



El médico, contra sus colegas

En la Medicina alcanzó altas cotas profesionales. Y como abogado contra sus colegas (también a su favor) que cometen errores en el ejercicio de su profesión ha cosechado fama, respeto y algunas enemistades. Hijo de médico, Alfonso Iglesias Fernández nació en Santa Eugenia de Riveira (La Coruña) en 1951. Desde 1978 hasta 1991, en que decidió dedicarse al ejercicio privado, Iglesias fue adjunto de Cirugía Cardíaca de La Paz, completando su formación en las universidades estadounidenses de Stanford y Harvard, y en la Clínica Mayo, de Minesotta. En 1986 regresó a España como profesor de Cirugía de la Universidad Autónoma de Madrid y jefe de Sección de Cirugía Cardíaca de La Paz. Tres años más tarde fue nombrado jefe de Servicio de la misma especialidad del Hospital Juan Canalejo de la Coruña. Una sólida andadura profesional que poco a poco decidió abandonar para hacerse abogado, carrera que terminó en tres años: “Un 90 por ciento de mi tiempo lo dedico a mi bufete, especializado en cuestiones sanitarias”, afirma Iglesias Fernández en una entrevista concedida en exclusiva a MEDICAL ECONOMICS.

MEDICAL ECONOMICS:

De cirujano cardiovascular, a abogado. ¿Cómo se recorre ese camino?

ALFONSO IGLESIAS:

En 1986 obtuve por oposición la plaza de jefe de Sección de Cirugía cardiaca de La Paz, en el que llevaba desde 1978 y, posteriormente, como coordinador en el Servicio de Cirugía Clínica. Y en 1989 se me ofreció la posibilidad de inaugurar el Servicio de Cirugía Cardiaca en La Coruña y allí puse en marcha el Servicio. Y a finales del año siguiente llegué a la conclusión de que mi periplo en la medicina pública, después de haber alcanzado la cuotas más altas que se pueden alcanzar en mi especialidad, tocaba a su fin, pues no estaba dispuesto a continuar los 30 años que me quedaban de ejercicio profesional en ese sistema. Y decidí hacerme abogado. Y compaginé los estudios de Derecho (carrera que hice en tres años), con el ejercicio de la medicina privada. En 1994 abrí el despacho de abogado en La Coruña y a primeros de 2005 abrí otro en Madrid.

M. E.: Y escogió el Derecho sanitario...

A. I.: Parte de mi formación como cirujano cardiovascular fue en Estados Unidos a finales de los años 70 y años 80, cuando el problema de la responsabilidad civil de los médicos estaba de plena efervescencia, en pleno auge. Dentro de la Medicina y de los hospitales era un tema de gran actualidad. Y allí ya me interesó mucho todo ese asunto. Y al regresar a España, años después, decidí hacerme abogado y especializarme en Derecho sanitario.

M. E.: ¿Da ese paso porque ve más futuro en el ejercicio de la abogacía, concretamente en el ámbito de los errores médicos, que en la Medicina?

A. I.: El paso lo doy por una sencilla razón. Mi padre era médico y yo he vivido toda mi vida, digamos en un ambiente sanitario. La Medicina en la generación de mis padres y actualmente no se parecen en casi nada. Y cuando yo empecé a ejercerla en el año 73 y cuando tomé la decisión de dejar la pública en el año 90, se habían producido unos cambios realmente significativos. Es decir, la ilusión que yo tenía o las expectativas que yo tenía en el desarrollo de la Medicina hace tres décadas no se cumplían 17 años después, se habían modificado de una manera sustancial. La Medicina se había convertido en algo excesivamente burocratizado. Y aquellos parámetros que hasta entonces, con menor o mayor fortuna, regían para la promoción profesional, se convirtieron en una ceremonia de la confusión. Subir

“La medicina defensiva suele ser un auténtico disparate”

o acceder a un determinado puesto no era una cuestión precisamente de méritos.

Por otro lado, se produjo, a mi juicio, una dicotomía importante entre la medicina asistencial y la medicina directiva. Es decir, habíamos asistido a una mejora muy llamativa en la calidad asistencial de los hospitales y, por el contrario, había una absoluta mediocridad y falta de profesionalidad en cuanto a los cargos directivos, que se habían politizado. Y la perspectiva que se planteaba no me producía el más mínimo interés.

