

La Responsabilidad Civil de Médicos en Europa

Situación Actual

El seguro de R.C. profesional de médicos, hospitales privados y públicos, así como del personal de enfermería se encuentra en una situación cada vez más difícil, circunstancia que entretanto afecta a todos los mercados de seguro europeos.

Los problemas radican en primer lugar en que en las últimas décadas la concienciación de la población de formular reclamaciones frente a la medicina ha cambiado fundamentalmente. Nuestros abuelos ya estaban contentos cuando el médico podía aliviar sus dolencias. No se contaba con una curación, sino sólo se deseaba una curación.

En el ordenamiento legal europeo se ha tenido en cuenta esta idea: En toda Europa el médico está obligado por la ley a tratar al paciente con la máxima diligencia. Sin embargo, no es su obligación lograr la curación como tal.

Este principio está perdiendo cada vez más su fundamento. Partiendo de la tecnificación e informatización de la medicina en las últimas décadas así como de la comercialización de enfermedades espectaculares y las curaciones por los medios sensacionalistas, en grandes partes de la población europea ha surgido la impresión de que la medicina moderna con todos sus aparatos también estaría en condiciones de curar en los casos más complicados siempre que el médico no cometiese ningún error. Así ha cambiado la conciencia de los pacientes en Europa: la esperanza de obtener curación se ha convertido en una pretensión.

Esto se vuelve tanto más problemático cuanto que la jurisprudencia de los tribunales supremos en muchos países europeos apoya este comportamiento al formular reclamaciones. Los tribunales cada vez se apartan más del principio de que el médico o el hospital no tiene la obligación de curar con éxito al paciente.

Se construyen casos en los que el paciente perjudicado ya no tiene que demostrar el error profesional del médico sino que se supone simplemente que existe culpa por parte del médico o que el médico incluso asume la responsabilidad frente al paciente en el caso de siniestro aunque haya actuado sin culpa propia.

Al mismo tiempo, los jueces hacen subir cada vez más el importe de las indemnizaciones.

Las repercusiones financieras negativas de este desarrollo inciden en primer lugar en el seguro de la R. C. de Médicos. El negocio se encuentra en crisis, los resultados técnicos están empeorando.

La problemática queda agravada por el hecho de que los aseguradores de R.C. no han ajustado a tiempo sus productos al entorno del riesgo que se encuentra en constante movimiento, tanto en lo que se refiere a condiciones como a primas.

Dado que lo que precede se puede denominar un fenómeno europeo, pensamos que pueda ser interesante conocer la experiencia de otros mercados en vista de posibles soluciones. Veamos pues, a título de ejemplo, la situación en los mercados de Alemania, Francia y Escandinavia.

La R. C. de Médicos en Alemania

A la explosión de la responsabilidad en este sector han contribuido particularmente dos consideraciones básicas de la jurisprudencia de los tribunales supremos:

1. Creación de igualdad de armas entre médico y paciente

Esto se muestra particularmente en que la prueba de un fallo de tratamiento ya no debe presentarla el paciente, sino que la carga de la prueba recae sobre el médico.

El paciente no es el que tiene que justificar su reclamación, sino que el médico tiene que demostrar - en muchos casos imposible - que el daño no es consecuencia de un fallo suyo.

2. El derecho del paciente de dar o negar su conformidad al tratamiento previa información.

La carga de la prueba de que se ha informado al paciente debidamente la tiene el médico. Aquí está la base para todo los casos en los que no se pueda comprobar un tratamiento erróneo.

La jurisprudencia utiliza la difícil situación respecto a la prueba cada vez más para llegar a sentencias aprobables desde el punto de vista humano, aunque falten las bases legales:

Así se trata de proporcionarles precisamente a los pacientes gravemente dañados un resarcimiento por parte del médico (o del hospital) que efectúa el tratamiento o el correspondiente asegurador de R.C., aunque no exista ninguna culpa por parte del médico.

Con esta tendencia a abandonar el principio de la culpa a favor de la responsabilidad objetiva desaparecen cada vez más los límites entre agravio y accidente, una evolución que por cierto también observamos en otros sectores, por ej. en la R.C. de Productos.

Técnica del seguro - evolución de siniestros y primas

En lo que se refiere a la evolución de siniestros pueden diferenciarse los siguientes aspectos principales:

Los hospitales están mucho más afectados que los médicos facultativos. En los hospitales los siguientes médicos especialistas están particularmente expuestos:

- ginecólogos y/o obstetras
- cirujanos y especialistas en cirugía estética
- anestesistas
- traumatólogos

Respecto a los grandes siniestros que superan los 300.000 DM (25 millones de Ptas.) se observa un dramático aumento tanto en lo que respecta a la frecuencia de los mismos como a los importes.

La explosión de los siniestros de responsabilidad civil ha conducido a una considerable evolución de las primas.

Debido a la evolución catastrófica de siniestros actualmente se exigen "primas de saneamiento" de 1.800 de DM (150.000 de Ptas.) por cama de hospital. Es de dudar si estas primas serán suficientes para cubrir los daños.

Las dudas se basan en que las indemnizaciones reconocidas han aumentado notablemente:

En el año 1989, por ejemplo, en un caso de daño cerebral producido durante el parto de un niño se adjudicó la entonces suma récord de 300.000 de DM (24,9 millones de Ptas.) en concepto de indemnización por daño corporal y 2.400 DM (200.000 Ptas.) en concepto de renta mensual para gastos de asistencia permanente.

