

RESPONSABILIDAD MÉDICA. ASPECTOS MEDICO LEGALES EN CIRUGÍA MENOR

Maria Teresa MARRÓN MOYA (1)

Maria Jesús LEAL BAZÁN (2)

Servando Eugenio MARRÓN MOYA (3)

- (1) Médico Forense de Barcelona ciudad. Instituto de Medicina Legal de Cataluña. Especialista en Medicina Legal y Forense. Doctora en Medicina y Cirugía. Master en Valoración de Daño Corporal. Master en Drogodependencia y Sida.
 - (2) Médico de Instituciones Penitenciarias de la Generalitat de Cataluña. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Master en Drogodependencia y Sida. Experta en Psicopatología y Psiquiatría
 - (3) Responsable del área de Dermatología del Sector de Salud de Calatayud. Hospital Ernest Lluch Martín. Servicio Aragonés de Salud. Especialista en Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista y Master en Psicopatología y Salud.
-

La Sanidad es uno de los ámbitos profesionales cuyo ejercicio comporta mayor riesgo de incurrir o verse involucrado en un proceso de responsabilidad. Incide directamente sobre la salud y la vida de las personas, a merced del acierto o desacierto de sus profesionales, por ello la Jurisprudencia establece que la atención, la pericia y reflexión han de prodigarse en dosis mayores que en otros menesteres o dedicaciones.

Los temas de responsabilidad sanitaria se conocen como error técnico, en terminología alemana, o como malpractice en terminología anglosajona. De este último término ha surgido el neologismo Malpraxis utilizado en el mundo judicial y en la literatura.

En nuestra sociedad y en nuestra cultura la conciencia de controlar y hacer responsables a los profesionales sanitarios en el ejercicio de la

actividad médica es relativamente joven y no ha alcanzado todavía la trascendencia existente en otros países. No obstante, las denuncias por responsabilidad médica han pasado de ser hechos aislados a convertirse en habituales o frecuentes. El aumento de la litigiosidad se centra fundamentalmente en el *personal médico* y se produce en el contexto de una masificación de la asistencia que afecta a la concepción tradicional de la relación médico-paciente. Estas reclamaciones obedecen básicamente a dos factores:

- a) La mayor información de los pacientes y concienciación del usuario frente a la calidad de los servicios públicos que exige por ejemplo la efectividad de un determinado tratamiento.
- b) La complejidad, agresividad y tecnificación de la medicina actual, con diversas y sofisticadas técnicas diagnósticas y terapéuticas.

A la multiplicación de querellas y demandas de resarcimiento puede seguir no una mejora de la calidad de las prestaciones, sino la adopción de una actitud defensiva que, a la larga, puede repercutir en contra de los intereses del paciente (Fernández Entralgo, 1996 y Casas Sánchez, 2000). Todo ello supone una repercusión negativa en el ejercicio de la medicina, en el coste de los servicios médicos, en el prestigio del personal y las instituciones sanitarias (Hernández Moreno y cols., 1996).

En los procedimientos de responsabilidad médica deben conocerse los siguientes hechos (Sáez Valcarcel, 1996):

- La dificultad de valoración de los hechos enjuiciados
- El espíritu corporativista y de apoyo al colega que perjudica la indagación de conductas abusivas
- Criminalidad oculta por la falta de denuncia
- La inexistencia de protocolos de actuación que permitirían una mayor seguridad jurídica para los sanitarios y a los usuarios, un mejor control de la actividad y un mínimo de calidad de los servicios
- Complejidad y especialización de la práctica médica
- El distanciamiento de la relación médico-paciente que generan las grandes ciudades y los grandes hospitales
- La creación de asociaciones para defensa de víctimas de malapraxis
- La canalización de las denuncias de imprudencia sanitaria tanto a través de la vía judicial como de los medios de comunicación

- La tendencia de los abogados a acudir a la vía penal, más rápida, sencilla y, sobre todo y más expeditiva que la civil, se hace un uso indiscriminado, de las querellas. Por otro lado, la vía penal puede servir para preconstituir pruebas de cara al juicio civil. Incluso la imposibilidad de acceso a la historia clínica, en ocasiones, es una invitación a que el usuario acuda a esta sede.

El Consejo del Poder Judicial (1994) establece que el personal sanitario es efectivamente responsable de sus actos, dentro de los márgenes que las normas jurídicas delimitan. Se ha de garantizar los derechos de los pacientes, pero al mismo tiempo hemos de garantizar también el ejercicio de la profesión médica en unas condiciones razonables. Naturalmente si todos hemos sido, somos y seremos usuarios de los sistemas de salud, es decir, titulares de una serie de derechos a prestaciones médicas y hospitalarias, es el personal sanitario y, detrás de él, las entidades públicas o privadas en las que se integran, quienes asumen los deberes que son la contrapartida de los derechos del usuario. Entre ellos, el de responder por los daños y perjuicios que estos sufran como consecuencia de una atención inadecuada. Quienes practican la medicina, también son titulares de derecho e intereses. Unos, de estricta naturaleza profesional: por ejemplo, el derecho a ejercer la medicina en cualquiera de sus manifestaciones o el ofrecer los servicios con ella relacionados para los que se está legalmente capacitado. Otros, que no son sino la certeza sobre las consecuencias jurídicas de los propios actos. Así pues, *los pacientes* tienen derecho a todos los remedios que el sistema sanitario, en el nivel actual de los conocimientos y de los recursos disponibles, puede ofrecerles para preservar su vida y su salud. También tienen derecho a que se les compensen los perjuicios que puedan haber sufrido como consecuencia de un funcionamiento inadecuado de ese sistema. A su vez, el *personal sanitario* debe responder por ello, pero solamente cuando pueda imputársele la producción o el no impedimento de ese resultado. Fuera de ese supuesto, han de gozar de libertad, dentro de las reglas que enmarcan el ejercicio de su actividad, para prestar la asistencia sanitaria sin sufrir ningún tipo de reproche jurídico ni tener que afrontar demanda alguna de responsabilidad

