra el o los médicos, también contra el Servicio público de la Salud, como responsable civil subsidiario, sin que se terminen de apreciar las razones objetivas que justifican aquella y esta decisión de parte. Es por lo que, en definitiva, decimos que las fronteras jurisdiccionales internas, esta vez penales y

¹⁶⁰ Recurso número 4741/1998.

¹⁶¹ Recurso número 2326/1996.

¹⁶² BOE número 285/1992, de 27 de noviembre.

contencioso-administrativas, continúan apareciendo difusas, siempre a criterio de la actora.

Por otro lado, los tiempos de resolución judicial criminal también se cuentan por años, concretamente por una media de más de 1 año y 5 meses, solo entre instancias.

4.4.2.4. Conclusiones sobre la revisión jurisprudencial penal.

Primera conclusión. Todos los casos penales revisados fueron del tipo B, esto es, desacuerdos asistenciales (100 %). Todos fueron resueltos contrariamente a las pretensiones de los pacientes y sus familiares.

Además, las fronteras jurisdiccionales internas, esta vez penales y contencioso-administrativas, continúan apareciendo difusas, siempre a criterio de los actores.

Segunda conclusión. Los tiempos de resolución judicial criminal también se cuentan por años, concretamente por una media de más de 1 año y 5 meses, incluso computándolos solo entre instancias.

4.4.3. Revisión jurisprudencial contencioso-administrativa.

4.4.3.1. Revisión de las sentencias de la Sala del Tribunal Superior de Justicia de Canarias.

Buscándolas con idénticos criterios y parámetros delimitadores, resultan las trece sentencias, comunes, siguientes.¹⁶³

¹⁶³ Sin embargo, el objeto del debate en la que sería la cuarta de ellas por orden cronológico, la número 17/2011, de 11 de

1ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Primera.

Número 162/2010, de fecha 14 de mayo.

Recurso número 8/2010.

Ponente: D. Francisco José Gómez Cáceres.

Id. EDJ y Cendoj: 2010/271435 y 35016330012010100301, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Paciente.

Demandada: Servicio Canario de la Salud de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Codemandada: Consorcio Sanitario de Tenerife y su aseguradora.

Apelante: Demandante y aseguradora codemandada.

Apelada: Demandado y el otro codemandado.

febrero, de la Sección Primera, recurso número 156/2010, queda limitado a la indemnización fijada en la sentencia apelada como responsabilidad patrimonial por asistencia médica.

La número 252/2011, de tres de junio, Sección Primera, recurso número 1063/2010, que sería el resultado quinto de los trece, trata de un recurso interpuesto contra la resolución administrativa por la que se autoriza la convocatoria de un proceso selectivo de personal sanitario, lo que no es objeto de esta investigación. Exactamente lo mismo que ocurre con el noveno resultado, la sentencia número 30/2013, de 14 de diciembre de 2012, también de la Sección Primera, recurso número 201/2011.

También queda fuera la siguiente, que sería el resultado décimo, la número 210/2013, de 15 de mayo, Sección Primera, recurso número 286/2011, sobre reintegro de gastos médicos. Y, finalmente, la duodécima, número 44/2014, de siete de febrero, de la misma Sección Primera, recurso número 194/2013, sobre prestación enfermero-asistencial, no médico.

Así pues, son ocho las sentencias que resultan aptas a nuestros efectos.

Objeto del litigio: Resultado no deseado, no informado y no consentido de técnica de esterilización: el nacimiento de un bebé sano como daño.

Código del tipo de debate: A.

Fallo: Estimación de la apelación de la paciente demandante.

Fecha de los hechos: Desconocida.¹⁶⁴

Tiempo transcurrido: Desconocido, por tanto.

Fecha de la sentencia de instancia: 23 de enero de 2008, completada por auto de 28 de julio de 2009.

Tiempo transcurrido: 2 años, 3 meses y 21 días.

2ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Primera.

Número 191/2010, de fecha 11 de junio.

Recurso número 72/2010.

Ponente: D. Francisco José Gómez Cáceres.

Id. EDJ y Cendoj: 2010/271375 y 35016330012010100241, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Familiar del paciente.

Demandada: Servicio Canario de la Salud de la Consejería de Sanidad del Gobierno

¹⁶⁴No se han encontrado resultados para la búsqueda de la sentencia de instancia, del Juzgado de lo Contencioso-administrativo Número 1 de Las Palmas de Gran Canaria.

de Canarias.

Codemandada: No hubo.

Apelante: Demandante.

Apelada: Demandada.

Objeto del litigio: El nacimiento de un bebé con lesiones tras un parto normal.

Código del tipo de debate: B.

Fallo: Desestimación.

Fecha de los hechos: Desconocida.¹⁶⁵

Tiempo transcurrido: Desconocido, por tanto.

Fecha de la sentencia de instancia: 25 de enero de 2010.

Tiempo transcurrido: 4 meses y 17 días.1 días.

3ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Primera.

Número 38/2011, de fecha siete de febrero.

Recurso número 86/2010.

Ponente: D. César José García Otero.

Id. EDJ y Cendoj: 2011/245142 y 35016330012011100055, respectivamente.

¹⁶⁵No se han encontrado resultados para la búsqueda de la sentencia de instancia, del Juzgado de lo Contencioso-administrativo Número 3 de Las Palmas de Gran Canaria.

Partes intervinientes.

Demandante: Familiares del paciente.

Demandada: Servicio Canario de la Salud de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Codemandada: No hubo.

Apelante: Demandado.

Apelada: Demandantes.

Objeto del litigio: Incompleto consentimiento informado sobre el riesgo de perforación intestinal y fallecimiento, finalmente acaecido, por una intervención quirúrgica para extirpar un quiste de ovario, con técnica laparotómica¹⁶⁶.

Código del tipo de debate: A.

Fallo: Desestimación.

Fecha de los hechos: Desconocida.¹⁶⁷

Tiempo transcurrido: Desconocido, por tanto.

Fecha de la sentencia de instancia: 25 de enero de 2010.

Tiempo transcurrido: 1 año y 13 días.

4ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sec-

¹⁶⁶“Efectuado mediante laparotomía” (Real Academia Nacional de Medicina, Diccionario..., *op. cit.*, p. 969).

¹⁶⁷No se han encontrado resultados para la búsqueda de la sentencia de instancia, del Juzgado de lo Contencioso-administrativo Número 3 de Las Palmas de Gran Canaria, procedimiento ordinario número 377/2008.

ción Primera.

Número 125/2011, de fecha seis de junio.

Recurso número 40/2010.

Ponente: Dñ. Inmaculada Rodríguez Falcón.

Id. EDJ y Cendoj: 2011/358916 y 35016330012011100335, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Familiares del paciente.

Demandada: Servicio Canario de la Salud de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Codemandada: Médicos.

Apelante: Demandantes.

Apelada: Demandados.

Objeto del litigio: Falta de consentimiento informado sobre alto riesgo quirúrgico. Tardía retirada preventiva de tratamiento anticoagulante sanguíneo. Mala actitud terapéutica frente a complicaciones vasculares periféricas tras procedimiento intervencionista cardiovascular percutáneo (cateterismo). Resultado de muerte.

Código del tipo de debate: A.

Fallo: Estimación.

Fecha de los hechos: Desconocida.¹⁶⁸

Tiempo transcurrido: Desconocido, por tanto.

¹⁶⁸No se han encontrado resultados para la búsqueda de la sentencia de instancia, del Juzgado de lo Contencioso-administrativo Número 1 de Las Palmas de Gran Canaria.

Fecha de la sentencia de instancia: 28 de octubre de 2009.

Tiempo transcurrido: 1 año, 7 meses y 9 días.

5ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Primera.

Número 63/2012, de fecha 30 de marzo.

Recurso número 116/2011.

Ponente: D. César José García Otero.

Id. EDJ y Cendoj: 2012/192355 y 35016330012012100144, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Paciente.

Demandada: Servicio Canario de la Salud de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Codemandada: No hubo.

Apelante: Demandante.

Apelada: Demandado.

Objeto del litigio: Sección de la rama radial del nervio mediano de la mano izquierda, con afectación predominantemente motora, a consecuencia de una intervención quirúrgica conforme a la *lex artis*, habiendo sido debidamente informado y consentido, en tiempo y forma, el riesgo de esta complicación. No hay antijuricidad del daño.

Código del tipo de debate: B.

Fallo: Desestimación.

Fecha de los hechos: Desconocida.¹⁶⁹

Tiempo transcurrido: Desconocido, por tanto.

Fecha de la sentencia de instancia: 22 de febrero de 2011.

Tiempo transcurrido: 1 año, 1 mes y 8 días.

6ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Primera.

Número 127/2012, de fecha siete de mayo.

Recurso número 85/2011.

Ponente: D. César José García Otero.

Id. EDJ y Cendoj: 2012/354276 y 35016330012012100232, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Familiares del paciente.

Demandada: Servicio Canario de la Salud de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Codemandada: Médico.

Apelante: Demandante y demandada.

Apelada: Demandada y demandante.

¹⁶⁹No se han encontrado resultados para la búsqueda de la sentencia de instancia, del Juzgado de lo Contencioso-administrativo Número 5 de Las Palmas de Gran Canaria, procedimiento ordinario número 116/2011.

Objeto del litigio: Retraso del diagnóstico definitivo y retraso terapéutico en la atención prestada al déficit auditivo (hipoacusia) del hijo menor de los demandantes, con interferencia en el desarrollo normal del habla, discutiéndose si se debió al retraso o a la hipoacusia propiamente.

Código del tipo de debate: B.

Fallo: Desestimación de las apelaciones, confirmándose la estimación de instancia.

Fecha de los hechos: Desconocida.¹⁷⁰

Tiempo transcurrido: Desconocido, por tanto.

Fecha de la sentencia de instancia: 21 de octubre de 2010.

Tiempo transcurrido: 1 año, 6 meses y 16 días.

7ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Primera.

Número 23/2014, de fecha cuatro de octubre de 2013.

Recurso número 33/2013.

Ponente: D. Francisco José Gómez Cáceres.

Id. EDJ y Cendoj: 2013/317244 y 35016330012013100631, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Paciente.

¹⁷⁰No se han encontrado resultados para la búsqueda de la sentencia de instancia, del Juzgado de lo Contencioso-administrativo Número 2 de Las Palmas de Gran Canaria, procedimiento ordinario número 411/2006.

Demandada: Servicio Canario de la Salud de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Codemandada: No hubo.

Apelante: Demandante.

Apelada: Demandado.

Objeto del litigio: Perforación uterina a raíz de la retirada de un dispositivo intrauterino, con secuelas y sin consentimiento informado.

Código del tipo de debate: A.

Fallo: Estimación de la apelación contra la parcial de instancia.

Fecha de los hechos: Desconocida.¹⁷¹

Tiempo transcurrido: Desconocido, por tanto.

Fecha de la sentencia de instancia: 12 de noviembre de 2012.

Tiempo transcurrido: 10 meses y 22 días.

8ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Primera.

Número 139/2014, de fecha 28 de febrero.

Recurso número 311/2013.

Ponente: D. Francisco José Gómez Cáceres.

¹⁷¹ No se han encontrado resultados para la búsqueda de la sentencia de instancia, del Juzgado de lo Contencioso-administrativo Número 3 de Las Palmas de Gran Canaria, procedimiento ordinario número 358/2011.

Id. EDJ y Cendoj: 2014/229967 y 35016330012014100232, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Familiares del paciente.

Demandada: Servicio Canario de la Salud de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Codemandada: Aseguradora.

Apelante: Demandada y codemandada.

Apelada: Demandantes.

Objeto del litigio: Arteriografía, con resultado de muerte por arritmia cardiaca, riesgos no debidamente informados ni consentidos.

Código del tipo de debate: A.

Fallo: Desestimación de ambas apelaciones, que confirma la estimación de instancia.

Fecha de los hechos: Uno de agosto de 2006, cuando fallece el paciente.

Tiempo transcurrido: 7 años, 6 meses y 27 días.

Fecha de la sentencia de instancia: 28 de mayo de 2013.

Tiempo transcurrido: 9 meses, exactamente.

4.4.3.2. Revisión de la jurisprudencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo.

Se muestran los cuatro resultados siguientes, todos de la Sección Cuarta.¹⁷²

¹⁷² Sin embargo, su auto, sin número, de 18 de febrero de 2011, recurso número 984/2009, habiendo lugar al incidente de nulidad de actuaciones promovido, anula y deja sin efecto el que hubiera sido el primer resultado, la sentencia, sin número, de 25 de octubre de 2010, mismo recurso, por incongruencia omisiva.

1ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Supremo, Sala Tercera.

Sin número, de fecha 19 de mayo de 2011.

Recurso número 5626/2006.

Ponente: D. Antonio Martí García.

Id. EDJ y Cendoj: 2011/91239 y 28079130042011100287, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Familiar del paciente.

Demandada: Servicio público de la Salud de la Consejería de Sanidad del Gobierno autonómico.

Codemandada: Sí hubo, pero resulta desconocida.¹⁷³

Apelante: La Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia conoció en única instancia¹⁷⁴, por lo que no hubo apelación.

Apelada: Por tanto, no hubo.

Recurrente (en casación): Demandante y demandada.

Recurrida (en casación): Demandada y demandante.

Objeto del litigio: Fallecimiento de la hija del actor tras su estancia hospitalaria pública por haber recibido, cuatro días antes, un puñetazo en la cara, que le originó una hemorragia

intracraneal y un hematoma epidural¹⁷⁵, causa inmediata de la muerte, enmascarados, sin embargo, hasta los hallazgos de la autopsia. Resultado desproporcionado, respecto a lo que es usual comparativamente.

Código del tipo de debate: B.

Fallo: Desestimación e inadmisión, respectivamente, quedando firme, en definitiva, la estimación parcial de instancia.

Fecha de los hechos: 29 de agosto de 2002.¹⁷⁶

Tiempo transcurrido: 8 años, 8 meses y 20 días.

Fecha de la sentencia de la única instancia: 14 de septiembre de 2006.

Tiempo transcurrido: 4 años, 8 meses y 5 días.

2ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Supremo, Sala Tercera.

Sin número, de fecha 30 de septiembre de 2011.

Recurso número 3536/2007.

Ponente: D. Segundo Menéndez Pérez.

Id. EDJ y Cendoj: 2011/231610 y 28079130042011100518, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Paciente.

¹⁷³ Tampoco la identifica la sentencia de instancia, número 1685/2006, de 14 de septiembre, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, Sección Segunda, recurso número 839/2003.

¹⁷⁴ Véase sus competencias en el artículo 10 de la meritada Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción.

¹⁷⁵ "Acumulación de sangre entre la duramadre y el hueso. Puede ser craneal, generalmente debida a un traumatismo con fractura ósea y rotura de una rama arterial meníngea [...]" (Real Academia Nacional de Medicina, Diccionario..., *op. cit.*, p. 811).

¹⁷⁶ Es la fecha, esta vez sí conocida, de interposición de la reclamación originaria de responsabilidad patrimonial.

Demandada: Insalud.

Codemandada: Aseguradora.

Apelante: La Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia autonómico conoció en única instancia, por lo que no hubo apelación.

Apelada: Por tanto, no hubo.

Recurrente (en casación): Demandante.

Recurrida (en casación): Codemandada.

Objeto del litigio: Vicios del consentimiento efectivamente prestado por la demandante relativos a la información sobre los riesgos de la intervención quirúrgica propuesta para su hernia discal, practicada conforme a la *lex artis*, con resultado final de lesiones.

Código del tipo de debate: A.

Fallo: Estimación parcial, anulando la desestimación de instancia.

Fecha de los hechos: 26 de abril de 2002.¹⁷⁷

Tiempo transcurrido: 9 años, 5 meses y 4 días.

Fecha de la sentencia de la única instancia: 29 de junio de 2006.

Tiempo transcurrido: 5 años, 3 meses y 1 día.

3ª Sentencia

Identificación de la sentencia.

Tribunal Supremo, Sala Tercera.

Sin número, de fecha 27 de diciembre de 2011.

Recurso número 2154/2010.

Ponente: D. Enrique Lecumberri Martí.

Id. EDJ y Cendoj: 2011/340657 y 28079130042011100743, respectivamente.

Partes intervinientes.

Demandante: Familiar del paciente.

Demandada: Servicio público de la Salud de la Consejería de Sanidad del Gobierno autonómico.

Codemandada: No hubo.

Apelante: La Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia conoció en única instancia, por lo que no hubo apelación.

Apelada: Por tanto, no hubo.

Recurrente (en casación): Demandante.

Recurrida (en casación): Demandada.

Objeto del litigio: Daños morales autónomos por la falta de información sobre los riesgos propios de la técnica de embolización¹⁷⁸ bien practicada al padre de la demandante.

Código del tipo de debate: A.

Fallo: Desestimación. Estimación parcial en instancia.

Fecha de los hechos: Cinco de junio de 2003.¹⁷⁹

Tiempo transcurrido: 8 años, 6 meses y 22 días.

Fecha de la sentencia de la única instancia: 28 de enero de 2010.

¹⁷⁷ Es la fecha, también esta vez conocida, de interposición de la reclamación originaria por responsabilidad patrimonial.

¹⁷⁸ "Técnica quirúrgica o de radiología intervencionista que tiene como objetivo la oclusión de vasos mediante la introducción de determinadas sustancias o materiales. Se usa para el tratamiento de tumores, malformaciones arteriovenosas, hemorragias, etc." (Real Academia Nacional de Medicina, Diccionario..., *op. cit.*, p. 553).

¹⁷⁹ Es la fecha de interposición de la reclamación originaria de responsabilidad patrimonial.

Tiempo transcurrido: 1 año y 11 meses, menos un día.

4.4.3.3. Discusión sobre la revisión jurisprudencial contencioso-administrativa.

Se objetiva que el 63'63 por ciento de los casos ventilados en la jurisdicción contencioso-administrativa (7 de 11) obedecen a conflictos relativos al consentimiento informado (tipo A), y que el 36'36 por ciento restante (4 casos), a desacuerdos asistenciales (conflictos tipo B).

Además, los supuestos de hecho de todos estos casos (100 %) del tipo B¹⁸⁰ (el nacimiento de un bebé con lesiones tras un parto normal; la sección del nervio mediano de una mano, con afectación motora, a consecuencia de una intervención quirúrgica; el retraso del diagnóstico definitivo y retraso terapéutico en la atención prestada al déficit auditivo de un menor, con interferencia en su desarrollo normal del habla; así como, en fin, el fallecimiento de una joven tras una estancia hospitalaria de días por haber recibido un puñetazo en la cara, que le origina una hemorragia intracraneal y, secundariamente, un hematoma epidural, causa inmediata de la muerte, no diagnosticados, sin embargo, hasta los hallazgos de la autopsia) son, de nuevo y en principio, incardinables en el tipo del delito de lesiones por imprudencia, aquéllos, o en el del homicidio imprudente, en este último caso. Es decir, las delgadas líneas fronterizas interjurisdiccionales, contencioso-administrativas y penales, continúan, también desde esta perspectiva, tenuemente desdibujadas.

Por otro lado, los tiempos de resolución judicial contencioso-administrativos se cuentan igualmente por años, incluso contando solamente el transcurrido entre instancias: un término medio

de más de 1 año y 2 meses, en el caso de la Sala del Tribunal Superior de Justicia de Canarias en Las Palmas; y de más de 3 años y 11 meses, en el de la Sala Tercera del Supremo.

4.4.3.4. Conclusiones sobre la revisión jurisprudencial contencioso-administrativa.

Primera conclusión. Se objetiva que el 63'63 por ciento de los casos revisados de la jurisdicción contencioso-administrativa obedecen a conflictos relativos al consentimiento informado (tipo A), y que el 36'36 por ciento restante, a desacuerdos asistenciales (conflictos tipo B).

Además, los supuestos de hecho de todos estos últimos casos (100 %) son, de nuevo y en principio, subsumibles en el tipo del delito de lesiones por imprudencia o en el del homicidio imprudente. Es decir, las delgadas líneas fronterizas interjurisdiccionales, ahora contencioso-administrativas y penales, continúan, también desde esta perspectiva, tenuemente desdibujadas.

Segunda conclusión. Los tiempos de resolución judicial contencioso-administrativos se cuentan igualmente por años, incluso computando solamente el transcurrido entre instancias: un término medio de más de 1 año y 2 meses, en el caso de la Sala del Tribunal Superior de Justicia de Canarias en Las Palmas; y de más de 3 años y 11 meses, en el de la Sala Tercera del Tribunal Supremo.

4.5. Conclusiones generales sobre la revisión jurisprudencial aplicada de contraste.

Primera conclusión. Revisión jurisprudencial civil.

Se objetiva que, en todos los casos revisados (100 %), en lo que atañe a los profesionales, los conflictos fueron bien de comunicación (tipo A, 60 %), entendiéndose incluidos los relativos

¹⁸⁰ Los referidos al consentimiento informado, insistimos, son atípicos penalmente.

al consentimiento informado, o bien fueron desacuerdos con los criterios médico-asistenciales seguidos (tipo B, 40 %).

Además, las fronteras jurisdiccionales internas, civiles y penales, aparecieron difusas, quedando a la libre discreción de una de las partes en conflicto, los pacientes y sus familiares, elegir entre una u otra vía, accionando en cada momento la que entendieron más favorable a sus legítimos, pero exclusivos intereses.

Segunda conclusión. Tiempo de resolución judicial civil.

Los tiempos civiles de resolución judicial se contaron por años. Así fue incluso computando solo el transcurrido entre la penúltima y última instancias: más de 1 año y 8 meses de media, en el caso de la Audiencia Provincial de Las Palmas; y más de 3 años y 2 meses, en el de la Sala Primera del Tribunal Supremo.

Tercera conclusión. Revisión jurisprudencial penal.

Todos los casos penales revisados fueron del tipo B, esto es, desacuerdos asistenciales (100 %). Todos fueron resueltos contrariamente a las pretensiones de los pacientes y sus familiares.

Además, las fronteras jurisdiccionales internas, esta vez penales y contencioso-administrativas, continuaron apareciendo difusas, siempre a criterio de los actores.

Cuarta conclusión. Tiempo de resolución judicial penal.

Los tiempos de resolución judicial criminal también se contaron por años, concretamente por una media de más de 1 año y 5 meses, incluso computándolos solo entre instancias.

Quinta conclusión. Revisión jurisprudencial contencioso-administrativa.

Se objetiva que el 63'63 por ciento de los casos revisados de la jurisdicción contencioso-administrativa obedecieron a conflictos relativos al consentimiento informado (tipo A), y que el 36'36 por ciento restante, a desacuerdos asistenciales (conflictos tipo B).

Además, los supuestos de hecho de todos estos últimos casos (100 %) resultaron, de nuevo y en principio, subsumibles en el tipo del delito de lesiones por imprudencia, del meritado artículo 152 del Código Penal, o en el del homicidio imprudente, del 142. Es decir, las delgadas líneas fronterizas interjurisdiccionales, ahora contencioso-administrativas y penales, continuaron, también desde esta perspectiva, tenuemente desdibujadas.

Sexta conclusión. Tiempo de resolución judicial contencioso-administrativo.

Los tiempos de resolución judicial contencioso-administrativos se contaron igualmente por años, incluso computando solamente el transcurrido entre instancias: un término medio de más de 1 año y 2 meses, en el caso de la Sala del Tribunal Superior de Justicia de Canarias en Las Palmas; y de más de 3 años y 11 meses, en el de la Sala Tercera del Tribunal Supremo.

CAPÍTULO 5

Estudio de la Comisión de Bioética y Deontología

5. ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA Y DEONTOLOGÍA DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LAS PALMAS COMO ÓRGANO DE CONTRASTE.

5.1. Introducción.

El artículo 12 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, artículo añadido por el 5.12 de la Ley 25/2009¹⁸¹, requiere un servicio colegial de atención a las quejas y reclamaciones de los colegiados y de los consumidores o usuarios¹⁸².

Que los Colegios Profesionales deban atender a las quejas o reclamaciones presentadas por sus propios colegiados, se convendrá con nosotros en que, ciertamente, no supone ninguna novedad práctica. Incluso es bien conocida la crítica tradicional y comúnmente generalizada de corporativismo, en el sentido de una supuesta tendencia abusiva a la solidaridad interna y a la defensa de los intereses del grupo o sector profesional colegiado. No, definitivamente, no es éste el objeto principal del requerido servicio colegial.

De hecho, el preámbulo de la repetida Ley 25/2009 habla de que “se refuerzan las garantías de los consumidores y usuarios de los servicios, al obligar a los prestadores de servicios a ac-

¹⁸¹ Entró en vigor el día 27 de diciembre del año 2009, según la disposición final quinta de la meritada Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, publicada aquélla en el BOE 308/2009, de 23 de diciembre.

De acuerdo con su preámbulo, esta otra Ley, la 17/2009, de 23 de noviembre (BOE núm. 283, de 24 de noviembre de 2009), ha incorporado parcialmente al Derecho español la Directiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre, relativa a los servicios en el mercado interior (Diario Oficial de la Unión Europea 376/2006, de 27 de diciembre).

¹⁸² La correspondiente Ley canaria, 10/1990, de 23 de mayo, de Colegios Profesionales, sin embargo, no lo contempla (BOE núm. 144, de 16 de junio de 1990; BOC núm. 66, de 28 de mayo de 1990).

tuar con transparencia [...] en materia de reclamaciones”¹⁸³, así como de que “se refuerza la normativa de defensa de los consumidores y usuarios en materia de reclamaciones [...], principalmente en lo que concierne a los Colegios Profesionales”¹⁸⁴. Nada dice, sin embargo, de los colegiados. Es decir, el interés legal se centra en la atención a los consumidores o usuarios, esto es, en la vertiente corporativa externa.

“[...] Los Colegios Profesionales dispondrán de un servicio de atención a los consumidores o usuarios, que necesariamente tramitará y resolverá cuantas quejas y reclamaciones referidas a la actividad colegial o profesional de los colegiados se presenten por cualquier consumidor o usuario que contrate los servicios profesionales, así como por asociaciones y organizaciones de consumidores y usuarios en su representación o en defensa de sus intereses” (art. 12.2).

“Los Colegios Profesionales, a través de este servicio de atención a los consumidores o usuarios, resolverán sobre la queja o reclamación según proceda: bien informando sobre el sistema extrajudicial de resolución de conflictos, bien remitiendo el expediente a los órganos colegiales competentes para instruir los oportunos expedientes informativos o disciplinarios, bien archivando o bien adoptando cualquier otra decisión conforme a derecho” (art. 12.3).

5.2. Objeto científico de la investigación.

El órgano corporativo competente en el caso del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas es su Comisión de Bioética y Deontología¹⁸⁵. De hecho, es el que viene atendiendo a las quejas y reclamaciones no solo de los colegiados, sino también de los consumidores y

¹⁸³ Número I, tercer párrafo, *in fine*.

¹⁸⁴ Número II, párrafo segundo.

usuarios, desde mucho tiempo antes de que se exigiera legalmente este servicio¹⁸⁶.

El estudio de la actividad de este órgano nos servirá para extraer conclusiones contrastables con la actividad jurisdiccional, así como, posteriormente, para justificar y diseñar un sistema extrajudicial de resolución de conflictos aplicado, evolución, de alguna manera, del actual mecanismo corporativo objeto de estudio.

5.2.1. Definición de la Comisión de Bioética y Deontología.

Tal y como se recoge por el artículo 24 estatutario, “[...] es el órgano colegial que se encarga de garantizar el respeto de los principios deontológicos establecidos en el Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio y en el del Consejo General de Colegios de Médicos de España, y velar por los principios bioéticos aplicables”.

5.2.2. Estructura de la Comisión de Bioética y Deontología.

Según el artículo 26 del mismo cuerpo normativo, “la Comisión de Bioética y Deontología estará compuesta por un Presidente, que será miembro de la Junta Directiva del Colegio¹⁸⁷, por

¹⁸⁵El artículo 25.3 de los Estatutos colegiales establece entre las potestades de la Comisión de Bioética y Deontología “sancionar, previo expediente disciplinario abierto al efecto por la propia Comisión, a los colegiados que hayan cometido alguna de las faltas estipuladas en los presentes Estatutos y/o al Código de Ética y Deontología médica”.

¹⁸⁶El artículo 32 de los antiguos Estatutos colegiales decía que “las decisiones de la (entonces) Comisión de Deontología deberán constar en acta, así como los acuerdos tomados al respecto por la Junta Directiva”. Pues bien, consultados los archivos colegiales, el acta, debidamente formalizada, más antigua de la Comisión de Deontología de que queda constancia es de fecha 17 de diciembre del año 1998. Sin embargo, en la correspondiente reunión no se tomó ninguna decisión relativa a materias disponibles a nuestros efectos. Sencillamente, es el acta de la toma de posesión de los nuevos miembros de la Comisión. Así que, a nuestros efectos, el acta más antigua es la siguiente, la que corresponde a la reunión del día 14 de enero ya del año 1999, cuando sí consta haberse atendido a reclamaciones tanto de colegiados como de usuarios.

un Secretario y por los miembros que se destinen para su buen funcionamiento. Estos últimos se organizarán en subcomisiones.

Cada subcomisión estará compuesta por un mínimo de cuatro y un máximo de seis miembros, ejerciendo uno de ellos la función de coordinador. Dependerán orgánicamente del Presidente de la Comisión de Bioética y Deontología.

Los miembros de la Comisión deberán ser colegiados y cumplir con los deberes inherentes a dicha cualidad. Para aquellos casos en los que se estime conveniente la participación de otros profesionales no médicos, la Comisión podrá invitarles a participar con voz, pero sin voto.

Para la ejecución de las competencias atribuidas en el artículo 65¹⁸⁸, formará parte de la Comisión un miembro de la Asesoría Jurídica colegial, que actuará como Secretario de la misma”.

5.2.3. Caracteres de la Comisión de Bioética y Deontología.

Es un órgano no profesional, en el sentido de que sus miembros no perciben ninguna retribución por las funciones que desempeñan, así como en el sentido de que el acceso al mismo también es gratuito.

En esencia, vela solícitamente por la integridad deontológica del ejercicio profesional de los colegiados, lo que, en nuestra opinión, constituye uno de los principales fundamentos, si no el

¹⁸⁷No obstante, las sanciones disciplinarias “serán impuestas por la Comisión de Bioética y Deontología del Colegio de Médicos de Las Palmas, en cuya decisión no participará, en ningún caso, el Presidente de la misma” (art. 65 de los Estatutos corporativos).

¹⁸⁸Esto es, para la imposición de sanciones.

mayor, de la colegiación.

Particularmente, valora la existencia o no de infracciones de las normas contenidas en el Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio.

Estas normas deontológicas no son, como es sabido, una suerte de simples recomendaciones, sino que, antes al contrario, son, además de consustanciales a la profesión¹⁸⁹, conformadoras de la denominada *lex artis*, tal y como ha venido respaldando tanto la jurisprudencia¹⁹⁰ como el Derecho positivo¹⁹¹. Lo que, entre otras cosas, por virtud del deber de secreto profesional¹⁹², garantiza la confidencialidad y privacidad.

5.2.4. Régimen jurídico de recursos.

“[...] Contra las resoluciones firmes de la Junta Directiva y de la Comisión de Bioética y Deontología y los actos de trámite que determinen la imposibilidad de continuar un procedimiento o produzcan indefensión - reza el artículo 79.1 estatutario-, podrá interponerse recurso conten-

¹⁸⁹ “El concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos, como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones” (apartado II de la exposición de motivos de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003).

¹⁹⁰ <<[...] Las normas de deontología profesional aprobadas por los Colegios profesionales o sus respectivos Consejos Superiores u órganos equivalentes no constituyen simples tratados de deberes morales sin consecuencias en el orden disciplinario. Muy al contrario, tales normas determinan obligaciones de necesario cumplimiento por los colegiados y responden a las potestades públicas que la Ley delega en favor de los Colegios para “ordenar [...] la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de los particulares” - artículo 5.i) de la Ley de Colegios Profesionales - [...]>> (sentencia del Tribunal Constitucional, Sala Primera, de 21 de diciembre de 1989, núm. 219, por todas).

cioso-administrativo, sin perjuicio de presentar recurso potestativo de reposición ante el Consejo Canario de Colegios de Médicos¹⁹³”, que, en cualquier caso, no suspenderán la ejecución del acto impugnado (su art. 79.4).

Así que, en definitiva y en este sentido, el estudio del tratamiento de las reclamaciones corporativas, vía Comisión de Bioética y Deontología, por presuntas infracciones deontológico-profesionales es comparable, *mutatis matandi*, al del jurisdiccional.

5.3. Método. Remisión.

A estos efectos, tomaremos en consideración todas y cada una de las reclamaciones que consten en acta correspondientes a los ejercicios anuales que integran el último mandato corporativo completo disponible, esto es, el comprendido entre los años 2010 y 2014, siempre según las mismas delimitaciones temporal y subjetiva precisadas *ut supra*, en el epígrafe § 1.1.2.

Cada una de estas reclamaciones, además, la abordaremos en función de unos ítems que nos

¹⁹¹ “Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión” (artículo 4.5 de la citada Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias).

En el mismo sentido, sus artículos 4.7, 5.1.a) y 41.2, así como su disposición adicional octava.

¹⁹² Deber de larguísima tradición, consagrado ya desde el Juramento de Hipócrates. El Código de Ética y Deontología Profesional colegial le dedica el Capítulo IV, artículos 14 a 18, ambos inclusive.

¹⁹³ Decreto 253/1996, de 26 de septiembre, por el que se crea el Consejo Canario de Colegios Médicos (BOC núm. 127, de 7 de octubre de 1996).

permitan establecer comparaciones con las ventajas que, de forma más o menos pacífica, se le vienen reconociendo al arbitraje en España como medio extrajudicial de resolución de conflictos frente al judicial¹⁹⁴.

Ciertamente, estas ventajas no constituyen el objeto de nuestro trabajo. Ya hay publicada una ingente literatura científica que configura un homogéneo cuerpo doctrinal *ad hoc*, del que partimos¹⁹⁵.

Los referidos ítems, su justificación y pertinencia son los siguientes: si la reclamación se interpone de oficio o a instancia de parte, si ha sido remitida por la Administración pública sanitaria, si ha intervenido el Diputado del Común¹⁹⁶, si se hace referencia a una eventual judicialización del caso, quién la interpone, contra quién, dónde ocurrieron los hechos, si interviene en la deliberación, votación y resolución un miembro especialista de la Comisión, cuál es el objeto

¹⁹⁴ <<Sin embargo no deben dejarse de lado los posicionamientos de los detractores o, por lo menos de los críticos para con el arbitraje: Menor duración, pero debida a tratarse, el del arbitraje, de un proceso de instancia única; las praxis sajonas procesales que han traído al arbitraje formas de hacer propias del *Common Law* han llevado al proceso una mayor necesidad de tiempo; dilatación también de los procedimientos arbitrales debido a las prórrogas o nuevos señalamiento (*sic*) que solicitan las defensas, unido a las pobladas agendas de algunos árbitros, comprometen con todo ello seriamente el tiempo breve del arbitraje; la creciente especialización de los jueces en áreas de derecho otorga a la jurisdicción de los tribunales estatales un renovado atractivo; el pretendido *declive* (*sic*) de la confidencialidad en el entorno del arbitraje, a lo que hay que sumar las *incertidumbres* (*sic*) que parecen rodear *a priori* (*sic*) la designación y persona del árbitro frente a la *seguridad* (*sic*) del “juez predeterminado por la ley” (*sic*) y que los costes de los profesionales que intervienen en el arbitraje en ocasiones pueden ser los *mismos* (*sic*) o mayores que los que se producen actuando en la jurisdicción, lo que puede cuestionar que el proceso arbitral sea efectivamente más económico>> (De Alfonso Olivé, J. M., “¿Mantiene el arbitraje sus ventajas hoy en día? Lo que pueden hacer las partes para asegurarlas”, *op. cit.*, pp. 20-21).

¹⁹⁵ Sin ánimo de exhaustividad y citando las referencias más recientes, *vid.*, entre otros, Colina Garea, R., *El arbitraje en España. Ventajas y desventajas*, Difusión Jurídica y Temas de Actualidad, S. A., Madrid, 2009, pp. 31-43. Cubillo López, I. J., “El arbitraje”, en Banacloche Palao, J. y Cubillo López, I. J. (autores), *Aspectos fundamentales de Derecho Procesal Civil*, 1ª edición, La Ley, Madrid, 2012, pp. 464 y ss. De Alfonso Olivé, J. M., “¿Mantiene el arbitraje sus ventajas...”, *op. cit.*, pp. 19-49. Íscar de Hoyos, J., “El arbitraje institucional”, en Sáez Hidalgo, I. y Dorrego de Carlos, A. (directores), *Arbitraje y mediación. Proble-*

del debate, cuál la pretensión, cuál la decisión, su fecha, tiempo transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento colegial, así como, por último, si se ha satisfecho o no aquella pretensión inicial.

El primer ítem, esto es, si la acción se interpone de oficio o a instancia de parte, permitirá establecer el grado de prevalencia entre una y otra alternativa en origen, ayudándonos así a conocer a quién dirigir, en su momento, nuestro sistema extrajudicial de solución de conflictos.

En este mismo sentido, el segundo y tercero, por su lado, permitirán establecer el grado de cooperación y colaboración interadministrativa, en su actuación eficiente al servicio de los ciudadanos.

La existencia o no de referencia a la judicialización del caso, cuarto ítem, nos permitirá acercarnos al índice actual de trasvase, en uno y otro sentido, entre el mecanismo colegial de resolución de conflictos profesionales y el judicial.

mas actuales, retos y oportunidades, 1ª edición, Thomson Reuters Lex Nova, Valladolid, 2013, pp. 21-43. Pérez Martell, R., *El arbitraje en el contrato de franquicia*, 1ª edición, Ediciones Jurídicas Dijusa, S. L., Madrid, 2006, pp. 19-32. Pérez Martell, R., “Vías extrajudiciales de solución de conflictos en el ámbito sanitario”, *Revista jurídica de Canarias*, nº 11, volumen II, 2008, pp. 81-91. Sánchez-Pedreño Kennaird, A., “Generalidades”, en Sánchez-Pedreño Kennaird (coordinador), *Arbitraje*, Ediciones Francis Lefebvre, S. A., Madrid, 2012, pp. 9-15. Vilalta Nicuesa, A. E., *Mediación y arbitraje electrónicos*, 1ª edición, Editorial Aranzadi, S. A., Cizur Menor (Navarra), 2013, pp. 43-44.

¹⁹⁶ “El Diputado del Común es el alto comisionado del Parlamento de Canarias, designado por éste para la defensa de los derechos y libertades constitucionales y supervisará las actividades de las administraciones públicas canarias en sus relaciones con los ciudadanos y a fin de garantizar dichos derechos y libertades, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley” (artículo 1 de la 7/2001, de 31 de julio, del Diputado del Común. BOC núm. 103, de 8 de agosto de 2001, y BOE núm. 207, de 29 de agosto de 2001).

En otras palabras, viene a ser el equivalente en Canarias del Defensor del Pueblo en España.

El quinto y sexto ítem corresponden a la necesaria identificación de los sujetos activo y pasivo intervinientes, para definir el perfil, sobre todo, del reclamante, toda vez que, por la propia naturaleza de nuestro estudio, el del reclamado será casi siempre el del médico o médicos¹⁹⁷.

Ahora bien, en función del lugar de los hechos, clasificaremos las reclamaciones entre las llamadas *Medicina pública y privada*, según hayan ocurrido en uno u otro ámbito. Obsérvese que no se trata tanto del lugar físico (centro, servicio o establecimiento sanitario público o privado) como de la naturaleza jurídica de la relación entre médico y paciente. Y es que, por ejemplo, en virtud de un concierto de asistencia sanitaria, en un centro, servicio o establecimiento privado puede prestarse atención profesional pública (*concertada, en tal caso*). En definitiva, este séptimo ítem nos permitirá sacar conclusiones trascendentes referidas a la disponibilidad a nuestros efectos de las materias objeto de reclamación.

¹⁹⁷ Decimos casi porque también podrá tratarse del de una sociedad profesional, esto es, una sociedad que tenga por objeto social el ejercicio en común de una actividad profesional. En efecto, por virtud del artículo 8.4 de la Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales (BOE núm. 65, de 16 de marzo de 2007), “la sociedad se inscribirá igualmente en el Registro de Sociedades Profesionales del Colegio Profesional que corresponda a su domicilio, a los efectos de su incorporación al mismo y de que éste pueda ejercer sobre aquélla las competencias que le otorga el ordenamiento jurídico sobre los profesionales colegiados”.

Sin embargo, a pesar de la entrada en vigor de la Ley el día 16 de junio del mismo año 2007, consultados los archivos colegiales, más de seis años después, a nueve de mayo de 2014, fecha de las elecciones corporativas, tan solo son 93 las sociedades profesionales registradas en el Colegio de Médicos de Las Palmas, por 4.914 personas físicas colegiadas; esto es, tan solo un 1,86 %, frente al 98,14 % restante.

Por otro lado, a mayor abundamiento, el artículo 18 de la meritada Ley 2/2007 contempla expresamente la posibilidad de una cláusula de arbitraje: “El contrato social podrá establecer que las controversias derivadas del mismo que surjan entre los socios, entre socios y administradores, y entre cualesquiera de éstos y la sociedad, incluidas las relativas a separación, exclusión y determinación de la cuota de liquidación, sean sometidas a arbitraje, de acuerdo con las normas reguladoras de la institución”.

Descenderemos incluso hasta la distinción entre la atención primaria (primer nivel asistencial) y la especializada (segundo nivel), entendiéndola ésta como ambulatoria u hospitalaria, mientras que aquélla como extrahospitalaria no especializada. Esto también coadyuvará a definir mejor nuestro ámbito objetivo. Será el octavo ítem.

El noveno pondrá en valor la súper-especialización del mecanismo colegial de solución de conflictos, frente a la no especialización del judicial. Ya no solo se trata de que aquél, siempre y en todo caso, esté constituido por médicos para resolver controversias precisamente de carácter médico-asistencial, sino que, además, por médicos especialistas o especializados, según su asistencia o no a la correspondiente reunión en que se haya procedido a la deliberación, votación y decisión.