Sólo cinco años más tarde, en el año 1994, el importe máximo de indemnización por daño corporal para un caso parecido se elevó a 480.000 de DM (40 millones de Ptas.), suponiendo un aumento del 60 %. Los pagos de rentas necesarios, sobre todo si la asistencia se presta en el domicilio, se han duplicado y triplicado, elevándose los importes mensuales de 4.000 de DM (332.000 de Ptas.) a 6.000 de DM (498.000 Ptas.). Precisamente en lo que a los gastos de asistencia permanente se refiere, se deberá contar en el futuro con fuertes subidas.

Según ha observado la Bayerische Rück, no es posible frenar la evolución de siniestros, ni siquiera si se ajusta continuamente el nivel de las primas. Por este motivo, todos los aseguradores de hospitales alemanes sufren pérdidas muy importantes debidas a los largos plazos de notificación.

Ambito de cobertura

Las coberturas en Alemania, por regla general, están estandarizadas y se basan en las Condiciones Generales de Responsabilidad Civil.

La aplicación de estas condiciones en el sector específico de médicos produce problemas, ante todo a causa del término "siniestro".

La ocurrencia del siniestro se fija regularmente en el momento del fallo de tratamiento médico. Aquí es donde se producen los largos periodos de tramitación. Desde el momento de la intervención dañosa hasta el aviso del siniestro transcurre un promedio de 2-6 años. Precisamente en el caso de los daños ocurridos durante un parto, una

debilidad del niño originada en un fallo en la asistencia durante el parto, no se descubre antes de transcurridos varios años.

En las pólizas de R.C. de Hospitales la negligencia por parte del hospital así como los fallos de tratamiento de médicos, asistentes y demás personal siempre están cubiertos. No hay cobertura para médicos con camas concertados y su personal propio que ya tienen una cobertura propia dentro del marco de su función como médicos facultativos.

Están excluidos los daños corporales ocasionados por la aplicación de materiales radiactivos para fines de investigación y daños genéticos.

La suma de cobertura regular es de 2 millones de DM (166 millones de Ptas.) para daños personales, 500.000 de DM (41,5 millones de Ptas.) para daños materiales y 100.000 de DM (8,3 millones de Ptas.) para daños patrimoniales puros.

Los hospitales suelen tener coberturas de 5 millones de DM (415 millones de Ptas.) por persona para daños corporales con un límite máximo por año del doble de la cobertura por persona. Cada vez con más frecuencia hay coberturas de hasta 10 millones (830 millones de Ptas.) por persona.

Perspectivas

Se puede contar con que la situación para los médicos y sus aseguradores de responsabilidad civil se seguirá agravando en el futuro.

Esto, por una parte, radica en la crisis estructural del sistema sanitario alemán, pero también de las demás organizaciones estatales de las cajas de salud en Europa.

Debido a la precariedad financiera todos los organismos asistenciales están obligados a ahorrar cada vez más.

Esto significa en la práctica que las cajas restringen la libertad de los médicos a la hora de seleccionar la terapia y sólo reintegran los gastos para determinados métodos obligatorios de tratamiento.

Asimismo, cambiarán las modalidades de cálculo. Hasta la fecha, al hospital se le reembolsaba cada día de hospitalización del paciente. En el futuro, los hospitales sólo podrán facturar los gastos para un tratamiento determinado independientemente de la duración del internamiento hospitalario.

Finalmente, aumentará la competencia entre las clínicas. Esto se explica de dos maneras:

1. competencia en el ámbito de la reducción de costes
2. competencia en torno al paciente dado que los hospitales tienen que lograr una máxima ocupación de sus camas

Por consiguiente, en Alemania se está formando un mercado de salud orientado a la competencia, en el que los hospitales se deben gestionar como empresas industriales. Con esta evolución, no obstante, empeorará la calidad del tratamiento por lo que aumentará el potencial de responsabilidad de los hospitales.

El reconocimiento de que la evolución de los siniestros - debido a la problemática citada del llamado "long-tail" - no se puede compensar mediante constantes aumentos de las primas, conducirá a una valoración del riesgo totalmente diferente.

No obstante, pueden presentarse los escenarios siguientes:

Debido a la reserva por parte de los aseguradores de asistencia sanitaria, los hospitales altamente expuestos como las clínicas universitarias no encontrarán ningún asegurador de responsabilidad civil. Sólo queda entonces la posibilidad de recurrir al seguro propio como, por ej., fundar una cautiva.

O bien habrá una evolución como en los EE.UU. Allí hay algunos aseguradores de hospitales altamente especializados que suscriben puntualmente el negocio de hospitales tras intensos análisis del riesgo con un elevado know how.

Una última alternativa sería analizar los hospitales desde dentro con la ayuda de especialistas, aplicando métodos de gerencia de riesgos, al objeto de detectar y eliminar las causas organizativas y personales del siniestro.

Actualmente no se puede predecir cuál de las variantes citadas se verificará.

La R. C. de Médicos en Francia

El problema principal de la responsabilidad de médicos y de hospitales en Francia es la jurisprudencia francesa. Antes de entrar en este tema, veamos las bases legales, es decir, cuáles son las condiciones para entablar reclamaciones contra médicos en Francia.