La **cirugía** es una de las prácticas o especialidades que más reclamaciones suscita, muy especialmente la cirugía mayor y la cirugía estética, no así la denominada cirugía menor. Para comprender el alcance de los aspectos médico legales en *cirugía menor* es preciso sentar conceptos

básicos, distinguir los tipos de responsabilidad legal de médico, entender los criterios jurisprudenciales sobre medicina "curativa" y "no curativa" y los elementos constitutivos de responsabilidad profesional.

CONCEPTOS GENERALES

La responsabilidad profesional médica es la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios, e incluso involuntarios dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión. La responsabilidad encuentra su fundamento legal en la necesidad jurídica y social de que todo médico responda ante las autoridades sociales de los daños y perjuicios ocasionados por las faltas voluntarias y, o involuntarias, pero previsibles y evitables, cometidas en el ejercicio de su profesión (Gisbert Calabuig, 2004).

Se entiende por *Lex Artis* literalmente "ley del arte", ley o regla técnica de actuación de la profesión que se trate, como afirma el Magistrado Ilmo. Sr. Martínez Calcerrada (Consejo del Poder Judicial, 1994), a la apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta o se ajusta o no a lo que debe hacerse. De forma que si la actuación se adecua a las reglas técnicas pertinentes se habla de "un buen profesional, un buen técnico, un buen artesano" y de buena "praxis" en el ejercicio de su profesión.

La diversidad de situaciones y circunstancias concurrentes en la actividad sanitaria determina que no pueda hablarse de una sola *lex artis* genérica, sino tan sólo de las reglas técnicas aplicables a la singularidad de cada caso o "*lex artis ad hoc*".

CLASES DE RESPONSABILIDAD LEGAL DEL MEDICO: PENAL, CIVIL Y ADMINISTRATIVA.

Las vías procesales para interponer un pleito sobre actuación sanitaria de la que se deriva un daño son las siguientes (Gisbert Calabuig, 2004):

- Vía PENAL:
 - o Caso penal puro. Se presenta una querrela o demanda y la sentencia incluye la reparación civil.
 - o Caso penal con reserva de acciones civiles. Igual que el anterior pero el enfermo se reserva la acción civil.
 - o Caso penal con declaración de irresponsabilidad penal, pero en el que se considera que sí existe responsabilidad civil.
 - o Caso penal que se archiva y ante el que sigue existiendo para el enfermo la posibilidad de una acción civil.

- Vía CIVIL:
 - o Caso en el que es posible el ilícito penal pero el paciente lo desestima y acude directamente a la vía civil.
 - o Reclamación contractual por vía civil.

- Vía CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVA:
 - o Reclamación demandando a la Administración pública

RESPONSABILIDAD PENAL DEL MÉDICO

La posible responsabilidad penal del sanitario derivada de una mala práctica profesional es un problema, en términos generales, tan viejo como la medicina; pues se cuenta de Alejandro Magno que ordenó crucificar a un médico por considerar que había incurrido en abandono culpable de un enfermo. Desde 1870, año en que empiezan a recopilarse las sentencias del Tribunal Supremo, hasta 1978 apenas se habían dictado en España 30 sentencias sobre responsabilidad penal por mala práctica de los profesionales sanitarios. En las dos últimas décadas, en cambio, las sentencias del Tribunal Supremo (TS) sobre esta materia pasan de cincuenta, un 60% más que en el siglo y medio anterior (Paul Velasco, 1996).

La responsabilidad médica puede dar lugar a **responsabilidad penal**, cuando el hecho incriminado constituye una infracción voluntaria o imprudente, tipificada como delito o falta. Este tipo de responsabilidad puede llevar consigo inhabilitación, prisión o multa.

La intervención del derecho penal está legitimada ante una mala praxis profesional cuando se haya producido un resultado dañoso o lesivo. Para que al sanitario pueda imputársele una negligencia en su actividad médico quirúrgica deberá establecerse una relación de causalidad entre dicho resultado lesivo y una falta médica.