M. E.: Estaba la opción de la medicina privada.

A. I.: Tenía el paso a la medicina privada temporalmente, porque la especialidad que había elegido no tenía una salida. No la tenía, ni ahora tampoco. Yo siempre he sido una persona independiente, y en la empresa privada dependes de muchas personas, que es propio de la profesión que estás practicando. Y eso tampoco, a largo plazo, era una cuestión que me atraía, no era el objetivo que yo tenía de ganarme la vida.

M. E.: ¿Se siente más cómodo, o más seguro, ante un tribunal que en el quirófano?

A. I.: Sí, sin ninguna duda. Yo en el quirófano llevaba ya muchos años. En los últimos era jefe de Servicio, con intervenciones y problemas peliagudos que para afrontarlos se requiere una cierta solvencia. El informar ante los tribunales requiere también su técnica. Y esa técnica requiere que te sientas seguro, te sientas cómodo. Hoy en día me encuentro cómodo en una sala de audiencia. Y a nivel personal, si tuviera que elegir qué me da más satisfacción, si realizar una intervención quirúrgica muy complicada o hacer un alegato brillante ante un tribunal, me quedo con lo segundo.

M. E.: Esa seguridad o ese “estar” ante el tribunal, ¿se ve modificado cuando el acusado de la parte contraria es un médico?

A. I.: Creo que los procedimientos, ya sean civiles, penales o administrativos, tienen un componente evidentemente bélico. Debemos entender que es irrelevante o indiferente en nuestra conducta el ver en qué trincherita está uno o el otro. Hombre, no cabe la menor duda de que cuando uno tiene que defender a un colega está muchísimo más cómodo que cuando tiene que estar en contra. Desde el punto de vista técnico, es muchísimo más sencillo estar defendiendo a un colega que estar en una situación contraria. De hecho, puedo decir que

en la defensa de profesionales que tenido un cien por cien de éxito.

M. E.: Pero lo que da dinero al abogado es ir contra el médico, no a su favor.

A. I.: Nosotros tenemos unas tarifas y nos da igual quién las satisface. Es decir, que si defendemos a un colega, que vaya a ser el colega quien haga frente a las tarifas o que sea su compañía de seguros, nos da completamente igual. Nos movemos con unas tarifas que son las que facturamos.



M. E.: ¿No cobra el abogado, si gana el pleito, un porcentaje sobre la indemnización impuesta?

A. I.: En eso de los porcentajes hay bastante mito. En nuestro despacho, evidentemente, nos podemos permitir el lujo de no ganar un asunto, pero lo que no nos podemos permitir el lujo es de perder. ¿Qué quiero decir con esto? Que todos aquellos gastos que conlleva el procedimiento, nosotros los vamos a cobrar independientemente de cuál sea el resultado de la sentencia. Nosotros no trabajamos con un porcentaje.

M. E.: Pero otros, sí.

A. I.: Yo no tengo ninguna prueba concluyente al respecto. Es algo que está ahí, que se comenta. Nosotros, cuando nos hacemos cargo de un caso, fijamos unos gastos que el procedimiento va a conllevar y que vamos a facturar, independientemente del resultado. Pero claro, cuando el resultado es positivo, los honorarios, naturalmente, son superiores. Van en relación con lo que se obtiene.

M. E.: En sus actuaciones como

abogado ante casos de errores médicos, ¿actúa más a favor o en contra del médico?

A. I.: De los casos que llevamos actualmente en el despacho, entre un 80 y 90 por ciento son casos en los que el contrario es el médico y, el resto, casos de colegas que confían en nuestra destreza cuando se ven en un asunto de este tipo.

M. E.: Los tribunales casi siempre sentencian en contra de los médicos, al menos ésa es la conclusión que uno saca al leer las sentencias publicadas en la prensa.