Bases para una reclamación de responsabilidad extracontractual

1. Art. 1382, 1383 Code Civil

El paciente tiene que demostrar la existencia de los hechos siguientes:

- ocurrencia de un siniestro
- culpabilidad del médico
- relación causal entre el siniestro y la culpabilidad

El plazo de prescripción es de 10 años.

2. Art. 1384 CC para otras reclamaciones contra el "gardien", es decir, el titular de la potestad sobre una cosa, por ej., resbalar en el suelo de una consulta.

El reclamante tiene que demostrar los hechos siguientes:

- la ocurrencia de un siniestro
- el incumplimiento de la obligación de custodia
- y la existencia de una causalidad entre ambos hechos

El plazo de prescripción es de 10 años.

Reclamaciones contractuales

Arrêt Mercier del 20.05.1936 (cour de cassation)

El médico y el paciente suscriben un contrato de derecho civil. El médico no le debe al paciente la curación, sin embargo, tiene la obligación de tratar al paciente con toda diligencia y atención y conforme a las reglas reconocidas en el momento del tratamiento, o sea la "lex artis". El médico tiene la obligación de medios, o sea la obligación de esforzarse por el mejor tratamiento, pero no tiene la obligación de obtener resultados.

En el caso de sufrir un daño corporal, el paciente tiene que demostrar que el médico ha cometido un error de tratamiento del que es culpable y que existe una relación causal entre el daño corporal y el error de tratamiento.

El derecho de responsabilidad francés se basa en el principio del Non Cumul. Conforme a este principio queda excluida la aplicación de reglas de responsabilidad extracontractual, en cuanto que existan relaciones contractuales entre el dañador y el perjudicado. Por lo tanto, el

paciente que ha iniciado una relación contractual con el médico no puede basar su reclamación en el derecho delictivo, no obstante, los herederos de pacientes fallecidos, al no disponer de ningún contrato propio, tienen que utilizar la vía del derecho delictivo.

¿Cómo se presenta la situación cuando el paciente ingresa en un hospital?

También hay un contrato entre el paciente y el hospital que, si se trata de un hospital público, abarca todos los servicios médicos aparte de los servicios de alojamiento y de asistencia.

La responsabilidad en estos hospitales se presentaba como sigue:

En el caso de un error técnico del médico la víctima perjudicada tenía que demostrar una grave infracción. Si la reclamación se basaba en una causa de origen organizativo era suficiente comprobar un error leve. El plazo de prescripción es de 4 en lugar de 30 años.

La situación es totalmente distinta en las clínicas privadas. El paciente concierta un contrato adicional con el médico que le trata.

Por consiguiente, la clínica sólo es responsable si efectúa una selección del médico equivocada, por ej. si ha empleado a un médico de cualificación insuficiente, o bien si el daño ha sido causado por un fallo en la organización, por ej. al no poder utilizar la sala de operaciones.

El plazo de prescripción para las pretensiones derivadas del contrato es de 30 años.

La carga de la prueba para estas pretensiones recae sobre el perjudicado.

Sin embargo, se observa recientemente una clara desviación de este principio.

En parte, la jurisprudencia francesa partía de una "obligación de resultado", es decir, el médico no sólo debe sus esfuerzos sino el logro de un resultado concreto. En otros casos, se suponía simplemente la culpabilidad del médico y finalmente, se reconocía bajo condiciones determinadas una responsabilidad del médico o del hospital, incluso no pudiendo demostrar ninguna culpabilidad.

Esta tendencia puede comprobarse en las constelaciones siguientes:

Cuando se aplican aparatos médicos, se administran medicamentos o se efectúan vacunas obligatorias:

En estos casos se parte de una "obligación de resultado", es decir, se debe al paciente un resultado concreto.

Cuando se trata de puros servicios asistenciales o de pequeñas intervenciones médicas o de la pérdida definitiva de una posibilidad de curación:

Si se produce un daño corporal se toma como base la presunción de culpabilidad en perjuicio del médico, es decir, el médico tiene que demostrar que no le afecta culpabilidad alguna.

Si se trata de tratamientos psiquiátricos, transfusiones de sangre y aplicación de métodos completamente nuevos en operaciones que no son absolutamente necesarias:

Al producirse un daño corporal bajo estas condiciones hay obligación de prestar indemnización sin que exista culpabilidad.

Cada vez hay más facilidades respecto a la carga de la prueba en el sector de los hospitales públicos: El 09.04.1993 el Tribunal de Administración competente dictó una sentencia revolucionaria, el llamado "Arrêt Bianchi": Bajo condiciones determinadas se reconocen también indemnizaciones sin que exista un fallo médico.

El detonante para esta decisión fue el caso de un paciente que sufrió una parálisis por una operación llevada a cabo conforme a la "lex artis". El hospital público fue condenado al pago de una indemnización de un importe de varios millones de FF pese a que no había ningún fallo médico. Este caso no ha sido el único.

Se puede constatar, pues, una clara agravación de la situación respecto a la responsabilidad en detrimento de los médicos y de los hospitales, es decir, se facilita considerablemente el reconocimiento de las indemnizaciones formuladas por los perjudicados.