Los ítems números 10, 11 y 12 fijarán, respectivamente, el objeto del debate, la pretensión y la resolución.

El 13 servirá para clasificar los tipos de debate, codificándolos, para su mejor manejo expositivo.

Ciertamente, a priori no parece haber un criterio mejor que otro a estos efectos. El nuestro intenta ordenar sistemáticamente los grandes grupos de controversias. Así, la letra A mayúscula identificará las centradas en la falta de comunicación entre médico y paciente o reclamante, o bien, en su insuficiencia o inadecuación. Se incluye las controversias sobre las fronteras internas del ejercicio profesional, esto es, qué debe y qué no debe hacerse según la capacitación profesional de que se disponga; así como, finalmente, las controversias sobre publicidad engañosa. La letra B codificará las reclamaciones por desacuerdo con el criterio médico-asistencial. La letra C servirá para identificar las reclamaciones de revisión estrictamente deontológica de un acto profesional o de un proceso asistencial. Y la letra D agrupará las otras clases de reclamaciones, a modo de *cajón de sastre*.

El decimocuarto ítem, la fecha del acuerdo de la resolución¹⁹⁸, servirá para computar el tiempo transcurrido desde el inicio del procedimiento colegial, esto es, desde la fecha del registro de entrada en el Colegio del escrito inicial del procedimiento, si fue a instancia de parte, o bien desde la fecha del acuerdo de inicio, si fue de oficio (el cómputo en sí, decimoquinto ítem).

Y, en fin, el decimosexto, si se ha satisfecho o no la pretensión, mostrará no el grado de cumplimiento de la función colegial con que se sosiega y responde enteramente a la queja o razón contraria, independientemente de si se ha accedido o no a lo pedido, sino más bien el grado de adecuación a las expectativas de los usuarios.

5.4. Estudio de los ejercicios anuales 2010 a 2014.

5.4.1. Actividad de la Comisión colegial de Bioética y Deontología durante el ejercicio 2010.

5.4.1.1. Exposición sumaria.

Durante el año natural 2010¹⁹⁹, se reunió cinco veces, esto es, una media de una reunión cada setenta y tres días, exactamente. Recuérdese que, a diferencia de los juzgados y

¹⁹⁸ En principio, será la fecha de la correspondiente resolución de la Junta Directiva, toda vez que la Comisión (antes, de Deontología; después, de Bioética y Deontología), hasta la entrada en vigor de los nuevos Estatutos colegiales el día de su publicación en el BOC (art. 85), 11 de septiembre de 2013, no tenía reconocida estatutariamente (ver el art. 32 de los antiguos Estatutos de 1993) entre sus potestades la de sancionar, como a partir de entonces sí tiene (art. 25.3).

Así pues, desde el meritado 11 de septiembre de 2013, la fecha de referencia pasará a ser la de la resolución de la propia Comisión de Bioética y Deontología, siempre que corresponda a reclamaciones iniciadas desde entonces, y no anteriores.

tribunales, esta Comisión es un órgano no profesional, en el sentido de que sus miembros médicos no perciben ninguna retribución por las funciones que desempeñan.

5.4.1.2. Reunión número 1 de 5/2010.

Es la reunión del día 28 de enero del año 2010.²⁰⁰

De los once²⁰¹ asuntos contenidos en el orden del día, cinco son reclamaciones de interés aplicable a nuestros efectos²⁰², los números 2 al 5, ambos inclusive, y 7, que referimos correlativamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 0334/2009, 16 de abril.²⁰³

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

¹⁹⁹ En puridad, el ejercicio de sus funciones por la Comisión en última instancia dimanante de las elecciones colegiales del día 12 de mayo de 2010, comenzó, pues, a partir de la tercera reunión del año, la de 15 de julio. No obstante, incluimos el estudio también de las dos primeras reuniones, en esencia, porque, no restando nada, de alguna manera, sí permite constatar un funcionamiento homogéneo anterior y posterior, por encima de los vaivenes coyunturales propios de los procesos electorales. Así como porque permite comparar con los otros ejercicios anuales completos.

²⁰⁰ Según su correspondiente acta, aprobada durante la siguiente reunión, de 25 de marzo del año 2010, sin modificaciones. Finalmente, la Junta Directiva colegial tomó los respectivos acuerdos, también sin modificaciones, durante la reunión de su Comisión Permanente del día 21 de abril del mismo año 2010.

²⁰¹ Numerados del 1 al 11.

²⁰² Los otros seis son los correspondientes a la eventual aprobación del acta de la reunión anterior (asunto núm. 1 del orden del día), los eventuales urgentes (su núm. 10), así como los eventuales ruegos y preguntas (núm. 11). Finalmente, hubo un solo

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público, Servicio de Urgencias.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.²⁰⁴

Objeto del debate: A propósito del informe de autopsia, insatisfactoria comunicación entre médico y familiar del paciente.

Pretensión: Acceder al meritado informe de autopsia.

Resolución: Archivo, en esencia, por no dirigir la pretensión a la instancia competente, habiendo sido ya informada la reclamante.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 21 de abril del año 2010.²⁰⁵

Tiempo transcurrido del procedimiento: 370 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

asunto urgente (1980/2009, de 31 de diciembre), respecto al que se acordó, sin embargo, su tramitación ordinaria, con cuyo resultado se acordará en su momento. El escrito registrado a su entrada colegial con el número 0654/2009, de 27 de mayo (asunto núm. 6 del orden del día), consiste en una consulta evacuada por un colegiado sobre la protección de sus historias clínicas. Por otro lado, el registrado con el número 1558/2009, de 14 de diciembre (asunto núm. 8), a su vez, consiste en un conflicto entre colegiados a propósito de la autoría y defensa de una publicación profesional. Y por fin (núm. 9), el registrado a su entrada colegial con el número 1813/2009, de 30 de diciembre, vuelve a plantear un asunto ya planteado (escrito 0602/2008, de 28 de mayo) y resuelto previamente, quedando fuera de nuestro ámbito de aplicación temporal.

²⁰³ El número 2.

²⁰⁴ La medicina de urgencias no es una de las especialidades médicas, actualmente reguladas, en esencia, por el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada (BOE núm. 45, de 21 de febrero de 2008), así como por el Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista (BOE núm. 190, de 6 de agosto de 2014).

2. Número de registro de entrada colegial: 0487/2009, 8 de mayo.²⁰⁶

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.²⁰⁷

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público, Centro de Salud.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.²⁰⁸

Objeto del debate: Las razones de la médico especialista en obstetricia y ginecología interconsultada por el compañero del Centro de Salud para informar de que la paciente no precisa valoración por su parte.

Pretensión: Acceder a la valoración especializada.

Resolución: Archivar las actuaciones, apreciando la corrección del proceder profesional de la médico reclamada.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 21 de abril del año 2010.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 348 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

²⁰⁵ Acta de la Comisión Permanente de la Junta Directiva de la fecha, donde consta la asunción como propios de los acuerdos propuestos por la Comisión de Deontología correspondientes a las reuniones de ésta de fechas 28 de enero y 25 de marzo del año 2010.

²⁰⁶ El número 3.

²⁰⁷ No obstante, consta en las actuaciones la correspondiente reclamación administrativa.

²⁰⁸ Aunque un miembro de la Comisión sí es especialista en obstetricia y ginecología, no asistió a la reunión.

3. Número de registro de entrada colegial: 0531/2009, 14 de mayo.²⁰⁹

Remitido por la Administración pública sanitaria: Sí.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público, Servicio de Neurocirugía.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: La adecuación o no de la información pre y postoperatoria.

Eventuales negligencias profesionales, con resultado de muerte.

Pretensión: Acceder a la información reclamada, para, en su caso, exigir las correspondientes responsabilidades en sede jurisdiccional.

Resolución: Declinatoria de jurisdicción, a favor de los juzgados y tribunales.

Código del tipo de debate: D.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 21 de abril del año 2010.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 342 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

4. Número de registro de entrada colegial: 0652/2009, 27 de mayo.²¹⁰

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

²⁰⁹ El número 4.

²¹⁰ El número 5.

²¹¹ Asistió a la reunión un miembro especialista en cirugía general y digestiva. Aunque ninguno en pediatría ni en medicina interna.

Intervención del Diputado del Común: Sí.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médicos.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privados y públicos, de pediatría, medicina interna, cirugía general y digestiva.

Atención primaria y especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.²¹¹

Objeto del debate: Las sucesivas actuaciones de los distintos profesionales médicos que a lo largo de los años han ido tratando el proceso patológico digestivo del hijo de la actora.

Pretensión: Ninguna en especial.²¹²

Resolución: Prescripción de las eventuales faltas disciplinarias estatutarias aplicables.

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 21 de abril del año 2010.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 329 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.²¹³

5. Número de registro de entrada colegial: 0704/2009, 5 de junio.²¹⁴

Remitido por la Administración pública sanitaria: Sí.²¹⁵

Intervención del Diputado del Común: No.

²¹² Según se dice en el referenciado más arriba escrito inicial del procedimiento, "[...] para que quede constancia y no se repitan casos como este [...]".

²¹³ Porque se ha cumplido la función corporativa.

²¹⁴ Y el número 7.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado, de estomatología.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: El acierto diagnóstico o no. A partir de ahí, los consiguientes tratamientos, así como sus precios.

Pretensión: La devolución del importe total abonado.

Resolución: Archivo, por incompetencia por razón de la materia.

Código del tipo de debate: D.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 21 de abril del año 2010.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 320 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 2 / 4.²¹⁶

8.- Atención primaria / especializada: 1 / 5.²¹⁷

9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 1 / 4.

10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 1 / 1 / 1 / 2.

11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 341'8 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 1 / 4.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 4 / 1.

5.4.1.3. Reunión número 2 de 5/2010.

Es la reunión del día 25 de marzo del año 2010²¹⁸, cincuenta y seis días después de la anterior.

De los trece²¹⁹ asuntos contenidos en el orden del día, seis son reclamaciones de

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 1 DE 5/2010.

1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 5.

2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 2 / 3.

3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 1 / 4.

4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 2 / 3.

5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 1 / 4.

6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 5 / 0.

²¹⁵ En puridad, remitido por el Colegio Oficial de Dentistas de Las Palmas, a su vez, por remisión errónea de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios, de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, toda vez que el profesional reclamado no está colegiado en aquella corporación, sino en ésta.

²¹⁶ A pesar de que en esta reunión el número de casos aptos es cinco, la suma de reclamaciones referidas a centros privados y públicos es seis porque una de ellas, concretamente la número cuatro, se refiere a un mismo proceso asistencial desarrollado tanto en uno como en otro tipo de centros.

²¹⁷ La reclamación distinguida con el número cuatro se refiere a un mismo proceso asistencial desarrollado tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario.

Por otro lado, en total, las especialidades reclamadas son, por orden cronológico, obstetricia y ginecología, neurocirugía, pediatría, medicina interna, cirugía general y del aparato digestivo y estomatología.

²¹⁸ Según su correspondiente acta, aprobada durante la misma reunión, de 25 de marzo del año 2010, lo que se hace constar en el de la siguiente reunión, de 15 de julio del mismo año. Finalmente, la Junta Directiva colegial tomó los respectivos acuerdos, sin modificaciones, durante la reunión de su Comisión Permanente del día 21 de abril del repetido año 2010.

²¹⁹ Numerados del 1 al 13.

interés aplicable a nuestros efectos²²⁰, los números 2 al 4, ambos inclusive, 7, 9 y 11, que referimos correlativamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 0461/2009, 5 de mayo.²²¹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público, Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, del Ministerio de Trabajo e Inmigración, del Gobierno de España.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.²²²

Objeto del debate: La supuesta “divulgación de datos médicos (del paciente) por médico del INSS al titular de la empresa del paciente”.

²²⁰ A Los otros siete son los correspondientes a la eventual aprobación del acta de la reunión anterior (asunto núm. 1 del orden del día), así como a los eventuales ruegos y preguntas (núm. 13). La resolución del asunto número cinco del orden del día (registrado a su entrada colegial con el núm. 0942/2009, de 14 de agosto) resultó, finalmente, pospuesta, por no constar debidamente recibida por el médico reclamado la correspondiente solicitud colegial de informe. Igualmente, la resolución de los números seis (0946/2009, de 18 de agosto) y diez (1147/2009, de 16 de septiembre), pero aquella vez por acordarse diligencias para mejor proveer, mientras que ésta porque el médico reclamado no evacuó el trámite de informe, requiriéndosele al efecto. Por otro lado, el asunto número ocho del orden del día (0973/2009, de dos de septiembre) no se refiere a ningún conflicto asistencial. Y en fin, el único asunto urgente (núm. 12 del orden del día) que hubo (1716/2010, de diez de marzo) se trata de una petición de asesoramiento sobre el deber de secreto profesional.

²²¹ El número 2.

Pretensión: Sancionar a la médico.

Resolución: Archivo, por falta de prueba; así como sanción a la médico contra quien se dirige la acción, por no evacuar la correspondiente petición colegial de informe.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 21 de abril del año 2010.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 351 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

2. Número de registro de entrada colegial: 0729/2009, 9 de junio.²²³

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Sobre la procedencia del reconocimiento de la situación de incapacidad temporal.

Pretensión: Simple queja.²²⁴

²²² Ni siquiera asistió a la reunión ningún miembro de la denominada Atención primaria.

²²³ El número 3.

²²⁴ “Que mi queja sea atendida y se les de traslado a los organismos que corresponda y no se quede como régimen interno”

Resolución: Archivo, por falta de prueba.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 21 de abril del año 2010.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 316 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.²²⁵

3. Número de registro de entrada colegial: 0864/2009, 16 de julio.²²⁶

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado, de oftalmología.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: El cobro de honorarios profesionales a los familiares de un compañero. En este caso, la paciente es la señora del médico actor.

Pretensión: No es la devolución de los honorarios satisfechos, sino preservar la tradición de no hacerlo.

(sic). "Que mi queja sea atendida y se les de traslado a los organismos que corresponda y no se quede como régimen interno" (sic).

²²⁵ Una vez entendida como simple queja la anterior pretensión transcrita.

²²⁶ El número 4.

Resolución: Archivo, por no quedar acreditado que la paciente dependa económicamente del reclamante, como requiere el artículo 65.1 del Código de Ética y Deontología Profesional corporativo.

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 21 de abril del año 2010.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 279 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.²²⁷

4. Número de registro de entrada colegial: 0950/2009, 20 de agosto.²²⁸

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.²²⁹

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.²³⁰

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público, Servicio de Urgencias.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

²²⁷ Siendo la pretensión preservar la tradición, más allá del caso concreto, el médico actor reclamándolo, el médico reclamado explicándose y el Colegio cursando aquella y resolviéndola, de hecho, ya lo están haciendo, si bien en sus justos términos aplicados.

²²⁸ El número 7.

²²⁹ Aunque sí consta en las actuaciones la correspondiente reclamación administrativa, de 18 de agosto del año 2009.

²³⁰ Incluso consta el acta denuncia judicial, de 19 de agosto del año 2009.

Objeto del debate: Con ocasión de un traumatismo costal izquierdo, un supuesto error de diagnóstico y, consecuentemente, una supuesta actitud terapéutica errónea.

Pretensión: Ninguna, limitándose a denunciar los hechos.

Resolución: Archivo, porque el eventual error de diagnóstico no sería reprochable ética ni deontológicamente.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 21 de abril del año 2010.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 244 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

5. Número de registro de entrada colegial: 0978/2009, 3 de septiembre.²³¹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado, de "enfermedades de la piel y de transmisión sexual".

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: La necesidad o no del correspondiente título de médico especialista en dermatología medico-quirúrgica y venereología, cuya posesión por el médico reclamado no consta acreditada en su expediente personal colegial. Tam-

bién, la publicidad, que el paciente actor considera engañosa.

Pretensión: Que se le sancione.

Resolución: Archivo, requiriendo al reclamado para que, si posee el título, lo ponga en conocimiento del Colegio, y si no lo posee, lo ponga en conocimiento previo de todos y cada uno de sus pacientes. También, recordándole la normativa aplicable a su publicidad.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 21 de abril del año 2010.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 230 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

6. Número de registro de entrada colegial: 1321/2009, 23 de septiembre.²³²

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado, de ginecología.

Atención especializada.²³³

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: Supuesto error de diagnóstico, resultando finalmente un diag-

²³¹ El número 9.

²³² Y el número 11.

²³³ En obstetricia y ginecología.

nóstico principal de carcinoma epidermoide de cérvix, estadio III B.

Pretensión: Ninguna.

Resolución: Archivo, básicamente, al considerar cumplida la obligación de medios del profesional.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 21 de abril del año 2010.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 210 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 2 DE 5/2010.

- 1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 6.
- 2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 0 / 6.
- 3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 6.
- 4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 2 / 4.
- 5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 4 / 2.
- 6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 6 / 0.
- 7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 3 / 3.
- 8.- Atención primaria / especializada: 3 / 3.²³⁴
- 9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 1 / 5.
- 10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 2 / 3 / 1 / 0.
- 11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 271,6 días.
- 12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 2 / 4.

²³⁴ Las especialidades reclamadas son, por orden cronológico, oftalmología, dermatología medico-quirúrgica y venereología, así como obstetricia y ginecología.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 3 / 3.

5.4.1.4. Reunión número 3 de 5/2010.

Es la reunión del día 15 de julio del año 2010²³⁵, ciento doce días después.

De los trece²³⁶ asuntos contenidos en el orden del día, seis son reclamaciones de interés aplicable a nuestros efectos²³⁷, los números 3, 4, 6, 7, 9 y 10, que referimos correlativamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 1338/2009, 25 de septiembre.²³⁸

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

²³⁵ Según su correspondiente acta, aprobada durante la siguiente reunión, de siete de octubre del mismo año 2010, sin modificaciones. No obstante, no hay que dejar de advertir que, en el acta de octubre, se refleja erróneamente la fecha de esta reunión de julio, aunque de su redacción se desprende debidamente. Por fin, la Junta Directiva colegial tomó los respectivos acuerdos, también sin modificaciones, durante la reunión de su Comisión Permanente del día 26 de enero ya del año 2011.

²³⁶ Numerados correlativamente, desde el número 1 hasta el 13.

²³⁷ Los otros siete son los correspondientes a la eventual aprobación del acta de la reunión anterior (asunto núm. 1 del orden del día), los eventuales urgentes (su núm. 12), así como los eventuales ruegos y preguntas (núm. 13). El asunto número 2 (registrado a su entrada colegial con el núm. 1323/2009, de 23 de septiembre) es una denuncia de un supuesto delito de intrusismo profesional. El número 5 (1432/2009, de 26 de octubre) consiste en una solicitud de amparo de una médico colegiada frente a una sanción disciplinaria empresarial. El asunto número 8 (1482/2009, de 17 de noviembre) quedó pendiente de resolución, por falta de respuesta del médico reclamado a la petición colegial de informe. Por fin, el número 11 (1566/2009, de 16 de diciembre) consiste en una denuncia de hechos presuntamente delictivos, derivándose para su depuración jurisdiccional.

²³⁸ El número 3.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público, de anatomía patológica.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: La supuesta incorrección, por incompleto respecto a datos esenciales, de un informe anatomopatológico.

Pretensión: Determinar si es correcto o no, y en este caso, porqué.

Resolución: Remisión a estos efectos al médico reclamado, y archivo de las actuaciones.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 26 de enero del año 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 488 días.²³⁹

Satisfacción de la pretensión: Sí.²⁴⁰

2. Número de registro de entrada colegial: 1390/2009, 13 de octubre.²⁴¹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

²³⁹ Según el acta de proclamación de electos, el día 12 de mayo del año 2010, el Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas celebró sus elecciones corporativas, lo que, sin duda, constituye un factor distorsionador de su normal funcionamiento, reflejo de lo cual es, por ejemplo, el tiempo transcurrido entre la última vez que la Junta Directiva adoptó los acuerdos correspondientes a los propuestos en la reunión anterior a ésta de la Comisión de Deontología, el referido día 21 de abril del año 2010, y la fecha en que adoptó los correspondientes a esta reunión que ahora nos ocupa, el repetido 26 de enero ya del año 2011. Son más de nueve meses explicables en buena medida por el proceso electoral.

²⁴⁰ Así debe entenderse, mientras no se tenga noticia de lo contrario.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médicos.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Públicos, de psiquiatría y de inspección médica.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.²⁴²

Objeto del debate: La corrección ética y/o deontológica de informes de salud mental (su veracidad, carácter supuestamente peyorativo, rigor científico).

Pretensión: Ninguna.

Resolución: Archivo, por estimar su corrección, así como por la prescripción de las eventuales faltas disciplinarias correspondientes.

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 26 de enero del año 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 470 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3. Número de registro de entrada colegial: 1435/2009, 28 de octubre.²⁴³

Remitido por la Administración pública sanitaria: Sí.

²⁴¹ Se trata del asunto número 4 del orden del día. Sin embargo, además del referido escrito inicial del procedimiento, consta de otras dos reclamaciones unidas (1391 y 1392/2009, de 13 de octubre), presentadas seguidamente por la misma parte actora, el mismo día y sobre los mismos hechos, si bien contra otros tres diferentes médicos colegiados.

²⁴² Efectivamente, según el acta de la reunión de la Comisión, asistió un miembro especialista en psiquiatría. La inspección médica no es una especialidad.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado, de oftalmología.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Sobre el cumplimiento de la lex artis ad hoc, aplicada a una intervención quirúrgica de cataratas.

Pretensión: Ninguna.

Resolución: Se estima cumplida.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 26 de enero del año 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 455 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

4. Número de registro de entrada colegial: 1474/2009, 13 de noviembre.²⁴⁴

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

²⁴³ El número 6.

²⁴⁴ El número 7.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público, Centro de Salud.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: La relación entre médico y paciente.

Pretensión: Se trata de una simple queja, sin ninguna pretensión en particular.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 26 de enero del año 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 439 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

5. Número de registro de entrada colegial: 1537/2009, nueve de diciembre.²⁴⁵

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar de las pacientes.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado, de alergología.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: La relación entre médico y pacientes.

Pretensión: Ninguna en particular.

²⁴⁵ El número 9.

Resolución: Archivo, estimando correcta la actuación profesional del reclamado.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 26 de enero del año 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 413 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

6. Número de registro de entrada colegial: 1549/2009, 11 de diciembre.²⁴⁶

Remitido por la Administración pública sanitaria: Sí.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado, de cirugía ortopédica y traumatología.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: En esencia, si los daños que el reclamante dice padecer, esto es, básicamente dolor, son efecto del accidente de tráfico origen de la atención médica, diagnosticándose esguince de tobillo, o bien son consecuencia de una previa fractura del pilón tibial.

Pretensión: Ninguna.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 26 de enero del año 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 411 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 3 DE 5/2010.

- 1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 6.
- 2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 2 / 4.
- 3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 6.
- 4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 1 / 5.
- 5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 5 / 1.
- 6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 6 / 0.
- 7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 3 / 3.
- 8.- Atención primaria / especializada: 1 / 5.²⁴⁷
- 9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 1 / 5.
- 10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 3 / 2 / 1 / 0.
- 11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 446 días.
- 12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 1 / 5.
- 13.- Pretensión determinada / indeterminada: 1 / 5.

5.4.1.5. Reunión número 4 de 5/2010.

Es la reunión del día siete de octubre del año 2010²⁴⁸, ochenta y cuatro días después.

²⁴⁶ El número 10.

²⁴⁷ Las especialidades reclamadas son, por orden cronológico, anatomía patológica, psiquiatría, oftalmología, alergología y cirugía ortopédica y traumatología.

De los catorce²⁴⁹ asuntos contenidos en el orden del día, seis son reclamaciones de interés aplicable a nuestros²⁵⁰, los números 2.1, 2.2, 2.4, 2.5, 2.7 y 2.8, que referimos correlativamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 0588/2010, 13 de enero.²⁵¹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

²⁴⁸ Según su correspondiente acta, aprobada durante la siguiente reunión, de dos de diciembre del mismo año 2010, con modificaciones referidas al asunto número 2.6, a su vez, contenidas en el acuerdo correspondiente al punto número 1 del orden de este último día, a su vez, según su acta. Finalmente, la Junta Directiva colegial tomó los respectivos acuerdos, sin modificaciones, durante las reuniones de su Comisión Permanente de los días 15 de diciembre del año 2010 y nueve de febrero de 2011, respectivamente.

²⁴⁹ Los números 1, 2.1 a 2.10, ambos inclusive, así como 3.1, 3.2 y 4.

²⁵⁰ Los otros ocho son los correspondientes a la eventual aprobación del acta de la reunión anterior (asunto núm. 1 del orden del día), así como los eventuales ruegos y preguntas (su núm. 4). También, el asunto número 2.3 (registrado a su entrada colegial con el núm. 0751/2010, de 15 de enero), que, al tratarse de una presunta infracción penal supuestamente cometida por un no colegiado, escapa del ámbito de actuación de la Comisión. Igualmente, el asunto número 2.6 (registro núm. 1279/2010, de 27 de enero), otra presunta infracción penal, aunque esta vez supuestamente cometida por un colegiado. Se remite a los juzgados y tribunales. El número 2.9 (1579/2009, de 18 de diciembre) consiste en una carta abierta dirigida contra el Protocolo de coordinación interinstitucional para la atención de las víctimas de violencia de género en la Comunidad Autónoma de Canarias, que, finalmente, se archiva por declinatoria de competencia. El 2.10 (1626/2009, de 28 de diciembre), una reclamación por un supuesto falso testimonio judicial por parte de un médico colegiado, que no se resolvió en esta reunión porque el profesional reclamado no había evacuado aún el trámite de informe solicitado. El asunto número 3.1 (2396/2010, de 24 de septiembre) consiste, en esencia, en una solicitud de autorización para una página web profesional por parte de un médico colegiado. Y, en fin, el 3.2 (cuyo escrito inicial, un correo electrónico del día nueve de febrero del año 2010, no dispone de registro de entrada colegial), sobre el aseguramiento de la responsabilidad civil según el tipo de ejercicio profesional.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: A propósito de una discutida actuación médica diagnóstica, el objeto último del debate es la procedencia o improcedencia del alta de incapacidad laboral del reclamante.

Pretensión: Denunciar hechos supuestamente infractores con ocasión del meritado diagnóstico, dejando constancia.

Resolución: Archivo y remisión a instancias administrativas o judiciales.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 15 de diciembre del año 2010.²⁵²

Tiempo transcurrido del procedimiento: 336 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

2. Número de registro de entrada colegial: 0666/2010, 13 de enero.²⁵³

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Sociedad científica.²⁵⁴

²⁵¹ El número 2.1.

²⁵² Acta número 13 de la Comisión Permanente de la Junta Directiva, de 15 de diciembre de 2010.

²⁵³ El número 2.2.

Parte reclamada: Médico.²⁵⁵

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Las fronteras internas del ejercicio profesional. Conflicto de intereses entre especialidades médicas.

Pretensión: Con ocasión de un caso asistencial en particular, de alguna manera, poner fin a determinadas prácticas profesionales del médico reclamado, quien las ejerce al amparo de su propia especialidad, a su vez, distinta de la correspondiente a la sociedad científica reclamante.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 15 de diciembre del año 2010.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 336 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3. Número de registro de entrada colegial: 0891/2010²⁵⁶, 19 de enero.²⁵⁷

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

²⁵⁴ De angiología y cirugía vascular.

²⁵⁵ Especialista en radiología.

²⁵⁶ Por simple error material se refleja del año 2009.

²⁵⁷ El número 2.4.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: A propósito de una discutida actuación médica diagnóstica, el objeto último del debate es la procedencia o improcedencia del alta de incapacidad laboral del paciente actor.

Pretensión: En resumen, que el médico reclamado rectifique su informe.

Resolución: Archivo y remisión a instancias administrativas o judiciales.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 15 de diciembre del año 2010.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 330 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

4. Número de registro de entrada colegial: 0898/2010, 19 de enero.²⁵⁸

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

²⁵⁸ El número 2.5.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: A propósito de una actuación médica diagnóstica, el objeto último del debate es la procedencia o improcedencia del alta de incapacidad laboral del reclamante.

Pretensión: Genéricamente, que se tomen medidas para que no vuelva a suceder.

Resolución: Archivo y remisión a instancias administrativas o judiciales.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 15 de diciembre del año 2010.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 330 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

5. Número de registro de entrada colegial: 1412/2010, 29 de enero.²⁵⁹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: Sí.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Discrepancia de pareceres entre el paciente, apoyándose en

profesionales sanitarios, y el médico en cuya contra reclama, en el marco subyacente del alta de incapacidad laboral del primero.

Pretensión: Inespecífica. Genéricamente, que se tomen medidas.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción tipificada aplicable.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 15 de diciembre del año 2010.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 320 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

6. Número de registro de entrada colegial: 1552/2010, 5 de febrero.²⁶⁰

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico, no identificado.²⁶¹

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Un supuesto error de diagnóstico.

²⁵⁹ El número 2.7.

²⁶⁰ El número 2.8.

²⁶¹ Literalmente, la parte reclamada es el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, del Servicio Canario de la Salud, de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. No obstante, al interponerse la reclamación ante el Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas, parece que debe entenderse dirigida contra el profesional que atendió al paciente allí y entonces.

Pretensión: Inespecífica.²⁶²

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 15 de diciembre del año 2010.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 313 días.

Satisfacción de la pretensión: No.²⁶¹

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 4 DE 5/2010.

- 1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 6.
- 2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 0 / 6.
- 3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 1 / 5.
- 4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 4 / 2.
- 5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 5 / 0.¹⁷
- 6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 6 / 0.
- 7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 3 / 3.
- 8.- Atención primaria / especializada: 4 / 2.²⁶²
- 9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 0 / 6.
- 10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 1 / 5 / 0 / 0.

²⁶² "Pongo en sus manos esta demanda" (sic).

²⁶³ Aunque inespecífica, alguna pretensión, finalmente no satisfecha, perseguía, sin duda, el actor.

²⁶⁴ En uno de los casos, la actora no es ni paciente ni familiar, sino una sociedad científica, concretamente de angiología y cirugía vascular, como decimos.

11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 327,5 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 0 / 6.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 2 / 4.

5.4.1.6. Reunión número 5 de 5/2010.

Es la reunión del día dos de diciembre del año 2010²⁶⁶, cincuenta y seis días después.

De los catorce²⁶⁷ asuntos contenidos en el acta²⁶⁸, cinco son reclamaciones de interés aplicable a nuestros efectos²⁶⁹, los números 2.4, 2.5, 2.7, 2.9 y 2.10, que referimos correlativamente.

²⁶⁵ La única especialidad reclamada fue radiología.

²⁶⁶ Según su correspondiente acta, aprobada durante la siguiente reunión, de 13 de enero ya del año 2011, con modificaciones referidas simplemente a la lista de asistentes, que se corrige. Finalmente, la Junta Directiva colegial tomó los respectivos acuerdos durante la reunión de su Comisión Permanente del día nueve de febrero del año 2011, con una única modificación respecto a los que le fueron propuestos, modificación referida, en cualquier caso, a uno de los asuntos no aptos a los efectos de este estudio, y por tanto, desechado.

²⁶⁷ Los números 1, 2.1 a 2.10, ambos inclusive, así como 3.1, 3.2 y 4.

²⁶⁸ No en el orden del día, toda vez que, sorprendentemente, éste no se corresponde exactamente con el efectivo contenido del acta, al que otorgamos prevalencia, por evidentes razones materiales.

²⁶⁹ Los otros nueve son la eventual aprobación del acta de la reunión anterior (asunto núm. 1 del acta), así como los eventuales ruegos y preguntas (su núm. 4). También, el asunto 2.1 (núm. de registro de entrada colegial 1745/2010, de 23 de marzo), consistente en una reclamación dirigida contra un médico no identificado, por lo que se procede a su archivo. Igualmente, el asunto 2.2 (núm. 1762/2010, de 29 de marzo), respecto al que se decide practicar más diligencias, para mejor proveer. Los asuntos números 2.3 (registrado a su entrada colegial con el núm. 1778/2010, de seis de abril) y 2.8 (1868/2010, de 30 de abril) resultaron, final y respectivamente, remitidos al Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife y de Cádiz, competentes por razón del sujeto reclamado,

1. Número de registro de entrada colegial: 1788/2010, siete de abril.²⁷⁰**Remitido por la Administración pública sanitaria:** No.**Intervención del Diputado del Común:** No.**Referencia a la judicialización del caso:** No.**Parte actora:** Paciente.**Parte reclamada:** Médicos.**Centro, servicio, establecimiento sanitario:** Público y privado, de medicina del trabajo y de psiquiatría, respectivamente.²⁷¹**Atención especializada.****Miembro de la Comisión de Deontología especialista:** Sí.²⁷²**Objeto del debate:** En el contexto de una baja por incapacidad laboral del paciente reclamante, discrepancias referidas al pronóstico profesional del alta.**Pretensión:** La inespecífica “que esto no vuelva a pasar”.**Resolución:** Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional.**Código del tipo de debate:** B.**Fecha de la resolución de la Junta Directiva:** Nueve de febrero del año 2011.²⁷³**Tiempo transcurrido del procedimiento:** 308 días.**Satisfacción de la pretensión:** No.

su colegiado. El 2.6 (1860/2010, de 27 de abril), una reclamación contra la sustitución de un médico por otro en un centro de salud, es decir, una reclamación de carácter administrativo, erróneamente dirigida. El asunto número 3.1 (sin registro de entrada colegial) consiste en una posible publicidad profesional engañosa, pero no aplicada concretamente a ninguna relación asistencial entre médico y paciente. Y, en fin, el 3.2 (2469/2010, de 20 de octubre), una solicitud de visado del contenido de una placa profesional.

²⁷⁰ El número 2.4 del acta.

²⁷¹ Esta doble naturaleza del ítem del centro, servicio o establecimiento sanitario se explica por tratarse de una misma reclamación dirigida, al tiempo, contra dos médicos colegiados participantes en el mismo proceso asistencial, si bien uno de ellos desde el seno

2. Número de registro de entrada colegial: 1803/2010, 13 de abril.²⁷⁴**Remitido por la Administración pública sanitaria:** No.**Intervención del Diputado del Común:** No.**Referencia a la judicialización del caso:** No.**Parte actora:** Paciente.**Parte reclamada:** Médico.**Centro, servicio, establecimiento sanitario:** Privado.**Atención especializada.²⁷⁵****Miembro de la Comisión de Deontología especialista:** Sí.**Objeto del debate:** En el contexto de una baja por incapacidad laboral, discrepancias referidas a las implicaciones del juicio clínico realizado por el médico reclamado respecto al alta del paciente reclamante.**Pretensión:** La inespecífica “que esto no vuelva a pasar”.**Resolución:** Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional.**Código del tipo de debate:** B.**Fecha de la resolución de la Junta Directiva:** Nueve de febrero del año 2011.**Tiempo transcurrido del procedimiento:** 302 días.**Satisfacción de la pretensión:** No.

de una sociedad pública estatal, mientras que el otro, desde su propia consulta profesional privada.

²⁷² Asistió un miembro de la Comisión de Deontología especialista en psiquiatría.

²⁷³ Acta número 0003/2011 de la Comisión Permanente de la Junta Directiva.

²⁷⁴ El número 2.5 del acta.

²⁷⁵ En psiquiatría.

3. Número de registro de entrada colegial: 1866/2010, 30 de abril.²⁷⁶

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.²⁷⁷

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Discrepancia sobre la actitud terapéutica a propósito de una lesión papulosa marrón en dorso nasal, con cruce de denuncias judiciales por agresión.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional, atendiendo especialmente a la correspondiente sentencia por la que se condena a la paciente y se absuelve al médico.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Nueve de febrero del año 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 285 días.

Satisfacción de la pretensión: No.²⁷⁸

²⁷⁶ El número 2.7 del acta.

²⁷⁷ En dermatología medico-quirúrgica y venereología.

²⁷⁸ Aunque sin especificar, sin duda, alguna pretensión, finalmente no satisfecha, perseguía la reclamante.

²⁷⁹ El número 2.9 del acta.

4. Número de registro de entrada colegial: 1884/2010, de fecha cinco de mayo.²⁷⁹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Difícilmente comprensible. Parece tratarse de una reclamación por una supuesta mala práctica profesional (hipnosis).

Pretensión: Sin determinar.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Nueve de febrero del año 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 280 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

5. Número de registro de entrada colegial: 1898/2010, 10 de mayo.²⁸⁰

Remitido por la Administración pública sanitaria: Sí.

Intervención del Diputado del Común: No.

²⁸⁰ El número 2.10 del acta.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Administración pública sanitaria.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Terapia con vacuum, consistente en la aplicación de ventosas con presión negativa en el tórax de una paciente de 39 años de edad, que llega al hospital público de referencia con un bajo nivel de conciencia y alteración de la conducta.

Pretensión: La inespecífica "a todos los efectos oportunos".

Resolución: La imposición al médico reclamado de la sanción disciplinaria de amonestación privada, pero como autor de una falta leve de desatención respecto a los requerimientos o peticiones de informes solicitados por el Colegio, prevista en el artículo 60.1.c) y penada en el 61.1.a) de los estatutos colegiales.²⁸¹

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Nueve de febrero del año 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 275 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 5.

4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 1 / 4.

5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 4 / 0.²⁸²

6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 5 / 0.

7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 4 / 2.²⁸³

8.- Atención primaria / especializada: 2 / 3.²⁸⁴

9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 3 / 2.

10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 0 / 5 / 0 / 0.

11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 290 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 0 / 5.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 0 / 5.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 5 DE 5/2010.

1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 5.

2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 1 / 4.

²⁸¹ Finalmente, el médico en cuya contra se accionó evacuó el correspondiente trámite de informe mediante su escrito de siete de febrero del año siguiente (0132/2011).

²⁸² Como vimos, en un caso fue la Administración pública sanitaria.

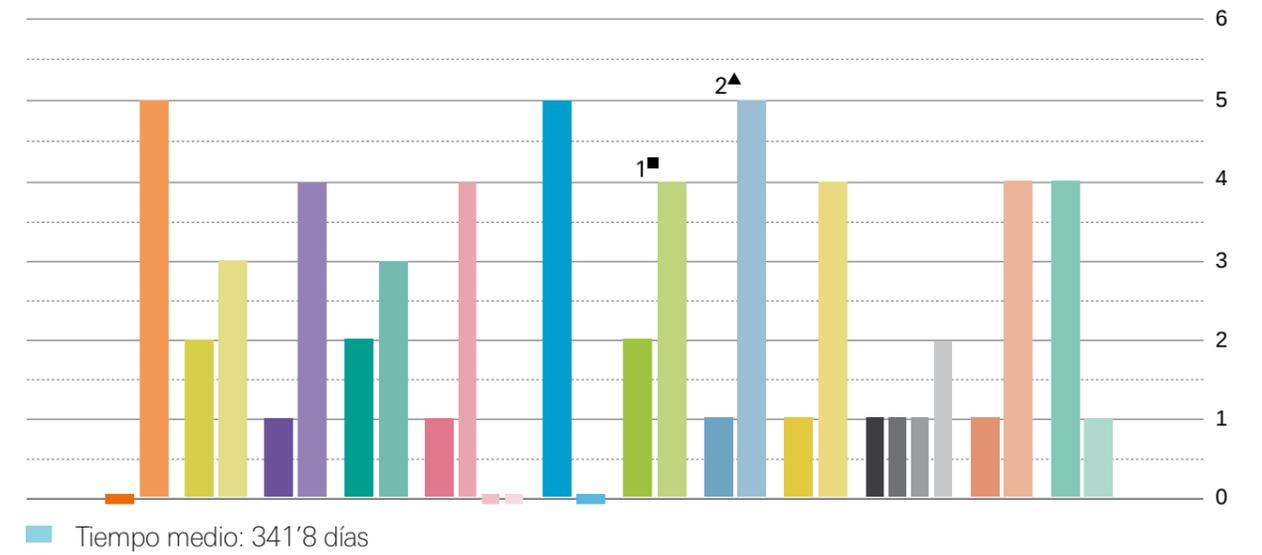
²⁸³ En un mismo caso se reclamó al tiempo por atenciones profesionales prestadas en centros de una y otra naturaleza.

²⁸⁴ Las especialidades reclamadas son, por orden cronológico, medicina del trabajo, psiquiatría (por dos veces) y dermatología medico-quirúrgica y venereología.