A. I.: No, en absoluto. Si uno ve las estadísticas, en los procedimientos penales únicamente un 10 o un 15 por ciento quedan en sentencia condenatoria. Ese porcentaje se incrementa en los procesos civiles y se incrementa más en los procesos contencioso-administrativos. Pero, en cualquier caso, el margen de éxito sigue siendo limitado. En ese sentido, creo que la sensación que tienen los médicos de que son perseguidos es claramente infundada, pues la mayor parte de los procedimientos contra los médicos acaban en sentencia absolutoria. Ahora bien, es evidente que los despachos que están especializados en este tipo de casos tienen un porcentaje de éxitos normalmente es mayor. Pero también es importante el nivel de aceptación de los casos. Nosotros venimos aceptando, aproximadamente, el 30 por ciento de los casos que nos llegan. Rechazamos el resto porque no les damos entidad jurídica de importancia.

“Si tuviera que elegir entre realizar una intervención quirúrgica muy complicada o hacer un alegato brillante ante un tribunal, me quedo con lo segundo”

M. E.: ¿Algún colega le ha dejado de hablar por haberle ganado un pleito?

A. I.: Sí, es muy frecuente. No vamos ahora aquí a descubrir lo que es la condición humana. La condición humana es lo que es y desde Sócrates es absolutamente conocida. Muestra claramente el talante de los colegas que se comportan de esa manera. Es decir, cuando uno actúa exactamente igual y consigue la condena de un médico unos colegas te dejan de hablar; y cuando uno, insisto, actúa de la misma manera y consigue que un compañero salga absuelto, esos mismos son los que vienen a darte los parabienes.

M. E.: No se ve afectado por ello...

A. I.: En absoluto. Ni profesional, ni personal, ni socialmente.

M. E.: El Gobierno pretende fijar, en colaboración con el Ministerio de Justicia, las compañías de seguros y los propios profesionales, crear un baremo de indemnizaciones, delimitar las cantidades que se puedan reclamar. ¿Cuál es su opinión al respecto?

A. I.: Obedece a presiones que se ejercen por este orden: primero, las compañías de seguros; segundo, los propios médicos, y, tercero, todos los demás. Estamos asistiendo a los prolegómenos de lo mismo que vivimos en el año 95, cuando se llevó a las Cortes el baremo de las indemnizaciones de accidentes de tráfico. Aquello fue una maniobra y no tuvieron ni siquiera el coraje de hacerlo como una ley de baremo para indemnizar. En este caso creo que estamos asistiendo a algo parecido. Lo van a conseguir, sin ninguna duda, la presión de las compañías de seguros es fuerte. Creo que van a hacer unos baremos que serán en gran parte superponibles a los de accidentes de tráfico.

M. E.: Pero, ¿cree que es necesaria la existencia de un baremo?

A. I.: Sinceramente, creo que coarta en gran medida el principio de independencia judicial. Creo que evaluar, juzgar las secuelas es una función que debe ser individualizada, que debe depender del arbitrio del juez correspondiente. Esto tiene sus ventajas y sus inconvenientes, en base a la equidad en las cantidades que se consideren suficientes para indemnizar las secuelas que queden derivadas. Quiero decir con esto que, si aceptamos los baremos de tráfico, a una persona que se queda tetrapléjica con 20 años, pueden darle 120, 130, 150 millones de pesetas. La pregunta es: ¿una persona tetrapléjica con 20 años queda el resto de su vida cubierta con 150 millones de pesetas? Eso es lo que está en los baremos de tráfico.

“No cabe la menor duda de que cuando uno tiene que defender a un colega está muchísimo más cómodo que cuando tiene que estar en contra”

M. E.: En cualquier caso, ¿no cree que a veces los pacientes exageran en sus peticiones económicas y que los jueces fijan indemnizaciones que se pueden considerar desproporcionadas respecto al daño causado?

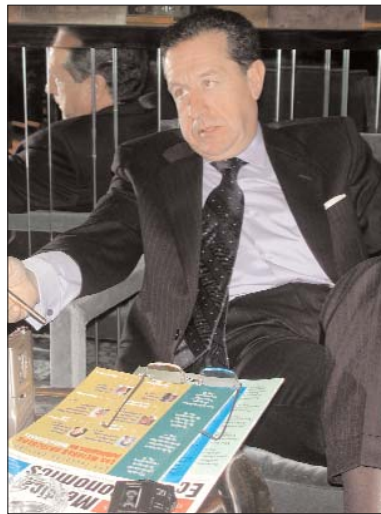
A. I.: Sinceramente, creo que las indemnizaciones que se decretan son muy bajas. Insisto en lo mismo: un tetrapléjico con 20 años, ¿va a arreglar el resto de su vida con algo menos de un millón de euros? Veo muy pocas sentencias, en este sentido, en donde se condene a que se indemnice no solamente con una buena indemnización, sino que se pague a ese señor a lo largo de los años que tiene de expectativa de vida.