Asimismo, ha aumentado de forma desproporcionada la concienciación de los perjudicados de hacer valer sus derechos. Las cifras siguientes ilustran claramente esta evolución:

En 1944 se presentaron 35 demandas, en 1964 ya fueron 254, en 1980 se elevaron a 1158 y 8 años más tarde a 2000, en 1991 la cifra ascendió a 2676. A la misma velocidad aumentaron los importes de las indemnizaciones otorgadas. En el caso de daños ocasionados durante el parto se ha llegado a indemnizar FF 14 millones por víctima, = aprox. 380 millones de Ptas.

Las especialidades médicas más susceptibles de siniestros son:

anestesia, obstetricia, cirugía y cirugía estética, traumatología, radiología y oftalmología.

¿Qué solución se presenta desde el punto de vista técnico del seguro?

Al principio, los aseguradores franceses de responsabilidad civil se sintieron desconcertados ante esta evolución y reaccionaron sólo de forma vacilante.

1. Sumas aseguradas

Mientras que para la responsabilidad civil profesional normal los capitales de cobertura suelen ser limitados, hasta hace poco esto no ha sido el caso en las pólizas de médicos. De forma estándar eran siempre ilimitados para todos los daños corporales. Hay nuevas tendencias en base a las que se limitan las coberturas para los médicos altamente expuestos como cirujanos, obstetras y anestesistas. Lamentablemente, esto sigue siendo una excepción. Cuando los capitales de cobertura están limitados se encuentran casi siempre agregados anuales.

2. Ambito temporal de cobertura

El ámbito temporal de cobertura se basa en parte en la reclamación, y en parte en el daño ocurrido, sin embargo no queda claro si la ocurrencia del daño significa la terapia causante del daño, el primer daño corporal comprobable o la verificación del daño por un médico.

3. Cláusulas de siniestros en serie

Se encuentran sólo en algunos contratos.

4. Tarificación

Las pólizas de R.C. profesional de médicos se siguen cotizando a precios demasiado bajos.

En 1993 la asociación francesa de seguros APSAD trató de llamar la atención de sus miembros en una circular, en la que les exponía claramente la situación catastrófica y poco calculable respecto a los siniestros que entre los ofertantes se situaba entre el 328 % y el 100 %.

Actualmente se trata de ajustar las primas al aumento extremado del riesgo.

En 1995 una póliza de R.C. profesional no limitada costaba a un ginecólogo aprox. 21.000 de FF = 600.000 Ptas., a un cirujano 26.000 de FF = 660.000 Ptas. y a un anestesista 27.000 FF = 750.000 Ptas.

Sin embargo, este aumento de las primas de R.C. no es suficiente, como muestran los resultados de 1994: La cuota siniestral sigue alcanzando en algunos casos el 200 %.

Al mismo tiempo, no está claro si se pueden imponer en el mercado más aumentos de las primas.

La situación tensa se ve acentuada por nuevas bombas de relojería que se descubren en algunas carteras, por ej. los 600.000 casos de hepatitis C producidos en los años 70 a raíz de transfusiones de sangre y que ahora se están reclamando.

La consecuencia es que los aseguradores se van retirando progresivamente, al menos en parte, del negocio de la R.C. de Médicos, al paso que reclaman del Estado la introducción de una especie de seguro de pacientes sobre la base de indemnizaciones, similar a los

modelos que hay en los países escandinavos que les voy a exponer a continuación. Ya existe en Francia un proyecto de ley (aléa thérapeutique") que propone un pool (público o consorcio privado) para médicos y centros sanitarios que se financiaría por ejemplo con una sobreprima en todas las pólizas de Multirriesgo Hogar.

La Responsabilidad Civil de Médicos en los países escandinavos

El 01.01.1975 se introdujo en Suecia el llamado seguro de pacientes. Se trata de un seguro de asistencia sanitaria que reemplaza al sistema clásico del seguro de responsabilidad civil en el que la prueba de la culpa en muchos casos es muy complicada. El seguro tiene por objeto cubrir los daños causados por el tratamiento médico sin prueba de culpabilidad.

Base legal

Se trata de un seguro a favor de terceros que incluye elementos del seguro de accidentes y del seguro de responsabilidad civil.

1. Partes del contrato

Por un lado están los tomadores del seguro, es decir, la asociación de las 26 administraciones provinciales de Suecia que, como entidades públicas territoriales constituyen los organismos de asistencia sanitaria. También forman parte los 4.000 dentistas miembros de una organización privada, 2.000 médicos privados, 1.500 fisioterapeutas privados, el gobierno y las clínicas privadas.

Por otro, hay un consorcio de entidades de seguro privadas compuesto por Skandia, Trygg-Hansa, LF y Folksam.

Cada paciente dañado que ingresa en un hospital o se somete a un tratamiento médico tiene a través de este seguro automáticamente una pretensión directa contra el asegurador.

2. Financiación

Las administraciones provinciales satisfacen la prima para este seguro de pacientes. El pago lo efectúan directamente las administraciones a los aseguradores. La prima depende del número de habitantes de la provincia y en 1992 se elevó a 230 Ptas. aproximadamente por habitante y año.