El médico en el ejercicio de su profesión puede estar implicado en diversas actividades contempladas en las siguientes figuras delictivas del Código Penal (CP):

- Omisión del deber de socorro (Art. 195 CP)
- Denegación de asistencia o abandono de los servicios sanitarios (Art. 196 CP)
- Divulgación del secreto profesional (Art. 199.2 CP)
- Falsificación de certificados (Art. 397 CP)
- Inducción y cooperación al suicidio y eutanasia (Art. 143 CP)
- Aborto sin consentimiento (Art. 144 CP)
- Aborto con consentimiento (Art. 145.1 CP)
- Trasplante, esterilización, cirugía transexual sin consentimiento (Art. 156 CP)
- Lesiones al feto (Art. 157 y 158 CP)
- Revelación de secreto informático (Art. 197.2 y 5 CP)
- Suposición de parto, alteración de la paternidad, estado o condición el menor, sustitución de niño (Art. 220 CP)
- Exposición a radiaciones ionizantes (Art. 343 CP)
- Tráfico de sustancias nocivas estando autorizado (Art. 360 CP)
- Intrusismo profesional (Art. 403 CP)
- Falsos testimonios en pruebas periciales (Art. 459 y 460 CP)
- Denegación de asistencia por motivos de raza, sexo, religión, etc. (Art. 512 CP)
- Detención ilegal (Art. 163 y 167 CP)
- Delito de coacciones (Art. 172 CP)
- Delito contra la libertad de conciencia (Art. 522 CP)
- Delito de homicidio y lesiones. Con todo, la circunstancia jurídica más habitual en la responsabilidad penal del médico es la de la *imprudencia punible*, es decir, es decir cuando se trata de la realización de un delito o de una falta imprudente, que vienen tipificados en los artículos 142, 146, 152, 158 (en relación al 157), 159, 220 y 621 del Código Penal.

Dolo e imprudencia.

En el campo penal, para que pueda exigirse responsabilidad, es necesario demostrar que hubo *culpabilidad*. Se puede distinguir dos tipos de culpabilidad: el dolo y la imprudencia.

En términos muy generales el **dolo** no es otra cosa que el conocimiento de que se va a cometer un acto delictivo y la voluntad de cometerlo. En cambio la culpa, se identifica con la **imprudencia**, no existe conciencia ni voluntad de causar un resultado lesivo pero este se produce por una actuación imprevista y descuidada del sujeto, que infringe los deberes de cuidado que le son exigibles (Paúl Velasco, 1996). En consecuencia, se dice que el médico actúa dolosamente, cuando sabe lo que hace y además quiere hacerlo; en cambio, se dice que el médico actúa de forma imprudente, cuando omite la diligencia debida (Casas Sánchez, 2000).

Culpa penal y Jurisprudencia

La jurisprudencia distingue en la imprudencia tres elementos fundamentales una acción u omisión voluntaria no maliciosa, un mal efectivo y concreto y una relación de causalidad entre ambos.

Sala de lo Penal del Tribunal Supremo sintetiza en la sentencia de 7 de octubre de 1986 (Sáez Valcarcel, 1996) que para valorar en sus justos términos una posible imprudencia médica:

- a) No puede olvidarse que la medicina es una ciencia inexacta en la que intervienen factores imprevisibles y variedad de riesgos extraños y ajenos a su prudente ejercicio
- b) Se considerarán atípicas (irrelevantes desde la norma) las conductas que obedezcan a error científico o de diagnóstico, salvo que la dimensión de la equivocación aparezca inexcusable. Tampoco se castigaran las faltas de extraordinaria pericia, con la misma salvedad.
- c) Se afirmará la responsabilidad del técnico en aquellos casos en los que pudo evitar el comportamiento que produjo el resultado lesivo
- d) Se evitan generalizaciones inmutables.

Con todo, no puede olvidarse que, como destacan estudiosos como Santos Briz, Fairén y Martínez-Calcerrada, el compromiso del profesional sanitario no es "obtener en todo caso la recuperación del enfermo o lo que

es igual, no es la suya una obligación de resultados (*hay excepciones, Martínez Calcerrada cita la realización de análisis clínicos, colocación de prótesis dentarias, intervenciones quirúrgicas de estética...*) sino una *obligación de medios*, es decir está obligado no a curar al enfermo, sino a proporcionarle todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia (Sentencias de 26 de mayo de 1986 y 12 de julio de 1988; en el mismo sentido, las de 7 de febrero y 6 de julio de 1990, 11 de marzo y 11 de noviembre de 1991, y de 20 de febrero de 1992, todas ellas de la Sala Primera del Tribunal Supremo (Consejo del Poder Judicial, 1994). Otras muchas sentencias posteriores no incriminan el error científico ni de diagnóstico salvo que sea una equivocación inexcusable. La Sentencia 1193/1994 de 8 de junio, condena por delito de imprudencia temeraria al médico que "no completo los datos elementales e indispensable para el diagnóstico" dando lugar a "un resultado irreparable".

Impericia y Negligencia

En los delitos imprudentes el resultado se produce por una de las siguientes causas:

Impericia. Para el Tribunal Supremo la impericia es "*la falta de conocimientos técnicos en el ejercicio de la profesión*" que deben exigirse a cualquier médico para ejercer con seguridad. Se refiere a la ineptitud o ignorancia de las reglas de la profesión, bien sea porque tales conocimientos no se poseen, o porque poseyéndose no se actualizan, porque la actuación choca frontalmente con el actuar adecuado a la actividad de que se trate. Es decir, sería aquella imprudencia grave cometida por un profesional en el ejercicio de su ciencia, arte u oficio, que ha de ser debida a su ignorancia o a su inhabilidad aunque el profesional sea experto y conocedor de su profesión, a una actuación inexcusablemente contraria a lo que era esperable y exigible de su profesionalidad, y ello siempre que el resultado sea la muerte del paciente o la causación a este de lesiones a las que se refieren los artículos del CP 147.1, 149 ó 150, sino se produce ninguna de estas consecuencias por más impericia, negligencia o vulneración de la *Lex Artis* que concurra, no podrá hablarse de imprudencia profesional (Casas Sánchez, 2000).