RESUMEN ESTADÍSTICO 2010

	1ª reunión	2ª reunión	3ª reunión	4ª reunión	5ª reunión	Totales	D.M.
De oficio	0	0	0	0	0	0	0
De parte	5	6	6	6	5	28	0,48
Administración	2	0	2	0	1	5	0,80
No	3	6	4	6	4	23	1,12
Diputado	1	0	0	1	0	2	0,48
No	4	6	6	5	5	26	0,64
Judicialización	2	2	1	4	1	10	0,80
No	3	4	5	2	4	18	0,88
Paciente	1	4	5	5	4	19	1,12
Fami./Sc/Aps	4/0/0	2/0/0	1/0/0	0/1/0	0/0/1	9	0,96
vs. Médicos	5	6	6	6	5	28	0,48
vs. Otros	0	0	0	0	0	0	0,00
Privado	2 [■]	3	3	3	4 [■]	15 [■]	0,40
Público	4 [■]	3	3	3	2 [■]	15 [■]	0,40
Primaria	1 [▲]	3	1	4	2	17 [▲]	1,04
Especializada	5 [▲]	3	5	2	3	12 [▲]	1,12
Especialista	1	1	1	0	3	7	0,72
No	4	5	5	6	2	21	1,12
A	1	2	3	1	0	7	0,88
B	1	3	2	5	5	16	1,44
C	1	1	1	0	0	3	0,48
D	2	0	0	0	0	2	0,64
Tiempo medio	341'8 días	271'6 días	446 días	327'5 días	290 días	335'3 días	46'8
Satisfacción	1	2	1	0	0	12	0,64
No	4	4	5	6	5	16	0,64
Determinada	4	3	1	2	0	10	1,20
In	1	3	5	4	5	18	1,28

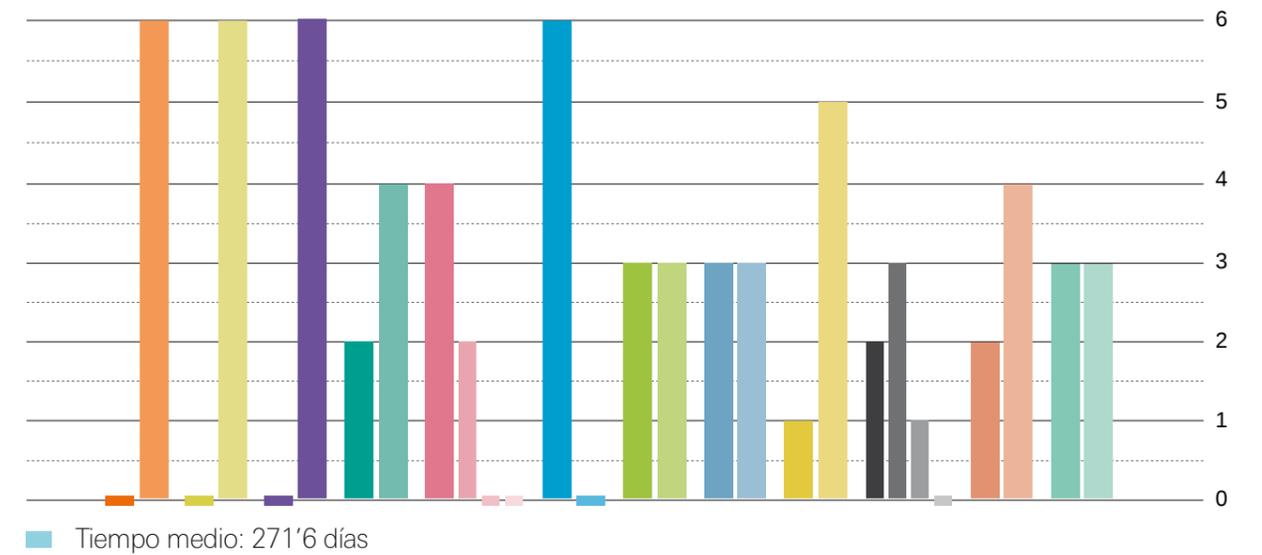
REUNIÓN NÚMERO 1 DE 5/2010.



1[■]. Véase la nota al pie 216

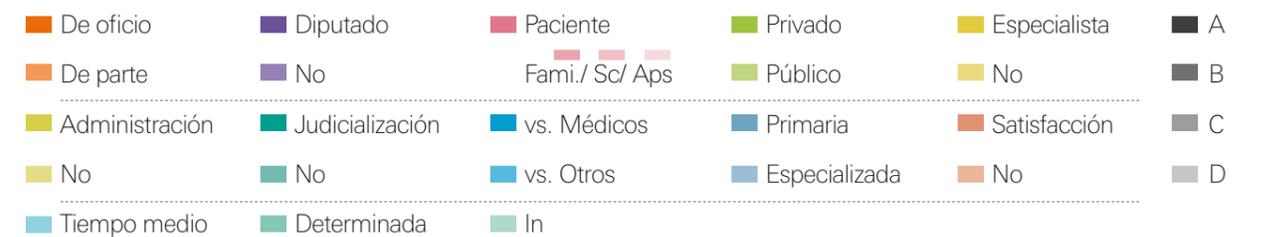
2[▲]. Véase la nota al pie 217

REUNIÓN NÚMERO 2 DE 5/2010.

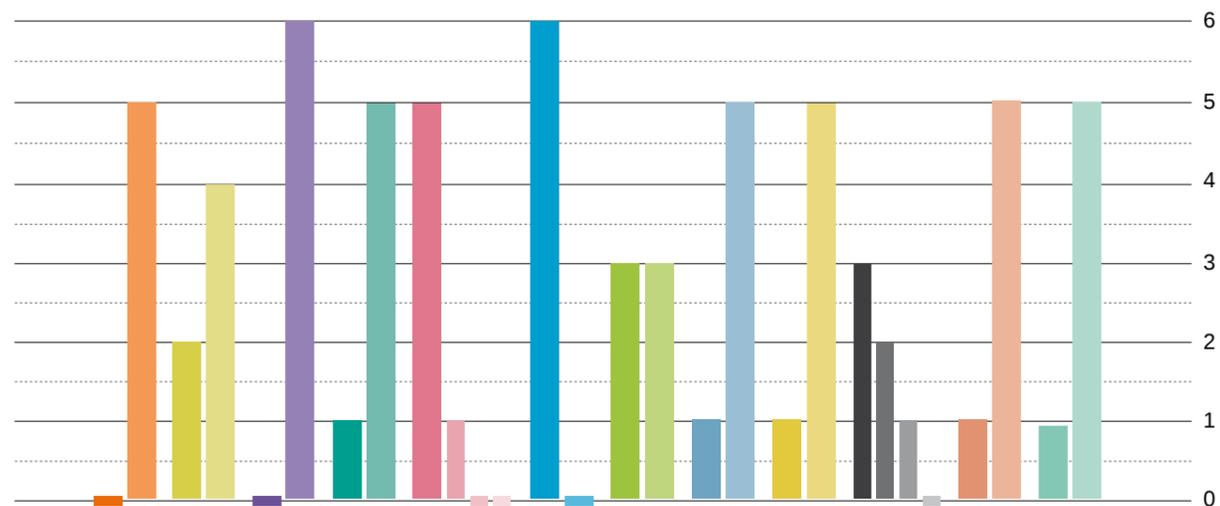


Leyenda tablas y gráficas:

D.M.: Desviación Media/ Fami: Familiar/ S.C: Sociedad Científica/ A.P.S:Administración Pública Sanitaria

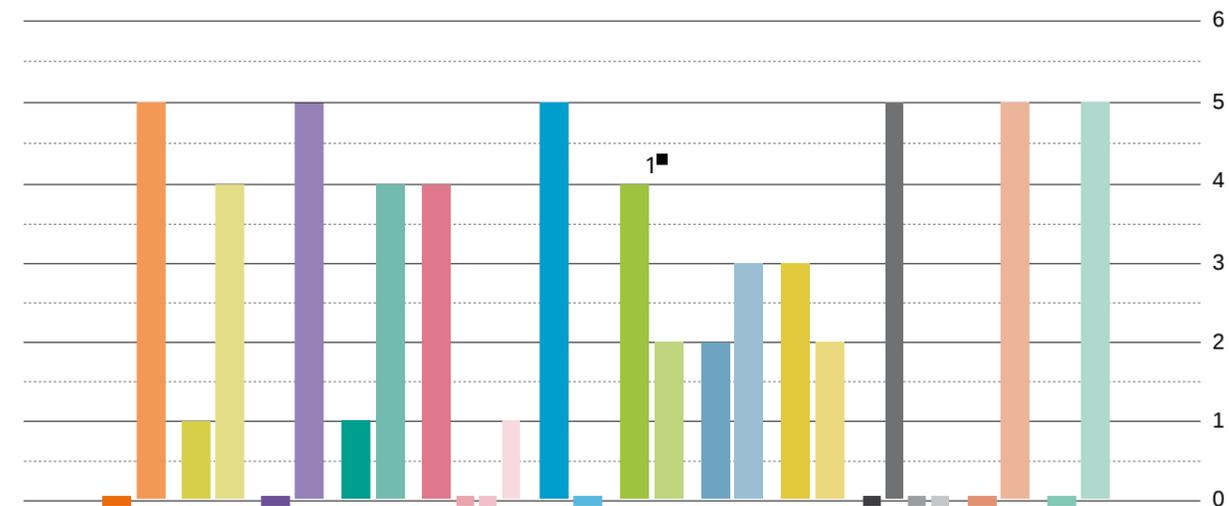


REUNIÓN NÚMERO 3 DE 5/2010.



Tiempo medio: 446 días

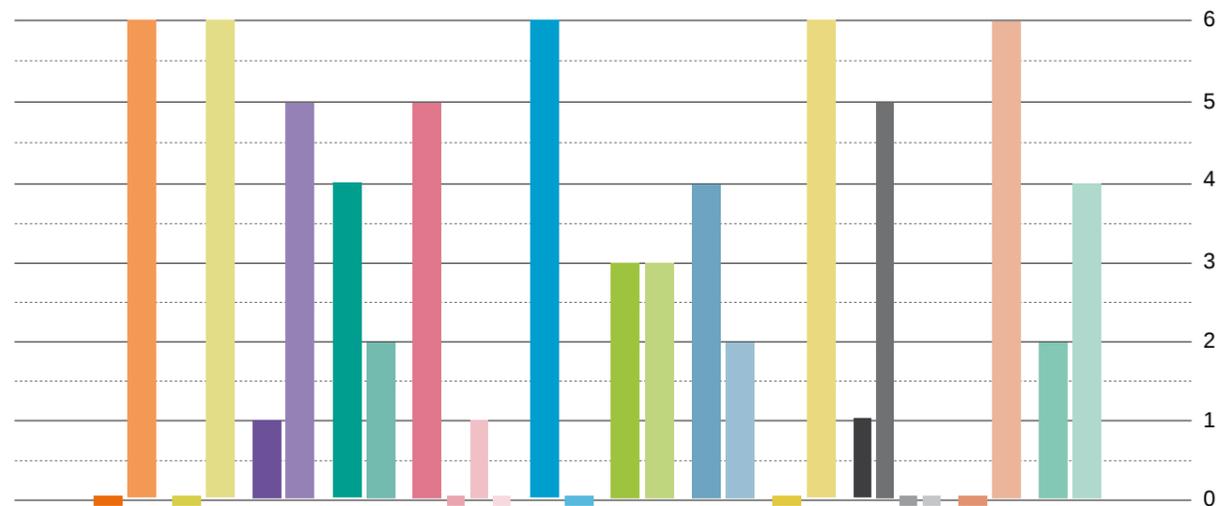
REUNIÓN NÚMERO 5 DE 5/2010.



Tiempo medio: 290 días

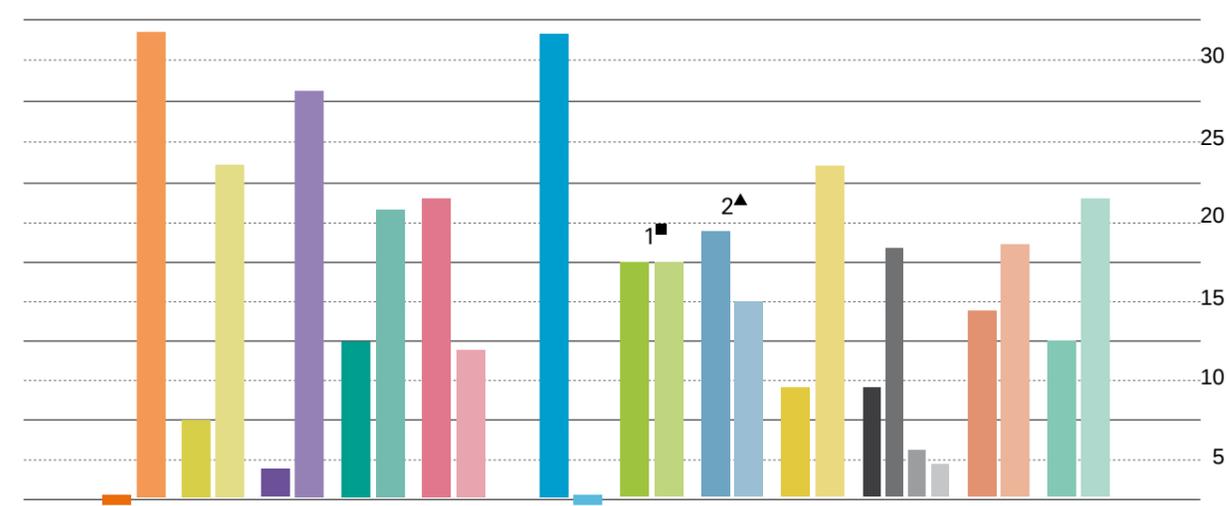
1. Véase la nota al pie 271 y 283

REUNIÓN NÚMERO 4 DE 5/2010.



Tiempo medio: 327.5 días

TOTALES 2010



Tiempo medio: 335.3 días

1. Véase la nota al pie 216, 271 y 283

2. Véase la nota al pie 217

- De oficio Diputado Paciente Privado Especialista A
- De parte No Fami./ Sc/ Aps Público No B
- Administración Judicialización vs. Médicos Primaria Satisfacción C
- No No vs. Otros Especializada No D
- Tiempo medio Determinada In

Legenda tablas y gráficas:

D.M: Desviación Media/ Fami: Familiar/ S.C: Sociedad Científica/ A.P.S:Administración Pública Sanitaria

5.4.2. Actividad de la Comisión colegial de Bioética y Deontología durante el ejercicio 2011.

5.4.2.1. Exposición sumaria.

Durante el ejercicio 2011, se reunió seis veces, esto es, una vez cada dos meses.

5.4.2.2. Reunión número 1 de 6/2011.

Del día 13 de enero del año 2011²⁸⁵, cuarenta y dos días después de la última reunión del 2010.

De los dieciocho²⁸⁶ asuntos contenidos en el orden del día, ocho son reclamaciones de interés aplicable a nuestros efectos²⁸⁷, los números 2.1, 2.5 a 2.7, ambos inclusive, 2.9, 2.12, 2.13 y 2.15, que referimos correlativamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 2017/2010, 26 de mayo.²⁸⁸

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

²⁸⁵ Según su correspondiente acta, que, sin embargo, - entendemos por error - no consta aprobada, a su vez, en el acta correspondiente a la siguiente reunión, de 17 de marzo del mismo año 2011, ni tampoco en la siguiente, de cinco de mayo de 2011. No obstante, la Junta Directiva colegial sí tomó los respectivos acuerdos, durante la reunión de su Comisión Permanente del día 30 de marzo del año 2011, sin modificaciones respecto al acta, de esta manera, no revisada de la Comisión de Deontología.

²⁸⁶ Los números 1, 2.1 a 2.15, ambos incluidos, así como 3 y 4.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado, de una pluralidad de especialidades, refiriéndose el caso en particular a la de cirugía ortopédica y traumatología (paciente contusionado en la región posterolateral del hombro derecho, con impotencia funcional y dolor intenso en el manguito rotador).

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Delimitación del derecho del paciente a obtener un informe médico asistencial.

Pretensión: Obtener un segundo informe del mismo proceso asistencial, esta vez mecanografiado, igualmente bajo la cobertura de su póliza privada de aseguramiento médico.

Resolución: Archivo, por defecto de prueba, si bien recordando al médico su deber de entregar al paciente un informe clínico legible.

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 30 de marzo de 2011.²⁸⁹

Tiempo transcurrido del procedimiento: 308 días.

²⁸⁷ Los otros diez son la eventual aprobación del acta de la reunión anterior (asunto núm. 1 del orden del día), así como los eventuales ruegos y preguntas (su núm. 4). El 2.2 (2055/2010, de siete de junio), cuya resolución se pospone, hasta disponer del correspondiente informe escrito del médico colegiado reclamado. Exactamente lo mismo que ocurre con los asuntos números 2.8 (2238/2010, de cinco de agosto), 2.10 (2330/2010, de 31 de agosto) y 2.11 (2339/2010, de tres de septiembre). El 2.3 (núm. de registro de entrada colegial 2054/2010, de siete de junio), respecto al que se decide practicar más diligencias, para mejor proveer. También el asunto número 2.4 (registrado a su entrada colegial, a su vez, con el número 2139/2010, de 30 de junio), una simple solicitud de información deontológica, sobre el deber de secreto profesional. Igualmente, el número 2.14 (2484/2010, de 29 de octubre), asunto de naturaleza ajena a la ética y deontología profesional, motivo por el que fue remitido a la Junta Directiva, en definitiva, para que se pronunciara sobre la solicitud de calificación quirúrgica o no de un legrado evacuador obstétrico, por un aborto espontáneo, debidamente documentado. Y, por fin, el número 3, un único caso urgente (iniciado de oficio por acuerdo de la Comisión Permanente del día 15 de diciembre de 2010), sobre la tramitación de un procedimiento de información reservada previa.

²⁸⁸ El número 2.1 del acta.

Satisfacción de la pretensión: Sí.

2. Número de registro de entrada colegial: 2149/2010, 2 de julio.²⁹⁰

Remitido por la Administración pública sanitaria: Sí.²⁹¹

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Administración pública sanitaria.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado, de medicina general.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: El Colegio Oficial provincial de Farmacéuticos pone en conocimiento del de Médicos que están apareciendo en diversas oficinas de farmacia de Las Palmas de Gran Canaria recetas supuestamente expedidas por la misma médico reclamada y de un mismo medicamento cuyo principio activo es el clorhidrato de metilfenidato, un estimulante del sistema nervioso central.

Pretensión: “A los efectos oportunos”.

Resolución: Comoquiera que los referidos hechos pudieran ser constitutivos de infracción penal, es por lo que se decide denunciarlos ante el Ministerio Fiscal.

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 30 de marzo de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 271 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.

3. Número de registro de entrada colegial: 2163/2010, 7 de julio^{292, 293}

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado, de cirugía plástica, estética y reparadora.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Básicamente, la insatisfacción de la paciente actora con el resultado de su intervención quirúrgica de blefaroplastia²⁹⁴ y retoques, así como molestias unilaterales por dolor.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica

²⁸⁹ Acta de la Comisión Permanente de la Junta Directiva 0005/2011, de 30 de marzo.

²⁹⁰ El número 2.5 del acta.

²⁹¹ Remitido por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Las Palmas, como sabemos, Corporación de Derecho Público, de conformidad con el artículo 1.1 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales.

²⁹² Aunque en el acta dice junio, es lo cierto que, consultado el registro original, la fecha correcta es julio.

²⁹³ El número 2.6 del acta.

²⁹⁴ “Operación quirúrgica destinada a la reconstrucción o corrección de la forma o función de los párpados” (Real Academia Nacional de Medicina, *Diccionario de términos médicos*, Editorial Médica Panamericana, S. A., Madrid, 2012, p. 222).

profesional.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 30 de marzo de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 266 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

4. Número de registro de entrada colegial: 2162/2010, 9 de julio.²⁹⁵

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.²⁹⁶

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Es el conflicto entre la actitud terapéutica indicada por el médico especialista particular del actor (continuar de baja por incapacidad temporal) y la indicada por el especialista de Correos (alta laboral).

Pretensión: "Que se tomen las medidas que se consideren oportunas con el fin de evitar en el futuro que se repitan situaciones de este tipo."

Resolución: Declinatoria, por falta de jurisdicción.

²⁹⁵ El número 2.7 del acta.

²⁹⁶ El actor reclama contra el médico especialista en cirugía ortopédica y traumatología consultor de la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S. A.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 30 de marzo de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 264 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

5. Número de registro de entrada colegial: 2328/2010, 30 de agosto.²⁹⁷

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico y hospital²⁹⁸.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado, de una pluralidad de especialidades, refiriéndose el caso en particular a la de cirugía general y del aparato digestivo.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.²⁹⁹

Objeto del debate: Paciente atendida en consulta por un cuadro clínico de dolor abdominal de días de evolución. Después de la anamnesis o interrogatorio y de la exploración física, con un diagnóstico diferencial de enfermedad diverticular de

²⁹⁷ El número 2.9 del acta.

²⁹⁸ Pero el hospital reclamado no es colegiado, por lo que el Colegio no puede depurar sus eventuales responsabilidades.

²⁹⁹ El colegiado reclamado, uno de los dos miembros de esta Comisión especialistas en cirugía general y del aparato digestivo, se ausentó para la correspondiente deliberación y resolución. El otro no asistió a la reunión.

colon, colitis isquémica o neoplasia de colon, se indica la realización de una colonoscopia, mientras se prescribe un antiespasmódico del colon. Finalmente, la colonoscopia no objetiva ninguna patología tributaria de tratamiento quirúrgico, por lo que se remite a la paciente al Servicio hospitalario de Medicina Interna para completar su estudio.

En esencia, el reproche que motiva la reclamación es la negación por la reclamante de la realización de la exploración física, así como su alegación de contraindicación de la colonoscopia.

Pretensión: Depurar las responsabilidades.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 30 de marzo de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 212 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.

6. Número de registro de entrada colegial: 2448/2010, 11 de octubre.³⁰⁰

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.³⁰¹

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.³⁰²

³⁰⁰ El número 2.12 del acta.

³⁰¹ Aunque la reclamación colegial se instrumenta con el correspondiente impreso oficial de reclamaciones en el ámbito sanitario previamente presentado ante el Servicio Canario de Salud de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria, de pediatría.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Es el orden de prelación en la atención a un paciente pediátrico no programado respecto a los pacientes que sí lo estaban.

Pretensión: Sin especificar.³⁰³

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 30 de marzo de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 170 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

7. Número de registro de entrada colegial: 2455/2010, 14 de octubre.³⁰⁴

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.³⁰⁵

³⁰² Obra en el expediente una denuncia policial sobre los mismos hechos.

³⁰³ "Esperamos soluciones."

³⁰⁴ El número 2.13 del acta.

Parte actora: Paciente.³⁰⁶

Parte reclamada: Médico forense.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.³⁰⁷

Objeto del debate: La paciente reclama contra la médico forense por una presunta mala práctica profesional, al no informar judicialmente de la pretendida secuela del accidente de tráfico sufrido por aquélla y objeto del pleito sede de los controvertidos informes médico-forenses, esto es, al no informar de su hipoacusia perceptiva severa de oído izquierdo, cuya existencia, sin embargo, consta acreditada mediante un informe médico privado.

Pretensión: Se indique si la actora padece la referida secuela.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción profesional de naturaleza ética ni deontológica.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 30 de marzo de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 167 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

³⁰⁵ Aunque el caso es a propósito de informes judiciales médico-forenses.

³⁰⁶ Si bien el escrito inicial del procedimiento colegial lo suscribe su abogado.

³⁰⁷ Al tiempo, no es miembro de la Comisión ningún especialista en medicina legal y forense, ni tampoco ningún médico forense no especialista.

³⁰⁸ El número 2.15 del acta.

8. Número de registro de entrada colegial: 2546/2010, 18 de noviembre.³⁰⁸

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado / Público.³⁰⁹

Atención primaria / especializada.³¹⁰

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.³¹¹

Objeto del debate: En esencia, el desacuerdo de la paciente reclamante con parte del contenido de un informe clínico expedido por su médico reclamado.³¹²

Pretensión: La reclamante expresamente solicita se le practiquen pruebas.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna vulneración de carácter ético ni deontológico profesional.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 30 de marzo de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 132 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

³⁰⁹ Sin especificar. Consultada la base de datos colegial el día cinco de marzo del año 2014, aparece que el médico colegiado reclamado presta sus servicios profesionales en un centro de salud público, de Atención Primaria. Sin embargo, no nos es posible conocer si también era así al tiempo de los hechos.

³¹⁰ Sin especificar.

³¹¹ El médico en cuya contra se reclama no tiene registrada en el Colegio ninguna especialidad.

³¹² En el escrito inicial del procedimiento, al final de su tercera página, se hace referencia a un presunto "retraso mental no especificado" de la paciente actora, lo que quizás sirva para explicar su - si se nos permite - confusa redacción.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 1 DE 6/2011.

- 1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 8.
- 2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 1 / 7.
- 3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 8.
- 4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 4 / 4.
- 5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 6 / 1.³¹³
- 6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 8 / 1.³¹⁴
- 7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 4 / 3.³¹⁵
- 8.- Atención primaria / especializada: 5 / 2.³¹⁶
- 9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 1 / 7.³¹⁷
- 10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 1 / 5 / 2 / 0.
- 11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 223'7 días.
- 12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 3 / 5.
- 13.- Pretensión determinada / indeterminada: 4 / 4.

³¹³ Vimos que en un caso la actora fue la Administración pública sanitaria

³¹⁴ En un caso se reclamó al tiempo contra el médico y contra el hospital.

³¹⁵ En uno de los casos no se especifica, ni tampoco puede deducirse.

³¹⁶ En uno de los casos ni se especifica ni puede deducirse.

³¹⁷ Las especialidades reclamadas son, por orden cronológico, cirugía ortopédica y traumatología, cirugía plástica, estética y reparadora, otra vez cirugía ortopédica y traumatología, cirugía general y del aparato digestivo, pediatría, y, finalmente, medicina legal y forense.

5.4.2.3. Reunión número 2 de 6/2011.

La Comisión de Bioética y Deontología del Colegio de Médicos de Las Palmas se reunió por segunda vez en el año el día 17 de marzo³¹⁸, sesenta y tres días después de la anterior.

El acta recoge quince³¹⁹ puntos, de los que, por unas u otras razones, solo cinco de ellos resultan aptos para nuestra investigación³²⁰, que son los distinguidos con los números 2.3 a 2.7, ambos inclusive. Veámoslos correlativamente, refiriéndolos oportunamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 2330/2010, 31 de agosto.³²¹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

³¹⁸ Según su acta, que, a su vez, consta aprobada en el acta correspondiente a la siguiente reunión, de cinco de mayo del corriente. Finalmente, la Junta Directiva colegial, en la reunión de su Comisión Permanente del día 11 de mayo de 2011 (su acta núm. 0008/2011), hizo suyas las resoluciones propuestas por la de Deontología, sin modificaciones.

³¹⁹ Los números 1, 2.1 a 2.10, ambos inclusive, 3.a, 3.b, 3.c y 4.

³²⁰ Los no aptos son el número 1, lectura y aprobación del acta anterior, no correspondiendo, sin embargo, la redacción de su correspondiente acuerdo con el enunciado; los números 2.1 (núm. de registro de entrada colegial 1868/2010, de 30 de abril) y 2.2 (1898/2010, de diez de mayo), no resueltos, recabándose al efecto la colaboración respectiva del Colegio Oficial de Médicos de Cádiz y de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias; los números 2.8 (núm. de registro de entrada en el Colegio 0082/2011, de 24 de enero), 2.9 (0081/2011, de 24 de enero) y 2.10 (0032/2011, de 18 de enero), en esencia, por no estar referidos a ningún acto profesional, a ninguna relación entre médico y paciente, sino a relaciones de otro tipo, de tipo administrativo en los dos primeros casos, y laboral en el tercero. Y por fin, también no aptos son los agrupados en el número 3 como urgentes: el 3.a (núm. de registro de entrada 0260/2011, de 16 de marzo) y el 3.c (no documentado), en curso de tramitación, mientras que el 3.b (tampoco documentado), por ser de carácter puramente administrativo. No hubo ruegos ni preguntas (punto núm. 4 del orden del día).

³²¹ Es el 2.3 del acta.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.³²²

Objeto del debate: La paciente se queja por no haber sido atendida de manera no programada, habida cuenta de su sospecha diagnóstica (una posible insuficiencia renal) y del posible carácter perentorio de los resultados de la pruebas complementarias en su día indicadas por el mismo médico, quien niega la urgencia, al tiempo que alega no haber podido atenderla el último día previo a sus vacaciones por tener completa la agenda, ofreciéndosele ser atendida con posterioridad.

Pretensión: Inespecífica.³²³

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción reprochable.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de mayo de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 253 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

2. Número de registro de entrada colegial: 2586/2010, 30 de noviembre.³²⁴

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

³²² En nefrología.

³²³ "A los efectos oportunos."

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.³²⁵

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.³²⁶

Objeto del debate: Paciente que reclama solidariamente contra su psiquiatra y contra su psicóloga el lucro cesante por no haber secundado estas profesionales, infundadamente en opinión de la reclamante, su pretensión inicial de acceder, por su patología psiquiátrica, a una paga pública no contributiva. También reclama la devolución de los honorarios profesionales satisfechos, según refiere, a otra psiquiatra particular a quien acudió, en esencia, por la desatención de que - dice - fue objeto por parte de aquéllas.

Pretensión: La indemnización.

Resolución: El archivo, por no apreciarse ninguna infracción reprochable corporativamente, así como por corresponder esta pretensión a instancias judiciales.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de mayo de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 162 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

³²⁴ Es el asunto número 2.4 del acta.

³²⁵ Y psicóloga.

³²⁶ En psiquiatría.

3. Número de registro de entrada colegial: 2238/2010, 5 de agosto.³²⁷

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.³²⁸

Objeto del debate: En esencia, la procedencia o no de honorarios profesionales por la emisión de un certificado o informe médico referido a un paciente ya conocido.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: La incoación de un expediente disciplinario por la posible comisión de una falta prevista y sancionada en los Estatutos colegiales.

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de mayo de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 279 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.

4. Número de registro de entrada colegial: 0015/2011, 4 de enero.³²⁹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

³²⁷ 2.5 en el acta.

³²⁹ La reclamación no se refiere a ninguna especialidad.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.³³⁰

Objeto del debate: El motivo de la reclamación es la alegada negativa del colegiado reclamado a expedir el correspondiente certificado médico. Mientras que por su parte, este médico informa de que no se negó, sino que remitió al paciente solicitante al procedimiento que su propia entidad pública empresarial tiene establecido al efecto, cosa que, finalmente, hizo, entregándosele entonces el certificado, un día antes de la fecha de presentación del escrito de reclamación ante el Colegio de Médicos.

Pretensión: Que se expida el certificado y se abra un expediente informativo.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción reprochable.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de mayo de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 127 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

5. Número de registro de entrada colegial: 0020/2011, 5 de enero.³³¹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

³²⁹ 2.6 del acta.

³³⁰ El médico en cuya contra se reclama no es especialista, ni su atención profesional prestada, especializada, así como tampoco lo es el objeto del debate.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: El motivo de la reclamación es la alegada negativa del colegio reclamado a expedir el correspondiente certificado médico. Mientras que por su parte, este médico informa de que no se negó, sino que remitió a la paciente solicitante al procedimiento que su propia entidad pública empresarial tiene establecido al efecto, cosa que, finalmente, hizo, entregándosele entonces el certificado.

Pretensión: Que se expida el certificado y se abra un expediente informativo.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción reprochable corporativamente.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de mayo de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 126 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 5.

4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 0 / 5.

5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 5 / 0.

6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 5 / 0.

7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 2 / 3.

8.- Atención primaria / especializada: 4 / 1.

9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 1 / 4.³³²

10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 3 / 1 / 1 / 0.

11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 189'4 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 1 / 4.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 3 / 2. 4.

5.4.2.4. Reunión número 3 de 6/2011.

De cinco de mayo de 2011³³³, esto es, cuarenta y nueve días después de la reunión inmediatamente anterior.

El acta contempla catorce³³⁴ puntos, de los cuales, por diferentes motivos, cinco únicamente son aptos a nuestros efectos: los señalados con los números 2.4 a 2.6, ambos inclusive, 2.8 y 2.9, que pasamos a analizar correlativamente.³³⁵

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 2 DE 6/2011

1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 5.

2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 0 / 5.

³³¹ Asunto número 2.7 en el acta.

³³² Las especialidades médicas controvertidas fueron, por su orden de aparición, nefrología y psiquiatría.

³³³ Según su acta, aprobada sin modificaciones en la reunión posterior, de 30 de junio de 2011, según consta, a su vez, en el acta de ésta. Por fin, la Junta Directiva del Colegio, en la reunión de su Comisión Permanente del día 22 de junio de ese año (su acta núm. 0010/2011), adoptó como propios los acuerdos propuestos la de Deontología, también sin modificaciones.

³³⁴ Los números 1, 2.1 a 2.10, ambos inclusive, 3.1, 3.2 y 4.

1. Número de registro de entrada colegial: 2589/2010, 1 de diciembre.³³⁶**Remitido por la Administración pública sanitaria:** No.**Intervención del Diputado del Común:** No.**Referencia a la judicialización del caso:** Sí.**Parte actora:** Paciente.**Parte reclamada:** Médico.**Centro, servicio, establecimiento sanitario:** Público.**Atención especializada.³³⁷****Miembro de la Comisión de Deontología especialista:** Sí.

Objeto del debate: En el curso de una interconsulta en la Unidad de Salud Mental, la paciente refiere sufrir entonces un cuadro clínico de ansiedad, que el médico reclamado, según aquélla, interpreta como una falta de respeto, lo que, a su vez, hace agravar el cuadro, motivo por el que, ante la indiferencia del profesional, la reclamante termina por abandonar su consulta, siendo finalmente atendida en Urgencias.

³³⁵ Los no aptos son el punto número 1 (lectura y aprobación del acta anterior), el 2.1 (núm. de registro de entrada colegial 1762/2010, de 29 de marzo), por referirse a una persona no colegiada; el 2.2 (2055/2010, de siete de junio), por no disponerse aún de toda la documentación que se estima necesaria; el 2.3 (2339/2010, de tres de septiembre), por falta de legitimación activa del reclamante; el asunto número 2.7 (no registrado a su entrada en el Colegio), no apto por no estar referido a ningún colegiado, sino a una clínica, cuyo informe, sin embargo, sí fue debidamente registrado, con el número 0318/2011, de seis de abril; el 2.10 (0343/2011, de 14 de abril), por ser cosa resuelta; el 3.1 (iniciado de oficio), noticia inicial de un posible caso de intrusismo profesional, acordándose diligencias para mejor proveer; el 3.2 (núm. de registro de entrada colegial 0903/2007, de diez de julio), por falta de legitimación pasiva de la colegiada en cuya contra se accionó; y en fin, el punto número 4, ruegos y preguntas, que no hubo.

³³⁶ Señalado en el acta con el número 2.4.

³³⁷ En psiquiatría.

Por su parte, el colegiado informa de que la paciente tenía simplemente un trastorno adaptativo por dificultades en su medio laboral, que no justificaba que continuase de baja, dándole, pues, el alta.

Pretensión: Sin especificar.**Resolución:** Archivo, por no apreciarse ninguna infracción reprochable.**Código del tipo de debate:** B.**Fecha de la resolución de la Junta Directiva:** 22 de junio de 2011.**Tiempo transcurrido del procedimiento:** 203 días.**Satisfacción de la pretensión:** No.**2. Número de registro de entrada colegial: 2588/2010, 1 de diciembre.³³⁸****Remitido por la Administración pública sanitaria:** No.**Intervención del Diputado del Común:** No.**Referencia a la judicialización del caso:** Sí.**Parte actora:** Paciente.³³⁹**Parte reclamada:** Médico.**Centro, servicio, establecimiento sanitario:** Privado.**Atención especializada.³⁴⁰****Miembro de la Comisión de Deontología especialista:** No.

³³⁸ Señalado en el acta con el número 2.5.

³³⁹ Suscribe el escrito inicial del procedimiento junto con su abogado.

³⁴⁰ En cirugía ortopédica y traumatología.

Objeto del debate: En el contexto de un accidente de tráfico judicializado, en esencia, la paciente reclama del médico la entrega de su historia clínica completa, incluyendo el informe de alta. Por su parte, el reclamado alega que él no le dio el alta, sino que fueron los servicios médicos de su aseguradora sanitaria, por su incomparecencia no justificada ante una consulta programada, debiendo, entonces, dirigirse a ésta al efecto. Y en cuanto al resto de la historia clínica, que, ya desde antes de la reclamación, tiene a disposición de la reclamante el correspondiente informe médico evolutivo.

Pretensión: La entrega documental.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 22 de junio de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 203 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.

3. Número de registro de entrada colegial: 0114/2011, 31 de enero.³⁴¹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

³⁴¹ Señalado en el acta con el número 2.6.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: El motivo de la reclamación es la alegada negativa del colegio reclamado a entregar directamente a la paciente reclamante copia de su correspondiente historia clínica. Por su parte, este médico informa de que no se negó a entregarla, sino que remitió a la paciente solicitante al procedimiento que su propia sociedad mercantil estatal tiene establecido al efecto, cosa que, finalmente, hizo, entregándosele entonces.

Pretensión: Que se valore la posible afectación por el meritado procedimiento a las obligaciones profesionales de los médicos, así como a los derechos de los pacientes.

Resolución: Archivo, por entenderse que la pretensión no tiene cabida entre las funciones colegiales, habida cuenta, además, de la efectiva entrega de la documentación solicitada.

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 22 de junio de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 142 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

4. Número de registro de entrada colegial: 0214/2011, 2 de marzo.³⁴²

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

³⁴² Señalado en el acta con el número 2.8.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.³⁴³

Objeto del debate: A propósito de la emisión por el reclamado de un informe judicial médico-forense de sanidad de las lesiones sufridas por el reclamante en un accidente de circulación, éste reprocha a aquél no disponer de fundamentos suficientes para contradecir lo previamente informado por los especialistas que le atendieron. Igualmente, le reprocha una motivación espuria, originada por supuestos vínculos contractuales del informante con la aseguradora perjudicada en el accidente, vínculos incompatibles, además, con el régimen del Cuerpo de Médicos Forenses.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo, por considerar ajustada la actuación del reclamado.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 22 de junio de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 112 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

5. Número de registro de entrada colegial: 0227/2011, 8 de marzo.³⁴⁴

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

³⁴³ Médico forense.

³⁴⁴ Señalado en el acta con el número 2.9.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Un supuesto error de diagnóstico, causado, según refiere la reclamante, por las reiteradas negativas del reclamado a realizar pruebas complementarias, lo que retrasó el diagnóstico definitivo de una enfermedad grave (mieloma), demorando, a su vez, el tratamiento, y, así, empeorando el pronóstico.

Por su parte, el médico alega que los síntomas eran tan inespecíficos que no justificaban la realización de pruebas complementarias, máxime en el contexto de la crisis económico-financiera que entonces afectaba también al Sistema Nacional de Salud.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica, si bien, recordando al colegiado su deber de informar al paciente en caso de que no se cumplan las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 22 de junio de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 106 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 3 DE 6/2011

- 1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 5.
- 2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 0 / 5.
- 3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 5.

- 4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 3 / 2.
- 5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 5 / 0.
- 6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 5 / 0.
- 7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 1 / 4.
- 8.- Atención primaria / especializada: 3 / 2.
- 9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 2 / 3.³⁴⁵
- 10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 1 / 3 / 1 / 0.
- 11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 153'2 días.
- 12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 1 / 4.
- 13.- Pretensión determinada / indeterminada: 2 / 3.

5.4.2.5. Reunión número 4 de 6/2011.

De fecha 30 de junio de 2011³⁴⁶, cincuenta y seis días después de la anterior.

El acta recoge catorce³⁴⁷ puntos, siete aptos³⁴⁸ a nuestros efectos, los números 2.2, 2.4 a 2.6, ambos inclusive, y 2.8 a 2.10, también ambos incluidos, que referimos correlativamente.

³⁴⁵ Las especialidades médicas controvertidas fueron, por su orden de aparición, psiquiatría, cirugía ortopédica y traumatología, así como medicina legal y forense.

³⁴⁶ Según su acta, aprobada sin modificaciones en la siguiente reunión, de 15 de septiembre de 2011, según consta, a su vez, en el acta de ésta. Finalmente, la Junta Directiva del Colegio, en la reunión de su Comisión Permanente del día cinco de octubre de 2011 (su acta núm. 0013/2011), adoptó como definitivas, también sin modificaciones, las propuestas de resoluciones elevadas por la de Deontología.

³⁴⁷ Los números 1, 2.1 a 2.11, ambos inclusive, 3 y 4.

1. Número de registro de entrada colegial: 1868/2010, 30 de abril.³⁴⁹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.³⁵⁰

Atención especializada.³⁵¹

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: Sin especificar. Paciente intervenido quirúrgicamente para extirpársele un quiste sebáceo retroauricular derecho. Tiene una evolución postoperatoria tórpida, con infección de la herida quirúrgica, siendo reintervenido ciento cinco días después.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo provisional, en principio, hasta la correspondiente resolución

³⁴⁸ Los no aptos son los números 1, la aprobación del acta anterior; 2.1 (sin registrar), el sometimiento al control deontológico colegial de un protocolo de encuesta epidemiológica nutricional; 2.3 (sin registrar), la denuncia por una sociedad científica regional de hechos que pudieran ser constitutivos de un delito de intrusismo profesional, resolviéndose practicar diligencias para mejor proveer; 2.7 (núm. de registro de entrada corporativa 0425/2011, de 11 de mayo), no apto por falta de legitimación activa del reclamante; 2.11 (núm. de registro de entrada en el Colegio 2054/2010, de siete de junio), una solicitud de información del Subdirector Provincial de Prestaciones del Ministerio de Trabajo e Inmigración; el número 3, casos urgentes, que no hubo; y el número 4, ruegos y preguntas, que tampoco.

³⁴⁹ El número 2.2 del acta.

³⁵⁰ Concertado, exactamente.

³⁵¹ En cirugía general y del aparato digestivo.

judicial firme.

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Cinco de octubre de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 523 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

2. Número de registro de entrada colegial: 1898/2010, 10 de mayo.³⁵²

Remitido por la Administración pública sanitaria: Sí.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Administración pública sanitaria.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Terapia *Vacuum* aplicada a paciente que resulta finalmente ingresada en un hospital público, con bajo nivel de conciencia y alteración de la conducta. Se cuestiona la evidencia científica que fundamenta la terapia.

Por su parte, el médico tratante alega que la paciente hizo una reacción de naturaleza psicosomática, lo que confirma la propia paciente.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo.

³⁵² El número 2.4 del acta.

Código del tipo de debate: D.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Cinco de octubre de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 513 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3. Número de registro de entrada colegial: 0234/2011, 9 de marzo.³⁵³

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.³⁵⁴

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: Error al no diagnosticar la Enfermedad de Crohn, una forma de enfermedad intestinal inflamatoria.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción de carácter ético ni deontológico profesional, remitiéndose, en su caso, al orden jurisdiccional contencioso-administrativo.

Código del tipo de debate: B.

³⁵³ El número 2.5 del acta.

³⁵⁴ En cirugía general y del aparato digestivo.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Cinco de octubre de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 210 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

4. Número de registro de entrada colegial: 0293/2011, 24 de marzo.³⁵⁵

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.³⁵⁶

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: El motivo de la reclamación es la contradicción alegada entre negar - supuestamente - la existencia de su esquizofrenia, y al tiempo, tratársela.

Por su parte, el médico reclamado dice no negar los hechos clínicos que vienen siendo denominados así por la orientación psiquiátrica hoy prevalente, sino solo cuestionar las nomenclaturas clasificatorias de la psiquiatría contemporánea.