M. E.: En cualquier caso, el médico se encuentra ante la dificultad para contratar un seguro que le cubra ese tipo de riesgos; las compañías de seguros rechazan suscribir ese tipo de pólizas, y no digamos si la indemnización la tiene que pagar de su propio pecunio. Es decir, es como si el profesional se encontrase cada vez más inseguro ante la reclamación por parte del paciente.

A. I.: La nueva regulación contempla que los médicos de la práctica privada tienen que estar cubiertos por un seguro. Y los médicos que ejercen en la práctica pública están cubiertos por un seguro, cobertura que paga, obviamente, la administración sanitaria. De una forma o de otra, es una compañía de seguros la que en su día tiene que hacer frente a este tipo de indemnizaciones. También es cierto que, probablemente, las compañías de seguros van a exigir más dinero en las primas. Y es cierto también que hay muchas compañías de seguros que han huido de la responsabilidad civil. De hecho, en este momento hay sólo tres compañías en el mercado: Zurich, Axa y AMA.

M. E.: Las reclamaciones por errores médicos están creciendo bastante. ¿A qué cree que se debe este aumento?

A. I.: Creo que se debe a varios motivos. Uno de ellos es que el número de actos médicos se ha incrementado, debido a que hay más hospitales y se están creando nuevas técnicas. Se-



gundo, porque ha habido un cambio de cultura claro por parte del consumidor, que reclama más. Y otro factor a tener en cuenta es la funcionalización del personal sanitario, la masificación. Cuando se deteriora esa relación personal entre el médico y el paciente... Es raro que, a pesar de que el resultado sea inadecuado o incluso que una actuación sanitaria pueda ser reprochable, es raro que el

afectado, que el perjudicado reclame si la relación personal es buena. Por el contrario, cuando la relación personal no es buena, cuando es una relación fría y distante, en el momento en que se produce el más mínimo efecto indeseado, esa relación se convierte en una consulta a un despacho de abogados.

M. E.: Y en esa relación médico-paciente se halla el consentimiento informado.

A. I.: Una de las reclamaciones que vemos cada vez con mayor frecuencia en nuestro despacho es la del consentimiento informado. A la gente no se la informa previamente de las ventajas e inconvenientes de un determinado tratamiento. Y entonces, cuando se produce esa complicación, es cuando se producen las reclamaciones. Yo estoy absolutamente convencido de que una adecuada información previa en cualquier tipo de procedimiento disminuye significativamente las reclamaciones. Pero, claro, estamos en un sistema en el que resulta que el médico que ve al paciente en la consulta externa nada tiene que ver con el médico que después se hace cargo de él cuan-

do ingresa en el hospital y nada tiene que ver con el médico que finalmente le opera y el médico que le opera es otro del que se encarga del postoperatorio. Y conseguir así una información adecuada entre todos ellos es muy complicado. Y ahí surgen normalmente los problemas, porque no hay un médico que se encargue personalmente, aunque la ley así lo contemple. En la práctica eso no funciona. Y esa disfunción de comunicación entre un médico determinado y los restantes es una fuente inagotable de conflictos.

M. E.: ¿En qué medida el número creciente de demandas interfiere o perjudica el propio funcionamiento del sistema sanitario?

A. I.: Supongo que te refieres a eso que viene llamándose medicina defensiva. Eso es un disparate. Es un auténtico disparate, y me explico. La medicina defensiva tiene su vertiente positiva. El médico está obligado, dentro de su práctica, a tomar todas aquellas precauciones diagnósticas y terapéuticas que disminuyan significativamente el peligro en el que pone al paciente. Ahora bien, si se excede de ese tipo de medidas, si van más allá de lo que la *lex artis* considera necesario, el médico puede ser acusado tanto por acción como por omisión. Por eso, lo que se le pide a las sociedades científicas es que elaboren protocolos de actuación, para que se sepa ante un determinado proceso patológico cuáles son las medidas diagnósticas y terapéuticas que el caso en general requiere. Y los jueces cada vez están haciendo más caso a ese tipo de protocolos.