Negligencia. Para el Tribunal Supremo, en la negligencia profesional concurren el no prestar al caso el cuidado y atención que merece, dando lugar a la producción de un hecho lesivo.

Código Penal. Grados de la Imprudencia.

El Código Penal (CP) de 1995 distingue entre imprudencia grave y leve, pero no las define. La calificación se deja a la libre apreciación del juzgador, basándose en los informes periciales que se le aporten y en la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Fernández Entralgo en 1996 conceptúa los grados de *intensidad del descuido* en dos:

- 1- **Imprudencia grave.** Es la omisión de aquel cuidado o diligencia, de aquella atención que puede exigirse al menos cuidadoso, atento o diligente. Una acción se comete con imprudencia grave cuando el que la ejecuta no mide ni prevé sus posibles consecuencias y se expone irreflexivamente a producir un daño en las persona o en las cosas que pudo y debió evitar. Para que un facultativo sea castigado debe de producirse un resultado lesivo como consecuencia de esa imprudencia grave.
- 2- **Imprudencia leve.** Se entiende por imprudencia leve la omisión del cuidado y la atención que cualquier persona debe poner de ordinario al ejecutar un hecho capaz de perjudicar a otro. Como decíamos anteriormente para que el sanitario sea castigado debe de producirse un resultado lesivo como consecuencia de la imprudencia leve. En estos casos la infracción del deber de cuidado es de pequeño alcance, el CP la tipifica como falta y requiere para ser castigada la previa denuncia del ofendido o de sus representante legal (art. 621 CP).

Proceso penal. Trámites.

Los tipos penales sobre los que se inicia un proceso penal por responsabilidad son los siguientes:

- A) Homicidio
 - Delito de homicidio imprudente. La muerte ocasionada por imprudencia grave, es decir, cuando la acción se ha realizado sin tener el cuidado y diligencia que se puedan exigir, es siempre delito. Este delito se tipifica en el artículo 142, se establece la diferencia en cuanto a las penas, en si la acción la comete un profesional o no. En el

primer caso se condenará a pena privativa de libertad, y se impondrá la pena de inhabilitación especial para la profesión.

- Falta de homicidio imprudente. Sí sólo concurre imprudencia leve, el hecho es tratado como una mera falta, castigada con pena de multa de uno o dos meses por el artículo 621.2 del CP.

B) Lesiones

- Delito de lesiones. Cuando las lesiones son ocasionadas por imprudencia grave, su tratamiento es muy distinto según el resultado producido, tal y como se recoge en el Artículo 152: El que por imprudencia grave causare algunas de las lesiones previstas en los artículos 147 (*lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, siempre que requiera objetivamente para su sanidad, además, de la primera asistencia, tratamiento médico o quirúrgico*), artículo 149 (*perdida o inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, impotencia, esterilidad, grave deformidad o grave enfermedad somática o psíquica*) y artículo 150 (*la pérdida o inutilidad de un miembro principal o la deformidad*), será castigado con pena privativa de libertad y pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a cuatro años.
- Falta de lesiones: si solo concurre imprudencia leve. Se recoge en el artículo Art. 621.1: Los que por imprudencia grave causaren alguna de las lesiones previstas en el apartado 2 del artículo 147 (*lesiones de menor gravedad, teniendo en cuenta el medio empleado o el resultado producido*), serán castigados con la pena de multa de uno a dos meses; así como en el 621.3: Los que por imprudencia leve causaren lesión constitutiva de delito, serán castigados con pena de multa de quince a treinta días. Además, tratándose de imprudencias constitutivas de falta, su persecución y enjuiciamiento depende de que se presente denuncia por la persona agraviada, o, en su caso, por su representante legal.

El proceso penal comienza normalmente por **denuncia o querrela** del paciente y/o sus familiares que da lugar a la apertura de las diligencias correspondientes. Mas inusual es que el propio hospital o centro asistencial comunique al juzgado a través de un parte de lesiones y/o de defunción un hecho que puede ser constitutivo de responsabilidad sanitaria, en nuestra experiencia personal hemos peritado dos casos, el primero se trataba de un anciano ingresado por neumonía con grave insuficiencia respiratoria al que

se prescribe eritromicina vía endovenosa y la ATS administra endovenosamente un preparado oral de eritromicina de sabor naranja disuelto en agua, el paciente sufre inmediatamente un coma hiperosmolar y éxitus posterior; en el otro caso, se administra a varios pacientes, en la sala de despertar de la anestesia, cloruro sódico al 20% en vez de solución fisiológica (sodio cloruro de 0.9 g), hecho que originó lesiones y secuelas neurológicas severas en un varón y la muerte de una mujer de 43 años de edad.

Las diligencias judiciales se tramitarán como diligencias previas que suelen derivarse en un procedimiento abreviado regulado por la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Al profesional sanitario se le puede imputar un delito o una falta. Según la gravedad de la calificación judicial el caso se juzgará por un Juez de Instrucción, en caso de que se trate de una falta, o en los casos de delito en un Juzgado de lo Penal o en la Audiencia Provincial.

Tras la denuncia o querrela sigue la fase instructora, ante el Juzgado de instrucción competente, que tiene por objeto reunir las pruebas precisas para comprobar la comisión del delito y la culpabilidad de los acusados. De los medios que la Ley regula para la comprobación del delito y la averiguación del delincuente destacamos como básico el *informe pericial*.