Pretensión: La indemnización de los daños y perjuicios sufridos por su internamiento hospitalario involuntario.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción de carácter ético ni

deontológico profesional.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Cinco de octubre de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 195 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

5. Número de registro de entrada colegial: 0353/2011, 18 de abril.³⁵⁷

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: El paciente reclama contra el médico y contra la sociedad mercantil estatal para la que aquél presta sus servicios, por la negativa del colegiado a entregar directamente al actor el informe médico correspondiente a la consulta evacuada, remitiéndole al procedimiento interno establecido por la mercantil al efecto. A su vez, el médico presta sus servicios profesionales por cuenta de la empresa privada de prevención de riesgos laborales contratada por aquella sociedad estatal. Alega haber entregado finalmente el informe, diez días antes de la fecha de la recla-

³⁵⁵ El número 2.6 del acta.

³⁵⁶ En psiquiatría.

³⁵⁷ El número 2.8 del acta.

mación colegial, de conformidad con el meritado procedimiento aplicable.

Pretensión: Sancionar al médico.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Cinco de octubre de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 170 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

6. Número de registro de entrada colegial: 0410/2011, 9 de mayo.³⁵⁸

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médicos.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria / especializada.³⁵⁹

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.³⁶⁰

Objeto del debate: En esencia, se trata de un reproche general al proceso asisten-

cial desplegado ante una tumoración sublingual izquierda y nódulo cervical, cuadro clínico diagnosticado de certeza como carcinoma escamoso moderadamente diferenciado, con resultado de muerte.

Pretensión: Inespecífica.³⁶¹

Resolución: Archivo, por no apreciarse durante el proceso asistencial ninguna infracción ética ni deontológica.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Cinco de octubre de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 149 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

7. Número de registro de entrada colegial: 0414/2011, 10 de mayo.³⁶²

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Prevalencia del criterio profesional de la médico inspectora del

³⁵⁸ El número 2.9 del acta.

³⁵⁹ Ambas, a lo largo de un mismo proceso asistencial.

³⁶⁰ En medicina familiar y comunitaria, así como en otorrinolaringología.

³⁶¹ "Me gustaría recibir algunas respuestas a mis numerosas preguntas", que, sin embargo, no formula.

³⁶² Y el número 2.10 del acta.

Instituto Nacional de la Seguridad Social reclamada sobre el del especialista que causó la baja por incapacidad temporal de la paciente reclamante, con resultado de alta médica.

Pretensión: Sancionar a la médico.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Cinco de octubre de 2011.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 148 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 4 DE 6/2011

- 1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 7.
- 2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 1 / 6.
- 3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 7.
- 4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 3 / 4.
- 5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente / Administración pública sanitaria): 5 / 1 / 1.
- 6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 7 / 0.
- 7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 1 / 6.
- 8.- Atención primaria / especializada: 4 / 4.³⁶³
- 9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 4 / 3.³⁶⁴
- 10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 1 / 3 / 2 / 1.

³⁶³ Porque en un caso, un mismo proceso asistencial se desarrolló en uno y otro ámbito.

³⁶⁴ En cirugía general y del aparato digestivo (dos casos), psiquiatría, medicina familiar y comunitaria, así como otorrinolaringología (estas dos últimas, en un mismo caso).

11.- Tiempo medio transcurrido del procedimiento: 272'5 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 0 / 7.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 3 / 4.

5.4.2.6. Reunión número 5 de 6/2011.

De fecha 15 de septiembre de 2011³⁶⁵, setenta y siete días después de la anterior reunión.

El acta recoge catorce³⁶⁶ puntos, cinco de ellos aptos³⁶⁷ a nuestros efectos, los números 2.1, 2.2 y 2.4 a 2.6, ambos inclusive, que referimos correlativamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 0423/2011, 11 de mayo.³⁶⁸

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

³⁶⁵ Según su acta, aprobada en la siguiente reunión, de uno de diciembre de 2011, según consta, a su vez, en el acta de esta última (aunque yerra la fecha de aquella reunión, constando celebrada el día 16, en vez del 15 de septiembre). Al aprobarla, además, se hace una modificación de la redacción de la resolución correspondiente al asunto número 2.4, que veremos en su momento. Finalmente, la Junta Directiva del Colegio, en la reunión de su Comisión Permanente del día 18 de enero de 2012 (su acta núm. 0001/2012), adoptó como definitivas, sin modificaciones, las propuestas de resoluciones elevadas por la de Deontología.

³⁶⁶ Los números 1, 2.1 a 2.11, ambos inclusive, 3 y 4.

³⁶⁷ Los no aptos son los números 1, aprobación del acta anterior; 2.3 (núm. de registro de entrada colegial 0602/2011, de 15 de junio), por decidirse practicar más diligencias, para mejor proveer; el 2.7 (0683/2011, de uno de julio) y el 2.8 (0687/2011, de cuatro de julio), asuntos no asistenciales; el 2.9 (0744/2011, de 19 de julio) y el 2.10 (no registrado), consultas de colegiados sobre técnicas profesionales; el asunto número 2.11 (0814/2011, de 17 de agosto), consulta de colegiado sobre la denominada "Medicina basada en la evidencia"; el 3, casos urgentes, que no hubo; y el 4, ruegos y preguntas.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.³⁶⁹

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: En esencia, la mala percepción por la paciente de los resultados de su proceso asistencial médico-quirúrgico, de naturaleza mixta, satisfactiva y curativa a un mismo tiempo, origina un reproche general que se encauza, en principio, a través de esta vía administrativa.

Pretensión: Inespecífica.

Resolución: Archivo, con remisión, en su caso, al orden jurisdiccional civil.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 18 de enero de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 252 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

2. Número de registro de entrada colegial: 0564/2011, 8 de junio.³⁷⁰

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

³⁶⁸ El número 2.1 del acta.

³⁶⁹ En cirugía plástica, estética y reparadora.

³⁷⁰ El número 2.2 del acta.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.³⁷¹

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: En el curso del procedimiento para la sedación anestésica de la paciente previa a su colonoscopia, dificultades en la canalización de una vía venosa periférica distal provocan la ruptura de la relación de confianza con el médico.

Pretensión: El resarcimiento de daños y perjuicios.

Resolución: Archivo, toda vez que la colegiada reclamada facilitó el ejercicio del derecho de la paciente reclamante a cambiar de médico, conforme a lo establecido en el artículo 7.1 del Código de Ética y Deontología Profesional colegial³⁷².

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 18 de enero de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 224 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3. Número de registro de entrada colegial: 0604/2011, 15 de junio.³⁷³

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

³⁷¹ En anestesiología y reanimación.

³⁷² "La eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre médico y enfermo. Ello presupone el respeto al derecho del paciente a elegir o cambiar de médico. Individualmente, el médico ha de facilitar el ejercicio de este derecho [...]."

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Familiares del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.³⁷⁴

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: En el contexto de un largo proceso asistencial médico-quirúrgico aplicado al tratamiento de un meningioma³⁷⁵, con resultado de muerte, el debate se focaliza en un supuesto déficit de información, a pesar de la constancia en el expediente de documentos de consentimiento informado debidamente suscritos en tiempo y forma.

Pretensión: El resarcimiento de daños morales.

Resolución: Archivo, con remisión³⁷⁶, en su caso, al orden jurisdiccional contencioso-administrativo.

Código del tipo de debate: A.

³⁷³ El número 2.4 del acta.

³⁷⁴ En neurocirugía.

³⁷⁵ "Tumor originado de las células meningoteliales de la aracnoides, con un crecimiento lento y una incidencia mayor en mujeres adultas. Su localización más frecuente es intracraneal, a lo largo del seno longitudinal superior o en una zona más basal, como en las alas del esfenoides, la región paraselar o el ángulo pontocerebeloso. El pronóstico depende del tamaño, la localización, la accesibilidad quirúrgica y el grado histológico" (Real Academia Nacional de Medicina, Diccionario de términos médicos, Editorial Médica Panamericana, S. A., Madrid, 2012, p. 1061).

³⁷⁶ Remisión a que se refiere la modificación de la redacción del acta en la siguiente reunión de la Comisión de Deontología, de uno de diciembre de 2011, que advertíamos más arriba.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 18 de enero de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 217 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

4. Número de registro de entrada colegial: 0644/2011, 23 de junio.³⁷⁷

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.³⁷⁸

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: En el contexto de un procedimiento judicial de divorcio de los padres del paciente menor, en el que la médico reclamada actuará como testigo a proposición del padre, la madre reclama en contra de aquella por administrar al menor una vacuna protocolizada a la que, según refiere la reclamante, pudiera ser alérgico.

Pretensión: La inhabilitación profesional de la reclamada.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: D.

³⁷⁷ El número 2.5 del acta.

³⁷⁸ En pediatría y sus áreas específicas.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 18 de enero de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 209 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

5. Número de registro de entrada colegial: 0657/2011, 28 de junio.³⁷⁹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.³⁸⁰

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Paciente que anula una cita programada con su médico, solicita otra reiterada e infructuosamente, lo que interpreta como falta de voluntad por parte de éste, quien, sin embargo, alega que en su momento comunicó la nueva cita telefoneando al número habitual.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 18 de enero de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 204 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 5 DE 6/2011

- 1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 5.
- 2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 0 / 5.
- 3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 5.
- 4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 3 / 2.
- 5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 3 / 2.
- 6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 5 / 0.
- 7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 3 / 2.
- 8.- Atención primaria / especializada: 0 / 5.³⁸¹
- 9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 2 / 3.
- 10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 3 / 1 / 0 / 1.
- 11.- Tiempo medio transcurrido del procedimiento: 221'2 días.
- 12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 0 / 5.
- 13.- Pretensión determinada / indeterminada: 3 / 2. 4.

5.4.2.7. Reunión número 6 de 6/2011.

De fecha uno de diciembre de 2011³⁸², setenta y siete días después de la anterior.

³⁷⁹ El número 2.6 del acta.

³⁸⁰ En cirugía oral y maxilofacial.

³⁸¹ Las especialidades médicas reclamadas fueron, por su orden de aparición, cirugía plástica, estética y reparadora, anestesiología y reanimación, neurocirugía, pediatría y sus áreas específicas, así como cirugía oral y maxilofacial.

³⁸² Según su acta, aprobada sin modificaciones en la siguiente reunión, de 23 de febrero de 2012, según consta, a su vez, en

El acta recoge doce³⁸³ puntos, cinco de ellos aptos³⁸⁴ a nuestros efectos, los números 2.1, 2.3, 2.5, 2.6 y 2.8, que referimos correlativamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 0946/2009, 18 de agosto.³⁸⁵

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.³⁸⁶

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

el acta de ésta. Finalmente, la Junta Directiva del Colegio, en la reunión de su Comisión Permanente del día siete de marzo de 2012 (su acta núm. 0004/2012), adoptó como definitivas, también sin modificaciones, las propuestas de resoluciones elevadas por la de Deontología.

³⁸³ Los números 1, 2.1 a 2.9, ambos inclusive, 3 y 4.

³⁸⁴ Los no aptos son los números 1, aprobación del acta anterior; 2.2 (sin registrar) y 2.4 (núm. de registro de entrada colegial 0658/2011, de 29 de junio), por decidirse practicar más diligencias, para mejor proveer; 2.7 (0868/2011, de siete de septiembre), solicitud por administrado de información académica de colegiado; el 2.9 (0875/2011, de fecha ilegible; 0940/2011, también de fecha ilegible; y 0953/2011, de 13 de octubre), visto bueno de la Comisión de Deontología a tres respectivas solicitudes de colegiados para su incorporación a la lista colegial de peritos; el número 3, casos urgentes, que no hubo; y el 4, ruegos y preguntas.

³⁸⁵ El número 2.1 del acta.

³⁸⁶ En cirugía general y del aparato digestivo.

Objeto del debate: En esencia, el debate se centra en la existencia o no de recidiva o reaparición de la hernia inguinal bilateral de la reclamante, después de su intervención quirúrgica con malla (herniorrafia) por el reclamado.

Pretensión: Inespecífica.

Resolución: Archivo, con remisión, en su caso, al orden jurisdiccional civil.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Siete de marzo de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 932 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

2. Número de registro de entrada colegial: 0601/2011, 15 de junio.³⁸⁷

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.³⁸⁸

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Un supuesto déficit de información que atañe concretamente a la gravedad de las complicaciones posteriores a la cirugía de un carcinoma broncogénico derecho, que intraoperatoriamente resultó irreseccable por infiltración

³⁸⁷ El número 2.3 del acta.

³⁸⁸ En cirugía torácica.

mediastínica, con resultado de muerte en el postoperatorio inmediato.

Pretensión: Que se sancione al médico cirujano.

Resolución: Archivo, por apreciarse no un déficit de información, sino de entendimiento mutuo, condicionado por el deber que tiene el médico, cuando se trata de un pronóstico grave, de plantearse cómo conseguir que tanto la propia información como la forma de darla, no perjudiquen al paciente, de conformidad con lo establecido en el segundo párrafo del artículo 10.1 del Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Siete de marzo de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 266 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3. Número de registro de entrada colegial: 0780/2011, 29 de julio.³⁸⁹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada:³⁹⁰

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.³⁹¹

³⁸⁹ El número 2.5 del acta.

³⁹⁰ En psiquiatría del niño y del adolescente.

Objeto del debate: El reclamado, médico tratante del hijo menor del reclamante, declaró ante el Servicio de Atención a la Familia de la Brigada Provincial de Policía Judicial, utilizándose después su declaración como prueba en el procedimiento judicial seguido, a instancia de la madre del niño, en contra del padre por un presunto delito de lesiones en el ámbito familiar, del que resultó finalmente absuelto, en primera y segunda instancias.

Se reprocha la conculcación del artículo 11.3 del Código de Ética y Deontología Profesional colegial, que dice que “el médico que haya asistido o asista a un paciente deberá abstenerse de ejercer funciones de perito, juez instructor, forense o similares referidas a la misma persona” (*sic*).

Pretensión: Solo que se investigue.

Resolución: Archivo, en definitiva, por apreciarse que la calidad de la meritada intervención judicial no fue la de perito, sino la de testigo.

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Siete de marzo de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 222 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.

4. Número de registro de entrada colegial: 0856/2011, 5 de septiembre.³⁹²

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

³⁹¹ En psiquiatría, especialidad médica que, a la sazón, comprendía la del niño y del adolescente.

³⁹² El número 2.6 del acta.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Durante una atención profesional domiciliaria no programada, la prescripción medicamentosa sin antes haber tomado la temperatura con un termómetro clínico.

Por su parte, el médico alega la anamnesis o interrogatorio del paciente y su exploración física con carácter previo a la sospecha diagnóstica y consecuente actitud terapéutica.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Siete de marzo de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 184 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

5. Número de registro de entrada colegial: 0981/2011, 25 de octubre.³⁹³

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: La negativa del médico a informar a quien dice ser hija y representante de la paciente, no conocida por aquél.

Pretensión: Inespecífica.

Resolución: Archivo, por no cumplirse ninguno de los dos presupuestos del artículo 10.3 del Código de Ética y Deontología Profesional colegial: "El médico informará a las personas vinculadas al paciente, cuando éste así lo autorice o cuando el médico intuya que no existe la posibilidad de una comprensión lúcida por parte del paciente".

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Siete de marzo de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 134 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 6 DE 6/2011

- 1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 5.
- 2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 0 / 5.
- 3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 5.
- 4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 2 / 3.
- 5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 2 / 3.
- 6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 5 / 0.
- 7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 2 / 3.
- 8.- Atención primaria / especializada: 2 / 3³⁹⁴
- 9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 2 / 3.
- 10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 2 / 2 / 1 / 0.

³⁹³ El número 2.8 del acta.

11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 347'6 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 1 / 4.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 2 / 3.

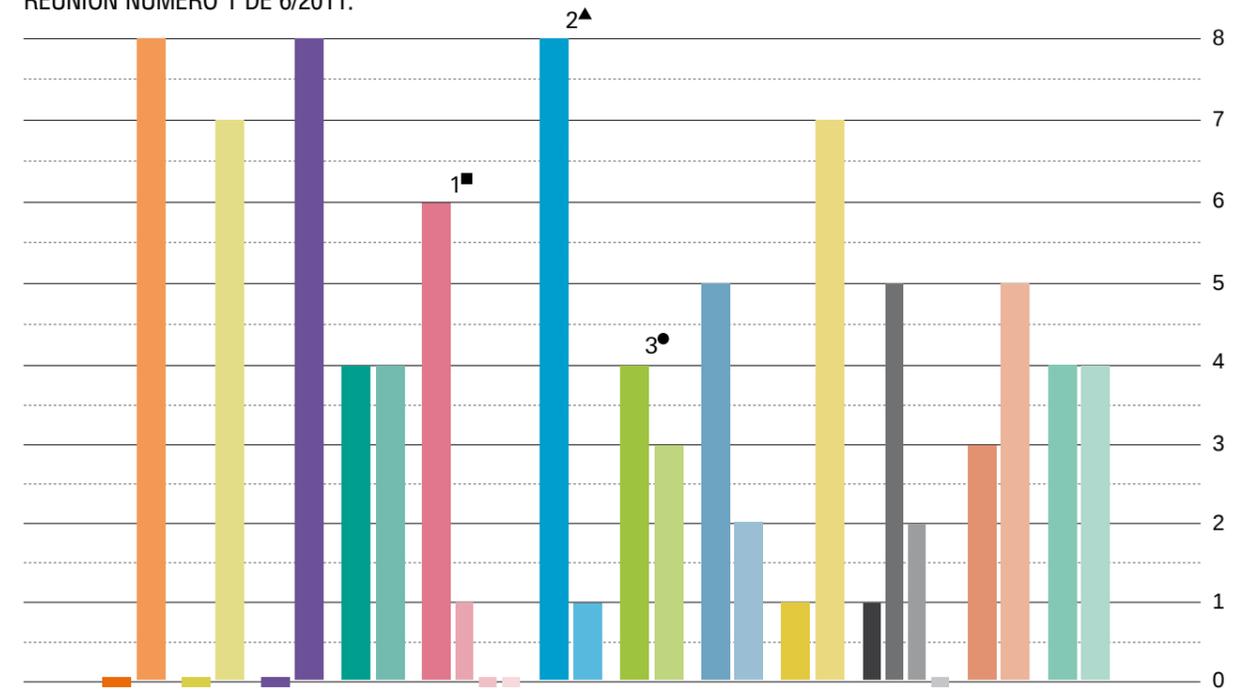
RESUMEN ESTADÍSTICO 2011

	REUNIÓN 1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Totales	D.M.
De oficio	0	0	0	0	0	0	0	0
De parte	8	5	5	7	5	5	35	1,10
Administración	1	0	0	1	0	0	2	0,40
No	7	5	5	6	5	5	33	0,60
Diputado	0	0	0	0	0	0	0	0,00
No	8	5	5	7	5	5	35	1,10
Judicialización	4	0	3	3	3	2	15	1,00
No	4	5	2	4	2	3	20	1,00
Paciente	6 [■]	5	5	5	3	2	26 [■]	1,20
Fami./Sc/Aps	1 [■] /0/0	0/0/0	0/0/0	1/0/1	2/0/0	3/0/0	8 [■]	1,00
vs. Médicos	8 [▲]	5	5	7	5	5	35 [▲]	1,10
vs. Otros	1 [▲]	0	0	0	0	0	1 [▲]	0,20
Privado	4 [●]	2	1	1	3	2	13 [●]	0,80
Público	3 [●]	3	4	6	2	3	21 [●]	1,00
Primaria	5	4	3	4	0	2	18	1,30
Especializada	2	1	2	4	5	3	17	1,10
Especialista	1	1	2	4	2	2	12	0,60
No	7	4	3	3	3	3	23	1,10
A	1	3	1	1	3	2	11	0,80
B	5	1	3	3	1	2	15	1,10

³⁹⁴ Las especialidades médicas controvertidas fueron, por su orden de aparición, cirugía general y del aparato digestivo, cirugía torácica y psiquiatría del niño y del adolescente.

	REUNIÓN 1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Totales	D.M.
C	2	1	1	2	0	1	7	0,50
D	0	0	0	1	1	0	2	0,40
Tiempo medio	223'75 días	189'40 días	153'20 días	272'50 días	221'50 días	347'60 días	234,60 días	50,20
Satisfacción	3	1	1	0	0	1	6	0,60
No	5	4	4	7	5	4	29	0,80
Determinada	4	3	2	3	3	2	17	0,50
In	4	2	3	4	2	3	18	0,60

REUNIÓN NÚMERO 1 DE 6/2011.



Tiempo medio: 223'75 días

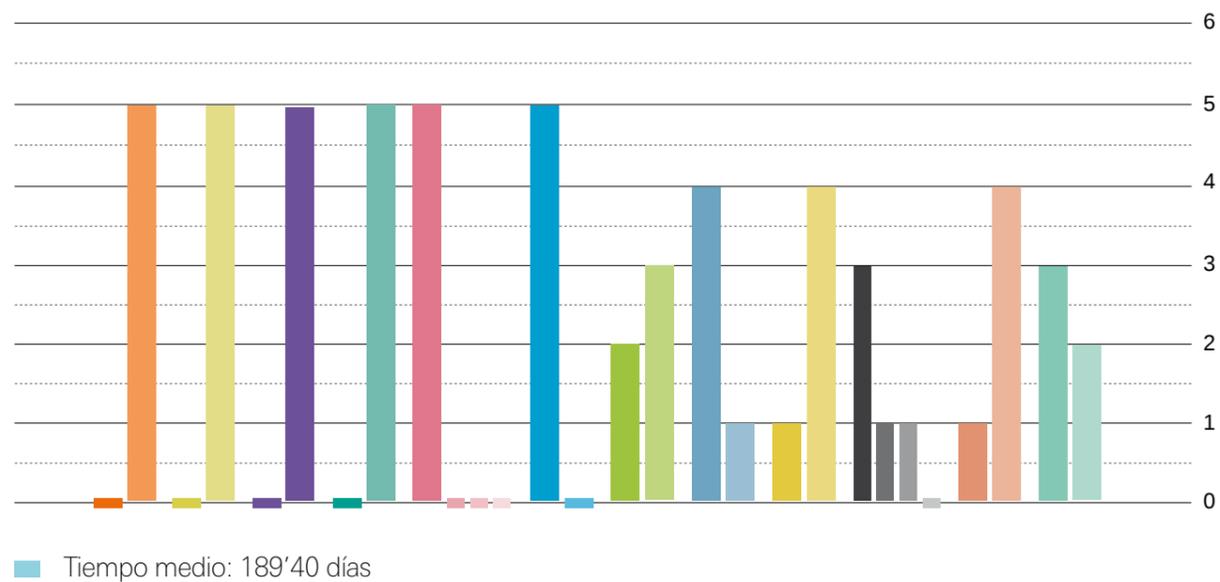
1[■]. Véase la nota al pie 313 / 2[▲]. Véase la nota al pie 298 y 314 / 3[●]. Véase la nota al pie 309 y 315

Leyenda tablas y gráficas:

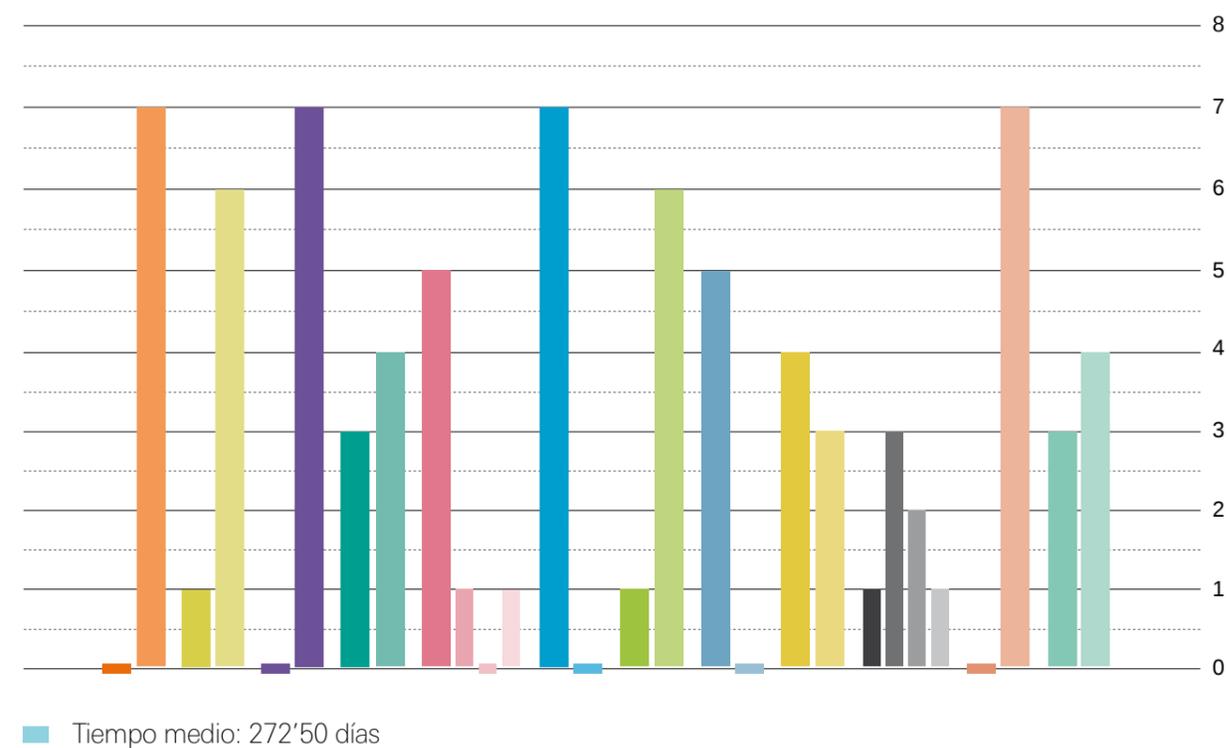
D.M.: Desviación Media/ Fami: Familiar/ S.C: Sociedad Científica/ A.P.S:Administración Pública Sanitaria

- De oficio
- Diputado
- Paciente
- Privado
- Especialista
- A
- De parte
- No
- Fami./ Sc/ Aps
- Público
- No
- B
- Administración
- Judicialización
- vs. Médicos
- Primaria
- Satisfacción
- C
- No
- No
- vs. Otros
- Especializada
- No
- D
- Tiempo medio
- Determinada
- In

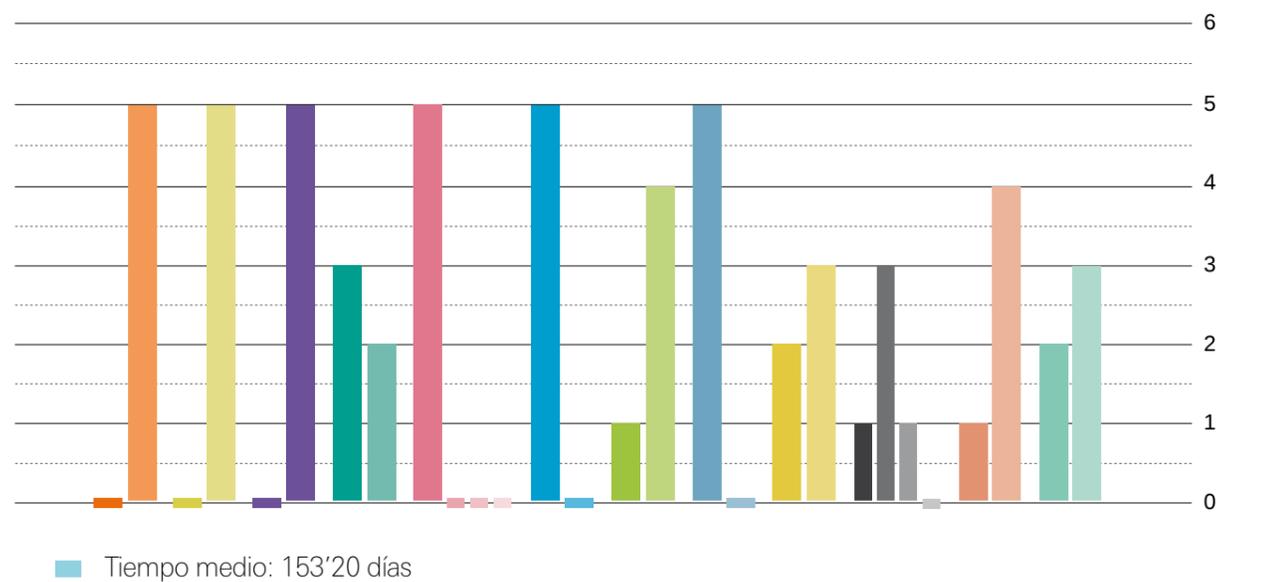
REUNIÓN NÚMERO 2 DE 6/2011.



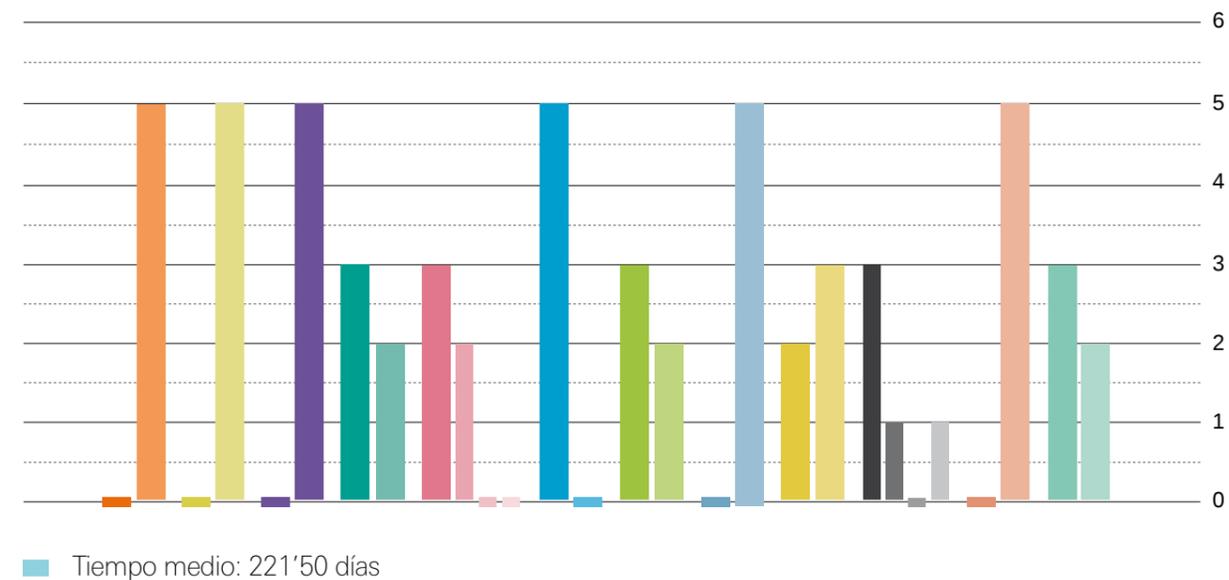
REUNIÓN NÚMERO 4 DE 6/2011.



REUNIÓN NÚMERO 3 DE 6/2011.



REUNIÓN NÚMERO 5 DE 6/2011.

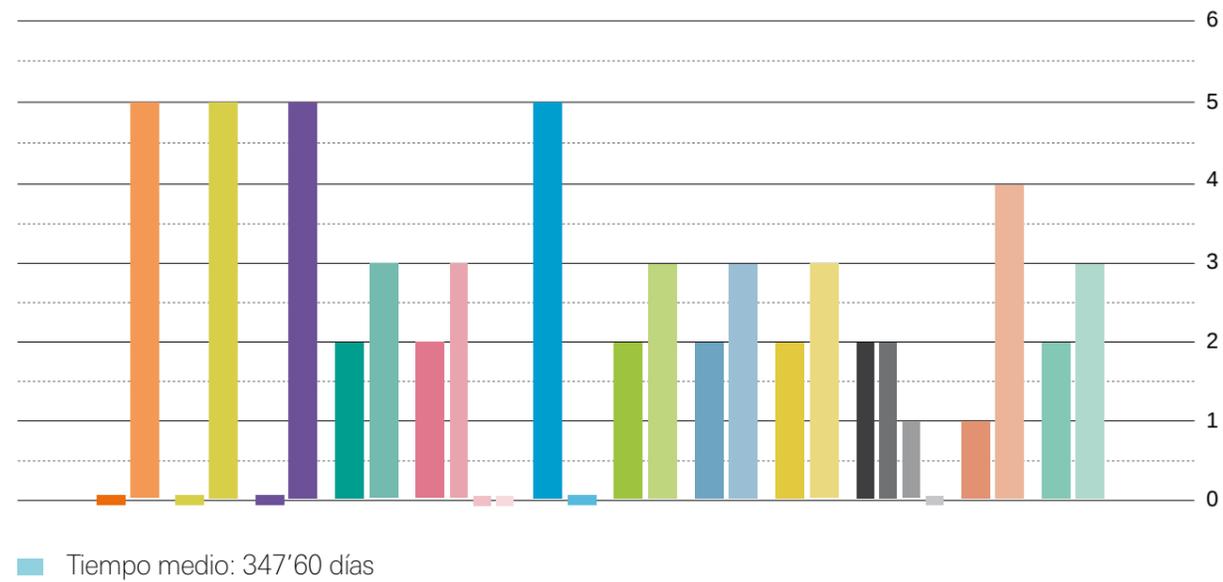


- | | | | | | |
|----------------|-----------------|----------------|---------------|--------------|---|
| De oficio | Diputado | Paciente | Privado | Especialista | A |
| De parte | No | Fami./ Sc/ Aps | Público | No | B |
| Administración | Judicialización | vs. Médicos | Primaria | Satisfacción | C |
| No | No | vs. Otros | Especializada | No | D |
| Tiempo medio | Determinada | In | | | |

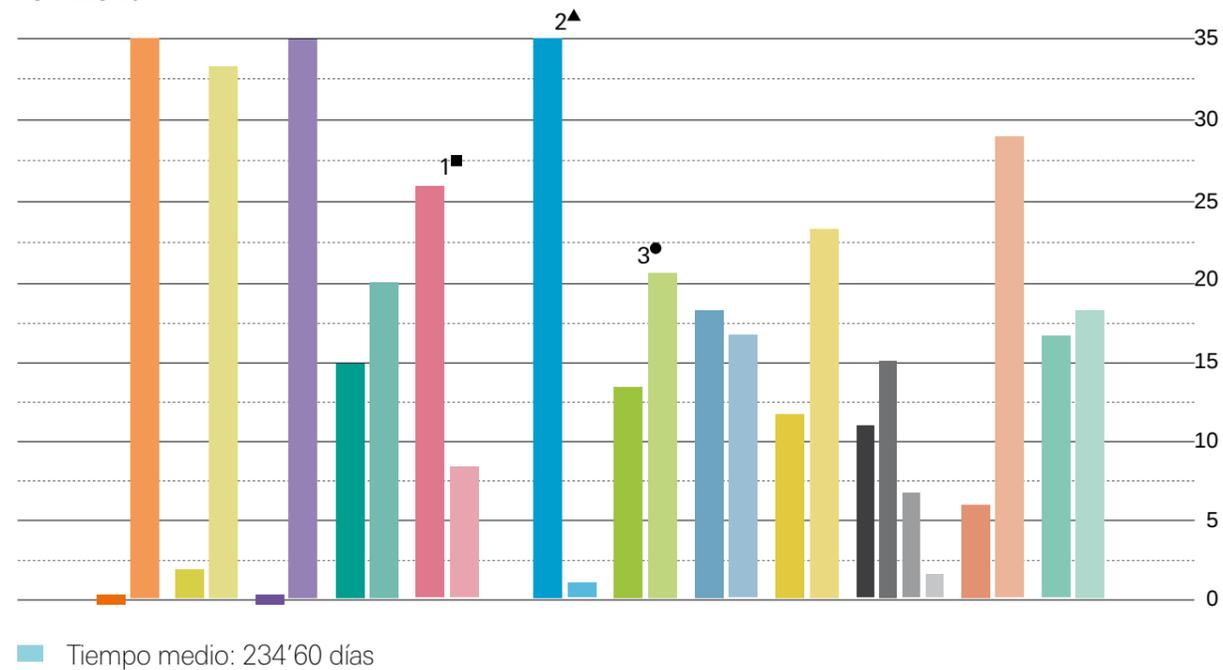
Leyenda tablas y gráficas:

D.M: Desviación Media/ Fami: Familiar/ S.C: Sociedad Científica/ A.P.S:Administración Pública Sanitaria

REUNIÓN NÚMERO 6 DE 6/2011.



TOTALES 2011



1■. Véase la nota al pie 313 / 2▲. Véase la nota al pie 298 y 314 / 3●. Véase la nota al pie 309 y 315

- De oficio Diputado Paciente Privado Especialista A
- De parte No Fami./ Sc/ Aps Público No B
- Administración Judicialización vs. Médicos Primaria Satisfacción C
- No No vs. Otros Especializada No D
- Tiempo medio Determinada In

5.4.3. Actividad de la Comisión colegial de Bioética y Deontología durante el ejercicio 2012.

5.4.3.1. Exposición sumaria.

Se reunió cuatro veces, una media de una reunión cada tres meses.

5.4.3.2. Reunión número 1 de 4/2012.

De fecha 23 de febrero de 2012³⁹⁵, ochenta y cuatro días después de la última reunión del año 2011.

El acta recoge quince³⁹⁶ puntos, nueve de ellos aptos³⁹⁷ a nuestros efectos, los números 2.1 a 2.9, ambos inclusive, que referimos correlativamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 0313/2011, 4 de abril.³⁹⁸

Remitido por la Administración pública sanitaria: Sí.

Intervención del Diputado del Común: No.

³⁹⁵ Según su acta, aprobada sin modificaciones en la siguiente reunión, de tres de mayo de 2012, según consta, a su vez, en el acta de ésta. Finalmente, la Junta Directiva del Colegio, en la reunión de su Comisión Permanente del día 28 de marzo de 2012 (su acta núm. 0005/2012), adoptó como definitivas, también sin modificaciones, las propuestas de resoluciones elevadas por la de Deontología.

³⁹⁶ Los números 1, 2.1 a 2.9, ambos inclusive, 3.1 a 3.4, también ambos incluidos, y 4.

³⁹⁷ Los no aptos son los números 1, la aprobación del acta anterior; 3.1 (registrado a su entrada en el Colegio con el núm. 1006/2011, de 31 de octubre), por no tratarse de una reclamación profesional, sino de carácter personal contra un colegiado; los números 3.2 (núm. de registro de entrada colegial 1016/2011, de dos de noviembre), 3.3 (de diez de mayo de 2011, no registrado) y 3.4 (se inicia ahora de oficio), por continuar tramitándose; así como el número 4, ruegos y preguntas, que no hubo.

³⁹⁸ El número 2.1 del acta.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente / Familiar del paciente.³⁹⁹

Parte reclamada: Médicos y clínica.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁴⁰⁰

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: En principio, es puramente técnico, a saber, ante una fractura desplazada del cuello quirúrgico del húmero derecho, se opta por la reducción y osteosíntesis percutánea con agujas roscadas, con control del intensificador de imágenes. Se discute la calidad científica de la técnica quirúrgica, así como su actualización.

Pretensión: La indemnización de los daños óseos causados, indemnización de cuantía determinada en cincuenta mil euros.

Resolución: Archivo, por considerarse suficientemente acreditada la calidad, adecuación y actualización de la técnica quirúrgica empleada, no apreciándose así infracción del artículo 19.1 del Código de Ética y Deontología Profesional corporativo aplicable⁴⁰¹.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 28 de marzo de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 359 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

³⁹⁹ Ambos.

⁴⁰⁰ En cirugía ortopédica y traumatología.

⁴⁰¹ “El médico tiene la responsabilidad de prestar una atención médica de calidad científica y humana, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional, comprometiéndose a emplear los recursos de la ciencia médica de manera adecuada a

2. Número de registro de entrada colegial: 0695/2011, 7 de julio.⁴⁰²

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: La solicitud no atendida de la paciente al médico para que éste suprimiera de la historia clínica electrónica de aquélla la anotación del primero que reza “es muy habladora”.

El reclamado lo justifica con la imposibilidad material, condicionada por el sistema operativo electrónico público.

Pretensión: Sanción.

Resolución: Archivo, por apreciarse que la controvertida anotación tiene cabida en la categoría de las anotaciones subjetivas prevista en el artículo 18.3, in fine, de la 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 ⁴⁰³.

Código del tipo de debate: A.

su paciente, según el arte médico del momento y las posibilidades a su alcance. [...].”

⁴⁰² El número 2.2 del acta.

⁴⁰³ “El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de [...] los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.”

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 28 de marzo de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 265 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3. Número de registro de entrada colegial: 0972/2011, 19 de octubre.⁴⁰⁴

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.⁴⁰⁵

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Ante una fractura en la cabeza del radio derecho, sin desplazamiento, y una luxación en el codo derecho, en última instancia, el cirujano reclamado intervino quirúrgicamente, comprobando que la fractura era estable y reduciendo la luxación, si bien no completamente, como se valoró durante el control postoperatorio, por lo que se reintervino.

Pretensión: Inespecífica.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional.

Código del tipo de debate: B.

⁴⁰⁴ El número 2.3 del acta.

⁴⁰⁵ En cirugía ortopédica y traumatología.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 28 de marzo de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 161 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

4. Número de registro de entrada colegial: 1035/2011, 9 de noviembre.⁴⁰⁶

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.⁴⁰⁷

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Exactamente, la no derivación inmediata del paciente por el médico de Urgencias al especialista en oftalmología.

Pretensión: Inespecífica.

Resolución: Archivo, en definitiva, por no apreciarse infracción de lo establecido en el artículo 61.1 del Código de Ética y Deontología Profesional colegial aplicable⁴⁰⁸.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 28 de marzo de 2012.

⁴⁰⁶ El número 2.4 del acta.

⁴⁰⁷ En un Servicio de Urgencias hospitalario, atención oftalmológica.

⁴⁰⁸ "El médico, cuando establezca un tratamiento, debe basarse en el beneficio para el enfermo y el correcto uso de los recursos sanitarios y no dejarse influir por medidas restrictivas inadecuadas [...]."