Antecedentes/motivos

El seguro de pacientes sueco sólo se puede comprender si se conocen algunas particularidades del sistema sueco jurídico y social. Suecia se caracteriza por una red social muy amplia y densa. El fundamento no sólo lo constituyen las bases legales sino también los contratos colectivos. El resarcimiento por daños corporales en Suecia siempre se ha visto en un contexto macroeconómico y no sólo se ha considerado un problema entre un individuo y el responsable causante de un daño.

El motivo directo para la introducción del seguro de pacientes fueron los problemas a los que se tenían que enfrentar los pacientes perjudicados por un fallo de tratamiento al querer formular una reclamación de indemnización. Antes de introducir este sistema sólo se prestaban indemnizaciones en 10 casos por año.

Otro motivo fue la larga duración de los procesos en estos casos. Para los pacientes también resultaba muy difícil demostrar la negligencia del causante del daño, prueba necesaria conforme al derecho de indemnizaciones.

Con la introducción del seguro de pacientes se pretendían lograr los objetivos siguientes:

- conseguir una indemnización adecuada para el paciente en base a un criterio objetivo; sólo debían ser decisivas las consecuencias sufridas por el perjudicado y no la forma en que se hubiera producido el daño.
Ya no se da tanta importancia a la causa misma del daño.
- tramitación menos costosa, más sencilla y más ágil al evitar juicios
- el seguro de pacientes sólo es aplicable de forma subsidiaria, es decir, se deducen todos los demás pagos de indemnización, con lo que se evitan indemnizaciones excesivas. Más adelante volveré sobre este aspecto.

Ambito de cobertura

Este seguro cubre todos los daños corporales que son consecuencia directa de tratamientos, exploraciones o demás actos asistenciales, así como daños por accidentes. En el seguro de pacientes se encuentra un catálogo de los casos de tratamiento (casos de siniestro) indemnizables. Se distinguen los daños siguientes:

1. Daños como consecuencia del tratamiento

Sólo se tiene en cuenta el daño y sus consecuencias y ya no el acto del que ha causado el daño. Este grupo de daños incluye las consecuencias directas de la exploración, de la administración de medicamentos o del tratamiento, a no ser que se trate de una consecuencia natural o probable de una medida recomendable desde el punto de vista médico.

Se ha de distinguir, por lo tanto, entre el propio riesgo de enfermedad del paciente, por una parte y el riesgo específico del tratamiento, por otra.

El propio riesgo de enfermedad es el daño que se encuentra relacionado forzosamente con el riesgo de salud del paciente, en cuyo caso se habla de un daño previsible. Los daños ocasionados se consideran como una consecuencia inevitable del tratamiento médico. La evolución de la enfermedad se encuentra inevitablemente preprogramada. Este daño se atribuye al riesgo general de la vida y no es indemnizable, es decir, el daño va a cargo del paciente.

No obstante, hay responsabilidad con obligación de indemnizar para un daño no previsible, o sea un daño que se hubiera podido evitar aplicando un tratamiento correcto. En tal caso, no se trata de la consecuencia inevitable de un tratamiento médico. La evolución de la

enfermedad era influenciable por la actividad normal del médico, pues si el tratamiento se hubiese efectuado de otra forma, se hubiera podido evitar el daño.

2. Daños como consecuencia del diagnóstico

Se distinguen los siguientes daños indemnizables:

Los resultados incorrectos de las exploraciones se han obtenido con medios técnicos, por ej., la causa del daño es debida al fallo de los aparatos técnicos.

Se han producido daños debido a que los síntomas reconocidos de hecho no se han evaluado conforme a las reglas generalmente aceptadas de la práctica médica.

3. Daños como consecuencia de una infección

Estos son indemnizables si, conforme a la opinión de un médico, es probable que hayan sido ocasionados por una actuación médica. No se indemnizan infecciones con las que se podía contar al efectuar este tipo de intervención.

4. Daños como consecuencia de un accidente

La condición para la indemnización es una relación de espacio y tiempo con el tratamiento, como por ej., la caída de una cama insuficientemente protegida o aparatos defectuosos.

¿Cuáles son los importes de indemnización?

La condición general para una reclamación es que exista un daño grave, es decir, el fallo del tratamiento tiene que haber conducido a una hospitalización de al menos 10 días, a una baja por enfermedad por más de 30 días u otras consecuencias graves como, por ejemplo, a una incapacidad permanente.

Se indemnizarán al 100 % los daños que se indican a continuación:

- ⇒ pérdida de ingresos
- ⇒ gastos de tratamiento
- ⇒ gastos de asistencia
- ⇒ indemnización por daños corporales (fijada en un baremo)
- ⇒ pretensiones de renta en el caso de invalidez permanente

El capital de garantía en 1992 era de SEK 5 millones por víctima = 96 millones de Ptas. por víctima y con límite máximo de 25 millones SEK = 482 millones de Ptas. por siniestro.

Posibilidad de reclamar conforme al sistema de seguro de pacientes

La condición es que el demandante haya utilizado todas las demás posibilidades de reclamación y fuentes de indemnización. Estas podrían ser:

- ⇒ el seguro social
- ⇒ el seguro de medios de transporte
- ⇒ el seguro de accidentes de trabajo
- ⇒ el seguro patronal (desde 1972 responsabilidad objetiva)
- ⇒ continuación del pago del salario en el caso de enfermedad

Gracias a esta subsidiariedad el seguro de pacientes se ve exonerado de forma considerable.