El concepto de *lex artis* no es un concepto jurídico, sino técnico o científico; lo que significa que el juicio de valor sobre la adecuación de la conducta del sanitario a dicha *lex artis* tendrá que ser emitido por otros profesionales sanitarios, actuando como peritos, y no directamente por el Juez.

Los Jueces y Magistrados dan singular importancia a los informes médico-forenses, que los consideran de máxima utilidad por su fiabilidad, uniformidad de criterios, objetividad y concreción (Hernández y cols, 1996). Del Médico Forense se destaca también la independencia y la disponibilidad dentro de la organización de la Administración de Justicia. No obstante, en los procedimientos por presunta malpraxis pueden ser muchos los peritos médicos que intervengan. Los informes periciales sobre praxis médica deben hacer referencia a tres puntos fundamentales: el hecho o presunta falta médica, el daño causado, y la relación de causalidad entre ambos.

El Magistrado puede acordar la práctica de un dictamen sobre algunas cuestiones concretas en relación al acto médico enjuiciado o sobre

la existencia o no de una actuación sanitaria ajustada o no a la norma praxis asistencial.

El Dictamen Médico Forense debe estar redactado en base a un estudio minucioso de la historia clínica o de los documentos médicos y pruebas complementarias del caso. Se analizará el acto médico enjuiciado y la actitud o cumplimiento del paciente. En ocasiones, se efectuará también una "valoración interpretativa médica" de las declaraciones de testigos e imputados. Otras veces, se deben elevar consultas a especialistas y siempre debería realizarse una revisión bibliográfica cronológicamente coincidente con los hechos. También es preciso en algunos casos solicitar los protocolos de actuación a los centros sanitarios, así como preguntas concretas a la Real Academia de Medicina u otros organismos sanitarios o docentes especializados y acreditados. Será necesario, en muchos procedimientos, la valoración del daño sufrido mediante la exploración de la presunta víctima, y en los casos de muerte con sospecha de malpractice es básica la autopsia judicial practicada, a nuestro criterio, preferentemente por Médicos Forenses expertos de los Servicios de Patología Forense de los Institutos de Medicina Legal, ya que la autopsia judicial por su independencia y objetividad es uno de los mejores métodos para el conocimiento o detección de posibles errores, accidentes o complicaciones.

En definitiva, como dice el Profesor Gisbert Calabuig en 2004 el perito médico legista debe determinar en su dictamen:

- a) si el medico ha cumplido con su obligación respecto a su enfermo
- b) si ha ejercido una actividad precisa y concreta destinada a diagnosticar a través de exploraciones y pruebas imprescindibles
- c) el estado patológico del enfermo
- d) y si ha aplicado los remedios terapéuticos necesarios para curar lo, aliviar lo, o rehabilitar lo para una vida social acorde con las características socio profesionales del sujeto, o si no hubiese sido posible a reducir sus molestias, dolores o invalideces y en todo caso procurarle el consuelo preciso.

Es cada día más frecuente en la fase de instrucción, la diligencia de ratificación del Dictamen emitido por los peritos médicos para aclarar y ampliar las cuestiones planteadas por las partes en relación a la actuación profesional valorada.

Practicadas las diligencias que el Juez estime necesarias o las que le propongan las partes y se estimen pertinentes, el Juez puede, o bien estimar que el hecho no es constitutivo de infracción penal, mandando archivar las actuaciones, o bien reputar falta el hecho, en cuyo caso mandará convocar a juicio de faltas o, entender que el hecho puede ser constitutivo de delito. En este caso, da traslado de todas las actuaciones al Ministerio Fiscal, y a la acusación particular para que soliciten la apertura de Juicio Oral, o para que soliciten el sobreseimiento o archivo de la causa o, excepcionalmente, la práctica de diligencias complementarias.

De celebrarse Juicio, los peritos médicos serán citados a los efectos de aclarar distintos aspectos sobre sus Dictámenes. El Médico Forense defenderá su informe científico-técnico al lado de expertos propuestos por las partes, es habitual que todos los peritos estén juntos en el acto de juicio oral para aclarar contradicciones o cualquier duda que se suscite. La complejidad de estas periciales, su grave repercusión tanto en la presunta víctima como en el profesional sanitario y el largo interrogatorio en el acto del Juicio Oral hacen aconsejable que la valoración, emisión y ratificación de estos dictámenes sea efectuada por dos médicos forenses.

La presunción de inocencia en el ámbito penal implica que de no quedar acreditada la culpa o negligencia, la presunción impide dictar sentencia condenatoria.

La extinción o prescripción. La prescripción comienza a correr desde el mismo día en que se hubiere cometido el delito o la falta y se interrumpe cuando el procedimiento se dirige contra el culpable; si el procedimiento termina sin condena o se paraliza por cualquier causa, empezará a correr de nuevo el plazo de prescripción. En los casos de imprudencia leve perseguible solo a instancia de parte, bastará el transcurso de seis meses desde que se hayan cometido, sin denuncia del ofendido, para que prescriban. En cambio en los de imprudencia profesional grave con resultado de muerte o lesiones habrá que esperarse para la prescripción varios años (art. 131 del Código Penal), sin que se formule denuncia o querrela o sin que la acción judicial se dirija contra el profesional aunque sea en concepto de presunto culpable.