Tiempo transcurrido del procedimiento: 140 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

5. Número de registro de entrada colegial: 1321/2011, 12 de diciembre.⁴⁰⁹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Las dificultades idiomáticas del reclamado en relación con su prestación de servicios profesionales en un entorno turístico, dificultades reconocidas por el médico.

También, su supuesta negativa a expedir la correspondiente factura, cosa que niega.

Pretensión: Cerrar su centro.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 28 de marzo de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 107 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

⁴⁰⁹ El número 2.5 del acta.

6. Número de registro de entrada colegial: 1312/2011, 5 de diciembre.⁴¹⁰

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁴¹¹

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: Un déficit de información en la documentación clínica entregada por el médico a la paciente al final de su relación profesional. El reclamado reconoce el error, lo subsana y pide disculpas.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 28 de marzo de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 114 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.

7. Número de registro de entrada colegial: 1410/2011, 23 de diciembre.⁴¹²

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

⁴¹⁰ El número 2.6 del acta.

⁴¹¹ En cirugía plástica, estética y reparadora.

⁴¹² El número 2.7 del acta.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente / Familiar del paciente / Sociedad científica / Administración pública sanitaria.⁴¹³

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁴¹⁴

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Un médico denuncia corporativamente actuaciones profesionales de otro del mismo centro hospitalario, referidas a un mismo proceso asistencial, documentándolas y calificándolas como malas prácticas (insuficiente anamnesis o interrogatorio del paciente, ausencia de auscultación, ausencia de exploración neurológica, insuficientes pruebas complementarias básicas, referencias anatómicas inexistentes, ausencia de diagnóstico, tratamiento erróneo).

Por su parte, este otro médico las justifica, también pormenorizadamente.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 28 de marzo de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 96 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

⁴¹³ Ninguna de las opciones es correcta. Sorprendentemente, en contra del criterio seguido por la propia Comisión en casos análogos anteriores, entró a resolver una reclamación interpuesta por otro médico, sin legitimación activa.

⁴¹⁴ En un Servicio de Urgencias hospitalario.

8. Número de registro de entrada colegial: 1369/2011, 20 de diciembre.⁴¹⁵

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.⁴¹⁶

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: La madre del paciente menor reclama contra el pediatra que les atendió de forma no programada por limitarse a descartar en el menor una patología infecciosa que pudiera poner en peligro la gestación de la madre, según manifiesta, en estado.

Por su parte, el pediatra alega que ése y no otro fue el motivo de la consulta urgente, que previamente interrogó a los padres, exploró al niño, descartó en él cualquier patología urgente, estableció una orientación diagnóstica para sus lesiones en la piel de origen alérgico o por picadura de insecto, y finalmente, les remitió a su médico de cabecera, con indicación de volver en caso de empeoramiento.

Pretensión: Inespecífica.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 28 de marzo de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 99 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

⁴¹⁵ El número 2.8 del acta.

⁴¹⁶ En pediatría y sus áreas específicas.

9. Número de registro de entrada colegial: 0032/2012, 10 de enero.⁴¹⁷

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁴¹⁸

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: En esencia, se reprocha un supuesto trato descortés dispensado por el médico a su paciente, muy demandante, según refiere aquél.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo, por no haber quedado desvirtuada la presunción que opera a favor del reclamado.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 28 de marzo de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 78 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 1 DE 4/2012.

1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 9.

2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 1 / 8.

⁴¹⁷ El número 2.9 del acta.

⁴¹⁸ En cirugía ortopédica y traumatología.

3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 9.

4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 2 / 7.

5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 7 / 2.⁴¹⁹

6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 9 / 1.⁴²⁰

7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 5 / 4.

8.- Atención primaria / especializada: 2 / 7.⁴²¹

9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 1 / 8.

10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 5 / 4 / 0 / 0.

11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 157'6 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 1 / 8.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 3 / 6.

5.4.3.3. Reunión número 2 de 4/2012.

De fecha tres de mayo⁴²², setenta días después de la anterior.

El acta recoge once⁴²³ puntos, siete de ellos aptos⁴²⁴ a nuestros efectos, los núme-

⁴¹⁹ Una de las reclamaciones la suscribe al tiempo el paciente y un familiar. Otra, un médico.

⁴²⁰ En uno de los casos se reclama al mismo tiempo contra los médicos y la clínica.

⁴²¹ Las especialidades médicas controvertidas fueron, por su orden de aparición, cirugía ortopédica y traumatología (en tres casos), cirugía plástica, estética y reparadora, así como pediatría y sus áreas específicas.

⁴²² Según su acta, aprobada sin modificaciones en la siguiente reunión, de 13 de septiembre de 2012, según consta, a su vez, en el acta de ésta. Finalmente, la Junta Directiva del Colegio, en la reunión de su Comisión Permanente del día 11 de julio de 2012 (su acta núm. 0012/2012), adoptó como definitivas, también sin modificaciones, las propuestas de resoluciones elevadas por la de Deontología.

⁴²³ Los números 1, 2.1 a 2.7, ambos incluidos, 3, 4 y 5.

ros 2.1 a 2.7, ambos inclusive, que referimos correlativamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 1053/2011, 15 de noviembre.⁴²⁵

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.⁴²⁶

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: La calificación por el médico reclamado de la fascitis plantar⁴²⁷ del reclamante como contingencia común, en vez de profesional.

Pretensión: Indemnización de daños y perjuicios.

Resolución: Archivo, con remisión, en su caso, al control jurisdiccional.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de julio de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 239 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

⁴²⁴ Los no aptos son los números 1, la aprobación del acta anterior; 3 (sin núm. de registro de entrada en el Colegio), visto bueno de la Comisión de Deontología a una solicitud de colegiado para su incorporación a la lista colegial de peritos; el número 4, los eventuales casos urgentes, que al fin no hubo; y el 5, los ruegos y preguntas, que tampoco.

⁴²⁵ El número 2.1 del acta.

⁴²⁶ Véase el artículo 68.7 de la Ley General de la Seguridad Social, en su redacción dada por la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las

2. Número de registro de entrada colegial: 0053/2012, 17 de enero.⁴²⁸

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁴²⁹

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: A propósito de las imágenes asistenciales tomadas por el médico dentista al paciente menor, la canalización de la información al respecto a través del personal auxiliar del centro, en vez de facilitarse directamente por el colegiado, es lo que termina derribando la necesaria relación de confianza mutua.

Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (BOE núm. 314, de 29 de diciembre de 2014).

⁴²⁷ “Inflamación aguda de la aponeurosis plantar a la que contribuyen numerosos factores, como son los sobreesfuerzos de repetición en atletas o su distensión por trastornos de la estática podal, como el pie plano, calzado inadecuado, obesidad, aumento rápido de peso (embarazo, por ejemplo) o acortamiento del tendón de Aquiles o de la musculatura de la pantorrilla. Cursa con dolor, sobre todo matutino, que mejora a lo largo del día y con el reposo, y que se localiza sobre todo en el talón (talalgia) y, en menos ocasiones, en la parte interna de la zona media de la planta del pie. Su tratamiento es generalmente conservador, mediante reposo, antiinflamatorios y analgésicos, plantilla ortopédica y fisioterapia y, en pocas ocasiones, quirúrgico. Puede coincidir con un espolón calcáneo, del que es una de sus causas, en cuyo caso el dolor se debe a la fascitis y no al espolón” (Real Academia Nacional de Medicina, *Diccionario de términos médicos*, Editorial Médica Panamericana, S. A., Madrid, 2012, p. 695).

⁴²⁸ El número 2.2 del acta.

⁴²⁹ En estomatología.

Pretensión: Que se imponga una sanción disciplinaria al reclamado, que reconozca su ruptura unilateral de la relación entre médico y paciente, así como que devuelva los honorarios profesionales percibidos.

Resolución: Archivo, en esencia, por considerarse que la información sobre la toma de las imágenes no tiene carácter asistencial, sino de otra índole.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de julio de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 176 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3. Número de registro de entrada colegial: 0067/2012, 23 de enero.⁴³⁰

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁴³¹

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.⁴³²

Objeto del debate: Ante un cuadro clínico de dolor abdominal compatible con una apendicitis, el paciente demanda analgesia, mientras que el médico indica la

realización previa de pruebas complementarias.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de julio de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 170 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

4. Número de registro de entrada colegial: 0068/2012, 24 de enero.⁴³³

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Debido a sus reiteradas e injustificadas incomparecencias a los actos de comprobación de la incapacidad temporal para los que fue debidamente citado, la suspensión del derecho al subsidio del reclamante por parte de la reclamada, médico de control de contingencias comunes en una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

Pretensión: Inespecífica.

⁴³⁰ El número 2.3 del acta.

⁴³¹ En un Servicio de Urgencias hospitalario, especializada en medicina familiar y comunitaria.

⁴³² asistió a esta reunión.

⁴³³ El número 2.4 del acta.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de julio de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 169 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

5. Número de registro de entrada colegial: 0212/2012, 16 de marzo.⁴³⁴

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Coinciden ambas partes en que el detonante del desencuentro fue la no derivación por la reclamada, médico encargada por el Consorcio de Compensación de Seguros para el seguimiento evolutivo del reclamante, lesionado de tráfico, su no derivación - decimos - a un centro de rehabilitación conocido. A partir de aquí, también es objeto de controversia el alta médica por incomparecencia al tratamiento ambulatorio rehabilitador.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de julio de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 117 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

6. Número de registro de entrada colegial: 0271/2012⁴³⁵, 29 de marzo.⁴³⁶

Remitido por la Administración pública sanitaria: Sí.

Remitido por la Administración pública sanitaria: Sí.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico y centro.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Retrasos reiterados del paciente y familiares a citas programadas, que, de esta manera, decaen, volviéndose a concertar nueva cita.

Pretensión: La devolución parcial de los honorarios profesionales abonados.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de julio de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 104 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

⁴³⁴ El número 2.5 del acta.

⁴³⁵ 2011 en el original, por simple error material, según se deduce, acto seguido, de la propia documentación registrada.

⁴³⁶ El número 2.6 del acta.

7. Número de registro de entrada colegial: 0281/2012, 3 de abril.⁴³⁷

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médicos.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.⁴³⁸

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Paciente lesionado medular, ingresado durante cinco meses, que tras realizar tratamiento rehabilitador específico, alcanza sus objetivos funcionales, por lo que se programa su alta hospitalaria. Tres días después, pretende su reingreso, que se deniega por no presentar entonces ningún criterio para ello, esto es, una lesión aguda o una complicación derivada, a criterio del especialista.

Pretensión: Una sanción disciplinaria.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de julio de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 99 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 2 DE 4/2012.

1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 7.

⁴³⁷ El número 2.7 del acta.

2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 1 / 6.

3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 7.

4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 4 / 3.

5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 5 / 2.

6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 7 / 1.⁴³⁹

7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 4 / 3.

8.- Atención primaria / especializada: 4 / 3.⁴⁴⁰

9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 0 / 7.

10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 4 / 2 / 1 / 0.

11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 153'4 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 0 / 7.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 4 / 3.

5.4.3.4. Reunión número 3 de 4/2012.

De fecha 13 de septiembre de 2012⁴⁴¹, ciento treinta y tres días después de la anterior.

⁴³⁸ En medicina física y rehabilitación.

⁴³⁹ En uno de los casos se dirigió la reclamación contra el médico y su centro.

⁴⁴⁰ Las especialidades médicas controvertidas fueron, por su orden de aparición, estomatología, medicina familiar y comunitaria, así como medicina física y rehabilitación.

⁴⁴¹ Según su acta, aprobada sin modificaciones en la siguiente reunión, de 29 de noviembre de 2012, según consta, a su vez, en el acta de ésta. Finalmente, la Junta Directiva del Colegio, en la reunión de su Comisión Permanente del día 28 de noviembre de 2012 (su acta núm. 0019/2012), adoptó como definitivas, también sin modificaciones, las propuestas de resoluciones elevadas por la de Deontología.

El acta recoge once⁴⁴² puntos, tres de ellos aptos⁴⁴³ a nuestros efectos, los números 2.1, 2.4 y 2.5, que referimos correlativamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 0111/2012, 2 de febrero.⁴⁴⁴

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.⁴⁴⁵

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: La madre del paciente, menor de edad, reclama del médico la

⁴⁴² Los números 1, 2.1 a 2.6, ambos incluidos, y 3 a 6, también ambos incluidos.

⁴⁴³ Los no aptos son los números 1, la aprobación del acta anterior; 2.2 (núm. de registro de entrada colegial 0273/2012, de 30 de marzo), asunto suspendido por pendencia judicial; 2.3 (0415/2012, de siete de mayo), que continúa instruyéndose; 2.6 (no registrado a su entrada en el Colegio, el día cuatro de julio de 2012), no apto a nuestros efectos por decidirse practicar más diligencias, para mejor proveer; el punto número 3, visto bueno de la Comisión a las solicitudes de tres colegiados para incorporarse al listado de peritos del Colegio (solicitudes de fechas 18 de junio y 25 de julio, sin núm. de registro de entrada; así como de 12 de septiembre, con núm. de registro 0901/2012); el punto número 4, propuestas de resoluciones sancionadoras a cinco colegiados por no evacuar el trámite de informe requerido correspondiente a cuatro reclamaciones de usuarios (registradas con los núm. 0280/2011, de 21 de marzo; 0407/2011, de nueve de mayo; 0678/2011, de 20 de julio; y 0629/2012, de seis de junio); el punto número 5, casos urgentes, que no hubo; y el 6, ruegos y preguntas, que tampoco.

⁴⁴⁴ El número 2.1 del acta.

⁴⁴⁵ En cirugía pediátrica.

emisión de un informe de aptitud para la práctica deportiva, tiempo después de su intervención quirúrgica intestinal. Inicialmente, el reclamado se niega, por no tener acceso a su correspondiente historia clínica.

Pretensión: La emisión del informe.

Resolución: Archivo, aunque recordando al colegiado que están éticamente prohibidos los certificados médicos de complacencia.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 28 de noviembre de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 300 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.

2. Número de registro de entrada colegial: 0513/2012, 21 de mayo.⁴⁴⁶

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁴⁴⁷

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: De redacción - si se nos permite - farragosa, parece reprocharse la supuesta derivación ilegítima de un paciente público a la consulta particular

⁴⁴⁶ El número 2.4 del acta.

⁴⁴⁷ En urología.

del médico reclamado, para tratamiento paliativo desobstructivo de carcinoma de próstata con metástasis óseas, sin librar, además, la correspondiente factura.

Pretensión: Inespecífica.

Resolución: Archivo, por no haberse derribado la presunción que opera en favor del reclamado, que lo niega.

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 28 de noviembre de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 191 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3. Número de registro de entrada colegial: 0733/2012, 4 de julio.⁴⁴⁸

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.⁴⁴⁹

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: El reclamante reprocha al reclamado, médico especialista interconsultado, no explicarle el resultado de la audiometría tonal que le realizó, sino

que simplemente le entregara, y mediante la enfermera, una copia del audiograma, sin más información.

Por su parte, el profesional alega en su defensa, básicamente, que nunca se le solicitó un informe.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo, por no haberse derribado la presunción que opera en favor del reclamado.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 28 de noviembre de 2012.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 147 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 3 DE 4/2012.

- 1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 3.
- 2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 0 / 3.
- 3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 3.
- 4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 0 / 3.
- 5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 1 / 2.
- 6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 3 / 0.
- 7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 1 / 2.
- 8.- Atención primaria / especializada: 0 / 3.⁴⁵⁰
- 9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 0 / 3.

⁴⁴⁸ El número 2.5 del acta.

⁴⁴⁹ En otorrinolaringología.

⁴⁵⁰ Las especialidades médicas controvertidas fueron, por su orden de aparición, cirugía pediátrica, urología y otorrinolaringología.

10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 2 / 0 / 1 / 0.

11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 212'6 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 1 / 2.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 1 / 2.

5.4.3.5. Reunión número 4 de 4/2012.

De fecha 29 de noviembre de 2012⁴⁵¹, setenta y siete días después de la anterior.

El acta recoge doce⁴⁵² puntos, seis de ellos aptos⁴⁵³ a nuestros efectos, los números 2.1 a 2.5, ambos inclusive, así como el 2.8, asuntos que referimos correlativamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 1008/2011, 31 de octubre.⁴⁵⁴

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

⁴⁵¹ Según su acta, aprobada sin modificaciones en la siguiente reunión, de siete de febrero de 2013, según consta, a su vez, en el acta de ésta. Finalmente, la Junta Directiva del Colegio, en la reunión de su Comisión Permanente del día 20 de febrero de 2013 (su acta núm. 0004/2013), adoptó como definitivas, también sin modificaciones, las propuestas de resoluciones elevadas por la de Deontología.

⁴⁵² Los números 1, 2.1 a 2.8, y 3 a 5.

⁴⁵³ Los no aptos son los números 1, la aprobación del acta anterior; 2.6 (núm. de registro de entrada colegial 0944/2012, de 20 de septiembre), remitido finalmente al Colegio Oficial de Dentistas de Las Palmas; 2.7 (núm. de registro de entrada colegial 0989/2012, de nueve de octubre), que continúa instruyéndose; el punto número 3, trámite de visto bueno de la Comisión a las solicitudes de tres colegiados para incorporarse al listado corporativo de peritos (solicitudes de fechas ocho de noviembre de 2012, sin núm. de registro de entrada; 13 de noviembre de 2012, núm. 1099/2012; y 21 de noviembre de 2012, 1128/2012); el punto número 4, único caso urgente tratado (núm. 1045/2012, de 31 de octubre), que continúa tramitándose; y, en fin, el número 5, ruegos y preguntas, que no hubo.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁴⁵⁵

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: La inadecuada derivación de un paciente con patología vascular desde un centro público a otro privado, no concertado a estos efectos, lo que, al trasladar esta información a la relación entre médico y familiar del paciente, ocasiona que se enturbie.

Pretensión: Corrección disciplinaria.

Resolución: Archivo, por considerarse no derribada la presunción que opera a favor de la parte reclamada.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 20 de febrero de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 478 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

2. Número de registro de entrada colegial: 1038/2011, 9 de noviembre.⁴⁵⁶

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

⁴⁵⁴ El número 2.1 del acta.

⁴⁵⁵ En angiología y cirugía vascular.

⁴⁵⁶ El número 2.2 del acta.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médicos.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁴⁵⁷

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: El supuesto retardo en el tratamiento quirúrgico de un quiste sebáceo sobreinfectado y drenado espontáneamente.

Pretensión: Inespecífica.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 20 de febrero de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 469 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3. Número de registro de entrada colegial: 0013/2012, 2 de enero.⁴⁵⁸

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁴⁵⁹

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Inadecuados interrogatorio y exploración física de la paciente, así como tratamiento médico ineficaz, que la reclamante atribuye a la falta de atención y pasividad del profesional.

Éste, por su parte, alega en su defensa la no aceptación por aquélla de su parasitosis, "porque lo relaciona con suciedad, hábitos no saludables, etc."⁴⁶⁰

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo, por no haber quedado desvirtuada la presunción que opera a favor del reclamado.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 20 de febrero de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 415 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

4. Número de registro de entrada colegial: 0874/2012, 29 de agosto.⁴⁶¹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

⁴⁵⁷ En cirugía general y del aparato digestivo.

⁴⁵⁸ El número 2.3 del acta.

⁴⁵⁹ En dermatología médico-quirúrgica y venereología.

⁴⁶⁰ Su informe registrado al entrar en el Colegio con el número 0897/2012, de 11 de septiembre de 2012.

⁴⁶¹ El número 2.4 del acta.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁴⁶²

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: La inadecuada derivación de un paciente con patología vascular desde un centro privado de atención primaria a otro privado de atención especializada, sin embargo, atención no cubierta por la póliza de seguro de asistencia sanitaria del reclamante.

Pretensión: Sanción, por mala práctica profesional.

Resolución: Archivo, con remisión, en su caso, al orden jurisdiccional civil.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 20 de febrero de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 175 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

5. Número de registro de entrada colegial: 0876/2012, 29 de agosto.⁴⁶³

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.⁴⁶⁴

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Cruce de reproches por trato descortés. El reclamado lamenta que se haya podido malinterpretar sus palabras.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 20 de febrero de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 175 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

6. Número de registro de entrada colegial: 1036/2012, 23 de octubre.⁴⁶⁵

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁴⁶⁶

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

⁴⁶² En un Servicio de Urgencias hospitalario, atención especializada en medicina familiar y comunitaria.

⁴⁶³ El número 2.5 del acta.

⁴⁶⁴ En medicina intensiva.

⁴⁶⁵ El número 2.8 del acta.

⁴⁶⁶ En obstetricia y ginecología.

Objeto del debate: En esencia, el reclamante reprocha al reclamado solicitar pruebas no necesarias con ánimo de lucro, para sí o para el centro en que presta sus servicios profesionales. Al tiempo, reconoce haber sido devueltos los correspondientes importes.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 20 de febrero de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 120 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 4 DE 4/2012.

- 1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 6.
- 2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 0 / 6.
- 3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 6.
- 4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 3 / 3.
- 5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 3 / 3.
- 6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 6 / 0.
- 7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 5 / 1.
- 8.- Atención primaria / especializada: 0 / 6.⁴⁶⁷
- 9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 3 / 3.
- 10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 4 / 2 / 0 / 0.

⁴⁶⁷ Las especialidades médicas controvertidas fueron, por su orden de aparición, angiología y cirugía vascular, cirugía general y del aparato digestivo, dermatología médico-quirúrgica y venereología, medicina familiar y comunitaria, medicina intensiva y obstetricia y ginecología.

11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 305'3 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 0 / 6.

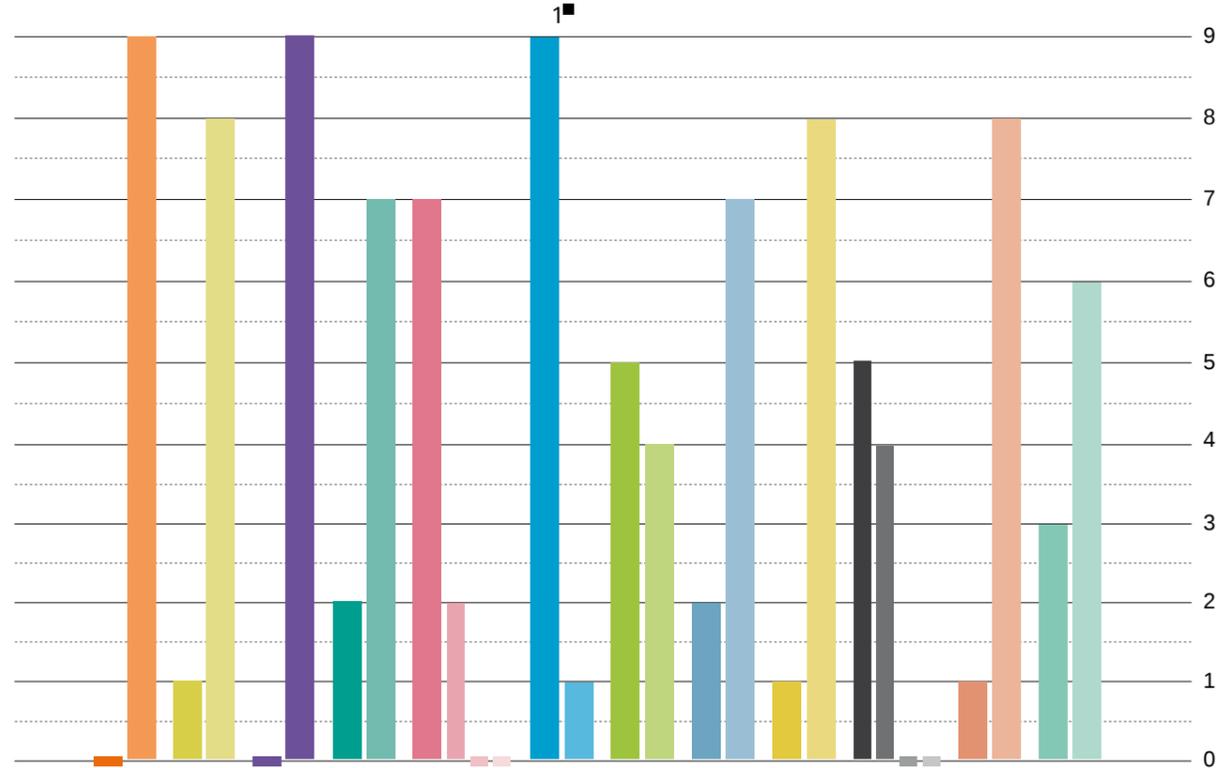
13.- Pretensión determinada / indeterminada: 2 / 4.

RESUMEN ESTADÍSTICO 2012

	1ª reunión	2ª reunión	3ª reunión	4ª reunión	Totales	D.M.
De oficio	0	0	0	0	0	0,00
De parte	9	7	3	6	25	1,70
Administración	1	1	0	0	2	0,50
No	8	6	3	6	23	1,30
Diputado	0	0	0	0	0	0,00
No	9	7	3	6	25	1,70
Judicialización	2	4	0	3	9	1,20
No	7	3	3	3	16	1,50
Paciente	7	5	1	3	16	2,00
Fami./Sc/Aps	2/0/0	2/0/0	2/0/0	3/0/0	9	0,30
vs. Médicos	9	7	3	6	25	1,70
vs. Otros	1 [■]	1 [■]	0	0	2 [■]	0,50
Privado	5	4	1	5	15	1,30
Público	4	3	2	1	10	1,00
Primaria	2	4	0	0	6	1,50
Especializada	7	3	3	6	19	1,70
Especialista	1	0	0	3	4	1,00
No	8	7	3	3	21	2,20
A	5	4	2	4	15	0,80
B	4	2	0	2	8	1,00
C	0	1	1	0	2	0,50
D	0	0	0	0	0	0,00

Tiempo medio	157'6 días	153'4 días	212'6 días	305'3 días	207'2 días	51'7
Satisfacción	1	0	1	0	2	0,50
No	8	7	2	6	23	1,80
Determinada	3	4	1	2	10	1,00
In	6	3	2	4	15	1,20

REUNIÓN NÚMERO 1 DE 4/2012.

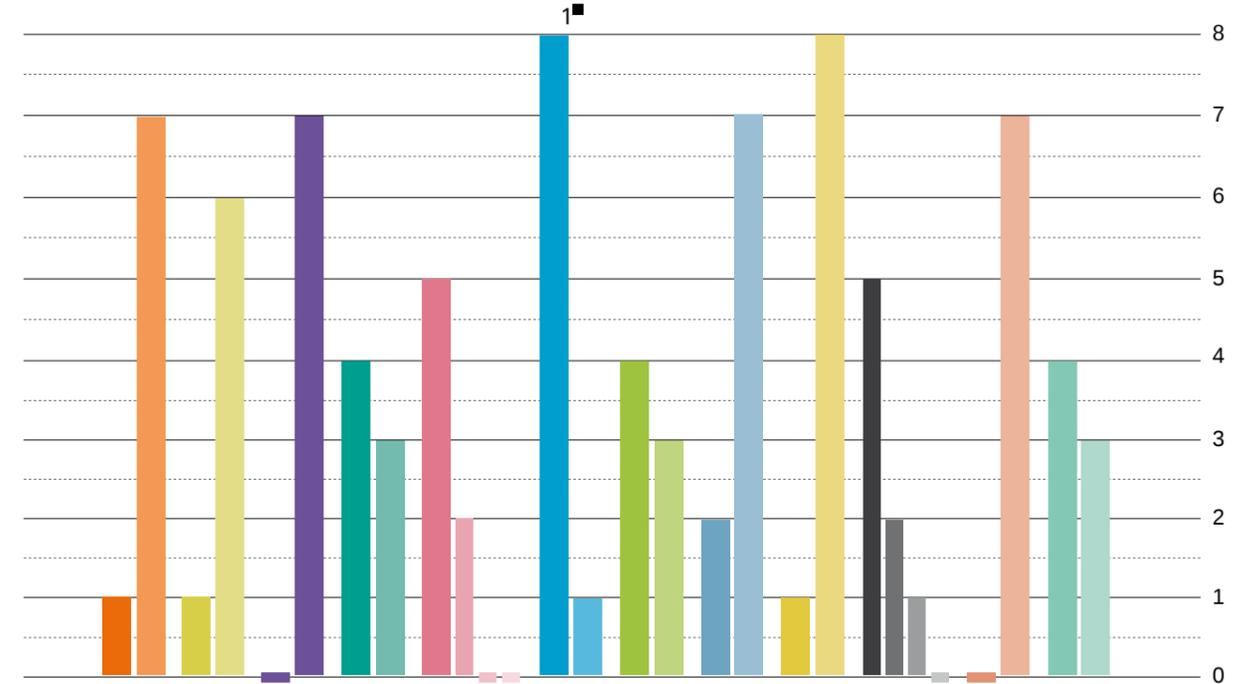


Tiempo medio: 157'60 días

1. Véase la nota al pie 420

- De oficio Diputado Paciente Privado Especialista A
- De parte No Fami./ Sc/ Aps Público No B
- Administración Judicialización vs. Médicos Primaria Satisfacción C
- No No vs. Otros Especializada No D
- Tiempo medio Determinada In

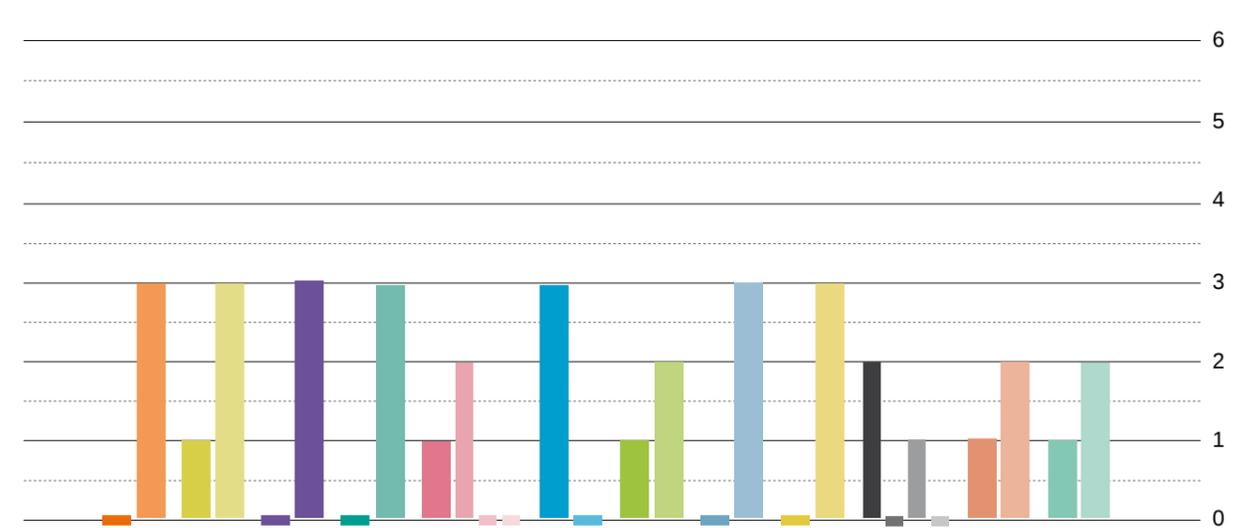
REUNIÓN NÚMERO 2 DE 4/2012.



Tiempo medio: 153'40 días

1. Véase la nota al pie 439

REUNIÓN NÚMERO 3 DE 4/2012.



Tiempo medio: 212'60 días

Leyenda tablas y gráficas:

D.M: Desviación Media/ Fami: Familiar/ S.C: Sociedad Científica/ A.P.S:Administración Pública Sanitaria

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médicos.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.⁴⁷²

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.⁴⁷³

Objeto del debate: La reclamante cuestiona la capacitación profesional de los especialistas en obstetricia y ginecología para realizar su reconstrucción mamaria inmediata, con prótesis directa, posmastectomía⁴⁷⁴.

Pretensión: La información.

Resolución: Archivo, recordando a los colegiados reclamados que, conforme con el artículo 10.1 del Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio, el médico debe esforzarse en dar la información a los pacientes “de manera que puedan comprenderla, de forma mesurada, discreta, prudente y esperanzadora”.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 24 de abril de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 211 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.

⁴⁷² En obstetricia y ginecología.

⁴⁷³ No asistió a esta reunión.

⁴⁷⁴ “Extirpación quirúrgica de la mama, que se usa como tratamiento de enfermedades benignas y malignas de la mama. Dependiendo de su extensión puede ser total, si incluye toda la glándula mamaria, el complejo areola-pezones y la piel, o parcial, si solo se extirpa una parte de la misma” (Real Academia Nacional de Medicina, *Diccionario de términos médicos*, Editorial Médica Panamericana, S. A., Madrid, 2012, p. 1039).

2. Número de registro de entrada colegial: 0957/2012, 25 de septiembre.⁴⁷⁵

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.⁴⁷⁶

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: En un Servicio de Urgencias hospitalario, la parte reclamante demanda una mayor prestación asistencial, mientras que la reclamada deriva la no urgente al correspondiente nivel, bien atención primaria o bien especializada ambulatoria.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo, al no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional.

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 24 de abril de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 211 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

⁴⁷⁵ El número 2.2 del acta. No obstante, se advierte que sus datos registrales coinciden exactamente con los del caso anterior, el número 2.1 del mismo acta. Sin duda, se trata de un simple error, sin trascendencia a nuestros efectos.

⁴⁷⁶ En un Servicio de Urgencias hospitalario, atención especializada en medicina familiar y comunitaria.

3. Número de registro de entrada colegial: 1017/2012, 18 de octubre.⁴⁷⁷

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.⁴⁷⁸

Objeto del debate: El problema se plantea cuando la familiar solicita al profesional medicación para la paciente, no presente ni conocida por éste, toda vez que ha sido recientemente cuando ha pasado a pertenecer a su cupo.

Pretensión: Que se sancione disciplinariamente al reclamado.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 24 de abril de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 188 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

4. Número de registro de entrada colegial: 2092/2012, 2 de noviembre.⁴⁷⁹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

⁴⁷⁷ El número 2.3 del acta.

⁴⁷⁸ En medicina familiar y comunitaria.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médicos.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.⁴⁸⁰

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.⁴⁸¹

Objeto del debate: La política de gestión de las camas en el Dispositivo hospitalario de Urgencias Psiquiátricas, camas que la familiar percibe como propias de los pacientes, y no disponibles por los profesionales del centro.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 24 de abril de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 173 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

5. Número de registro de entrada colegial: 1104/2012, 14 de noviembre.⁴⁸²

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

⁴⁷⁹ El número 2.4 del acta.

⁴⁸⁰ En el Dispositivo hospitalario de Urgencias Psiquiátricas.

⁴⁸¹ En psiquiatría.

⁴⁸² El número 2.5 del acta.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.⁴⁸³

Objeto del debate: La paciente, de habla inglesa y no española, pretende ser atendida de forma no programada por la médico, de habla española y no inglesa, quien, una vez descartada la eventual urgencia del motivo de su consulta, invita a aquélla a volver con cita concertada y preferiblemente acompañada de una persona bilingüe.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 24 de abril de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 161 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 5.

4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 1 / 4.

5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 2 / 3.

6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 5 / 0.

7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 0 / 5.

8.- Atención primaria / especializada: 2 / 3.⁴⁸⁴

9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 4 / 1.

10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 2 / 0 / 3 / 0.

11.- Tiempo medio transcurrido del procedimiento: 188⁸ días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 1 / 4.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 2 / 3.

5.4.4.3. Reunión número 2 de 5/2013.

De fecha 25 de abril de 2013⁴⁸⁵, setenta y siete días después de la primera reunión del año.

El acta recoge diez⁴⁸⁶ puntos, cuatro de ellos aptos⁴⁸⁷ a nuestros efectos, los números 2.3, 2.5, 2.6 y 2.7, que referimos correlativamente.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 1 DE 5/2013.

1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 5.

2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 0 / 5.

⁴⁸³ En medicina familiar y comunitaria.

⁴⁸⁴ Las especialidades médicas controvertidas fueron, por su orden de aparición, obstetricia y ginecología, medicina familiar y comunitaria (en tres ocasiones), así como, finalmente, psiquiatría.

⁴⁸⁵ Según su acta, aprobada sin modificaciones en la siguiente reunión, de cuatro de julio de 2013, según consta, a su vez, en el acta de ésta. Finalmente, la Junta Directiva del Colegio, en la reunión de su Comisión Permanente del día diez de julio de 2013 (su acta núm. 0013/2013), adoptó como definitivas, también sin modificaciones, las propuestas de resoluciones elevadas por la de Deontología.

⁴⁸⁶ Los números 1, 2.1 a 2.7, ambos incluidos, 3 y 4.

⁴⁸⁷ Los no aptos son los números 1, la aprobación del acta anterior; 2.1 (sin núm. de registro de entrada colegial, de diez de mayo de 2011), la denuncia por una sociedad científica canaria de un supuesto caso de intrusismo profesional interno; 2.2

1. Número de registro de entrada colegial: 0697/2012, 22 de junio.⁴⁸⁸

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Informe de alta de incapacidad laboral transitoria, con recaída posterior.

Pretensión: Sanción disciplinaria.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Diez de julio de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 383 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

2. Número de registro de entrada colegial: 1288/2012, 28 de diciembre.⁴⁸⁹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁴⁹⁰

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.⁴⁹¹

Objeto del debate: En esencia, la negativa del profesional a tratar a la paciente, hija mayor de edad del reclamante y con la capacidad mental conservada, sin su consentimiento.

Pretensión: Inespecífica.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Diez de julio de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 194 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3. Número de registro de entrada colegial: 0058/2013, 29 de enero.⁴⁹²

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

(núm. de registro 0640/2012, de 11 de junio), asunto no apto por no tener carácter asistencial; 2.4 (0964/2012, de 27 de septiembre), controversia entre colegiados, no directamente referida a la relación entre médico y paciente; el punto número 3, casos urgentes, que no hubo; y el 4, ruegos y preguntas, que tampoco.

⁴⁸⁸ El número 2.3 del acta.

⁴⁸⁹ El número 2.5 del acta.

⁴⁹⁰ En psiquiatría.

⁴⁹¹ No asistió a esta reunión.

⁴⁹² El número 2.6 del acta.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.⁴⁹³

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.⁴⁹⁴

Objeto del debate: La paciente, de treinta y siete años de edad a la sazón, acude al médico por presentar un mioma uterino⁴⁹⁵. El especialista reclamado le indica la realización de una histerectomía⁴⁹⁶. La paciente, no obstante, solicita una segunda opinión (miomectomía⁴⁹⁷), y hasta una tercera (miomectomía inicial y eventual histerectomía ulterior). Finalmente, se opta por esta última, más conservadora que la primera indicación. Sin embargo, después de las pruebas preoperatorias, se objetiva que el mioma ha crecido, motivo por el que la indicación pasa a ser la de la histerectomía inicial. Reprocha, en definitiva, una pérdida de oportunidad al primer especialista.

⁴⁹³ En obstetricia y ginecología.

⁴⁹⁴ No asistió a esta reunión.

⁴⁹⁵ "Tumoración benigna del miometrio constituida por fibras musculares lisas y tejido conjuntivo" (Real Academia Nacional de Medicina, *Diccionario de términos médicos*, Editorial Médica Panamericana, S. A., Madrid, 2012, p. 1095).

⁴⁹⁶ "Extirpación quirúrgica, parcial o completa, del útero" (Real Academia Nacional de Medicina, *Diccionario de términos médicos*, Editorial Médica Panamericana, S. A., Madrid, 2012, p. 873).

⁴⁹⁷ "Extirpación quirúrgica de un mioma" (Real Academia Nacional de Medicina, *Diccionario de términos médicos*, Editorial Médica Panamericana, S. A., Madrid, 2012, p. 1095).

Pretensión: Sanción.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Diez de julio de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 162 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

4. Número de registro de entrada colegial: 0106/2013, 1 de febrero.⁴⁹⁸

Remitido por la Administración pública sanitaria: Sí.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁴⁹⁹

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.⁵⁰⁰

Objeto del debate: Si el informe emitido por el médico y entregado, a solicitud suya, a la propia paciente, relativo a su estado de salud o enfermedad y sobre la asistencia prestada, reúne o no los requisitos de calidad humana y técnica que exige el artículo 4.3 del Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio⁵⁰¹.

⁴⁹⁸ El número 2.7 del acta.

⁴⁹⁹ En obstetricia y ginecología.

⁵⁰⁰ No asistió a la reunión.

Pretensión: Inespecífica.

Resolución: Archivo, por desprenderse de las actuaciones que, finalmente, la reclamante obtuvo del reclamado un informe satisfactorio.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Diez de julio de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 149 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 2 DE 5/2013.

1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 4.

2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 1 / 3.

3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 4.

4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 2 / 2.

5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 3 / 1.

6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 4 / 0.

7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 3 / 1.

8.- Atención primaria / especializada: 1 / 3.⁵⁰²

9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 0 / 4.

10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 1 / 3 / 0 / 0.

⁵⁰¹ “Toda persona tiene derecho a una atención médica de buena calidad humana y técnica y el médico debe velar por la preservación de este derecho.”

⁵⁰² Las especialidades médicas controvertidas fueron, por su orden de aparición, psiquiatría y obstetricia y ginecología (en dos ocasiones).

11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 222 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 0 / 4.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 2 / 2.

5.4.4.4. Reunión número 3 de 5/2013.

De fecha cuatro de julio de 2013⁵⁰³, setenta días después de la anterior.

El acta recoge diez⁵⁰⁴ puntos, cuatro de ellos aptos⁵⁰⁵ a nuestros efectos, los números 2.2, 2.3, 2.4 y 2.7, que referimos correlativamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 0215/2013, 5 de abril.⁵⁰⁶

Remitido por la Administración pública sanitaria: Sí.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

⁵⁰³ Según su acta, aprobada en la siguiente reunión, de 17 de octubre de 2013, con la sola rectificación de la lista de asistentes, según consta, a su vez, en el acta de esta última reunión. Finalmente, la Junta Directiva del Colegio, en la reunión de su Comisión Permanente del día cuatro de septiembre de 2013 (su acta núm. 0016/2013), adoptó como definitivas, sin modificaciones, las propuestas de resoluciones elevadas por la de Deontología.