M. E.: En legislación sobre mala praxis, ¿está España a la altura de otros países de la Unión Europea?

A. I.: Yo creo que la legislación es más que suficiente. En este país tenemos un grave defecto, y es que cuando hay un problema todo el mundo cree que eso se resuelve con más legislación. La legislación que hay es más que suficiente. Otra cosa distinta es la aplicación de esa legislación, y en ese sentido enlazamos un poco con lo que hablábamos al principio: que los jueces, sinceramente, son muy mesurados y son muy ponderados a la hora de condenar por negligencia.

M. E.: Entonces, ¿cree que los jueces tienen que ser más duros contra los médicos?

A. I.: No, no. Yo no creo eso. No, yo no valoro eso. Describo una realidad. No digo si debieran serlo o dejar de serlo. Describo una realidad que es así y que yo veo. Y para conseguir la condena de un médico en los procedimientos penales tienes que presentar una

prueba absolutamente irrefutable. Y es muy difícil presentarla. Mientras que cuando estás en el otro lado de la trinchera, es simplemente suficiente con dejar una duda razonable de que esa imprudencia se pudiera haber reproducido para que te absuelvan.

M. E.: Pero, ¿es verdad que el demandante no busca una condena penal para el médico sino lo que busca es solamente el dinero?

A. I.: Vamos a ver, te hablo por la experiencia nuestra. Nosotros reservamos los procedimientos penales para los casos realmente más graves, para los casos en los que entendemos que sí pueden tener una responsabilidad penal. Si nosotros mismos no tenemos claro que pueda haber una responsabilidad penal, elegimos mejor la vía civil o la vía contencioso administrativa. A veces es el enfermo, a veces son los propios familiares los que no quieren dinero, que lo que quieren es que..., porque claro, cuando se

impone un procedimiento penal, se imponen unas responsabilidades penales. No es en absoluto infrecuente. Incluso a veces discutimos con los propios clientes y decimos: “Mire, nosotros entendemos que esto no tiene una responsabilidad penal. Sí tiene derecho a un procedimiento civil o contencioso administrativo, pero no a un procedimiento penal. Esto no se puede imputar con nombres y apellidos a un médico, si el error es del propio sistema, entonces tiene usted que reclamar...” “Y entonces, a veces nos dicen: “No, no, no. Nosotros queremos que esto se haga y que sea el médico el que se siente en el banquillo”.

M. E.: Apelando a su experiencia, ¿cuáles son las especialidades médicas donde se cometen más errores o las que protagonizan más reclamaciones por parte de los pacientes?

A. I.: Fundamentalmente, Ginecología, Obstetricia más que Ginecología, es quizá la primera. Luego vienen Cirugía Plástica,



“En nuestro despacho nos podemos permitir el lujo de no ganar un asunto, pero lo que no nos podemos permitir el lujo es de perder”

“De los casos que llevamos actualmente en el despacho, entre un 80 y 90 por ciento son casos en los que el contrario es el médico”

Traumatología, Cirugía General, Oftalmología últimamente, y las urgencias. En estos diez años lo que sí ha existido ha sido el incremento llamativo en algunas especialidades, por ejemplo en Cirugía Plástica y en Oftalmología.

M. E.: Claro, la Cirugía Plástica es más reciente...

A. I.: Sí, y además, porque, por lo general, el nivel de exigencia ante un cirujano plástico es mayor. Se considera como un contrato de obra, como un arrendamiento de servicios. Por lo tanto, se le exige un resultado y cuando ese resultado no es lo acordado, pues normalmente surge la demanda.

M. E.: ¿Busca el abogado llegar a un acuerdo con los demandantes antes de que se dicte sentencia o antes de llegar a juicio?

A. I.: Nosotros lo hacemos, en nuestro despacho, prácticamente siempre. Sin embargo, el porcentaje que tenemos de arreglos extrajudiciales es prácticamente nulo.