RESPONSABILIDAD CIVIL DEL MÉDICO

La responsabilidad civil, al igual que la administrativa, no trata de imponer una sanción sino de otorgar una compensación económica por daños al perjudicado.

La responsabilidad civil es una obligación que nace de la ley, de los contratos y cuasi contratos, y de los actos y omisiones ilícitos, o en los que intervenga cualquier género de culpa o negligencia (art. 1.089 del Código civil).

Pueden diferenciarse varios tipos de responsabilidad civil:

- A) Responsabilidad civil contractual. La responsabilidad civil del médico es esencialmente contractual. El contrato de arrendamiento de servicios, en cuanto regulador de las relaciones médico y paciente presenta unas ciertas peculiaridades, según la doctrina del Tribunal Supremo, y entre ellas de forma destacada el que no se trata de un *contrato* de resultados, ya que no se engendra mas que *una obligación de medios*, que consiste en prestar los cuidados que precise el paciente, ajustados a los principios científicos y deontológico vigentes. Quiere decir que solo se deberá indemnizar al enfermo o familiares cuando se demuestre el incumplimiento de la obligación del médico de aportar todos los medios posibles, es decir, de realizar todos los actos exploratorios, diagnósticos, terapéuticos, etc. que el estado actual de la ciencia exige en el tratamiento de la enfermedad concreta en cuestión, todo ello independientemente del resultado terapéutico (Gisbert Calabuig, 2004).

El Código civil no contempla la regulación especial para el contrato de prestación de servicios sanitarios y así se ha visto contemplada por la Ley General de Sanidad, que debe considerarse como la que define el marco de derechos y obligaciones de la relación médico-paciente.

El Tribunal Supremo recoge las siguientes obligaciones del profesional que presta los servicios sanitarios (Casas Sánchez, 2000):

- Obligación de actualización de conocimientos y medios
- Obligación de información

- Obligación de continuidad de cuidados
- Información terapéutica

Cuando los daños que originan la reclamación derivan del incumplimiento de un contrato, el plazo de prescripción es de 15 años desde la que la acción pudo ser ejercida (artículos 1964 y 1969 del CC).

- B) Responsabilidad civil extracontractual. Surge cuando el daño no deriva de la ejecución de un contrato (artículo 1.089 y 1902 del Código civil). En general solo graves impericias han sido motivo de indemnización. El plazo de prescripción en la responsabilidad civil extracontractual, se rige por el art. 1968.2 del Código Civil, que señala el plazo de un año desde que lo supo el agraviado.
- C) Responsabilidad objetiva. Es la responsabilidad sin culpa, que se establece en Derecho para evitar que, en algunos casos, la víctima de un daño pueda quedar sin indemnización por no identificarse al culpable. El Tribunal Supremo ha calificado esta culpa como virtual: se sabe que el hecho ocurrió mientras se prestaba asistencia sanitaria en el hospital, que el enfermo ha sido ajeno al hecho y que, además, no tiene el deber jurídico de soportar el daño sufrido. Ante esta circunstancia se impone la indemnización. La prescripción de esta responsabilidad es de quince años (Gisbert Calabuig, 2004).
- D) Responsabilidad civil de origen penal. El artículo 116.1 del Código Penal establece que: "Toda persona criminalmente responsable de un delito o falta lo es también civilmente si del hecho se derivaren daño o perjuicios...", es decir, en el proceso penal por imputación de una imprudencia profesional, además de la pena y/o inhabilitación, también se ejercitará la acción civil encaminada a reparar los daños mediante la indemnización correspondiente.

RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA

Los procedimientos por responsabilidad patrimonial, se inician mediante reclamación administrativa de los interesados, los cuales tienen para reclamar un plazo de un año que en el caso de daño de carácter físico o psíquico de las personas, empieza a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

La vía de responsabilidad administrativa no afecta a todos los facultativos sino exclusivamente a los de la Sanidad Pública y a los de los centros concertados cuando atienden a pacientes cuya asistencia corre por cuenta de la Seguridad Social. El profesional estrictamente privado seguirá sometido, en su caso, a las demandas civiles de los pacientes.

En la Jurisdicción Contencioso-Administrativa (Casas Sánchez, 2000), el médico puede ser emplazado como codemandado, aunque el Tribunal no podrá en el fallo ni absolver ni condenar al médico. Son posibles varios supuestos:

- Si la Administración resulta absuelta, el médico se puede olvidar del problema
- Pero si resulta condenada, caben tres posibilidades:
 - o La primera, si la condena se basa en una cuestión por completo ajena al profesional, la Administración no puede reclamar nada al médico
 - o La segunda, si la condena responde a una negligencia del médico, la Administración tampoco podrá trasladar la indemnización al médico
 - o Y por último, si el origen del daño es una culpa o negligencia grave del profesional, el INSALUD o sus homólogos, podrán exigir al médico lo pagado por la entidad gestora al paciente. Este último supuesto será muy poco frecuente, ya que son muy pocas las conductas en las que el Tribunal Supremo ha apreciado responsabilidad grave.

ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

Para que exista responsabilidad medica penal o civil deben concurrir ciertos requisitos que deberían ser analizados y valorados en los informes periciales:

- Falta médica y su gravedad.
- Perjuicio ocasionado. Se describen las lesiones producidas y sus secuelas, siendo el juzgador quien cuantificará el daño.