⁵⁰⁴ Los números 1, 2.1 a 2.7, ambos incluidos, 3 y 4.

⁵⁰⁵ Los no aptos son los números 1, la aprobación del acta anterior; 2.1 (núm. de registro de entrada colegial 1243/2012, de 18 de diciembre), por continuar instruyéndose; 2.5, iniciado de oficio, con esta misma fecha, por lo tanto, no apto por continuar instruyéndose; 2.6 (núm. de registro de entrada 0293/2013, de 24 de abril), que, igualmente, continúa instruyéndose; 3, único caso urgente habido (0653/2013, de 27 de junio), evacuación de un oficio judicial, y 4, ruegos y preguntas.

⁵⁰⁶ El número 2.2 del acta.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: La intolerancia a la proteína de la leche que el reclamante dice haber referido a la reclamada como alergia conocida de su hijo menor, mientras que ésta alega que lo que se le refirió fue intolerancia a la lactosa, motivo por el que indicó la ingesta de un tipo de leche sin este azúcar.

Pretensión: Inespecífica.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Cuatro de septiembre de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 152 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

2. Número de registro de entrada colegial: 0243/2013, 12 de abril.⁵⁰⁷

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médicos.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁵⁰⁸

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: En relación con la extracción de piezas dentarias, supuestos daños en el nervio trigémino, así como ausencia de consentimiento informado.

Pretensión: Depurar sus responsabilidades.

Resolución: Archivo, en esencia, por no constar acreditada la existencia misma de los daños alegados, sino solo dolor, que, por otro lado, preexistía.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Cuatro de septiembre de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 145 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3. Número de registro de entrada colegial: 0244/2013, 15 de abril.⁵⁰⁹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.⁵¹⁰

⁵⁰⁷ El número 2.3 del acta.

⁵⁰⁸ En cirugía oral y maxilofacial.

⁵⁰⁹ El número 2.4 del acta.

⁵¹⁰ En medicina familiar y comunitaria.

Objeto del debate: El error de diagnóstico del reclamado, que motivó su retraso en derivar al especialista al reclamante, cuya alteración dérmica en la hemicara derecha resultó finalmente diagnosticada como carcinoma basocelular.

Por su parte, el médico en cuya contra se acciona alega que estableció una impresión diagnóstica, que no diagnóstico de certeza, adoptando una actitud terapéutica expectante.

Pretensión: Una explicación.

Resolución: Archivo, motivado.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Cuatro de septiembre de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 142 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.

4. Número de registro de entrada colegial: 0350/2013, 3 de mayo.⁵¹¹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁵¹²

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: La calificación o no como enfermedad profesional de las lesiones que presenta la reclamante en sus miembros inferiores, calificadas por su médico particular como lipoatrofia, mientras que por el especialista reclamado como celulitis.

Pretensión: Inespecífica.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: Cuatro de septiembre de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 124 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 3 DE 5/2013.

- 1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 4.
- 2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 1 / 3.
- 3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 4.
- 4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 1 / 3.
- 5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 3 / 1.
- 6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 4 / 0.
- 7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 3 / 1.
- 8.- Atención primaria / especializada: 2 / 2.⁵¹³
- 9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 1 / 3.
- 10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 2 / 2 / 0 / 0.

⁵¹¹ El número 2.7 del acta.

⁵¹² En medicina del trabajo.

⁵¹³ Las especialidades médicas controvertidas fueron, por su orden de aparición, cirugía oral y maxilofacial, medicina familiar y comunitaria, así como medicina del trabajo.

11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 140'7 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 1 / 3.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 2 / 2.2.

5.4.4.5. Reunión número 4 de 5/2013.

De fecha 17 de octubre de 2013⁵¹⁴, ciento cinco días después de la anterior.

El acta recoge nueve⁵¹⁵ puntos, seis de ellos aptos⁵¹⁶ a nuestros efectos, los números 2.1 a 2.3, ambos inclusive, 2.5, 2.6 y 3, que referimos correlativamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 0095/2013, 7 de febrero.⁵¹⁷

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

⁵¹⁴Según su acta, aprobada sin modificaciones en la siguiente reunión, de tres de diciembre de 2013, según consta, a su vez, en el acta de ésta. Finalmente, la Junta Directiva del Colegio, en la reunión de su Comisión Permanente del día 11 de diciembre de 2013 (su acta núm. 0022/2013), adoptó como definitivas, también sin modificaciones, las propuestas de resoluciones elevadas por la de Deontología.

⁵¹⁵Los números 1, 2.1 a 2.6, ambos incluidos, 3 y 4.

⁵¹⁶Los no aptos son los números 1, la aprobación del acta anterior; 2.4 (núm. de registro de entrada colegial 0521/2013, de 31 de mayo), por continuar instruyéndose; y el 4, los ruegos y preguntas.

⁵¹⁷El número 2.1 del acta.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.⁵¹⁸

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: La colocación quirúrgica de un catéter de acceso venoso como causa de un posterior derrame pleural.

La reclamante fundamenta el nexo de causalidad culposa entre la intervención y el daño, en un meritado informe de Urgencias que, sin embargo, no aporta. Mientras que, por su parte, el reclamado acredita la corrección de la colocación del catéter mediante una radiografía de control postquirúrgico del mismo día de la operación, obrante en las actuaciones.

Pretensión: La indemnización de los daños y perjuicios causados.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de diciembre de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 307 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

2. Número de registro de entrada colegial: 0137/2013, 27 de febrero.⁵¹⁹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

⁵¹⁸En cirugía general y del aparato digestivo.

⁵¹⁹El número 2.2 del acta.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁵²⁰

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: El motivo de la reclamación es una lesión costrosa en el prepucio del hijo menor de la reclamante, intervenido de fimosis días antes por el reclamado, quien admite la probable relación de causa a efecto entre la cirugía y la lesión.

Pretensión: Inespecífica.

Resolución: Archivo, por no apreciarse ninguna infracción ética ni deontológica profesional.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de diciembre de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 287 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3. Número de registro de entrada colegial: 0475/2013, 23 de mayo.⁵²¹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico y otra persona física interviniente no colegiada.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

⁵²⁰ En cirugía pediátrica.

⁵²¹ El número 2.3 del acta.

Atención especializada.⁵²²

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: En el curso de una cirugía mayor ambulatoria para el implante de prótesis mamarias por parte de un médico no especialista acreditado y de otra persona no colegiada, la paciente convulsiona, siendo urgentemente trasladada al hospital público de referencia.

Pretensión: Sanción.

Resolución: Personación como acusación particular en el referido procedimiento judicial seguido por los mismos hechos⁵²³.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de diciembre de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 202 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.

4. Número de registro de entrada colegial: 0582/2013, 12 de junio.⁵²⁴

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

⁵²² En cirugía plástica, estética y reparadora.

⁵²³ Se trata del procedimiento del que dimana el oficio judicial evacuado en la reunión de la propia Comisión de Deontología del día cuatro de julio de 2013 (asunto núm. 3 de su acta, registrado con el núm. 0653/2013, de 27 de junio).

⁵²⁴ El número 2.5 del acta.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Paciente que acude a consulta por presentar un cuadro clínico de mastitis⁵²⁵ de repetición, según refiere, negándose a ser explorada físicamente y solicitando medicación.

El debate se focaliza en el tiempo de vida máximo recomendable para la lactancia materna. Al reclamado le parecen excesivos los veintiún meses del hijo de la actora.

Pretensión: Sin especificar.

Resolución: Archivo, por ajustarse la actitud del reclamado a lo previsto en el artículo 9.3 del Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio, que dice que “si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar”.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de diciembre de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 182 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

5. Número de registro de entrada colegial: 0749/2013, 16 de julio.⁵²⁶

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

⁵²⁵ Mastitis de la lactancia o puerperal, “que se produce durante el puerperio y la lactancia, suele ser de causa infecciosa y se produce por el paso de bacterias a través de las grietas del pezón de la puerpera. Está ocasionada generalmente por Staphylococcus aureus, pero pueden existir otras bacterias grampositivas como Streptococcus y gramnegativas como Escherichia coli” (Real Academia Nacional de Medicina, Diccionario de términos médicos, Editorial Médica Panamericana, S. A., Madrid, 2012, pp. 1039-1040).

Intervención del Diputado del Común: Sí.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médicos.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Públicos.

Atención especializada.⁵²⁷

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: Probablemente debido a la paranoia diagnosticada que padece la reclamante, resulta de muy difícil comprensión.

Pretensión: Sanción, por “carencia y/o desidia de mi tratamiento” (sic).

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de diciembre de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 148 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

6. De oficio, de fecha 23 de febrero de 2012.⁵²⁸

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Administración pública sanitaria.⁵²⁹

⁵²⁶ El número 2.6 del acta.

⁵²⁷ En psiquiatría. El número 3 del acta.

⁵²⁸ El propio Colegio de Médicos.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁵³⁰

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: Instrumental quirúrgico en la cavidad abdominal del paciente.

Pretensión: Cumplir los fines colegiales.

Resolución: Visto bueno a la propuesta de resolución disciplinaria sancionadora.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 11 de diciembre de 2013.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 657 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.

8.- Atención primaria / especializada: 1 / 5.⁵³²

9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 4 / 2.

10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 1 / 5 / 0 / 0.

11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 297'1 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 2 / 4.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 4 / 2.2.

5.4.4.6. Reunión número 5 de 5/2013.

De fecha tres de diciembre de 2013⁵³³, cuarenta y siete días después de la anterior.

El acta recoge diez⁵³⁴ puntos, tres de ellos aptos⁵³⁵ a nuestros efectos, los números

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 4 DE 5/2013.

1.- De oficio / A instancia de parte: 1 / 5.

2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 0 / 6.

3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 1 / 5.

4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 3 / 3.

5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente / Administración pública sanitaria): 4 / 1 / 1.

6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 6 / 1.⁵³¹

7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 3 / 3.

⁵²⁹ En cirugía general y del aparato digestivo.

⁵³⁰ En cirugía general y del aparato digestivo.

⁵³¹ En un caso, la acción se dirige al mismo tiempo contra un médico y otra persona no colegiada.

⁵³² Las especialidades médicas controvertidas fueron, pues, por su orden de aparición, cirugía general y del aparato digestivo (en dos ocasiones), cirugía pediátrica, cirugía plástica, estética y reparadora, así como psiquiatría.

⁵³³ Según su acta, aprobada sin modificaciones en la siguiente reunión, de 13 de febrero ya de 2014, según se desprende, a su vez, del acta de ésta. Finalmente, la Junta Directiva del Colegio, en la reunión de su Comisión Permanente del día 15 de enero de 2014 (su acta núm. 0001/2014), adoptó como definitivas, también sin modificaciones, las propuestas de resoluciones elevadas por la de Deontología.

Obsérvese, pues, que la Permanente asumió como propuestas firmes las que, sin embargo, aún no habían sido definitivamente aprobadas por la propia Comisión de Deontología. No obstante, esta precipitación administrativa resultó, al fin, intrascendente, porque, como decimos, después no se hicieron modificaciones.

⁵³⁴ Los números 1, 2.1 a 2.7, ambos inclusive, 3 y 4.

⁵³⁵ Los no aptos son los números 1, la aprobación del acta anterior; 2.1 (núm. de registro de entrada colegial 0394/2013, de diez de mayo), por no ser de carácter asistencial; 2.5 (0898/2013, de seis de septiembre), por decidirse practicar más diligencias, para mejor proveer; 2.6 (0900/2013, de diez de septiembre), por ser de naturaleza administrativa, no médica; 2.7 (0945/2013, de 20 de septiembre), por decidirse practicar más diligencias, para mejor proveer; 3, los eventuales asuntos urgentes, que no hubo; y 4, ruegos y preguntas, que tampoco.

2.2, 2.3 y 2.4, que referimos correlativamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 0775/2012, 18 de julio.⁵³⁶

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.⁵³⁷

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Un posible error de diagnóstico del médico de Urgencias, al no determinar en la radiografía de tórax de la paciente, madre del reclamante, el cáncer de pulmón que le fue finalmente diagnosticado siete meses después, sino solo una atelectasia⁵³⁸ completa del pulmón izquierdo, a estudio. Así, se reclama por la pérdida de oportunidad, que empeoró el pronóstico.

Pretensión: Inespecífica.

⁵³⁶ El número 2.2 del acta.

⁵³⁷ Hospitalaria.

⁵³⁸ "Colapso o pérdida de volumen de un pulmón o de una parte de él (un lóbulo, un segmento) al desaparecer, por distintas causas (obstrucción bronquial, compresión extrínseca, retracción pulmonar, etc.), el aire que normalmente se encuentra en su interior. Su persistencia en el tiempo puede llevar a que se haga irreversible y a que la zona colapsada se fibrose y no se pueda volver a expandir" (Real Academia Nacional de Medicina, Diccionario de términos médicos, Editorial Médica Panamericana, S. A., Madrid, 2012, p. 175).

Resolución: Archivo, porque el error, si lo hubo, no fue grosero.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 15 de enero de 2014.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 546 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

2. Número de registro de entrada colegial: 0833/2013, 9 de agosto.⁵³⁹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁵⁴⁰

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: Sí.

Objeto del debate: Reproches mutuos de trato descortés, a propósito de la acotación unilateral realizada por la paciente en el documento de consentimiento informado inmediatamente antes de ser intervenida quirúrgicamente, acotación referida a la posibilidad de reconvertir eventualmente la cirugía laparoscópica⁵⁴¹ programa-

⁵³⁹ El número 2.3 del acta.

⁵⁴⁰ En obstetricia y ginecología.

⁵⁴¹ "Disciplina científica, rama de la cirugía endoscópica, que se dedica a la resolución de procesos abdominales, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico. Se realiza practicando un neumoperitoneo con anhídrido carbónico, que crea un espacio de trabajo entre las vísceras y la pared abdominal, e insertando a través de ésta el laparoscopio acoplado a una video-

da en laparotomía⁵⁴².

Pretensión: Depurar responsabilidades.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 15 de enero de 2014.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 159 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

3. Número de registro de entrada colegial: 0858/2013, 28 de agosto.⁵⁴³

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Familiar del paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención especializada.⁵⁴⁴

cámara exterior y un número variable de trocares que permiten introducir en la cavidad peritoneal instrumentos quirúrgicos convenientemente diseñados [...]” (Real Academia Nacional de Medicina, *Diccionario de términos médicos*, Editorial Médica Panamericana, S. A., Madrid, 2012, p. 332).

⁵⁴² “Incisión quirúrgica de la pared abdominal para alcanzar la cavidad peritoneal y operar sobre los órganos contenidos en ella con una finalidad terapéutica y, en menos ocasiones, diagnóstica” (Real Academia Nacional de Medicina, *Diccionario de términos médicos*, Editorial Médica Panamericana, S. A., Madrid, 2012, p. 969).

⁵⁴³ El número 2.4 del acta.

⁵⁴⁴ En pediatría y sus áreas específicas.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: En esencia, un supuesto déficit de información diagnóstica y terapéutica.

Pretensión: “Que se tomen las medidas oportunas”⁵⁴⁵.

Resolución: Archivo.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 15 de enero de 2014.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 140 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 5 DE 5/2013.

- 1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 3.
- 2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 0 / 3.
- 3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 3.
- 4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 1 / 2.
- 5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 1 / 2.
- 6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 3 / 0.
- 7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 1 / 2.
- 8.- Atención primaria / especializada: 0 / 3.⁵⁴⁶
- 9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 1 / 2.
- 10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 2 / 1 / 0 / 0.

⁵⁴⁵ Así en el escrito inicial del procedimiento.

⁵⁴⁶ Las especialidades médicas controvertidas fueron, por su orden de aparición, obstetricia y ginecología, así como pediatría y sus áreas específicas.

11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 281'6 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 0 / 3.

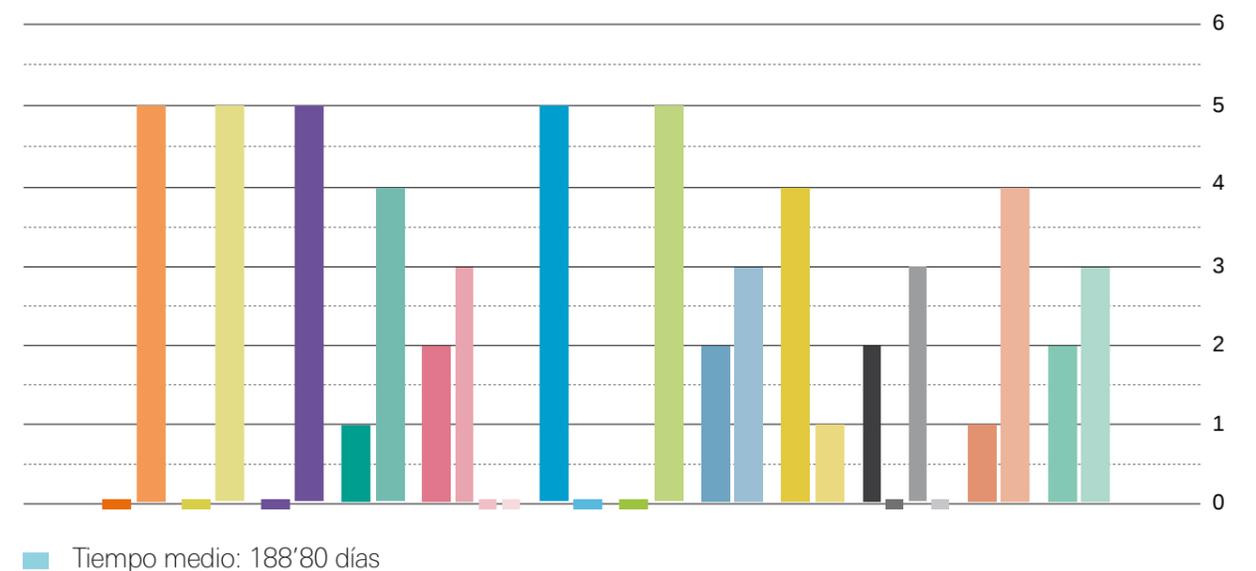
13.- Pretensión determinada / indeterminada: 2 / 1.

RESUMEN ESTADÍSTICO 2013

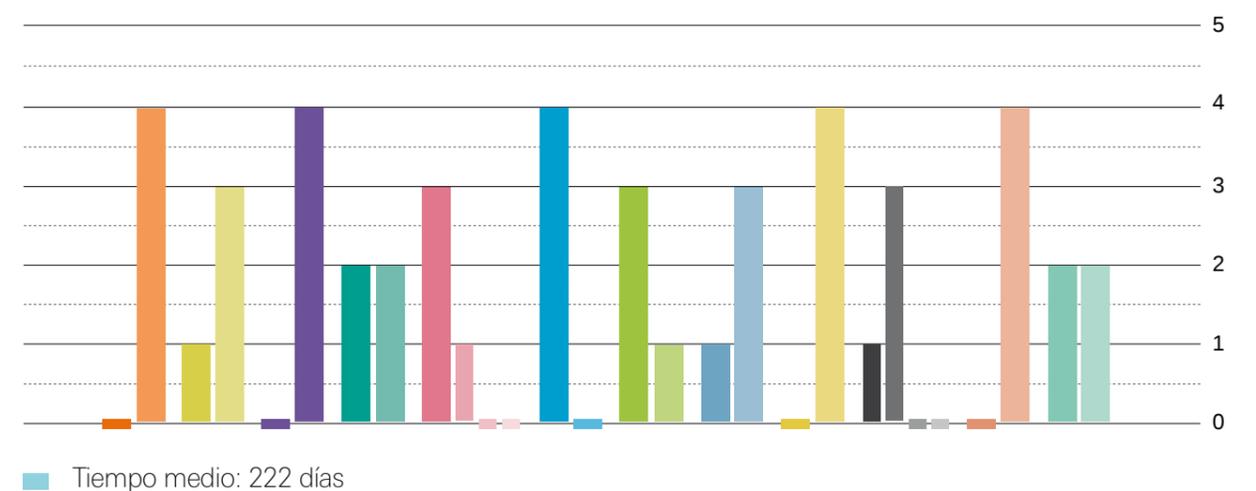
	1ª reunión	2ª reunión	3ª reunión	4ª reunión	5ª reunión	Totales	D.M.
De oficio	0	0	0	1	0	1	0,30
De parte	5	4	4	5	3	21	0,60
Administración	0	1	1	0	0	2	0,40
No	5	3	3	6	3	20	1,20
Diputado	0	0	0	1	0	1	0,30
No	5	4	4	5	3	21	0,60
Judicialización	1	2	1	3	1	8	0,70
No	4	2	3	3	2	14	0,60
Paciente	2	3	3	4	1	13	0,80
Fami./Sc/Aps	3/0/0	1/0/0	1/0/0	1/0/1	2/0/0	9	0,60
vs. Médicos	5	4	4	6	3	22	0,80
vs. Otros	0	0	0	1	0	1	0,30
Privado	0	3	3	3	1	10	1,20
Público	5	1	1	3	2	12	1,20
Primaria	2	1	2	1	0	6	0,60
Especializada	3	3	2	5	3	16	0,70
Especialista	4	0	1	4	1	10	1,60
No	1	4	3	2	2	12	0,80
A	2	1	2	1	2	8	0,40
B	0	3	2	5	1	11	1,40
C	3	0	0	0	0	3	0,90
D	0	0	0	0	0	0	0,00

Tiempo medio	188'8 días	222 días	140,7 días	297'1 días	281'6 días	226 días	50'7
Satisfacción	1	0	1	2	0	4	0,60
No	4	4	3	4	3	18	0,40
Determinada	2	2	2	4	2	12	1,60
In	3	2	2	2	1	10	1,40

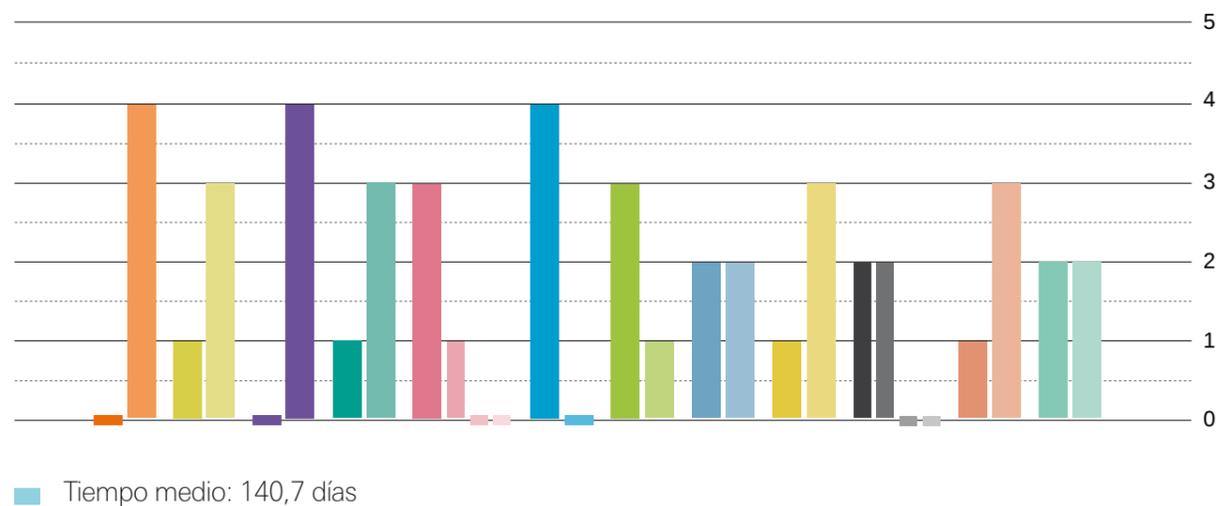
REUNIÓN NÚMERO 1 DE 5/2013.



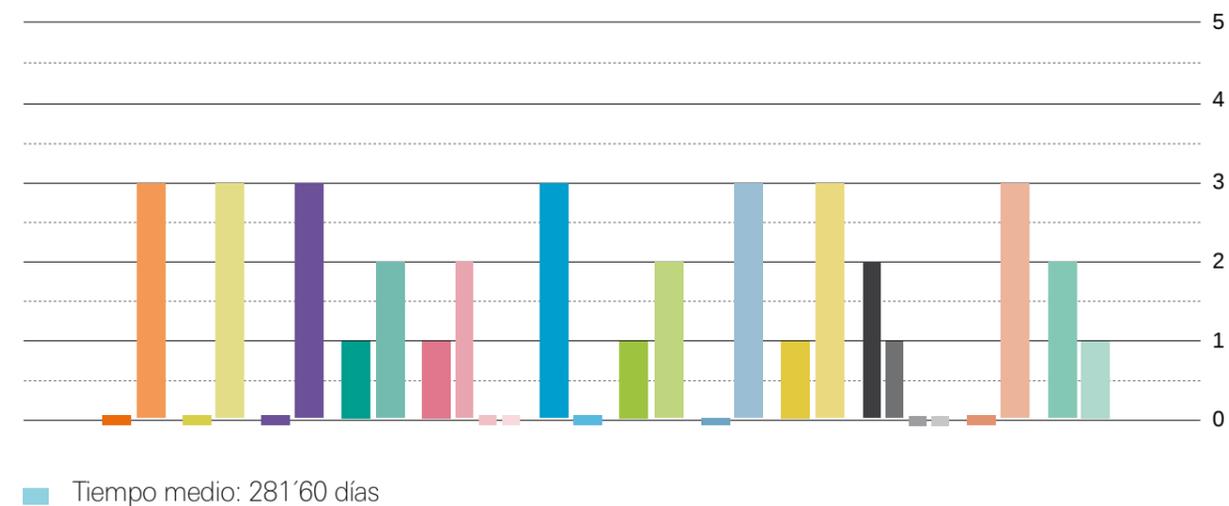
REUNIÓN NÚMERO 2 DE 5/2013.



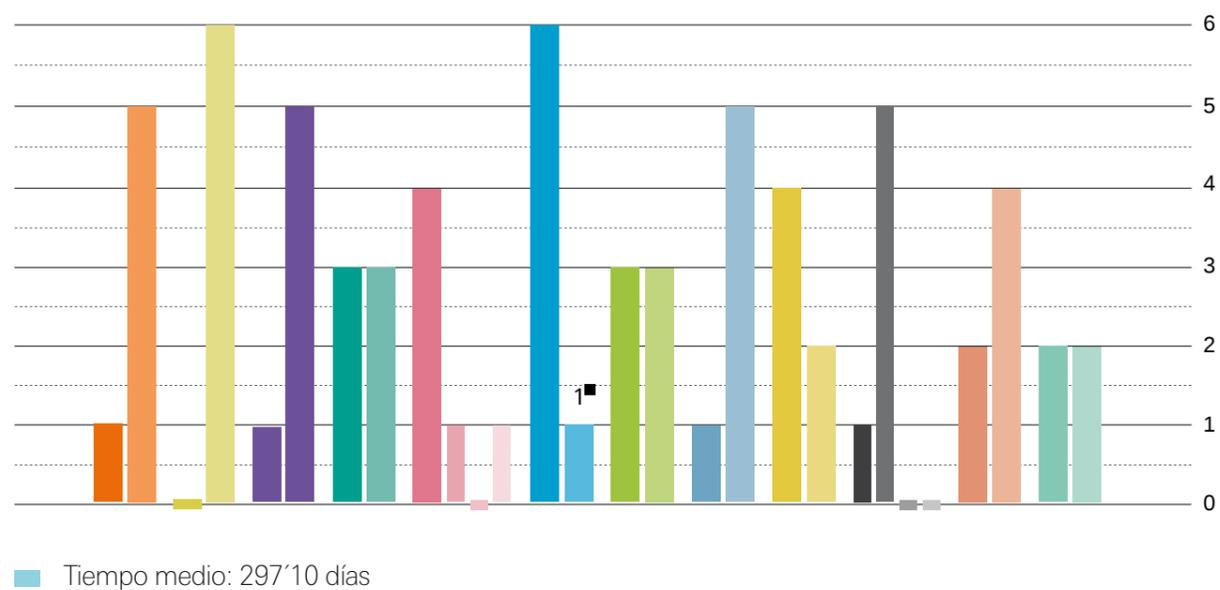
REUNIÓN NÚMERO 3 DE 5/2013.



REUNIÓN NÚMERO 5 DE 5/2013.

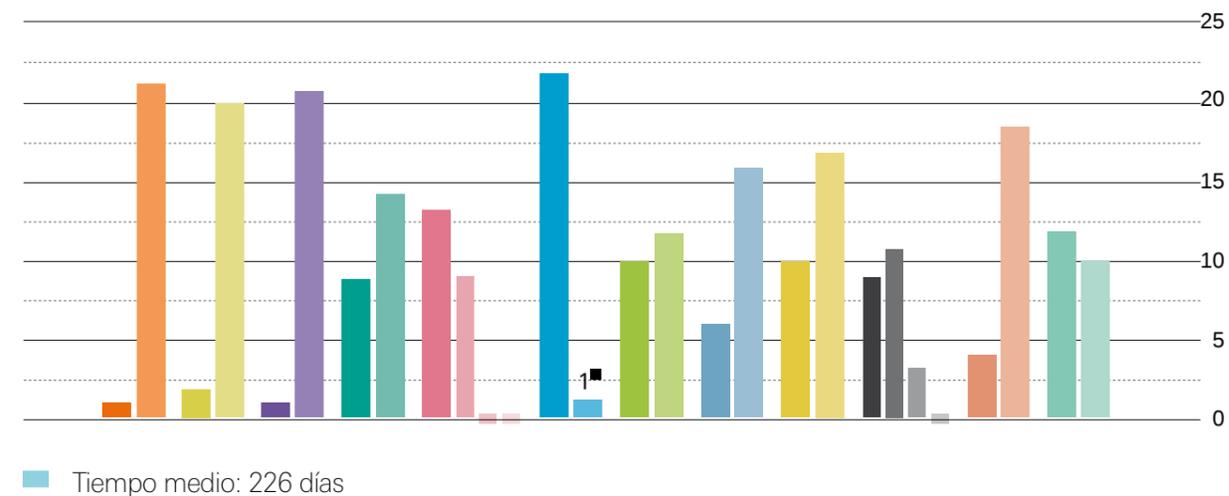


REUNIÓN NÚMERO 4 DE 5/2013.



1. Véase la nota al pie 531

TOTALES 2013



1. Véase la nota al pie 531

Leyenda tablas y gráficas:

D.M: Desviación Media/ Fami: Familiar/ S.C: Sociedad Científica/ A.P.S:Administración Pública Sanitaria

- De oficio Diputado Paciente Privado Especialista
- De parte No Fami./ Sc/ Aps Público No
- A C
- B D

- Administración Judicialización vs. Médicos Primaria Satisfacción
- No No vs. Otros Especializada No
- Tiempo medio Determinada In

5.4.5. Actividad de la Comisión colegial de Bioética y Deontología durante el ejercicio 2014.

5.4.5.1. Exposición sumaria.

Antes de su renovación por las elecciones corporativas del día nueve de mayo, se reunió cuatro veces, con una periodicidad media de 31'2 días, exactamente.

5.4.5.2. Reunión número 1 de 4/2014.

Es la reunión de la Comisión de Bioética y Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas del día 13 de febrero del año 2014⁵⁴⁷, setenta y dos días después de la última reunión del 2013.

De los ocho⁵⁴⁸ asuntos contenidos efectivamente en el acta⁵⁴⁹, cuatro son las reclamaciones de interés aplicable a nuestros efectos⁵⁵⁰, los números 2.1 y 3.1 a 3.3, ambos inclusive, que referimos correlativamente.

⁵⁴⁷ Según su acta, que consta aprobada, a su vez, en el acta de la siguiente reunión, de 11 de marzo del mismo año 2014. Sin embargo, sorprendentemente, no consta que la Junta Directiva colegial tomara nunca los acuerdos correspondientes.

⁵⁴⁸ Los números 1, 2.1, 2.2, 3.1 a 3.4, ambos incluidos, y 4. El 3.4 está erróneamente numerado como asunto 4.3.

⁵⁴⁹ No coincide con el orden del día.

⁵⁵⁰ Los otros cuatro son la eventual aprobación del acta de la reunión anterior (asunto núm. 1), así como los eventuales ruegos y preguntas (núm. 4). Igualmente, el asunto número 2.2 (núm. de registro de entrada en el Colegio 0118/2014, de 30 de enero), respecto al que se decidió practicar más diligencias, para mejor proveer. Y por último, el 3.4 (1165/2013, de dos de diciembre), la solicitud de un colegiado para que se incoe un procedimiento sancionador contra los miembros de la Junta Directiva del Colegio, a propósito de la difusión de un comunicado corporativo sobre la implantación en el ámbito del Servicio Canario de la Salud de un sistema electrónico que afecta a la confección de las historias clínicas.

1. De oficio: De fecha 29 de enero de 2014.^{551/552}

Remitido por la Administración pública sanitaria: Sí.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente y familiar de paciente.⁵⁵³

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.⁵⁵⁴

Objeto del debate: Posibles abusos sexuales con ocasión del ejercicio profesional.

Pretensión: La eventual corrección también disciplinaria.

Resolución: Incoar un expediente disciplinario, así como informar a la Administración pública sanitaria para que separe cautelarmente al médico colegiado reclamado de su actividad asistencial.⁵⁵⁵

Código del tipo de debate: C.

Fecha de la resolución de la Comisión: 11 de marzo de 2014.⁵⁵⁶

⁵⁵¹ Es la fecha del informe corporativo interno inicial del procedimiento.

⁵⁵² El número 2.1 del acta.

⁵⁵³ Aunque el inicio es de oficio, se hace referencia a dos previas acciones judiciales contra el médico colegiado reclamado, siendo tales las respectivas partes actoras.

⁵⁵⁴ El médico reclamado no tiene registrada en el Colegio ninguna especialidad.

⁵⁵⁵ Si bien el asunto, ciertamente, no fue remitido por la Administración pública sanitaria, no es menos cierto que, cuando menos a nuestros efectos, se cumple así efectivamente la debida cooperación y colaboración interadministrativa, en su actuación eficiente al servicio de los ciudadanos.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 41 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.

2. Número de registro de entrada colegial: 1120/2013, 19 de noviembre.⁵⁵⁷

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: A propósito de un retraso en la atención profesional de una consulta programada, una discusión entre el familiar acompañante de la paciente reclamante y el médico asistencial reclamado, a la sazón también Director Médico del centro, discusión finalmente resuelta, en definitiva, con la ruptura, unilateral o bilateral, según sus versiones respectivas de los hechos, de la relación profesional entre médico y paciente.

Pretensión: Ninguna específica.⁵⁵⁸

⁵⁵⁶ Es el primer caso posterior a la entrada en vigor de los nuevos Estatutos colegiales (ver el art. 85), el 11 de septiembre de 2013, momento desde el que, por virtud de su artículo 25.3, la fecha de referencia pasa a ser la de la resolución de la propia Comisión, que desde entonces ya puede sancionar directamente, y no la de la Junta Directiva.

⁵⁵⁷ El número 3.1 del acta.

⁵⁵⁸ “Para poner en su conocimiento lo ocurrido”, reza el escrito inicial del procedimiento.

Resolución: Cuando el médico acepta atender a un paciente, se compromete a asegurarle la continuidad de sus servicios, que podrá suspender si llegara al convencimiento de no existir hacia él la necesaria confianza. Advertirá entonces al enfermo o a sus familiares del motivo de la negativa asistencial, y facilitará que otro médico le atienda, al cual transmitirá la información oportuna con el consentimiento del paciente.⁵⁵⁹

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Comisión: 11 de marzo de 2014.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 112 días.

Satisfacción de la pretensión: Sí.

3. Número de registro de entrada colegial: 0963/2013, 26 de septiembre.⁵⁶⁰

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: En esencia, la discrepancia del paciente reclamante respecto a su calificación médica de no apto para embarque marítimo, con ocasión de su

⁵⁵⁹ Se corresponde con el artículo 9.1 del Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas.

⁵⁶⁰ El número 3.2 del acta.

reconocimiento médico previo al embarque marítimo-pesquero.

Pretensión: En última instancia, el reclamante pretende del Colegio de Médicos una revaloración profesional.

Resolución: Declinatoria de jurisdicción.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Comisión: 11 de marzo de 2014.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 166 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

4. Número de registro de entrada colegial: 0881/2013, 3 de septiembre.⁵⁶¹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médicos, uno sin especialidad y otro con la de cirugía torácica.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Desacuerdo con los criterios profesionales médico-asistenciales.

Pretensión: Corrección disciplinaria.

Resolución: No se aprecia ninguna infracción de naturaleza propia de la Comisión.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva corporativa: Diez y tres de noviembre de 2014, respectivamente.⁵⁶²

Tiempo transcurrido del procedimiento: 429'5 días.⁵⁶³

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 1 de 4/2014.

- 1.- De oficio / A instancia de parte: 1 / 3.
- 2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 0 / 4.
- 3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 4.
- 4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 2 / 2.
- 5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 4 / 1.⁵⁶⁴
- 6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 4 / 0.
- 7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 2 / 2.
- 8.- Atención primaria / especializada: 3 / 1.⁵⁶⁵
- 9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 0 / 4.

⁵⁶² Fechas de los acuses de recibo por cada uno de sus dos colegiados reclamados destinatarios. Porque ya hemos dicho que no consta que la Junta Directiva colegial adoptase nunca los acuerdos correspondientes, motivo por el debemos considerar otra fecha de referencia. Así las cosas, parece la más cercana, y por ende, adecuada, la de los correspondientes registros de salida del Colegio de los acuerdos de la Comisión, efectivamente remitidos a sus destinatarios, aún sin la en este caso preceptiva validación previa por aquélla. En su defecto, la fecha de los correspondientes acuses de recibo.

⁵⁶³ Es la media entre los 433 y 426 días que respectivamente corresponden a cada uno de ellos.

⁵⁶⁴ Estése a lo explicado en el primero de los asuntos analizados.

⁵⁶⁵ En este caso, la única especialidad reclamada fue cirugía torácica.

⁵⁶¹ El número 3.3 del acta.

10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 1 / 2 / 1 / 0.

11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 187'1 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 2 / 2.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 3 / 1.2.

5.4.5.3. Reunión número 2 de 4/2014.

Es la de fecha 11 de marzo⁵⁶⁶, veintiséis días después de la anterior.

De los cinco⁵⁶⁷ puntos del acta, dos asuntos son los aptos⁵⁶⁸ a nuestros efectos, los números 2.1 y 2.2, que referimos sucesivamente.

1. Número de registro de entrada colegial: 0050/2014, 14 de enero.⁵⁶⁹

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico, de familia.

⁵⁶⁶Según su acta, que consta aprobada, a su vez, en el de la siguiente reunión, de 31 de marzo del mismo año 2014. Por su parte, revisadas las actas, tampoco consta que la Junta Directiva del Colegio haya adoptado los acuerdos correspondientes.

⁵⁶⁷Son los números 1, 2.1, 2.2, 3 y 4, siguiendo el acta, que no coincide con el orden del día.

⁵⁶⁸Los otros tres son la lectura y aprobación del acta anterior (núm. 1), los ruegos y preguntas (núm. 4), que no hubo, así como los asuntos urgentes (núm. 3), un trámite de audiencia en un expediente disciplinario.

⁵⁶⁹El número 2.1 del acta.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Público.

Atención primaria.

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Paciente que acude a recoger un parte de confirmación de su baja por incapacidad temporal. La médico sustituta de la titular del cupo del paciente informa entonces a éste de que, por protocolo, debe además extenderse un informe trimestral actualizado, a lo que el paciente se niega, alegando que la sustituta no conoce su historia clínica.

Pretensión: Depurar responsabilidades, por un supuesto maltrato psicológico.

Resolución: Archivo, por no resultar acreditada ninguna infracción ética ni deontológica.

Código del tipo de debate: B.

Fecha de la resolución de la Comisión: 31 de marzo de 2014.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 76 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

2. Número de registro de entrada colegial: 0071/2014, 20 de enero.⁵⁷⁰

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: No.

Parte actora: Paciente.

⁵⁷⁰El número 2.2 del acta.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁵⁷¹

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: Paciente que acude a consulta para recabar una segunda opinión sobre su aneurisma cerebral derecho. En última instancia, la reclamante se queja de que el médico reclamado no examinara toda la documentación clínica que le aportaba, así como de sus comentarios descalificadores referidos a las atenciones profesionales previas, causándole así repetidos episodios de ansiedad. El colegiado lo niega.

Pretensión: “Que se haga algo al respecto, ante esta mala práctica profesional” (*sic*).

Resolución: Archivo, por no poderse determinar ninguna infracción.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Junta Directiva: 31 de marzo de 2014.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 70 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 2 de 4/2014.

1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 2.

2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 0 / 2.

3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 2.

4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 0 / 2.

⁵⁷¹ La especialidad referida es neurocirugía.

5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 2 / 0.

6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 2 / 0.

7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 1 / 1.

8.- Atención primaria / especializada: 1 / 1.⁵⁷²

9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 0 / 2.

10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 1 / 1 / 0 / 0.

11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 73 días.

12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 0 / 2.

13.- Pretensión determinada / indeterminada: 1 / 1.

5.4.5.4. Reunión número 3 de 4/2014.

Es la de fecha 31 de marzo⁵⁷³, veinte días después.

De los siete⁵⁷⁴ puntos del acta, dos asuntos son los aplicables a nuestros efectos⁵⁷⁵, los números 2.2 y 2.3, que referimos sucesivamente.

⁵⁷² Las especialidades médicas reclamadas son, por orden cronológico, medicina familiar y comunitaria, así como neurocirugía.

⁵⁷³ Según su acta, que consta aprobada, a su vez, en el de la siguiente reunión, de cuatro de abril de 2014. La Junta Directiva del Colegio adoptó los correspondientes acuerdos, siempre sin modificaciones, durante su reunión del día nueve de abril del corriente (acta núm. 0007/2014 de la Comisión Permanente de la Junta Directiva).

⁵⁷⁴ Son los números 1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 3 y 4, siguiendo el acta, que no coincide con el orden del día.