M. E.: Sin embargo, es lo que se pretende, ¿no?

A. I.: Nosotros lo intentamos, pero...

M. E.: ¿Se ha de entender que el paciente, la parte demandante, no se aviene, no quiere el acuerdo extrajudicial?

A. I.: Es difícil llegar a entendimientos. ¿Por qué? Porque quien va a pagar al final es la compañía de seguros y el abogado de la compañía de seguros prefiere ir a juicio que arreglarlo extrajudicialmente.

M. E.: ¿Por qué?

A. I.: Pues, porque supongo que los honorarios son distintos, aunque yo no tengo ninguna prueba de que eso sea así.

M. E.: ¿Está el médico suficientemente protegido frente a sus errores en el ejercicio de su profesión?

A. I.: Esta es una cuestión que desde hace bastante tiempo viene preocupando mucho en el mundo sanitario, y dentro del ámbito hospitalario se han adelantado los catalanes mediante la creación de lo que llaman "mecanismos de gestión de riesgos", de prevención de riesgos. Se basa en reconocer cuáles son las causas fundamentales en cada uno de los hospitales por las que se producen las demandas más frecuentemente y poner coto a esas situaciones. En los hospitales grandes ya existen servicios especializados y dedicados activamente a eso. De momento, parece que con escaso éxito. Porque el hecho es que el número de demandas que se van produciendo en los hospita-

les cada vez se incrementa más. Pero yo creo que ese es un buen camino y conocer exactamente cuáles son en cada uno de los hospitales los mecanismos que inducen a la presentación de demandas y, naturalmente, poner coto a eso. Pero creo que estamos todavía en una fase muy incipiente, pero ése es el camino. Y naturalmente, teniendo en cuenta el derecho comparado en países más avanzados en este sentido, eso parece ser que funciona.

M. E.: Dicen que una documentación exhaustiva es la mejor terapia para el médico y el peor enemigo para el abogado de la acusación. O sea, que muchos facultativos descuidan los historiales de sus pacientes.

A. I.: Sin duda. Cuando antes hablábamos que uno de los motivos fundamentales que invita a los perjudicados a la presentación de demandas es la falta de comunicación, la falta de información, esa falta de información se traduce también muchas

veces en que la expresión escrita de lo que es la marcha del proceso patológico es también criticable. Es decir, que la evolución, la propia evolución cuando no queda suficientemente bien registrada en la historia clínica, los comentarios de evolución, las pruebas, etcétera, no se plasma en la historia clínica con toda aquella precisión y meticulosidad que debiera. Evidentemente, cuando uno ve una historia clínica que está bien organizada, que está bien estructurada, en la que los comentarios de evolución se ven cada día..., es muy difícil en esas condiciones poder condenar

a un médico, aunque el error se haya cometido, porque el error en general no es punible, lo que es punible es la imprudencia.

M. E.: En relación a los actos médicos que se originan, ¿dónde se producen más errores: en la medicina pública o en la privada?

A. I.: No lo tengo cuantificado, pero mi impresión subjetiva es que el porcentaje no sea significativamente diferente. Lo que ocurre es que los problemas son distintos. En la privada, el paciente suele conocer quién es su médico, existe mayor y mejor relación entre ambos, lo que no se da en la pública, y, en cambio, se observa falta de atención y falta de medios, como una UVI o un médico de guardia especializado. Y luego tenemos que la mayor parte de las reclamaciones en oftalmología o cirugía plástica se dan en instituciones privadas.



Un momento de la entrevista con el doctor Iglesias Fernández.

M. E.: Casi siempre los errores médicos se identifican con las intervenciones quirúrgicas, y no en relación a un tratamiento equivocado, ya sea farmacológico, dietético o terapéutico.