-
- Relación de causalidad entre la falta médica y el perjuicio ocasionado.

ACCIÓN U OMISIÓN ILÍCITA O FALTA MÉDICA

Uno de los requisitos de cualquier clase de imprudencia médica es la acción u omisión en el ejercicio de la profesión que supone una infracción del deber objetivo de cuidado que debe observarse.

Los criterios del deber de cuidado en el ejercicio de la actividad médica son (Barreiro, 1999):

- El modelo de conducta del médico medio (STS 27-5-1988).
- El deber del médico de actualizar sus conocimientos científicos según su tiempo y posibilidades de acceder a esa formación
- Han de valorarse las circunstancias en las cuales se realiza la actuación médica, especialmente si se trata de una actuación urgente o no y el lugar donde se desarrolla la actividad. La naturaleza de los medios exploratorios y los recursos terapéuticos dependerá del medio en que se realice el acto médico, por lo que las exigencias al respecto son distintas en el medio rural, en la consulta privada.....y en el hospital.
- El médico tiene la obligación de no actuar, cuando sea consciente de las limitaciones de su capacidad profesional para llevar a cabo una determinada actividad médica.
- Respetar por parte del médico el derecho que tiene el paciente de ser informado sobre el cuadro clínico que presenta y las posibles alternativas terapéuticas.

PERJUICIO OCASIONADO

Para que un médico incurra en responsabilidad es necesario que la falta cometida haya ocasionado daños o perjuicios (somáticos, psíquicos o económicos) apreciables a otra persona.

Debe señalarse que el médico sólo tiene obligación de reparar o indemnizar los daños que sean consecuencia necesaria del acto u omisión que le es atribuido, pero no cuando el daño es imputable, única y exclusivamente, a quien lo recibió en su persona o en sus bienes, según doctrina jurisprudencial constante del Tribunal Supremo.

RELACIÓN DE CAUSALIDAD

Para que exista responsabilidad tiene que haber una relación de causalidad entre la falta cometida y el perjuicio ocasionado, es decir las lesiones que presenta el paciente deben ser consecuencia directa de la acción u omisión, no considerándose en ningún momento como resultado dañoso, el derivado de la propia patología del paciente o de una evolución negativa posterior.

Se trata de demostrar si el resultado lesivo se habría producido igualmente en el caso de no haberse llevado a cabo la conducta presuntamente inadecuada. Para establecer la relación de causalidad se utilizan los criterios clásicos, es decir el topográfico, el criterio cronológico y el de continuidad sintomática. Muchas veces el perito médico para establecer el nexo de causalidad se ve limitado a basarse en aspectos probabilísticos.

PRAXIS ASISTENCIAL EN CIRUGÍA MENOR

En cirugía, además de contar con la cualificación y experiencia del cirujano y anestesista, es importante tener la infraestructura necesaria para cumplir los mínimos requisitos par el ejercicio seguro de la actividad sanitaria.

La diferencia fundamental entre cirugía con y sin ingreso hospitalario, es que en esta última denominada cirugía ambulatoria, el paciente pasará el postoperatorio en su domicilio.

Por *cirugía ambulatoria* se entiende aquella que, realizada con anestesia local, regional o general, no precisa de un ingreso hospitalario formal, si no solamente de un periodo de recuperación postanestésica y de observación postoperatoria en el centro sanitario, inferior generalmente a 24 horas, antes del traslado al domicilio particular. Este hecho hace plantear meticulosamente, especialmente en la cirugía ambulatoria mayor, este período y prever cualquier complicación que pueda suceder. Existen dos tipos de cirugía ambulatoria:

- Cirugía ambulatoria mayor: Hace referencia a procedimientos quirúrgicos más complejos con más riesgo, frecuentemente realizados con anestesia general o raquídea.
- Cirugía menor: La que hace referencia al tratamiento de pequeñas heridas o abscesos de otros problemas de menor importancia y poco riesgo; generalmente se emplea anestesia local.

Los médicos de familia entre otros especialistas pueden asumir la cirugía menor, intervenciones sencillas y de corta duración, que afecta a tejidos superficiales y que se realizan con anestesia local, como la extirpación de quistes o pequeñas lesiones. Es recomendable el estudio anatomopatológico de todas las muestras extraídas en cirugía menor.

Revisados múltiples sentencias recogidas por José María Martínez-Pereda Rodríguez en 1997 y Gustavo López-Muñoz y Larraz en 2003 no encontramos ninguna sentencia relacionada con la practica de cirugía ambulatoria menor. No obstante, queremos reseñar un caso relacionado con la práctica quirúrgica en el que se produjo cicatrices deformantes del rostro que causan afectación psicológica a la paciente y en Sentencia de la Sección Sexta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, dictada con fecha 2 de diciembre de 1995 bajo la ponencia del Magistrado D. Jesús Ernesto Peces y Morate, se decide indemnizar al afectado.

Medicina "curativa" y medicina "no curativa" o de "resultados".

Es necesario distinguir entre los conceptos jurisprudenciales formulados de *medicina o especialidades "curativas"* respecto a las que sólo se exige la prestación de medios asistenciales y curativos, de las *"no curativas" o de "resultado"*, en las que se exige el cumplimiento del buen fin de lo convenido a expensas de que si no se alcanza ese buen resultado prometido se incurre en responsabilidad (López-Muñoz, 2003).