Experiencia siniestral

En el año 1991, las primas ascendieron a aprox. 145 millones de SEK = 2.800 millones de Ptas., el coste administrativo supone el 18 %. Hasta el 31.12.1991 se registraron 62.890 casos. Un 41 % de ellos eran indemnizables, el 53 % eran casos no cubiertos, como por ej. la falta de causalidad y la evolución normal de la enfermedad o la inevitabilidad del daño. El 6 % de los casos se está estudiando actualmente, por ejemplo, por falta de causalidad.

¿Qué tipo de siniestros se reclamaron?

La mayoría de los siniestros, es decir, un 56 %, se produjo a raíz de intervenciones quirúrgicas (llevadas a cabo casi exclusivamente en hospitales). El número de accidentes equivalente al 19 % también es muy elevado. Los daños como consecuencia del diagnóstico, sin embargo, suponen un 7 % y son más bien raros. Otros daños como consecuencia del tratamiento por los que se han formulado reclamaciones ascienden a un 18 % de los casos. El 20 % de todos los casos fueron daños causados por una infección. Casi el 50 % de todos los siniestros reclamados fueron indemnizables.

¿Cómo se distribuyen los pagos de indemnización?

El 74 % de los importes indemnizados recayeron sobre indemnizaciones por daños y perjuicios u otros daños patrimoniales. El 13 % se refirió a la pérdida de ingresos y el 11 % a gastos de asistencia hospitalaria.

Valoración del sistema

1. Componente político

Se ha efectuado una redistribución de las cargas de forma que no afecta al individuo, sino al colectivo. Es esta una decisión puramente política. En este país había una gran necesidad, dado que por otra vía "normal" apenas se podía conseguir una indemnización. Sólo podía partir de un sistema social tan elaborado como el sueco que en gran parte se basa en contratos colectivos. No obstante, hay que tener en cuenta que este sistema supone una carga adicional financiera para todo ciudadano ya sea mediante impuestos elevados o bien aportando una prima al organismo de asistencia sanitaria.

2. Desde el punto de vista del paciente

Para el paciente predominan las ventajas: recibe indemnizaciones en muchos casos en los que no hubiera sido posible por la vía convencional, dado que ya no tiene las dificultades que surgían a la hora de tener que presentar pruebas.

Una consecuencia negativa puede ser que las indemnizaciones, al ser estandarizadas, resulten inferiores a las que se hubiesen podido obtener anteriormente.

3. Desde el punto de vista de los médicos

Para ellos no es necesario contratar ningún seguro especial de responsabilidad civil profesional. Dado que los acuerdos entre las partes ya no tienen lugar por vía judicial, o sea públicamente, no tienen que temer que se perjudique su reputación.

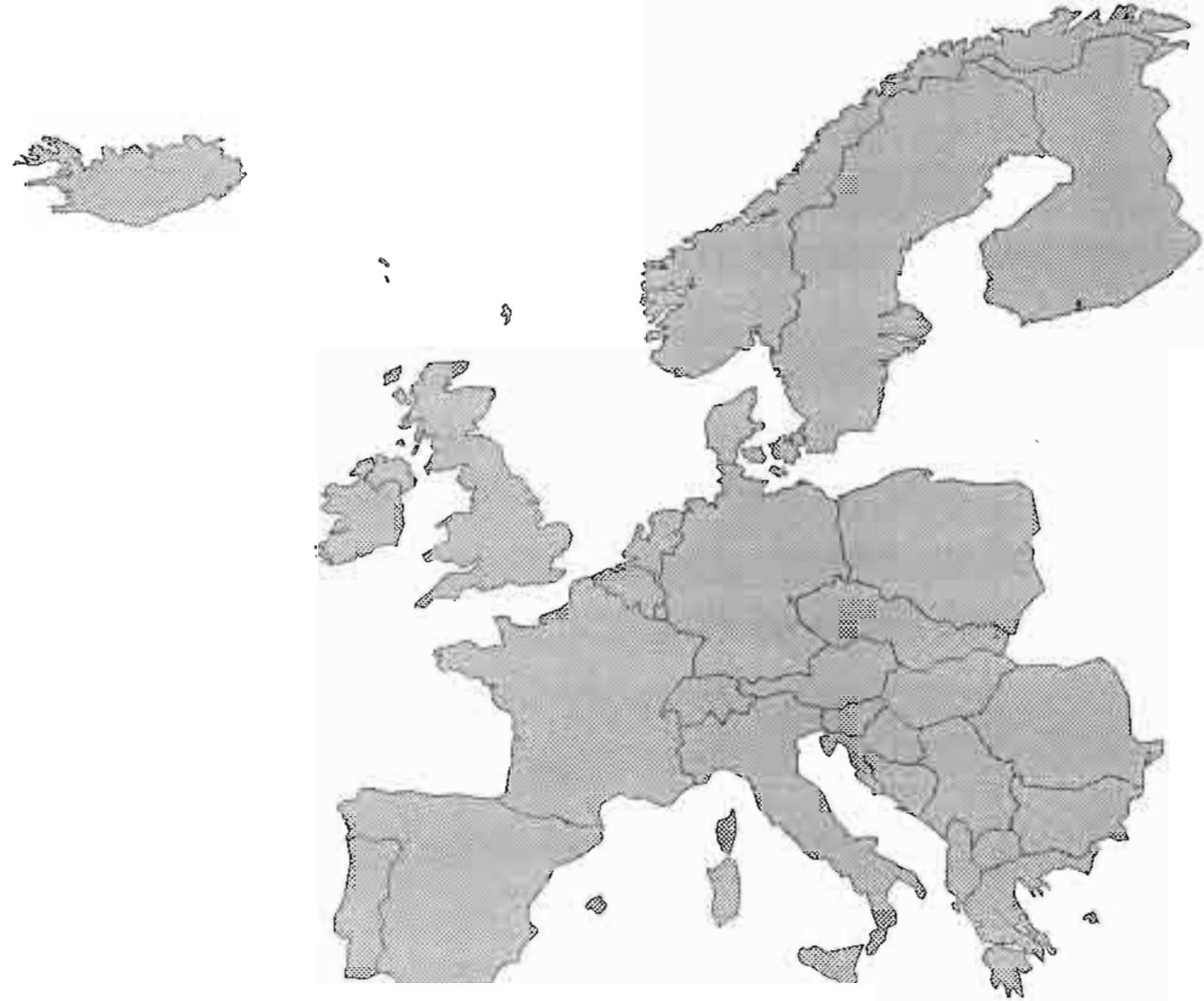
4. Desde el punto de vista de los aseguradores