⁵⁷⁵ Los otros cinco son la lectura y aprobación del acta anterior (núm. 1), los ruegos y preguntas (núm. 4), que no hubo, así como los asuntos urgentes (núm. 3), que tampoco. Igualmente, el asunto número 2.1 (registrado a su entrada en el Colegio con el núm. 0112/2014, de 29 de enero), respecto al que se decide practicar más diligencias, para mejor proveer. Y finalmente, el 2.4, trámite de audiencia en un expediente disciplinario.

1. Número de registro de entrada colegial: 0108/2014, 29 de enero.⁵⁷⁶

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁵⁷⁷

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: El reclamante, accidentado de tráfico, acciona contra el médico general reclamado por ejercer como traumatólogo sin serlo, por emitir informes propios de la especialidad en neurocirugía sin tenerla, así como por informes no veraces, reclamando los daños y perjuicios causados de esta manera, todo en el contexto de un procedimiento judicial seguido por el mismo actor contra la aseguradora de la responsabilidad civil de su automóvil, que, a su vez, encargó profesionalmente al reclamado los informes médicos controvertidos.

Pretensión: Su corrección deontológica, la corrección del intrusismo profesional interno, así como el resarcimiento de los daños y perjuicios ocasionados.

Resolución: Archivo, porque el criterio delimitador de las fronteras internas para el ejercicio de la profesión de médico no es el de la titulación, sino el de la capacitación profesional; así como porque la alegada falta de veracidad no es tal, sino una disparidad de pareceres.

Código del tipo de debate: A.

⁵⁷⁶ El número 2.2 del acta.

⁵⁷⁷ Ambulatoria, no hospitalaria. Son dos las especialidades médicas referidas: neurocirugía y cirugía ortopédica y traumatología.

Fecha de la resolución de la Comisión: Cuatro de abril de 2014.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 65 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

2. Número de registro de entrada colegial: 0239/2014, 21 de febrero.⁵⁷⁸

Remitido por la Administración pública sanitaria: No.

Intervención del Diputado del Común: No.

Referencia a la judicialización del caso: Sí.

Parte actora: Paciente.

Parte reclamada: Médico.

Centro, servicio, establecimiento sanitario: Privado.

Atención especializada.⁵⁷⁹

Miembro de la Comisión de Deontología especialista: No.

Objeto del debate: El paciente reclama por la desatención recibida en el Servicio de Urgencias, además de por el maltrato del que fue objeto. Por su parte, el colegiado informa de que la atención profesional a la odontalgia referida por aquél no pudo finalizarse, a su vez, precisamente por su actitud agresiva, llegando incluso a amenazar de muerte al reclamado, todo en el contexto de reproches mutuos por trato descortés.

Pretensión: "Que esto no le vuelva a suceder a ningún paciente".⁵⁸⁰

Resolución: Archivo, porque no hubo desatención, sin resultar acreditada, ade-

⁵⁷⁸ El número 2.3 del acta.

⁵⁷⁹ Medicina familiar y comunitaria, en Urgencias hospitalaria.

⁵⁸⁰ Tal y como se dice en el escrito inicial.

más, ninguna infracción disciplinaria.

Código del tipo de debate: A.

Fecha de la resolución de la Comisión: Cuatro de abril de 2014.

Tiempo transcurrido del procedimiento: 42 días.

Satisfacción de la pretensión: No.

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA REUNIÓN NÚMERO 3 de 4/2014.

- 1.- De oficio / A instancia de parte: 0 / 2.
- 2.- Remitido por la Administración pública sanitaria (Sí / No): 0 / 2.
- 3.- Intervención del Diputado del Común (Sí / No): 0 / 2.
- 4.- Referencia a la judicialización del caso (Sí / No): 2 / 0.
- 5.- Parte actora (Paciente / Familiar del paciente): 2 / 0.
- 6.- Parte reclamada (Médicos / Otros): 2 / 0.
- 7.- Centro, servicio o establecimiento sanitario privado / público: 2 / 0.
- 8.- Atención primaria / especializada: 0 / 2.⁸⁵¹
- 9.- Miembro de la Comisión de Deontología especialista (Sí / No): 0 / 2.
- 10.- Código del tipo de debate (A / B / C / D): 2 / 0 / 0 / 0.
- 11.- Tiempo medio transcurrido entre el inicio y la finalización del procedimiento: 53'5 días.
- 12.- Satisfacción de la pretensión (Sí / No): 0 / 2.
- 13.- Pretensión determinada / indeterminada: 1 / 1. 1.

⁸⁵¹ Las especialidades médicas reclamadas fueron, por orden cronológico, neurocirugía, cirugía ortopédica y traumatología, así como medicina familiar y comunitaria.

5.4.5.5. Reunión número 4 de 4/2014.

De fecha siete de abril, se trata de la última reunión de la Comisión de Bioética y Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas antes de la celebración de sus elecciones corporativas del día nueve de mayo. Se celebró siete días después de la anterior reunión.

Aparte de la aprobación, sin modificaciones, del acta de la reunión anterior, de 31 de marzo⁵⁸², y de los ruegos y preguntas, que no hubo⁵⁸³, solo se abordó un único asunto⁵⁸⁴, sin embargo, no apto a nuestros fines, un mero trámite de un expediente disciplinario colegial.⁵⁸⁵

RESUMEN ESTADÍSTICO 2014

	1ª reunión	2ª reunión	3ª reunión	4ª reunión	Totales	D.M.
De oficio	1	0	0	0	1	0,30
De parte	3	2	2	0	7	0,80
Administración	0	0	0	0	0	0,00
No	4	2	2	0	8	1,00
Diputado	0	0	0	0	0	0,00
No	4	2	2	0	8	1,00

⁵⁸² Asunto número 1 del orden del día.

⁵⁸³ Asunto número 3.

⁵⁸⁴ Su número 2.

⁵⁸⁵ Todo según el correspondiente acta, número 4 del año 2014, aprobada en la siguiente reunión, la primera postelectoral, de cuatro de septiembre, a su vez, según su acta, la número 5 del año.

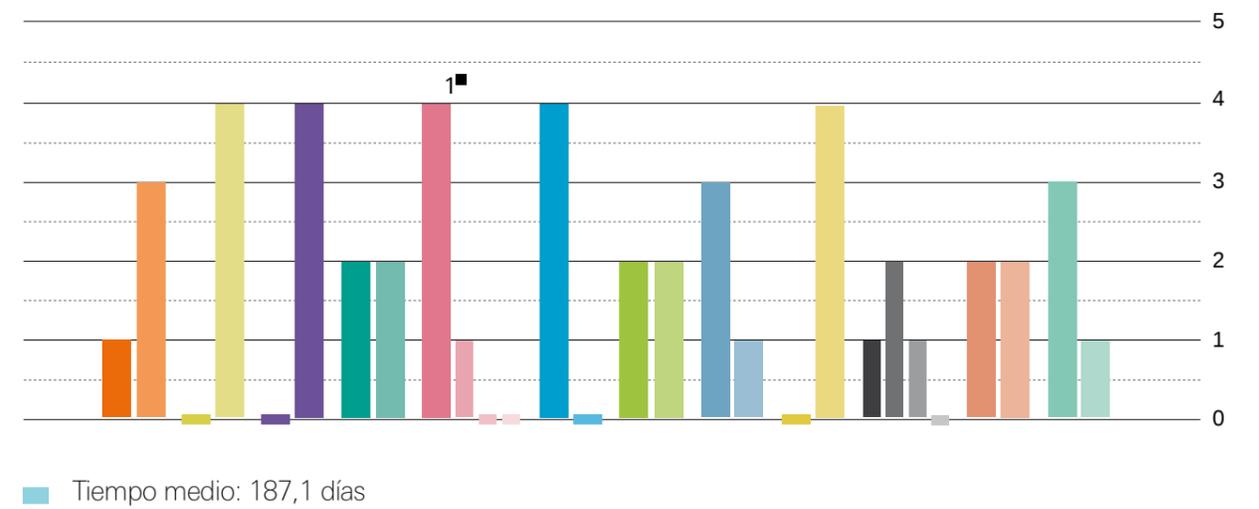
Judicialización	2	0	2	0	4	1,00
No	2	2	0	0	4	1,00
Paciente	4 [■]	2	2	0	8 [■]	1,00
Fami./Sc/Aps	1 [■] /0/0	0/0/0	0/0/0	0/0/0	1 [■]	0,30
vs. Médicos	4	0	2	0	8	1,00
vs. Otros	0	2	0	0	0	0,00
Privado	2	1	0	0	3	0,70
Público	2	1	2	0	5	0,70
Primaria	3	1	0	0	4	1,00
Especializada	1	1	2	0	4	0,50
Especialista	0	0	0	0	0	0,00
No	4	2	2	0	8	1,00
A	1	1	2	0	4	0,50
B	2	1	0	0	3	0,70
C	1	0	0	0	1	0,30
D	0	0	0	0	0	0,00
Tiempo medio	187'1 días	73 días	53'5 días	0 días	78'4 días	54'3
Satisfacción	2	0	0	0	2	0,70
No	2	2	2	0	6	0,70
Determinada	3	1	1	0	5	0,80
In	1	1	1	0	3	0,30

Leyenda tablas y gráficas:

D.M: Desviación Media/ Fami: Familiar/ S.C: Sociedad Científica/ A.P.S:Administración Pública Sanitaria

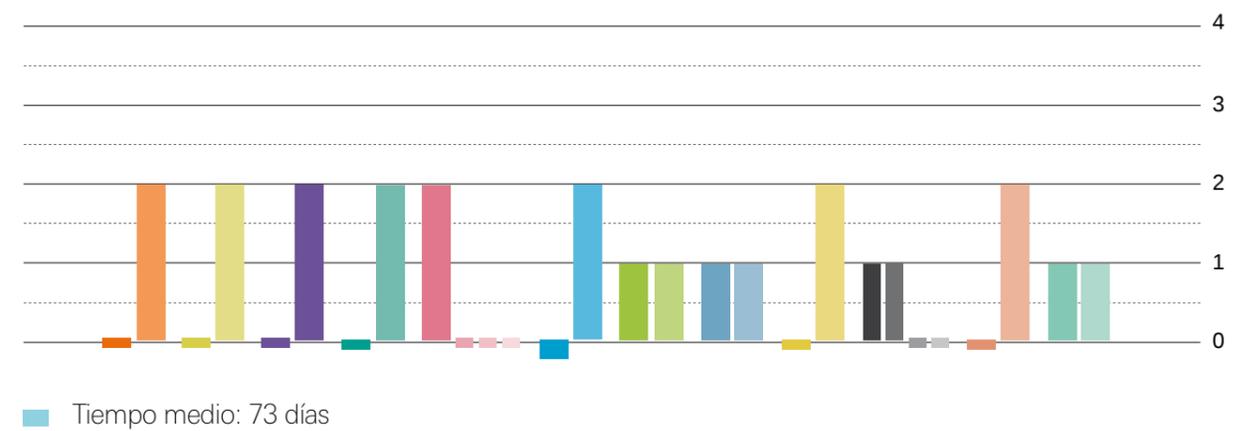
De oficio	Diputado	Paciente	Privado	Especialista	A
De parte	No	Fami./ Sc/ Aps	Público	No	B
Administración	Judicialización	vs. Médicos	Primaria	Satisfacción	C
No	No	vs. Otros	Especializada	No	D
Tiempo medio	Determinada	In			

REUNIÓN NÚMERO 1 DE 4/2014.

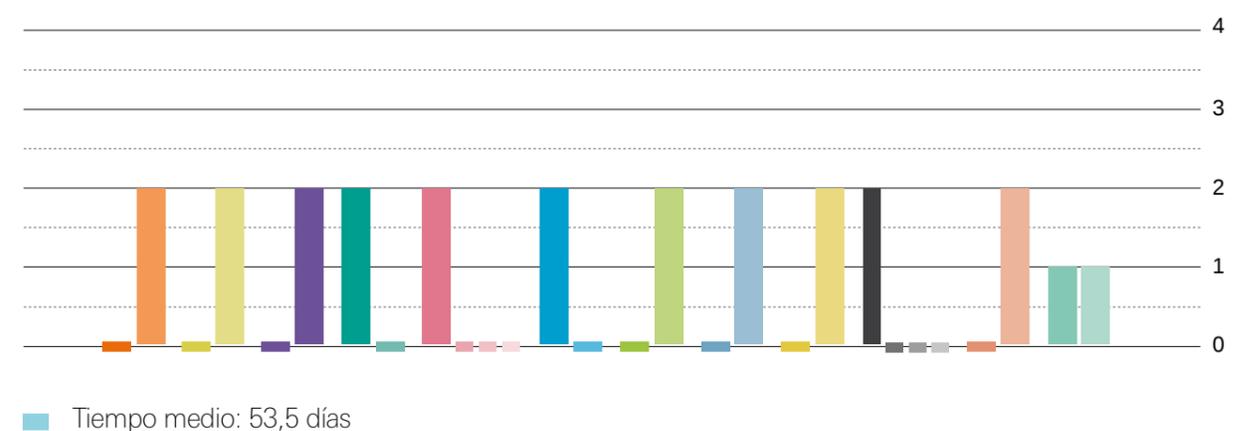


1[■]. Véase la nota al pie 553

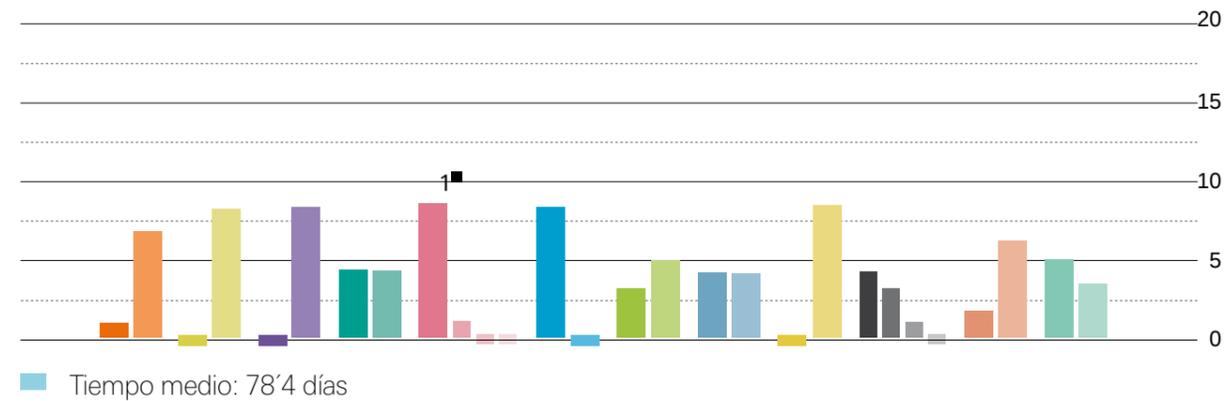
REUNIÓN NÚMERO 2 DE 4/2014.



REUNIÓN NÚMERO 3 DE 4/2014.



TOTALES 2014



■ Véase la nota al pie 553

5.5. Resultados estadísticos del estudio de la actividad de la Comisión de Bioética y Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas durante los ejercicios anuales 2010 a 2014.

5.5.1. Muestra y materiales.

Por fin, se extrajo metódicamente una muestra total acumulada de ciento dieciocho (118) acciones corporativas aptas, es decir, referidas a reclamaciones de carácter médico-asistencial; distribuidas entre los ejercicios anuales 2010 a 2014 a razón de 28 reclamaciones aptas durante el de 2010, 35 durante el de 2011, 25 durante el 2012, 22 durante el 2013, y 8 durante el ejercicio del año 2014. Lo que promedia 23'6 reclamaciones aptas por año (casi dos al mes), con una desviación media anual de 6'88, que se explica, en buena medida, precisamente por este último año, el 2014, - como se dejó dicho - no computado enteramente, sino solo hasta la fecha de las elecciones colegiales, nueve de mayo, cuando se puso término a la actividad de la Comisión objeto de estudio.⁵⁸⁶

⁵⁸⁶ De hecho, si se obviarán los datos correspondientes al ejercicio anual del 2014, el promedio sería, entonces, 27'5 reclamaciones aptas por año, con una desviación media de 4.

5.5.2. Resultados estadísticos del estudio metódico de los ítems propuestos.

5.5.2.1. Resultados del estudio de los sujetos activo (ítems números 1 y 5) y pasivo (ítem número 6) de la acción corporativa.

Del total del universo de 118 reclamaciones, 116 fueron a instancia de parte, esto es, el 98'305 por ciento, mientras que solo 2 fueron de oficio, el 1'694 por ciento restante. Fueron, pues, los usuarios interesados quienes activaron el mecanismo corporativo.⁵⁸⁷

Su perfil fue el del propio paciente en el 69'491 por ciento de las ocasiones (82 reclamaciones), y el de un familiar en el 30'508 por ciento restante (36 reclamaciones).

Por otra parte, decíamos que, por la misma naturaleza de nuestro estudio, el perfil del reclamado sería siempre el del médico asistencial y/o, eventualmente, el de la sociedad profesional prestadora del servicio controvertido. Pues bien, no se accionó nunca contra ninguna sociedad profesional, sino siempre contra el médico, en el cien por cien de los casos.

5.5.2.2. Resultados del estudio de la cooperación y colaboración interadministrativa (ítems números 2 y 3).

En 107 de las 118 reclamaciones aptas (90'677 %) no se evidenció absolutamente ningún grado de cooperación ni colaboración de la Administración pública sanitaria. No quiere decirse que no haya habido, sino, simplemente, que no se ha objetivado. Aunque han sido 23 reclamaciones en el ejercicio anual del 2010, 33 en el del 2011, 23 en el del 2012, 20 en el

⁵⁸⁷ El dato de que las dos únicas veces que se activó de oficio el mecanismo colegial ocurrieran precisamente durante los dos últimos ejercicios anuales, del 2013 y 2014, y ninguna vez antes, no resulta, sin embargo, a nuestro juicio, suficientemente significativo, por su pequeña dimensión, para establecer la conclusión de una eventual maduración corporativa que conduzca hacia la sistemática autocorrección disciplinaria por propia iniciativa. Aunque parece apuntar en esa dirección.

del 2013, y 8 en el contabilizado del 2014; una media, pues, de 21'4 reclamaciones aptas *no cooperativas* al año, con una desviación de 5'92.

En el 9'322 por ciento restante (11 reclamaciones), no obstante, sí se pudo objetivar, pero con una tendencia consolidada a la baja, evidenciada por su distribución anual descendente, sin solución de continuidad, desde el ejercicio del 2010 al 2014, de 5, 2, 2, 2 y 0 reclamaciones, respectivamente, casi sin desviación media (de tan solo 1'12).

Y en cuanto al Diputado del Común, únicamente apareció referido en 3 ocasiones (2'542 % del total de reclamaciones), distribuidas anualmente sin un patrón claro (2 veces en 2010, y 1 en 2013).

5.5.2.3. Resultados del estudio del índice de judicialización de los casos (ítem número 4).

De los 118 casos analizados, en 46 (el 38'983 %) se evidenció su judicialización consumada o, cuando menos, anunciada por los reclamantes o remitida por el Colegio. Además, la distribución interanual del fenómeno resulta bastante uniforme: 10 casos en 2010, 15 en 2011, 9 en 2012, 8 en 2013, y 4 en el periodo de tiempo estudiado de 2014; lo que hace un promedio de 9'2 casos judicializados al año, con una desviación de la media de solo 2'64, una baja medida de dispersión.

5.5.2.4. Resultados del estudio de las circunstancias de lugar referidas: *Medicina privada versus pública* (ítem número 7), *atención primaria versus especializada* (ítems números 8 y 9).

No se evidenció un mayor o menor índice de siniestralidad en función de la naturaleza jurídica privada o pública de la relación entre médico y paciente.

Así, el 48'739 por ciento de los casos (58 reclamaciones) correspondió a la *Medicina privada*, por el 51'260 por ciento restante (61 reclamaciones), que correspondió a la *pública*.⁵⁸⁸

Por otro lado, en 68 de las reclamaciones (57'142 %) el conflicto residenció en sede de la atención especializada, mientras que en la primaria fueron 51 (42'857 %), esto es, quince puntos porcentuales de mayor siniestralidad en aquélla que en ésta.⁵⁸⁹

En este sentido, la súper-especialización del mecanismo colegial de solución de conflictos, frente a la no especialización judicial, se puso en valor en el 27'966 por ciento de los casos, esto es, en términos absolutos, 33 reclamaciones en cuya deliberación, votación y resolución participó al menos un médico especialista o especializado en materia objeto de la controversia. En el otro 72'033 por ciento, 85 reclamaciones, no participaron médicos especialistas *ad hoc*, aunque siempre médicos, si bien no especialistas o sí, pero en otras materias.

La ocurrencia de la participación del especialista fue de una vez cada 6'6 reclamaciones, como media, con una desviación de 3'68. Sin duda, importante variable, no difícilmente optimizable programando la asistencia a las reuniones por los especialistas correspondientes.

⁵⁸⁸ Estos porcentajes están calculados en relación a un universo de reclamaciones aptas de 119, en vez de las 118 hasta ahora referidas, debido a que - como se ha ido puntualmente señalando - en el ejercicio anual del 2010 hubo 2 referidas respectivamente a un mismo proceso asistencial desarrollado tanto en uno como en otro ámbito, y en el ejercicio del 2011 hubo 1 reclamación referida a una atención profesional cuya naturaleza jurídica no pudo determinarse.

⁵⁸⁹ A su vez, estos otros porcentajes también están calculados en función de 119 reclamaciones, en vez de 118, porque - como también se dijo en su momento - en el ejercicio anual del 2010 hubo 1 referida a un mismo proceso asistencial desarrollado tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario.

5.5.2.4.1. Siniestralidad por especialidades médicas clasificadas por troncos.

Siguiendo la relación y clasificación de especialidades médicas y pluridisciplinares incluidas en el anexo 1 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero⁵⁹⁰, de un total de 84 reclamaciones especializadas⁵⁹¹, 60 (el 71'428 %) se adscriben al sistema formativo troncal, correspondiendo la mayor siniestralidad al tronco quirúrgico, con 32 reclamaciones, seguido del tronco médico, con 17 (casi la mitad de aquél), tronco de psiquiatría, con 10, y tronco de imagen clínica, 1 reclamación.

Por otro lado, 20 de las reclamaciones (el 23'809 %) correspondieron a especialidades no adscritas al sistema troncal. Y 4 (el 4'761 % restante), a otras especialidades médicas (concretamente, estomatología y medicina legal y forense).

De las 28 especialidades controvertidas, las más reclamadas fueron, por este orden, psiquiatría, incluyendo la del niño y del adolescente, con 10 reclamaciones (el 11'904 % del universo de 84 especializadas), medicina familiar y comunitaria, con 9 (el 10'714 %), cirugía general y del aparato digestivo, así como cirugía ortopédica y traumatología, con 8 reclamaciones cada una de las dos (9'523 %, respectivamente), obstetricia y ginecología, con 7 (8'333 %), y pediatría y sus áreas específicas, con 5 (5'952 % del total).

A su vez, la distribución interanual de la siniestralidad de estas especialidades médicas fue en

⁵⁹⁰ Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada (BOE núm. 45, de 21 de febrero de 2008).

⁵⁹¹ Las 16 de ellas que exceden de las 68 que dijimos residenciadas en la atención especializada, son reclamaciones por asistencias profesionales hospitalarias (en este sentido, especializadas) de *Medicina general* (por ejemplo, prestadas en el Servicio de Urgencias).

cuatro de los cinco años investigados en los casos de medicina familiar y comunitaria (solo en el ejercicio de 2010 no se registró ninguna reclamación referida a ella), cirugía general y del aparato digestivo (solo en el de 2014 estudiado), cirugía ortopédica y traumatología (solo en 2013), así como pediatría y sus áreas específicas (también solo en 2014 no hubo ninguna reclamación *pediátrica*).

Mientras que la distribución interanual fue en tres de los cinco años en los casos de psiquiatría (en los ejercicios de 2012 y 2014 no se registró ninguna reclamación propia) y obstetricia y ginecología (en 2011 y 2014).

Entre las demás especialidades, que son aquéllas cuya frecuencia conflictiva no llegó a la media de una reclamación por año, destacan, no obstante, neurocirugía y cirugía plástica, estética y reparadora, con 4 reclamaciones cada una de ellas (4'761 %, respectivamente), así como dermatología médico-quirúrgica y venereología, con 3 (3'571 %).

Finalmente, el treinta por ciento restante (exactamente 30'958 %, esto es, 26 reclamaciones) se repartió entre las otras 18 especialidades controvertidas, a razón de solo una o dos reclamaciones por especialidad. Dicho de otra forma, el setenta por ciento de las reclamaciones (69'042 %) se concentró únicamente en aquellas diez (10) especialidades médicas, particularmente, pues, controvertidas.

5.5.2.5. Resultados del estudio del objeto del debate (ítems números 10 y 13).

Los dos grandes grupos de conflictos fueron los distinguidos con las letras A y B, que - recordemos - codificaban, respectivamente, los conflictos de comunicación (ausencia, insuficiencia o inadecuación; incluyéndose específicamente los relativos a la capacitación profesional y a la publicidad engañosa), así como, letra B, las reclamaciones por desacuerdo con el criterio

médico-asistencial. Entre uno y otro grupo comprendieron el 83'050 por ciento de todas las reclamaciones, esto es, 98 de 118.

Los otros dos grupos, C (reclamaciones de revisión deontológica) y D (de carácter residual), sumaron solo las restantes 20, el 16'949 por ciento, a su vez, repartidas a razón de 16 reclamaciones tipo C (13'559 %) y únicamente 4 tipo D (3'389 %).

Huelga decir que la vía natural para la resolución de las reclamaciones de revisión estrictamente deontológica de un acto profesional o de un proceso asistencial, por su propia naturaleza jurídica, es y será la colegial, y precisamente a través del mismo mecanismo corporativo objeto de estudio. Así que centremos nuestra atención en aquellos otros dos grandes grupos de controversias.

Los conflictos de comunicación, letra A, con los referidos al consentimiento informado en lugar cualitativamente destacado, fueron 45, el 38'135 por ciento, a una media de 9 reclamaciones del tipo por año estudiado, con una desviación de la media de 3'2.

Y los desacuerdos con el criterio médico-asistencial, letra B, representaron el 44'915 por ciento del total, 53 reclamaciones, 10'6 al año, con una desviación de 4'08.

5.5.2.6. Resultados del estudio de la pretensión perseguida (ítem número 11).

Llama poderosamente la atención que más de la mitad de las reclamaciones (el 54'237 %) no determinara cuál era exactamente su pretensión, qué se perseguía con su interposición, lo que, en definitiva, vino a acentuar la labor heterocompositiva de la Comisión colegial.

5.5.2.7. Resultados del estudio de la resolución colegial (ítems números 12 y 16).

Significativo resulta, sin duda, que el 77'966 por ciento de las reclamaciones (92 de 118), esto es, tres de cada cuatro, finalizase su recorrido corporativo viendo frustradas las expectativas iniciales.

Y al contrario, que solo el 22'033 por ciento (26 de 118), escasamente una de cada cuatro, sí accediese a lo pretendido.

5.5.2.8. Resultados del estudio del tiempo de resolución (ítems números 14 y 15).

Fueron 216'3 días de tiempo medio para la resolución colegial, con una desviación de 58'8.

5.5.3. Discusión.

5.5.3.1. Discusión sobre los resultados del estudio de los sujetos activo (ítems números 1 y 5) y pasivo de la acción corporativa (ítem número 6).

Los usuarios sanitarios, pacientes y, en menor medida, sus familiares, son, por una parte, a quienes debe dirigirse la batería de acciones formativas y de promoción del futuro sistema extrajudicial de solución de conflictos aplicado. Organizados en asociaciones para sus fines, es a través de éstas como inicialmente deben, pues, articularse las acciones.⁵⁹²

Y por otra parte, a los médicos, pero en su caso a través del correspondiente Colegio Profe-

⁵⁹² Véase Gobierno de Canarias, Mapa de Asociaciones de Pacientes, Las Palmas de Gran Canaria y Santa Cruz de Tenerife, <http://www.gobcan.es/sanidad/sgt/oddus/> (fecha de consulta: 8 de julio de 2015). También, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, *Asociaciones de enfermos y familiares*, Madrid, <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/asocEnfermosYFamiliares/home.htm> (fecha de consulta: 8 de julio de 2015).

sional, una vez pacificada por el Tribunal Constitucional la obligatoriedad universal de su colegiación.⁵⁹³

5.5.3.2. Discusión sobre los resultados del estudio de la cooperación y colaboración interadministrativa (ítems números 2 y 3).

Indudablemente, a mayor integración en el sistema también de las reclamaciones disponibles hasta ahora residenciadas en sede administrativa, más fortalecido resultará aquél.⁵⁹⁴ Así que, en la medida de la disponibilidad de las materias objeto de reclamación administrativo-sanitaria, el sistema extrajudicial de solución de conflictos aplicado que se propone deberá articularse de forma tal que ejerza una suerte de vis atractiva también pública.

Al efecto, opinamos que el factor aglutinador clave podría ser el seguro de responsabilidad civil profesional, que el Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas, en el desempeño de sus funciones, gestiona periódicamente para todos los colegiados, tanto para los que ejercen la profesión privadamente como para los que públicamente, sobre todo, habida cuenta de que la Administración pública canaria, el Servicio Canario de la Salud de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, no asegura la responsabilidad civil de sus profesionales sanitarios.

⁵⁹³ En efecto, véase la sentencia del Pleno del Tribunal de 23 de mayo de 2013, recurso de inconstitucionalidad número 4244/2002.

⁵⁹⁴ En este sentido, el Informe del Diputado del Común al Parlamento del año 2010 ya pone de manifiesto una vía a explorar: “en los expedientes de queja en los que no se ha apreciado infracción del ordenamiento jurídico vigente, o se tratan de asuntos que no son competencia de esta Institución por referirse a cuestiones de índole jurídico-privado o reclamaciones por supuestas malas prácticas asistenciales, una vez que se resuelve el archivo de los mismos, tal y como establece nuestra normativa reguladora, se informa a los promotores de los mismos sobre las vías más adecuadas para ejercitar su pretensión” (Diputado del Común, *Informe al Parlamento 2010*, Santa Cruz de La Palma, p. 467. En http://www.diputadodelcomun.org/v6/prc/download_doc.php?fileID=2011_10_06_qGGkofnDCK, consultado el 9 de julio de 2015).

El artículo 46 de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesionales Sanitarias⁵⁹⁵ establece que “los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios, vienen obligados a suscribir el oportuno seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios”.

Y los profesionales que ejercen en el ámbito público, si bien no están obligados por ley, usualmente también lo suscriben, para asegurar el riesgo cierto que supone la exigencia de regreso o repetición requerida por el artículo 145.2 de la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común⁵⁹⁶, según su redacción dada por el artículo 1 de la Ley 4/1999 de modificación de la anterior⁵⁹⁷: “La Administración correspondiente, cuando hubiere indemnizado a los lesionados, exigirá de oficio de sus autoridades y demás personal a su servicio la responsabilidad en que hubieran incurrido por dolo, o culpa o negligencia graves, previa instrucción del procedimiento que reglamentariamente se establezca”.

Uno y otro ámbito, privado y público, representan, cuando menos a estos efectos, dimensiones

⁵⁹⁵ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesionales Sanitarias (BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003).

⁵⁹⁶ Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (BOE núm. 285, de 27 de noviembre de 1992).

⁵⁹⁷ Ley 4/1999, de 13 de enero, de modificación de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (BOE núm. 12, de 14 de enero de 1999. Corrección de errores en el BOE núm. 30, de 4 de febrero de 1999).

prácticamente equivalentes, 49 y 51 por ciento respectivamente, según hemos visto⁵⁹⁸ arrojan los resultados estadísticos de nuestro estudio.

Por otro lado, la gestión corporativa del seguro, en el sentido esencial de hacer juicios comparativos periódicos de las pólizas individuales y servicios que ofrece el mercado, se fundamenta en la habilitación del artículo 1.3 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales⁵⁹⁹, que dice que “son fines esenciales de estas Corporaciones [...] la defensa de los intereses profesionales de los colegiados y la protección de los intereses de los consumidores y usuarios de los servicios de sus colegiados [...]”⁶⁰⁰, fines precisamente perseguidos con la gestión colegial del mejor aseguramiento posible.

Y a tales fines, “corresponde a los Colegios Profesionales el ejercicio de las siguientes funciones, en su ámbito territorial: a) Cuantas funciones redunden en beneficio de la protección de los intereses de los consumidores y usuarios de los servicios de sus colegiados. [...] j) Organizar [...] servicios comunes de interés para los colegiados, de carácter profesional, [...] asistencial y de previsión y otros análogos, proveyendo al sostenimiento económico mediante los medios necesarios. [...] x) Cuantas otras funciones redunden en beneficio de los intereses

⁵⁹⁸ En el anterior epígrafe § 5.5.2.4.

⁵⁹⁹ En su redacción dada por el artículo 5.1 de la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio (BOE núm. 308, de 23 de diciembre de 2009).

⁶⁰⁰ En el mismo sentido, el artículo 18.c) de la Ley autonómica de Colegios Profesionales establece que “son fines esenciales de los Colegios Profesionales de Canarias, además de los determinados por la legislación básica del Estado, los siguientes: [...] c) Procurar la adecuada satisfacción de los intereses generales relacionados con el ejercicio de la respectiva profesión” (Ley 10/1990, de 23 de mayo, de Colegios Profesionales [BOE núm. 144, de 16 de junio de 1990; BOC núm. 66, de 28 de mayo de 1990]).

profesionales de los colegiados” (art. 5 de la misma Ley 2/1974).

Pues bien, como, en definitiva, la Administración pública sanitaria canaria no asegura la responsabilidad civil de sus profesionales y el Colegio de Médicos de Las Palmas sí lo facilita, resulta que un sistema extrajudicial de solución de conflictos aplicado que se articulara vertebrado también por las aseguradoras de los profesionales sanitarios podría, sin duda, ejercer, con los necesarios ajustes, aquella fuerza atractiva en las reclamaciones, tanto públicas como privadas.

La necesidad de los referidos ajustes entonces vendría justificada por la previsible inflación repercutida en las primas de las pólizas de aseguramiento. A más reclamaciones, mayores primas, en relación directamente proporcional.

Hasta ahora, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias ha venido concediendo a los Colegios Oficiales de Médicos provinciales subvenciones para la contratación del seguro⁶⁰¹, con cargo a los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma, por importes que deberían ser ajustados al alza, de prosperar la iniciativa que proponemos. En su caso, a menos reclamaciones administrativas, mayores subvenciones, en última instancia, al sistema extrajudicial de solución de conflictos asegurado, esta vez, en relación inversamente proporcional.

⁶⁰¹ La correspondiente al último año, 2014, por Orden número 703/2014 de la Consejera de Sanidad, documento público administrativo electrónico número 0mgwqiBFrK5orKedOKv/GqJucF/RxHj+m, firmado electrónicamente el 7 de octubre de 2014 y registrado el día 8 (Gobierno de Canarias, *Orden de la Consejera de Sanidad por la que se concede subvención nominada al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas para el desarrollo del proyecto denominado “Seguro de responsabilidad civil”*, Las Palmas de Gran Canaria y Santa Cruz de Tenerife, https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc [fecha de consulta: 16 de julio de 2015]).

5.5.3.3. Discusión sobre los resultados del estudio del índice de judicialización de los casos (ítem número 4).

Según los resultados de nuestra investigación, el 40 por ciento (41'949 %) de los conflictos médico-asistenciales se judicializan.

El 38'983 por ciento resultante del específico estudio de este índice se aproxima mucho al 44'915 por ciento del total de reclamaciones cuyo objeto es propio de la jurisdicción, lo que representan los desacuerdos con el criterio médico-asistencial, clasificados como tipo B en el anterior epígrafe § 5.3 y que discutiremos en el § 5.5.3.5.

5.5.3.4. Discusión sobre los resultados del estudio de las circunstancias de lugar referidas: *Medicina privada versus pública* (ítem número 7), *atención primaria versus especializada* (ítems números 8 y 9).

No se evidencia un mayor o menor índice de siniestralidad en función de la naturaleza jurídica privada o pública de la relación entre médico y paciente.

Sí se evidencia, en cambio, mayor en la atención especializada que en la primaria, como corresponde a su mayor dimensión absoluta.⁶⁰²

⁶⁰² Según el Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013, último disponible, ratificado por el Pleno del Consejo Interterritorial celebrado el 26 de marzo de 2015, "la red asistencial del Sistema Nacional de Salud contaba con un total de, (sic) 115.200 médicos [...]. La atención primaria contaba con 34.800 médicos [...], siendo los hospitales quienes emplean a un mayor número de profesionales: 76.700 médicos [...]. En los servicios del 112 / 061 prestan servicios 3.600 médicos [...]" (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013. Situación de salud, sistema sanitario y opinión de los ciudadanos. Resumen*, Madrid, <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm> [fecha de consulta: 22 de julio de 2015]).

5.5.3.4.1. Discusión sobre los resultados del estudio de la siniestralidad por especialidades médicas clasificadas por troncos.

De la misma forma, corresponde la mayor siniestralidad al tronco quirúrgico, que prácticamente dobla al tronco médico.

Sin embargo, de todas las especialidades controvertidas, las más reclamadas fueron, por este orden, psiquiatría, incluyendo la del niño y del adolescente, con tronco propio, ni médico ni quirúrgico; medicina familiar y comunitaria, tronco médico; cirugía general y del aparato digestivo, así como cirugía ortopédica y traumatología, tronco quirúrgico; obstetricia y ginecología, así como pediatría y sus áreas específicas, no adscritas al sistema formativo troncal; cirugía plástica, estética y reparadora, así como neurocirugía, tronco quirúrgico; y, finalmente, dermatología médico-quirúrgica y venereología, tampoco adscrita.

Estas diez especialidades médicas concentran el setenta por ciento de las reclamaciones especializadas.

5.5.3.5. Discusión sobre los resultados del estudio del objeto del debate (ítems números 10 y 13).

Recapitulando, el tipo de conflictos categorizado con la letra A (conflictos de comunicación) representa el 38'135 por ciento del total; el tipo B (desacuerdos con criterios médico-asistenciales), el 44'915 por ciento; el tipo C (reclamaciones de revisión deontológica), el 13'559 por ciento; y el tipo D (de carácter residual), el 3'389 por ciento restante.

Pues bien, aplicando a estas categorías los medios extrajudiciales de solución de conflictos previstos y habilitados en la normativa estatal⁶⁰³, autonómica⁶⁰⁴ y corporativa⁶⁰⁵, esto es, la conciliación⁶⁰⁶, la mediación⁶⁰⁷ y el arbitraje⁶⁰⁸, resulta que los conflictos de comunicación (letra A), por su propia naturaleza, se avienen mejor a los medios más consensuales, es decir, la

conciliación y la mediación; los desacuerdos con criterios médico-asistenciales (letra B), a los medios más adversariales, es decir, el arbitraje como alternativa a su control jurisdiccional⁶⁰⁹; que las reclamaciones de revisión deontológica (letra C) se adecúan sustancialmente al control corporativo⁶¹⁰; y que para las reclamaciones de carácter residual (letra D) habrá de estarse al caso concreto.

5.5.3.6. Discusión sobre los resultados del estudio de la pretensión perseguida (ítem número 11).

Decíamos llama la atención que más de la mitad de las reclamaciones (el 54'237 %) no determinara cuál era exactamente su pretensión, qué se perseguía con su interposición.

Las posibles razones que lo explican son variadas. Por un lado, hemos visto que algunas de las

⁶⁰³ Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales (BOE núm. 40, de 15 de febrero de 1974).

⁶⁰⁴ Ley 10/1990, de 23 de mayo, de Colegios Profesionales (BOE núm. 144, de 16 de junio de 1990; BOC núm. 66, de 28 de mayo de 1990).

⁶⁰⁵ Estatutos del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas (BOC núm. 175, de 11 de septiembre de 2013).

⁶⁰⁶ Artículos 5.m) de la Ley estatal 2/1974 y 19.k) de la autonómica 10/1990.

⁶⁰⁷ Artículo 5.ñ) de la Ley 2/1974 y 4.i de los Estatutos colegiales.

⁶⁰⁸ Artículos 5.m), n) y ñ) de la Ley 2/1974, así como 19.k) de la Ley 10/1990. También, el 4.i de los Estatutos de la Corporación colegial.

⁶⁰⁹ Véase más arriba el epígrafe § 5.5.3.3.

⁶¹⁰ Artículos 5.i) de la Ley 2/1974, 18.b) de la canaria 10/1990 y el 4.b estatutario.

acciones corporativas instadas no eran propiamente reclamaciones, sino simples quejas, que no perseguían, pues, ninguna otra finalidad que manifestar disconformidad con algo o alguien. Por otro lado, igualmente hemos visto que no pocas de las reclamaciones eran interpuestas sin la intervención de abogado, que, no siendo preceptiva, sí parece, entonces, conveniente. Y, en fin, la misma patología psiquiátrica de los actores en las reclamaciones especializadas más numerosas también coadyuvó, indudablemente, en alguna medida.

5.5.3.7. Discusión sobre los resultados del estudio de la resolución colegial (ítems números 12 y 16).

Más allá del efectivo cumplimiento de la función colegial con que se sosiega y responde enteramente a las quejas o razones contrarias, es lo cierto que el grado de adecuación a las expectativas de los usuarios - escasamente prospera una de cada cuatro reclamaciones - no es alto, en términos absolutos.

5.5.3.8. Discusión sobre los resultados del estudio del tiempo de resolución (ítems números 14 y 15).

Como sabemos, el artículo 37.2 de la Ley 60/2003, de Arbitraje⁶¹¹, establece que, "salvo acuerdo en contrario de las partes, los árbitros deberán decidir la controversia dentro de los seis meses⁶¹² siguientes a la fecha de presentación de la contestación a que se refiere el artículo 29⁶¹³ o de expiración del plazo para presentarla. Salvo acuerdo en contrario de las partes, este

⁶¹¹ Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje (BOE núm. 309, de 26 de diciembre de 2003).

⁶¹² 180 días, pues, calculados a razón de treinta días por mes.

⁶¹³ Contestación a la demanda.

plazo podrá ser prorrogado por los árbitros, por un plazo no superior a dos meses, mediante decisión motivada”.