A. I.: Hay dos grandes grupos de patologías extraquirúrgicas que están teniendo un incremento notable. Uno, al que ya habíamos hecho alusión, es el de las urgencias, sobre todo las urgencias hospitalarias. El paciente que llega al hospital, que es visto en un servicio de urgencias y se produce un error diag-

“Es muy frecuente que los colegas a los que has ganado el pleito te dejen de hablar. No vamos ahora aquí a descubrir lo que es la condición humana”

nóstico, un error de tratamiento del cual se deriva un daño. Fundamentalmente ahí me estoy refiriendo, entre otras cuestiones, a las altas médicas apresuradas. Ese es un capítulo importante, un capítulo que se está viendo con una frecuencia cada vez más grande. Y otro son, evidentemente, aparte del diagnóstico médico erróneo del cual se deriva un daño, los aspectos colaterales o los efectos indeseados de fármacos. Y ahí surge incluso el quién es el responsable: ¿el médico, el hospital, el laboratorio farmacéutico...? Es una cuestión ésta que suele dar problemas importantes.

M. E.: ¿Qué lanzarías al colectivo sanitario y, en particular, al médico?

A. I.: El mensaje fundamental que yo creo que le tiene que quedar al colectivo médico es que desde el punto de vista de lo que es la responsabilidad jurídica, en su triple vertiente: penal, civil y contencioso-administrativa, es que en este momento el nivel de exigencia no es excesivo, ni mucho menos. Yo creo que pueden estar absolutamente tranquilos y que la posibilidad que los profesionales sanitarios competentes y prudentes, a lo largo de su vida profesional, tienen de acabar ante un tribunal es escasa. Es decir, no estamos ni de lejos ante la posibilidad que tienen los médicos y cirujanos americanos, que saben positivamente que la posibilidad que tienen a lo largo de su vida profesional de tener que verse ante un tribunal es muy alta. Es decir, no estamos en ese punto y, presumiblemente, no vamos a estar en esa situación.

M. E.: ¿Por qué?

A. I.: Yo creo que el incremento de demandas por errores médicos que se está produciendo no va a ser un incremento exponencial, ni muchísimo menos. Estoy seguro de que en poco tiempo se va a llegar a un nivel de estabilización. Y en ese nivel de estabilización van a quedar las demandas que se van a realizar. Son demandas que se van a producir y creo que van a

tener mayor posibilidad de prosperar. Es decir, muchas demandas de las que se están planteando ahora, pasado un cierto tiempo ya no se van a plantear cuando todo el mundo vea que eso no tiene viabilidad ninguna. Y se plantearán en breve tiempo aquellas que sí tengan posibilidades de prosperar. Y, por lo tanto, esas que tienen posibilidades de prosperar son en las que realmente el error ha sido un error grave, palpable y consciente. Eso no suele pasar en aquellos médicos cautos, aquellos médicos competentes. Perdón, aquellos médicos competentes que se preocupan de estar al día y que toman las precauciones habituales en su quehacer cotidiano, la posibilidad que tienen de verse inmersos en una de estas responsabilidades es realmente escasa. Y yo creo que están, digamos, que están un poco histéricos, que exageran un poco ese peligro potencial que hay. Yo creo que con los números en la mano deberían estar tranquilos.

M. E.: Pero no lo están.

A. I.: Es que los números cantan. Otra cosa distinta es el tratamiento informativo que se le pueden dar a estos datos. Pero los números son los que son. El número de médicos que hay en España es el que es. El número de reclamaciones es el que es. Y la prosperabilidad de esas reclamaciones es la que es. Esos son los números, ésa es la estadística y eso es en lo que tienen que basar sus conclusiones. No se pueden sacar conclusiones de un caso muy escandaloso.

M. E.: De las demandas que se interponen ¿cuántas terminan en sentencia condenatoria?

A. I.: Entre las penales, las civiles y las contenciosas no creo que vaya más allá de un 25 por ciento. Pero lo que le debe preocupar al médico, las penales, que son las que conllevan pena

“Los médicos competentes que se preocupan de estar al día y que toman las precauciones habituales en su quehacer cotidiano tienen una escasa posibilidad de acabar ante un tribunal”

de prisión y, sobre todo, la inhabilitación profesional, ésas son escasísimas, no prosperan ni el 10 por ciento de las reclamaciones.

M. E.: ¿Y cuáles son las que más prosperan?

A. I.: Las contencioso administrativas, en las que se demanda a la Administración. Y aquí, hoy en día, con un buen nivel de experiencia por parte del abogado es fácil tener un porcentaje de éxitos elevado, si se seleccionan los casos que son razonables. ■