Los aseguradores que forman parte del consorcio están muy contentos con este sistema. Hasta la fecha, la siniestralidad es positiva y los gastos administrativos se mueven dentro de un marco razonable.

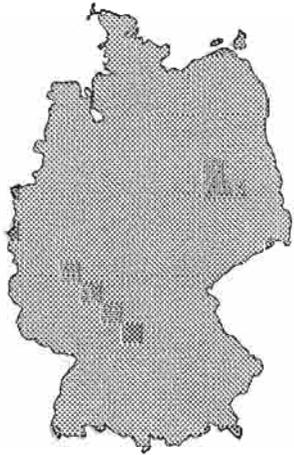
Este "modelo sueco" será abandonado este año en Suecia por motivos políticos (sobre todo por la importante carga fiscal que supone) pero siguen en vigor sistemas parecidos en Noruega y Finlandia.

Bayerische
Rück

RC Médicos en Europa



Bayerische
Rück



Alemania

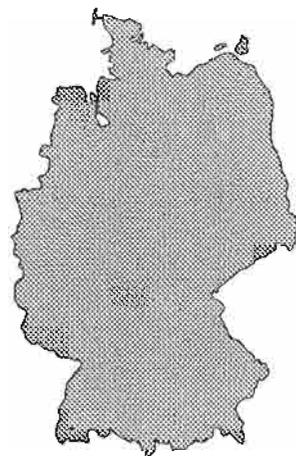
Particularidades del derecho alemán

Jurisprudencia:

- Inversión de la carga de la prueba

- Tendencia a abandonar el principio de la culpa a favor de la responsabilidad objetiva

Bayerische
Rück



Alemania

Ámbito de cobertura

- Coberturas estandarizadas y basadas en el
condicionado de RCG
- Médicos:
 - daños personales: 2 mill. DM (166 mill. Ptas.)
 - daños materiales: 0,5 mill. DM (42 mill. Ptas.)
- Hospitales:
 - daños personales: 5 mill. DM (415 mill. Ptas.)
p/persona
 - 10 mill. DM (830 mill. Ptas.)
p/año

Bayerische
Rück



Alemania

RC Médicos: Perspectivas

- La situación se seguirá agravando en el futuro
- Escenarios:
 - clínicas altamente expuestas no encontrarán cobertura
=> Recurrir al seguro propio (p. ej. cautivas)
 - aseguradoras especializadas
 - gerencia de riesgos

Bayerische
Rück



Francia

Responsabilidad extracontractual

I) art. 1382, 1383 code civil

- siniestro
- culpabilidad
- causalidad

Carga de la prueba: paciente

II) art. 1384 code civil

- siniestro
- obligación de custodia
- causalidad

Carga de la prueba: paciente

Bayerische
Rück



Francia

Derecho contractual

arrêt "Mercier"

- Un contrato de tratamiento \neq contrato de curación
- Obligación de tratamiento diligente conforme a la "lex artis"

Carga de la prueba (culpabilidad, causalidad):
paciente

Desviación de este principio:
- obligación de resultado

Bayerische
Rück

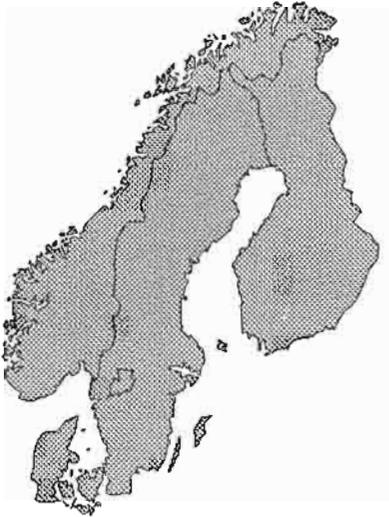


Francia

RC Médicos: Perspectivas

- Coberturas limitadas siguen siendo una excepción
- Tarificación:
 - precios demasiado bajos
 - siniestralidad hasta por encima del 300%
- Tendencia de abandonar el negocio de RC Médicos
- Proyecto de ley "Aléa thérapeutique "