Tomando como referencia prudente esos seis meses más otro de prórroga, serían unos 210 días de plazo para arbitrar la controversia de que se trate, plazo muy similar al de resolución colegial, de 216 días.

5.5.4. Conclusiones del estudio de la actividad de la Comisión de Bioética y Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas como órgano de contraste.

Primera conclusión. Los usuarios sanitarios, pacientes y, en menor medida, sus familiares, son, por una parte, a quienes debe dirigirse nuestro sistema extrajudicial de solución de conflictos aplicado, y a través de sus asociaciones.

Por otra parte, a los médicos, pero en su caso a través del correspondiente Colegio Profesional.

Segunda conclusión. En la medida de la disponibilidad de las materias objeto de reclamación administrativo-sanitaria, el sistema extrajudicial de solución de conflictos aplicado que se propone deberá articularse de forma tal que ejerza una suerte de vis atractiva también pública.

Al efecto, opinamos que el factor aglutinador clave sería el seguro de responsabilidad civil profesional, que el Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas, en el desempeño de sus funciones, gestiona periódicamente para todos los colegiados, tanto para los que ejercen la profesión privadamente como para los que públicamente, sobre todo, habida cuenta de que la Administración pública canaria no asegura la responsabilidad civil de sus profesionales sanitarios.

Así las cosas, como, en definitiva, la Administración sanitaria no la asegura y el Colegio de Mé-

dicos sí lo facilita, resulta que un sistema extrajudicial de solución de conflictos aplicado que se articulara vertebrado también por las aseguradoras de los profesionales sanitarios podría, sin duda, ejercer, con los necesarios ajustes, aquella fuerza atractiva en las reclamaciones, tanto públicas como privadas.

Hasta ahora, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias ha venido concediendo a los Colegios Oficiales de Médicos provinciales subvenciones para la contratación del seguro, con cargo a los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma, por importes que deberían ser ajustados al alza, de prosperar la iniciativa que proponemos.

Tercera conclusión. Según los resultados de nuestra investigación, el 40 por ciento (41'949 %) de los conflictos médico-asistenciales se judicializan.

Cuarta conclusión. No se evidencia un mayor o menor índice de siniestralidad en función de la naturaleza jurídica privada o pública de la relación entre médico y paciente.

Sí se evidencia, en cambio, mayor en la atención especializada que en la primaria.

Quinta conclusión. Corresponde la mayor siniestralidad especializada al tronco quirúrgico, que prácticamente dobla al tronco médico.

Las diez especialidades más conflictivas, que concentran el setenta por ciento de las reclamaciones especializadas (69'042 %), sobre las que, por tanto, más habría que incidir, son, por este orden, psiquiatría, incluyendo la del niño y del adolescente, medicina familiar y comunitaria, cirugía general y del aparato digestivo, cirugía ortopédica y traumatología, obstetricia y ginecología, pediatría y sus áreas específicas, cirugía plástica, estética y reparadora, neurocirugía y, al fin, dermatología médico-quirúrgica y venereología.

Sexta conclusión. El tipo de conflictos categorizado con la letra A (conflictos de comunicación) representa el 38'135 por ciento del total; el tipo B (desacuerdos con criterios médico-asistenciales), el 44'915 por ciento; el tipo C (reclamaciones de revisión deontológica), el 13'559 por ciento; y el tipo D (de carácter residual), el 3'389 por ciento restante.

Aplicando a las anteriores categorías sistematizadas los medios extrajudiciales de solución de conflictos previstos y habilitados en la normativa estatal, autonómica y corporativa, esto es, la conciliación, la mediación y el arbitraje, resulta que los conflictos de comunicación (identificados con la letra A), por su propia naturaleza, se avienen mejor a los medios más consensuales, es decir, la conciliación y la mediación; los desacuerdos con criterios médico-asistenciales (letra B), a los medios más adversariales, es decir, el arbitraje como alternativa a su actual control jurisdiccional; que las reclamaciones de revisión deontológica (letra C) se adecúan sustancialmente al control corporativo; y que para las reclamaciones de carácter residual (letra D) habrá de estarse al caso concreto.

Séptima conclusión. La indeterminación de la pretensión perseguida por más de la mitad de las reclamaciones (el 54'237 %, exactamente) justifica sustantivamente la intervención de abogado en la configuración de nuestro sistema extrajudicial de solución de conflictos aplicado.

Octava conclusión. Más allá del efectivo cumplimiento de la función colegial con que se sosiega y responde enteramente a las quejas o razones contrarias, es lo cierto que el grado de adecuación a las expectativas de los usuarios - escasamente prospera una de cada cuatro reclamaciones (el 22'033 %, exactamente) - no es alto.

Novena conclusión. El tiempo medio de resolución colegial de las controversias, 216'3 días, es equiparable a los plazos del procedimiento extrajudicial de mayores requerimientos formales, esto es, del arbitraje.

CAPÍTULO 6

Conclusiones finales y
propuestas para un sistema
extrajudicial de solución
adecuada de controversias
médico-asistenciales aplicado.

6.CONCLUSIONES FINALES Y PROPUESTAS PARA UN SISTEMA EXTRAJUDICIAL DE SOLUCIÓN ADECUADA DE CONTROVERSIAS MÉDICO-ASISTENCIALES APLICADO.

Primera. Objetivo. El propósito último de este trabajo de investigación no es otro que contribuir a reconducir las legítimas pretensiones de los pacientes y las personadas vinculadas a ellos por razones familiares o de hecho, a medio de cauces extrajudiciales, más serenos, menos apasionados, en definitiva, más proclives al entendimiento cordial de unos con otros, esto es, de aquéllos con los profesionales sanitarios.

A tal fin, se trata, en suma, de aproximar, de la mejor manera posible, los medios disponibles a la conflictividad, por supuesta mala práctica profesional, en las relaciones asistenciales entre médicos y pacientes de nuestro entorno, analizándola muy detalladamente, para proponer después la aplicación sistemática de los medios de solución que se muestren más adecuados a cada tipo de conflicto, desde la institución colegial o participada por el Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas.

Segunda. Justificación. Objetivación de los efectos negativos de la judicialización de la Medicina en la práctica profesional asistencial. Del estudio de las reclamaciones de los pacientes ante la Comisión corporativa de Bioética y Deontología se concluye que, más allá del efectivo cumplimiento de la función colegial con que se sosiega y responde enteramente a las quejas o razones contrarias, es lo cierto que el grado de adecuación a las expectativas de los usuarios - escasamente prospera una de cada cuatro reclamaciones (el 22'03 %, exactamente) - no es alto.

A) Método. Encuesta.

B) Muestra. Realizada a todos los médicos en cuya contra se accionó judicial-

mente durante el periodo de tiempo comprendido entre los años 2010 y 2014, ambos incluidos, según los datos obrantes en los archivos del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas.

La medida estimada de su representatividad fue del 82'97 %.

C) Conclusiones.

2ª.1. Motivos de reclamación. El 65'71 % de los motivos señalados están atomizados. El principal fue un mal resultado, que representó el 34'28 % restante.

2ª.2. Objetivación de los efectos negativos. Más de la mitad de los médicos reclamados encuestados (el 53'12 %) reconoció explícitamente, en alguna medida, el efectivo impacto negativo de su propio procedimiento judicial en su práctica profesional asistencial coetánea, a pesar de la proscripción deontológica de la Medicina defensiva, de inveterada tradición hipocrática, que recoge el artículo 19.2 del Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas.

2ª.3. Conservación de los efectos negativos. Exactamente el 50 % de los encuestados volvió a reconocer que los efectos negativos de la judicialización de la Medicina se conservan hoy en su labor asistencial cotidiana.

2ª.4. Preferencia extrajudicial. La preferencia de los encuestados en favor de los medios extrajudiciales de solución de los conflictos médico-asistenciales frente a los medios judiciales fue de noventa a diez por ciento (89'39 % frente

al 10'60 %, respectivamente).

Y entre los extrajudiciales, el arbitraje en sede colegial gozaría de las preferencias del 77'27 %.

2ª.5. Confianza. El 45'31 % de los médicos encuestados expresó su, mayor o menor, pero efectiva confianza en la solución extrajudicial de sus conflictos asistenciales con los pacientes.

Tercera. Medios extrajudiciales de solución habilitados. En el sector colegial médico, los medios extrajudiciales de solución de conflictos previstos y habilitados adecuadamente en el ordenamiento jurídico español, estatal, autonómico y corporativo, son la mediación y el arbitraje.

3ª.1. Propuesta de lege ferenda. Promover la modificación de los artículos 5.m) de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, así como el 19.k) de la Ley canaria 10/1990, de 23 de mayo, de Colegios Profesionales, en el sentido de adecuar expresamente la habilitación normativa de la conciliación también a las cuestiones profesionales entre los colegiados y los usuarios, los pacientes entre ellos.

Cuarta. Baremo indemnizatorio. La seguridad jurídica derivada de la determinación previa de las cuantías indemnizatorias impulsaría la solución extrajudicial de estos conflictos.

No se advierte ningún inconveniente jurídico para que la misma institución administradora del

arbitraje y/o mediación disponga de su propio baremo indemnizatorio.

4ª.1. Propuesta de lege ferenda. Promover el desarrollo de la tímida previsión regulatoria del baremo sanitario contenida en la disposición adicional tercera de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Quinta. De las experiencias corporativas comparadas.

5ª.1. Pocas. Solo cuatro de cincuenta y dos Colegios Oficiales de Médicos de España (Illes Balears, Bizkaia, Madrid y Ourense, por orden alfabético), el 7'69 %, disponen de algún mecanismo para resolver los conflictos entre médicos y pacientes por supuesta mala práctica profesional asistencial, más allá de sus órganos corporativos internos de garantías deontológicas.

5ª.2. Enteramente colegiales. Los cuatro mecanismos de solución de conflictos existentes son enteramente colegiales; en este sentido, sin ninguna participación ajena.

5ª.3. Signo de agotamiento. La experiencia pionera, de Bizkaia, data de 1997, y la última, Illes Balears, de 2015.

En el mes de marzo de 2015, el Tribunal de Arbitraje del Colegio de Médicos de Bizkaia ha tenido que abaratar sus costes.

5ª.4. Propuestas *de lege data* para su impulso.

5ª.4.1. Una institución administradora del arbitraje y mediación no enteramente colegial médica. Sino participada, preferentemente por alguna entidad percibida como marcadamente neutral.

La indeterminación de la pretensión perseguida en más de la mitad de las reclamaciones de los pacientes ante el Colegio de Las Palmas (el 54'23 %, exactamente) justifica sustantivamente la intervención de abogado en la configuración de nuestro sistema extrajudicial de solución de conflictos aplicado.

5ª.4.2. Un baremo indemnizatorio propio y ajustado. La certeza jurídica permitiría al eventual pagador, esto es, la aseguradora de la responsabilidad civil del profesional usualmente, ajustar sus correspondientes previsiones y provisiones, lo que, a su vez, terminaría redundando en el ajuste de las primas de aseguramiento de los profesionales, y reaseguramiento de las propias compañías aseguradoras. Al tiempo, los pacientes tomarían conocimiento cierto de la exacta trascendencia económica de sus derechos acreedores.

Sexta. De la revisión jurisprudencial de contraste.

A) De la revisión jurisprudencial civil.

6ª.1. Tipos de conflictos. Se objetiva que, en todos los casos revisados (100 %), en lo que atañe a los profesionales, los conflictos fueron bien de comunicación (tipo A, 60 %), entendiéndose incluidos los relativos al consentimiento informado, o bien fueron desacuerdos con los criterios médico-asistenciales

seguidos (tipo B, 40 %).

6ª.2. Tiempo de resolución judicial civil. Los tiempos civiles de resolución judicial se contaron por años. Así fue incluso computando solo el transcurrido entre la penúltima y última instancias: más de 1 año y 8 meses de media, en el caso de la Audiencia Provincial de Las Palmas; y más de 3 años y 2 meses, en el de la Sala Primera del Tribunal Supremo.

B) De la revisión jurisprudencial penal.

6ª.3. Tipos de conflictos. Todos los casos penales revisados fueron del tipo B, esto es, desacuerdos asistenciales (100 %). Y a la inversa, ninguna controversia relativa al consentimiento informado, tipo A, fue objetivada en la jurisdicción penal (0 %).

Todos los casos fueron resueltos contrariamente a las pretensiones de los pacientes y sus familiares.

6ª.4. Tiempo de resolución judicial penal. Los tiempos de resolución judicial criminal también se contaron por años, concretamente por una media de más de 1 año y 5 meses, incluso computándolos solo entre instancias.

C) De la revisión jurisprudencial contencioso-administrativa.

6ª.5. Tipos de conflictos. Se objetiva que el 63'63 % de los casos revisados de la jurisdicción contencioso-administrativa obedecieron a conflictos relativos al consentimiento informado (tipo A), y que el 36'36 % restante, a desacuerdos asistenciales (conflictos tipo B).

6ª.6. Tiempo de resolución judicial contencioso-administrativo. Los tiempos de resolución judicial contencioso-administrativos se contaron igualmente por años, incluso computando solamente el transcurrido entre instancias: un término medio de más de 1 año y 2 meses, en el caso de la Sala del Tribunal Superior de Justicia de Canarias en Las Palmas; y de más de 3 años y 11 meses, en el de la Sala Tercera del Tribunal Supremo.

Séptima. Del estudio de la actividad de la Comisión de Bioética y Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas como órgano de contraste.

7ª.1. Sujetos activo y pasivo. Los usuarios sanitarios, pacientes y, en menor medida, sus familiares, son, por una parte, a quienes debe dirigirse nuestro sistema extrajudicial de solución de conflictos aplicado, y preferentemente a través de sus asociaciones.

Por otra parte, a los médicos, pero en su caso a través del correspondiente Colegio Profesional.

7ª.2. *Vis attractiva*. El 86'11 % de los médicos encuestados respondió haber asumido como propios incluso los procedimientos judiciales contencioso-administrativos en que, indirectamente, se vio implicado.

Así, en la medida de la prudencial disponibilidad de las materias objeto de reclamación administrativo-sanitaria, el sistema extrajudicial de solución de conflictos aplicado que se propone podría articularse de forma tal que ejerciera una suerte de *vis attractiva* también pública.

7ª.2.1. El seguro de responsabilidad civil profesional como eje. Al efec-

to, el factor aglutinador clave podría ser el seguro de responsabilidad civil profesional, que el Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas, en el desempeño de sus funciones, gestiona periódicamente para todos los colegiados, tanto para los que ejercen la profesión privadamente como para los que lo hacen públicamente, sobre todo, habida cuenta de que la Administración pública canaria no asegura la responsabilidad civil de sus profesionales sanitarios.

Como, en definitiva, la Administración sanitaria no la asegura y el Colegio de Médicos sí lo facilita, resulta que un sistema extrajudicial de solución de conflictos aplicado que se articulara vertebrado también por las aseguradoras de los profesionales sanitarios podría, sin duda, ejercer, con los necesarios ajustes, aquella fuerza de atracción en las reclamaciones, tanto privadas como, prudentemente, públicas.

7ª.2.1.1. Propuesta *de lege data*. Revisión proporcional de las subvenciones. Hasta ahora, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias ha venido concediendo a los Colegios Oficiales de Médicos provinciales subvenciones para la contratación del seguro, con cargo a los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma, por importes que deberían ser revisados proporcionalmente al alza, de prosperar la iniciativa que proponemos.

7ª.3. Índices de judicialización y siniestralidad. Según los resultados de nuestra investigación, el cuarenta por ciento (41'94 %) de los conflictos médico-asistenciales se judicializan.

No se evidencia un mayor o menor índice de siniestralidad en función de la naturaleza jurídica privada o pública de la relación entre médico y paciente.

Sí se evidencia, en cambio, mayor en la atención especializada que en la primaria.

7ª.4. Siniestralidad especializada. Corresponde la mayor siniestralidad especializada al tronco quirúrgico, que prácticamente dobla al tronco médico.

Las diez especialidades más conflictivas, que concentran el setenta por ciento de las reclamaciones especializadas (69'04 %), sobre las que, por tanto, más habría que incidir, son, por este orden, psiquiatría, incluyendo la del niño y del adolescente, medicina familiar y comunitaria, cirugía general y del aparato digestivo, cirugía ortopédica y traumatología, obstetricia y ginecología, pediatría y sus áreas específicas, cirugía plástica, estética y reparadora, neurocirugía y, al fin, dermatología médico-quirúrgica y venereología.

7ª.5. Tipos de conflictos y medios adecuados de solución. El tipo de conflictos categorizado con la letra A (conflictos de comunicación) representa el 38'13 % del total; el tipo B (desacuerdos con criterios médico-asistenciales), el 44'91 %; el tipo C (reclamaciones de revisión deontológica), el 13'55 %; y el tipo D (de carácter residual), el 3'38 % restante.

Aplicando a las anteriores categorías sistematizadas los medios extrajudiciales de solución de conflictos previstos y habilitados en el ordenamiento jurídico español, estatal, autonómico y corporativo, esto es, la conciliación, la mediación y el arbitraje, resulta que los conflictos de comunicación (identificados con la letra A), por su propia naturaleza, se avienen mejor a los medios más consensuales,

es decir, la conciliación y la mediación; los desacuerdos con criterios médico-asistenciales (letra B), a los medios más adversariales, es decir, el arbitraje como adecuada alternativa a su actual control jurisdiccional; que las reclamaciones de revisión deontológica (letra C) se adecúan sustancialmente al control corporativo; y que para las reclamaciones de carácter residual (letra D) habrá de estarse al caso concreto.

TIPOS DE CONFLICTOS	MEDIOS ADECUADOS DE SOLUCIÓN	%
A Conflictos de comunicación	Conciliación y mediación	38,13
B Desacuerdos con criterios médico-asistenciales	Arbitraje	44,91
C Reclamaciones de revisión deontológica	Comisión de Bioética y Deontología	13,55
D De carácter residual	Habrà de estarse al caso concreto	3,88

7ª.5.1. Propuesta de lege data. Un sistema escalonado Med-Arb. Para salvar las anteriores rigideces, se propone la posibilidad de utilización secuencial de los medios habilitados: la mediación y, si fracasa, entonces el arbitraje; adoptando las medidas para asegurar la separación entre ambas actividades, como exige el artículo 5.1 de la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

7ª.6. Tiempo de resolución extrajudicial. El tiempo medio de resolución colegial de las controversias, 216'3 días, es equiparable a los plazos del procedimiento extrajudicial de mayores requerimientos formales, esto es, del arbitraje.

Octava. Conclusión final. Preguntados los médicos, se objetivaron los indeseables efectos negativos de la judicialización de la Medicina en su práctica asistencial. Y sin embargo, analizadas las reclamaciones extrajudiciales de los pacientes, las soluciones que se les ofrece desde la Corporación profesional es lo cierto que no se mostraron adecuadas a sus expectativas.

Así las cosas, corresponde principalmente a aquéllos, los médicos, la iniciativa para promover soluciones satisfactorias para todas las partes intervinientes; soluciones accesibles, expertas, rápidas, discretas y pacificadoras, como las que permiten los medios disponibles o a nuestro alcance.

A esto es exactamente a lo que se dirigen nuestras anteriores conclusiones y propuestas, a hombros de otras experiencias comparadas que nos han precedido, sumando a otras prestigiosas instituciones sociales alejadas del conflicto, para, en definitiva, poder ofrecer a todos alternativas atractivas, compatibles con las jurisdiccionales.

Y como decíamos en la Introducción, lo hacemos, no tanto con la esperanza de conseguir nuestro propósito, como con la voluntad de intentarlo.

Nómina de Textos Consultados

NÓMINA DE TEXTOS CONSULTADOS.

NORMATIVA.

Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (BOE núm. 236, de 2 de octubre de 2015).

Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (BOE núm. 236, de 2 de octubre de 2015).

Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (BOE núm. 228, de 23 de septiembre de 2015).

Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE núm. 77, de 31 de marzo de 2015. Corrección de errores en el BOE núm. 139, de 11 de junio de 2015).

Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (BOE núm. 314, de 29 de diciembre de 2014).

Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista (BOE núm. 190, de 6 de agosto de 2014).

Estatutos del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas (BOC núm. 175, de 11 de septiembre de 2013).

Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles (BOE núm. 162, de 7 de julio de 2012. Corrección de errores en el BOE núm. 178, de 26 de julio de 2012).

Ley 11/2011, de 20 de mayo, de reforma de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje y de regulación del arbitraje institucional en la Administración General del Estado (BOE núm. 121, de 21 de mayo de 2011).

Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio (BOE núm. 308, de 23 de diciembre de 2009).

Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio (BOE núm. 283, de 24 de noviembre de 2009).

Real Decreto 231/2008, de 15 de febrero, por el que se regula el Sistema Arbitral de Consumo (BOE núm. 48, de 25 de febrero de 2008).

Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada (BOE núm. 45, de 21 de febrero de 2008).

Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias (BOE núm. 287, de 30 de noviembre de 2007. Corrección de errores en el BOE núm. 38,

de 13 de febrero de 2008).

Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales (BOE núm. 65, de 16 de marzo de 2007).

Directiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre, relativa a los servicios en el mercado interior (Diario Oficial de la Unión Europea núm. 376, de 27 de diciembre de 2006).

Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas (BOC núm. 186, de 22 de septiembre de 2006).

Real Decreto 757/2006, de 16 de junio, por el que se aprueban los Estatutos generales del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (BOE núm. 144, de 17 de junio de 2006).

Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (BOE núm. 267, de 5 de noviembre de 2004).

Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje (BOE núm. 309, de 26 de diciembre de 2003).

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003).

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 núm. 274, de 15 de noviembre de 2002).

Ley 7/2001, de 31 de julio, del Diputado del Común (BOC núm. 103, de 8 de agosto de 2001).

BOE núm. 207, de 29 de agosto de 2001).

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (BOE núm. 7, de 8 de enero de 2000. Corrección de errores en el BOE núm. 90, de 14 de abril de 2000).

Ley 4/1999, de 13 de enero, de modificación de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (BOE núm. 12, de 14 de enero de 1999. Corrección de errores en el BOE núm. 30, de 4 de febrero de 1999).

Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa (BOE núm. 167, de 14 de julio de 1998).

Decreto 253/1996, de 26 de septiembre, por el que se crea el Consejo Canario de Colegios de Médicos (BOC núm. 127, de 7 de octubre de 1996).

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE núm. 281, de 24 de noviembre de 1995).

Estatutos del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas (BOC núm. 58, de 4 de mayo de 1993).

Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (BOE núm. 106, de 4 de mayo de 1993. Corrección de errores en el BOE núm. 136, de 8 de junio de 1993).

Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (BOE núm. 285, de 27 de noviembre de 1992).

Ley 10/1990, de 23 de mayo, de Colegios Profesionales (BOC núm. 66, de 28 de mayo de 1990. BOE núm. 144, de 16 de junio de 1990).

Ley 36/1988, de 5 de diciembre, de Arbitraje (BOE núm. 293, de 7 de diciembre de 1988).

Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (BOE núm. 157, de 2 de julio de 1985).

Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (BOE núm. 176, de 24 de julio de 1984).

Constitución Española de 1978 (BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978).

Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales (BOE núm. 40, de 15 de febrero de 1974).

Ley de Enjuiciamiento Criminal, promulgada por Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 (Gaceta de Madrid núm. 283, de 10 de octubre de 1882).

JURISPRUDENCIA.

DEL TRIBUNAL SUPREMO.

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Primera, Sección Primera, número 513/2013, de 19 de julio, recurso número 923/2011.

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Primera, Sección Primera, número 403/2013, de 18 de junio, recurso número 368/2011.

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Primera, Sección Primera, número 356/2013, de 17 de mayo, recurso número 1580/2010.

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Primera, Sección Primera, número 948/2011, de 16 de enero de 2012, recurso número 2243/2008.

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Tercera, Sección Cuarta, sin número, de 27 de diciembre de 2011, recurso número 2154/2010.

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Tercera, Sección Cuarta, sin número, de 30 de septiembre de 2011, recurso número 3536/2007.

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Tercera, Sección Cuarta, sin número, de 19 de mayo de 2011, recurso número 5626/2006.

Auto del Tribunal Supremo, Sala Tercera, Sección Cuarta, sin número, de 18 de febrero de 2011, recurso número 984/2009.

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Primera, número 669/2010, de 4 de noviembre, recurso número 444/2007.

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Tercera, Sección Cuarta, sin número, de 25 de octubre de 2010, recurso número 984/2009.

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Primera, número 483/2010, de 13 de julio, recurso número 1523/2006.

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Primera, Sección Primera, número 724/2008, de 17 de julio, recurso número 39/2002.

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Primera, Sección Primera, número 597/2003, de 20 de junio, recurso número 3294/1997.

Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Segunda, Sección Primera, número 1188/1997, de 3 de octubre, recurso número 2326/1996.

DE LOS TRIBUNALES SUPERIORES DE JUSTICIA.

Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sección Primera, número 139/2014, de 28 de febrero, recurso número 311/2013.

Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sección Primera, número 23/2014, de 4 de octubre de 2013, recurso número 33/2013.

Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de

Canarias, Sección Primera, número 30/2013, de 14 de diciembre de 2012, recurso número 201/2011.

Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sección Primera, número 127/2012, de 7 de mayo, recurso número 85/2011.

Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sección Primera, número 63/2012, de 30 de marzo, recurso número 116/2011.

Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sección Primera, número 125/2011, de 6 de junio, recurso número 40/2010.

Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sección Primera, número 252/2011, de 3 de junio, recurso número 1063/2010.

Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sección Primera, número 17/2011, de 11 de febrero, recurso número 156/2010.

Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sección Primera, número 38/2011, de 7 de febrero, recurso número 86/2010.

Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sección Primera, número 191/2010, de 11 de junio, recurso número 72/2010.

Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, Sección Primera, número 162/2010, de 14 de mayo, recurso número 8/2010.

Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, Sección Segunda, número 1685/2006, de 14 de septiembre, recurso número 839/2003.

DE LAS AUDIENCIAS PROVINCIALES.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Sexta, número 30/2014, de 28 de enero, recurso número 220/2012.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Tercera, número 140/2013, de 11 de marzo, recurso número 182/2011.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Primera, número 142/2012, de 10 de junio, recurso número 44/2012.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Quinta, número 557/2011, de 15 de noviembre, recurso número 591/2010.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Quinta, número 264/2011, de 26 de mayo, recurso número 653/2009.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Cuarta, número 86/2011, de 1 de marzo, recurso número 131/2010.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Primera, número 58/2011, de 7 de febrero, recurso número 11/2009.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Cuarta, número 18/2011, de 12

de enero, recurso número 373/2000.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Valencia, Sección Séptima, número 607/2010, de 29 de noviembre, recurso número 555/2010.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Quinta, número 112/2010, de 17 de marzo, recurso número 673/2008.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Quinta, número 95/2010, de 2 de marzo, recurso número 58/2009.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección Tercera, número 24/2010, de 29 de enero, recurso número 1121/2008.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Salamanca, Sección Primera, número 485/2006, de 29 de noviembre, recurso número 441/2006.

DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL.

Sentencia del Pleno del Tribunal Constitucional número 7/2015, de 22 de enero, recurso número 2399/2012.

Sentencia del Pleno del Tribunal Constitucional número 123/2013, de 23 de mayo, recurso número 4244/2002.

Sentencia del Tribunal Constitucional, Sala Segunda, número 197/2002, de 28 de octubre, recurso número 4741/1998.

Sentencia del Pleno del Tribunal Constitucional número 167/2002, de 18 de septiembre, recurso número 2060/1998.

Auto del Tribunal Constitucional, Sección Cuarta, número 220/1999, de 20 de septiembre, recurso número 830/1998.

Sentencia del Tribunal Constitucional, Sala Primera, número 219/1989, de 21 de diciembre, recurso número 1440/1987.

DEL TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos número 10563/1983, de 26 de mayo de 1988.

BIBLIOGRAFÍA.

Alonso Puig, J. M., et al., *Mediación y otros medios de amigable composición*, 1ª edición, La Ley, Madrid, 2014.

Aranaz, J. M., et al., "Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas", *Trauma*, núm. 1, volumen 24, 2013, pp. 54-60.

Armadans, I., Aneas, A., Soria, M. Á., y Bosch, Ll., "La mediación en el ámbito de la salud", *Medicina Clínica*, 133 (5), 2009, pp. 187-192.

Barona Vilar, S., *Mediación en asuntos civiles y mercantiles en España*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2013.

Bonachera Villegas, R., *Los arbitrajes especiales*, 1ª edición, Editorial Aranzadi, S. A., Cizur Menor (Navarra), 2010.

Cayón de las Cuevas, J., "Implantación de mecanismos de resolución extrajudicial de conflictos por mala praxis asistencial: ventajas y posibilidades de articulación jurídica", *Revista de Administración Sanitaria*, 8 (I), 2010, pp. 183-198.

Colina Garea, R., *El arbitraje en España. Ventajas y desventajas*, Difusión Jurídica y Temas de Actualidad, S. A., Madrid, 2009.

Cubillo López, I. J., "El arbitraje", en Banacloche Palao, J., y Cubillo López, I. J. (autores), *Aspectos fundamentales de Derecho Procesal Civil*, 1ª edición, La Ley, Madrid, 2012.

De Alfonso Olivé, J. M., "¿Mantiene el arbitraje sus ventajas hoy en día? Lo que pueden hacer

las partes para asegurarlas", en Vázquez Albert, D., y Tusquets Trías de Bes, F. (directores), *El arbitraje: nueva regulación y práctica arbitral*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2013.

Galán Cáceres, J. C., *Medicina y responsabilidad legal*, 1ª edición, autoedición, Badajoz, 2014.

Galán Cortés, J. C., *Responsabilidad civil médica*, 1ª edición, Editorial Aranzadi, S. A., Cizur Menor (Navarra), 2005.

García Pérez, M., *Arbitraje y Derecho Administrativo*, 1ª edición, Editorial Aranzadi, S. A., Cizur Menor (Navarra), 2011.

Gómez Colomer, J. L., "Medios de solución de conflictos jurídicos", en Montero Aroca, J., Gómez Colomer, J. L., y Barona Vilar, S. (coordinadores), *Derecho jurisdiccional I. Parte general*, 22ª edición, Tirant lo Blanch, Valencia, 2014, pp. 37-53.

Guerrero Zaplana, J., *Guía práctica de las reclamaciones sanitarias*, 1ª edición, Thomson Reuters Lex Nova, Valladolid, 2013.

Herrero Perezagua, J. F., *Lo jurisdiccional en entredicho*, 1ª edición, Editorial Aranzadi, S. A., Cizur Menor (Navarra), 2014.

Íscar de Hoyos, J., "El arbitraje institucional", en Sáez Hidalgo, I., y Dorrego de Carlos, A. (directores), *Arbitraje y mediación. Problemas actuales, retos y oportunidades*, 1ª edición, Thomson Reuters Lex Nova, Valladolid, 2013.

Lorca Navarrete, A. M., *Comentarios a la nueva Ley de Arbitraje*, 60/2003, de 23 de diciembre,

Instituto Vasco de Derecho Procesal, San Sebastián, 2004.

Olivencia Ruiz, M., "Artículo 2. Materias objeto de arbitraje", en González Soria, J. (coordinador), *Comentarios a la nueva Ley de Arbitraje. Ley 60/2003, de 23 de diciembre, 2ª edición*, Editorial Aranzadi, S. A., Cizur Menor (Navarra), 2011, pp. 57-63.

Pérez Martell, R., *El arbitraje en el contrato de franquicia*, 1ª edición, Ediciones Jurídicas Dijusa, S. L., Madrid, 2006.

Pérez Martell, R., "Vías extrajudiciales de solución de conflictos en el ámbito sanitario", *Revista Jurídica de Canarias*, núm. 11, volumen II, 2008, pp. 81-91.

Pinto Monteiro, J., "U. S. Medical Malpractice and its Costs: A Brief Survey", *Derecho y Salud*, volumen 24, núm. 2, 2014, pp. 125-130.

Real Academia Nacional de Medicina, *Diccionario de términos médicos*, Editorial Médica Panamericana, S. A., Madrid, 2012.

Revuelta Iglesias, A. V., "El riesgo de judicialización de la medicina", *Educación Médica*, volumen 9, suplemento 1, 2006, pp. 55-64.

Saavedra Gallo, P., et al., *Derecho procesal civil*, Emydeea Publishing, España, 2013.

Sánchez-Pedreño Kennaird, A., "Generalidades", en Sánchez-Pedreño Kennaird (coordinador), *Arbitraje*, Ediciones Francis y Taylor, S. A., Madrid, 2012.

Sospedra Navas, F. J., *Mediación y arbitraje. Los sistemas alternativos de resolución de conflic-*

tos, 1ª edición, Editorial Aranzadi, S. A., Cizur Menor (Navarra), 2014.

Vilalta Nicuesa, A. E., *Mediación y arbitraje electrónicos*, 1ª edición, Editorial Aranzadi, S. A., Cizur Menor (Navarra), 2013.

PORTALES ELECTRÓNICOS.

En § 2.

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, *Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial*, s. l., <http://www.cgcom.es> (fecha de consulta: 11 de enero de 2015).

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, *Código de Deontología Médica*, s. l., <http://www.cgcom.es> (fecha de consulta: 11 de enero de 2015).

En § 2.2.1.

Diputado del Común. Parlamento de Canarias, La Palma, <http://www.diputadodelcomun.org/v6/canales/canal.php?id=SL> (fecha de consulta: 18 de enero de 2015).

En § 3.1.1.

Federal Judicial Center, Estados Unidos, <http://www.fjc.gov/public/home.nsf> (fecha de consulta: 5 de noviembre de 2015).

Department of Justice, Estados Unidos, <http://www.justice.gov/olp/alternative-dispute-resolution-department-justice> (fecha de consulta: 5 de noviembre de 2015).

En § 3.1.2.1.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico, *Modelo Mexicano de Arbitraje Médico*, primera edición, México, D. F., 2003, página 34. Disponible en www.salud.gob.mx/unidades/cdi/docu-

[mentos/DOCSAL7339.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/docu-mentos/DOCSAL7339.pdf) (fecha de consulta: 11 de enero de 2015).

En § 3.1.2.3.1.

Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de México, *Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico*, México, <http://salud.edomexico.gob.mx/ccamem/antecedentes.htm> (fecha de consulta: 25 de octubre de 2015).

En § 3.1.2.3.2.3.

Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de México, *Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico*, México, <http://salud.edomexico.gob.mx/ccamem/atencionmedicos.htm> (fecha de consulta: 25 de octubre de 2015).

En § 3.3.2.2.

Colegio Oficial de Médicos da Coruña, A Coruña, <http://www.comc.es> (fecha de consulta: 29 de septiembre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Álava, Álava, <http://www.icoma.eu> (fecha de consulta: 30 de septiembre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Albacete, Albacete, <http://www.comalbacete.net> (fecha de consulta: 29 de septiembre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Alicante, Alicante, <http://www.coma.es> (fecha de consulta: 29 de septiembre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Almería, Almería, <http://www.comalmeria.es> (fecha de consulta: 30 de septiembre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Asturias, Asturias, <http://www.comast.es> (fecha de consulta: 30 de septiembre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Ávila, Ávila, <http://www.icomav.es> (fecha de consulta: 1 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Badajoz, Badajoz, <http://www.combadajoz.com> (fecha de consulta: 1 de octubre de 2015).

Col.legi Oficial de Metges de Barcelona, Barcelona, <http://www.comb.cat> (fecha de consulta: 3 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Burgos, Burgos, <http://www.combu.es> (fecha de consulta: 4 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres, Cáceres, <http://www.comeca.org> (fecha de consulta: 4 de octubre de 2015).

Excelentísimo Colegio Oficial de Médicos de Cádiz, Cádiz, <http://www.comcadiz.es> (fecha de consulta: 4 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Cantabria, Cantabria, <http://www.comcantabria.es> (fecha de consulta: 6 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Castellón, Castellón, <http://www.comcas.es> (fecha de consulta: 6 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Ceuta, Ceuta, <http://www.comceuta.es> (fecha de consulta: 6 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real, Ciudad Real, <http://www.comciudadreal.org> (fecha de consulta: 6 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Córdoba, Córdoba, <http://www.comcordoba.com> (fecha de consulta: 7 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Cuenca, Cuenca, <http://www.comcuenca.es> (fecha de consulta: 7 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa, Gipuzkoa, <http://www.gisep.org> (fecha de consulta: 7 de octubre de 2015).

Col.legi Oficial de Metges de Girona, Girona, <http://www.comg.cat> (fecha de consulta: 7 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Granada, Granada, <http://www.comgranada.com> (fecha de consulta: 7 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara, Guadalajara, <http://www.comguada.org> (fecha de consulta: 7 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Huelva, Huelva, <http://www.comhuelva.com> (fecha de consulta: 8 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Huesca, Huesca, <http://www.comhuesca.es> (fecha de consulta: 8 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Jaén, Jaén, <http://www.colmedjaen.es> (fecha de consulta: 8 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de León, León, <http://www.colegiomedicosleon.es> (fecha de consulta: 8 de octubre de 2015).

Col.legi Oficial de Metges de Lleida, Lleida, <http://www.comll.cat> (fecha de consulta: 8 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Lugo, Lugo, <http://www.comlugo.org> (fecha de consulta: 8 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Málaga, Málaga, <http://www.commalaga.com> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Melilla, Melilla, <http://www.commelilla.es> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia, Murcia, <http://www.commurcia.es> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Navarra, Navarra, <http://www.medena.es> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Palencia, Palencia, <http://www.compalencia.org> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Pontevedra, Pontevedra, <http://www.cmpont.es> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de La Rioja, La Rioja, <http://www.medicosrioja.com> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Salamanca, Salamanca, <http://www.comsalamanca.es> (fecha de consulta: 11 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, <http://www.comtf.es> (fecha de consulta: 11 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Segovia, Segovia, <http://www.comsegovia.com> (fecha de consulta: 11 de octubre de 2015).

Real e Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla, Sevilla, <http://www.comsevilla.es> (fecha de consulta: 11 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Soria, Soria, <http://www.comsor.es> (fecha de consulta: 11 de octubre de 2015).

Col.legi Oficial de Metges de Tarragona, Tarragona, <http://www.comt.es> (fecha de consulta: 12 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel, Teruel, <http://www.comteruel.org> (fecha de consulta: 12 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Toledo, Toledo, <http://www.comtoledo.org> (fecha de consulta: 12 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia, Valencia, <http://www.comv.es> (fecha de consulta: 12 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, Valladolid, <http://www.medicosva.es> (fecha de consulta: 14 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zamora, Zamora, <http://www.colmeza.com> (fecha de consulta: 20 de octubre de 2015).

Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza, Zaragoza, <http://www.comz.org> (fecha de consulta: 14 de octubre de 2015).

En § 3.3.2.2.1.

Col.legi Oficial de Metges de les Illes Balears, Illes Balears, <http://www.comib.com> (fecha de consulta: 1 de octubre de 2015).

Col.legi Oficial de Metges de les Illes Balears, *El Comib crea la Oficina de Mediación Colegial*, Illes Balears, <http://www.comib.com/oficina-mediacion/> (fecha de consulta: 1 de octubre de 2015).

En § 3.3.2.2.2.

Colegio de Médicos de Bizkaia, Bizkaia, <http://www.colegiomedicosbizkaia.com> (fecha de consulta: 3 de octubre de 2015).

Colegio de Médicos de Bizkaia, *Reglamento del arbitraje*, Bizkaia, <https://www.colegio-medicosbizkaia.com/Contenidos/Ficha.aspx?IdMenu=C459EE5D-AD5D-4417-BE4B-DFA4B3507AFD&Idioma=es-ES> (fecha de consulta: 3 de octubre de 2015).

En § 3.3.2.2.3.

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Madrid, <http://www.icomem.es> (fecha de consulta: 9 de octubre de 2015).

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, *El ICOMEM amplía y potencia el asesoramiento jurídico gratuito a colegiados y sociedades profesionales*, Madrid, <http://www.icomem.es/informacion.aspx?tipo=noticias&lang=es-ES&Id=42&p=4&o=4&eq=0&docId=7882> (fecha de consulta: 9 de octubre de 2015).

En § 3.3.2.2.4.

Ilustre Colexio Oficial de Médicos de Ourense, Ourense, <http://www.cmourense.org> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

Ilustre Colexio Oficial de Médicos de Ourense, Ourense, <http://www.cmourense.org/colegio/servicios> (fecha de consulta: 10 de octubre de 2015).

En § 4.3.

Lefebvre El Derecho, *El Derecho Internet*, s. l., <http://www.elderecho.com/> (fecha de consulta: 11 de julio de 2015).

En § 4.4.1.3.1.

Consejo General del Poder Judicial (España), *Acuerdo de la Sala Primera del Tribunal Supremo sobre criterios de admisión de los recursos de casación y extraordinario por infracción procesal*, Madrid, <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Tribunal-Supremo/Jurisprudencia-/Acuerdos-de-Sala/> (fecha de consulta: 7 de julio de 2015).

En § 5.5.3.1.

Gobierno de Canarias, *Mapa de Asociaciones de Pacientes*, Las Palmas de Gran Canaria y Santa Cruz de Tenerife, <http://www.gobcan.es/sanidad/sgt/oddus/> (fecha de consulta: 8 de julio de 2015).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, *Asociaciones de enfermos y familiares*, Madrid, <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/asocEnfermosYFamiliares/home.htm> (fecha de consulta: 8 de julio de 2015).

En § 5.5.3.2.

Diputado del Común, *Informe al Parlamento 2010*, Santa Cruz de La Palma, p. 467. Disponible en http://www.diputadodelcomun.org/v6/prc/download_doc.php?fileID=2011_10_06_qGGkofnDCK, consultado el 9 de julio de 2015.

Gobierno de Canarias, *Orden de la Consejera de Sanidad por la que se concede subvención nominada al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas para el desarrollo del proyecto denominado "Seguro de responsabilidad civil"*, Las Palmas de Gran Canaria y Santa Cruz de Tenerife, https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc (fecha de consulta: 16 de julio de 2015).

En § 5.5.3.4.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013. Situación de salud, sistema sanitario y opinión de los ciudadanos. Resumen*, Madrid, <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm> (fecha de consulta: 22 de julio de 2015).