Bayerische
Rück

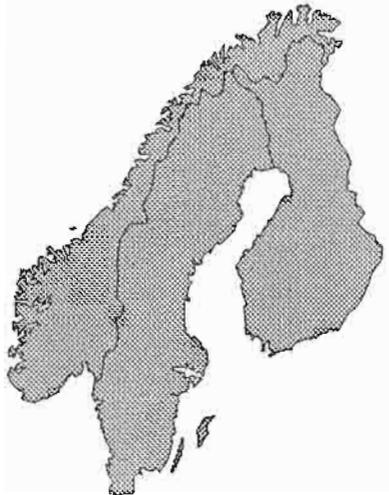


Suecia

"Seguro de Pacientes" (1975)
Ámbito de cobertura

- Financiación pública:
(prima en función del número de habitantes por provincia)
desde 1992: 230 Ptas. por habitante y año
- Ámbito de cobertura:
el seguro cubre todos los daños corporales que son consecuencia directa de tratamientos, exploraciones o demás actos asistenciales, así como daños por accidente.

Bayerische
Rück



Suecia

Seguro de Pacientes: Ámbito de Prestaciones de Indemnización

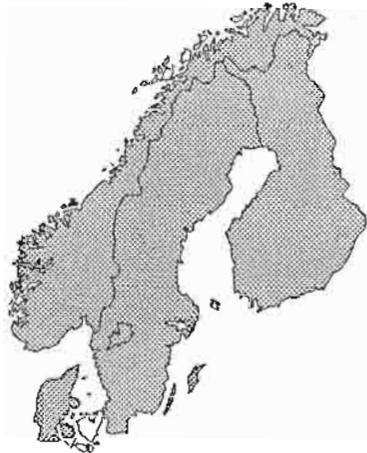
Prestaciones sólo para "daños graves":

- pérdida de ingresos
- gastos de tratamiento
- gastos de asistencia
- daño moral
- renta (en caso de invalidez permanente)

Subsidiaridad respecto a:

- los seguros sociales
- los seguros de los diferentes medios de transportes
- seguro accidentes de trabajo

Bayerische
Rück



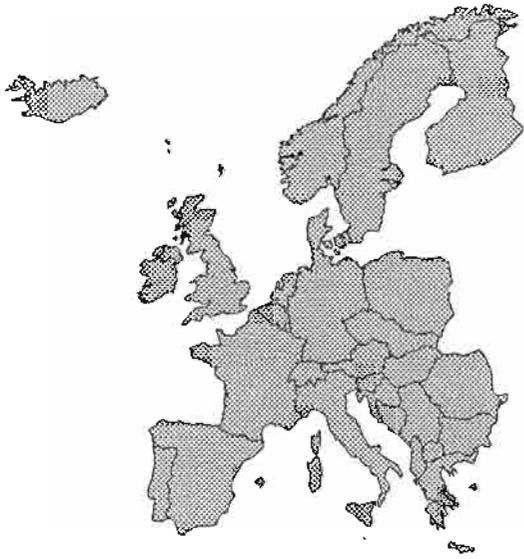
Suecia

Clasificación según causas del daño

- Total de pagos efectuados en 1990: 100 millones de coronas suecas

- Clasificación según causas del daño:
 - intervenciones quirúrgicas 56%
 - accidentes 9%
 - daño como consecuencia del diagnóstico 7%
 - otros daños relacionados con un tratamiento 18%

- Cuota de resultados:
En el 50% de los casos de las demandas se ha



RC Médicos en Europa

Conclusión y perspectivas

1. Aspectos sociales:

- pretensiones más elevadas respecto a servicios médicos
- aumento del número de reclamaciones contra médicos
- influencia de los medios de comunicación

2. Aspectos económicos:

- fuerte aumento de los importes de indemnización

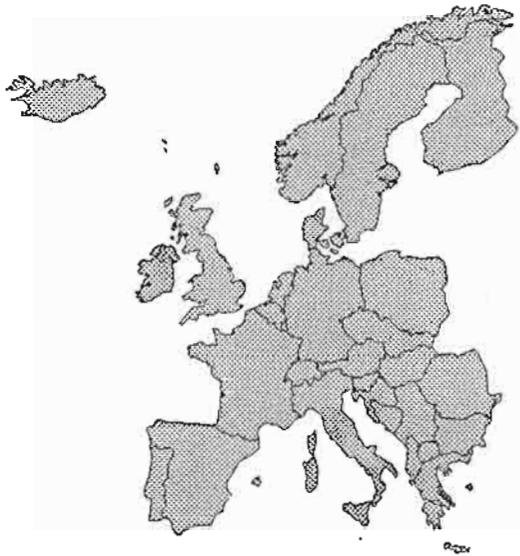
3. Aspectos médicos:

- crecimiento de los riesgos a causa del progreso vertiginoso de la medicina, particularmente respecto

Bayerische
Rück

RC Médicos en Europa

Conclusión y perspectivas



4. Aspectos jurídicos:

- larga duración de los juicios
- altos costes judiciales
- resultado incierto del juicio

5. Prevención de siniestros:

- mejor control de los riesgos teniendo en cuenta la influencia del entorno del mercado