Dentro de las especialidades "curativas" en las que existe, como ya exponíamos, un contrato de servicios con obligación de utilizar todos los medios posibles para rehabilitar la salud, se encuentran entre otras especialidades la Alergología, Aparato Digestivo, Cardiología, Cirugía Torácica, Medicina Interna... (Porrero, 2002).

La medicina "no curativa" se refiere a aquellas especialidades cuya finalidad no es la curación directa del enfermo, sino que son el medio para lograr esta finalidad, ayudando como medio diagnóstico. Así las especialidades analíticas, como por ejemplo Análisis Clínicos, Bioquímica y Radiodiagnóstico, ayudan a establecer un diagnóstico más certero. El contrato celebrado en este caso por las partes sería de obra por tratarse de una obligación de resultado (Porrero, 2002). También existe una obligación de resultados en el caso de la cirugía estética e incluso en odontología, en estas situaciones el paciente acude al médico, no para curar un cuadro patológico, sino para mejorar su estado físico.

En el caso de la *cirugía estética* se suscitan problemas de enorme interés, considerando esta práctica como generadora no solo de una obligación de medios sino también de una obligación de resultados. Al no ser una intervención de urgencia debería ser una intervención sin riesgos operatorios. Dada la apreciación subjetiva de los resultados, el especialista debería protegerse de posibles reclamaciones mediante: a) Estudio iconográfico del estado previo del paciente, concretamente del área objeto de la intervención, b) Valoración de las posibilidades de reparación y resultados, informando adecuadamente al enfermo, c) Obtener por escrito su consentimiento informado, tanto para la intervención en sí, como para la técnica seleccionada y lo que se pretende conseguir y finalmente, d) Pruebas gráficas del resultado obtenido tras la cirugía, que pueden servir para comparar con el estado anterior.

Dentro de la cirugía, los aspectos que más reclamaciones generan son: a) La anestesia, b) El defecto de consentimiento, tema que se abordará con posterioridad, c) El propio resultado de la intervención. El enfermo o sus familiares pueden considerar que un resultado desfavorable, que puede ser la muerte del operado o haber quedado alguna secuela, pueden ser consecuencia de una falta cometida por el cirujano.

Para decidir sobre estas reclamaciones, los Tribunales toman en consideración múltiples elementos, cuyo análisis se hace a través de una peritación médico-legal. Los principales son (Gisbert Calabuig, 2004):

- Necesidad de la intervención (pronóstico de la enfermedad y grado de urgencia de la intervención)
- Diagnóstico preoperatorio correcto

- Características anatómicas del sujeto operado, es muy relevante si se trata de una reintervención.
- Antecedentes patológicos, estado general y patologías intercurrentes existentes en el enfermo que puede incrementar el riesgo que suponga la intervención
- La técnica quirúrgica utilizada
- Los cuidados y vigilancia postoperatorios prestados al operado

ESPECIAL CONSIDERACIÓN AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información y el consentimiento es un nuevo modelo de relación médico y paciente. Dentro del derecho español, en la Ley General de sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril, aparece consagrado el consentimiento como uno de los derechos más relevantes de los pacientes. Esta Ley ha sido parcialmente derogada por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicada en el B.O.E núm. 274 del 15 de noviembre de 2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación, entiende por consentimiento informado "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud".

Fig. 1 PRAXIS EN CIRUGÍA MENOR

1- CARACTERÍSTICAS GENERALES

- Es ambulatoria
- Bajo anestesia local
- Afecta a tejidos superficiales
- Se realiza para tratamientos de pequeñas heridas o abscesos, o para la extirpación de quistes u otras lesiones.

2-PROFESIONALES IMPLICADOS

- Médicos generalistas
- Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria
- Especialistas en Dermatología
- Especialistas en Cirugía Estética
- Cirujanos en general

3- Será necesario la INFORMACIÓN adecuada al paciente y la firma del DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

4- RECOMENDACIÓN:

- Estudio anatomopatológico de todas las muestras extraídas en cirugía menor.
- Estudio iconográfico pre y posquirúrgico (sobre todo sí la cirugía tiene finalidad estética)

5-RESPONSABILIDAD EN CIRUGÍA MENOR

- Acto médico quirúrgico con finalidad "curativa":
al médico le será exigible una prestación de medios.
- Acto médico quirúrgico con finalidad "no curativa" (estética):
al facultativo le será exigible no solo una prestación de medios sino también un resultado.

Consentimiento informado es el marco de una relación medico-paciente basada en la confianza mutua:

- Para el PACIENTE:
 - o Prestar consentimiento informado es uno de sus derechos fundamentales
 - o Al consentir:
 - Asume el riesgo previsible de la medicina sobre su vida y sobre su salud
 - Se hace copartícipe de la incertidumbre de los resultados
 - Otorga el consentimiento para una buena praxis, pero nunca para el acto imprudente o negligente del sanitario

- Para el MEDICO:
 - o Informar adecuadamente y recabar el consentimiento es uno de sus deberes profesionales
 - o El consentimiento informado no es un mero documento que pueda eximir o exculpar de responsabilidad
 - o No debería percibirse como una obligación dentro de la llamada "Medicina defensiva"

Como deben quedar registrados los requisitos del consentimiento.

En relación al *consentimiento informado* dentro del marco de los principios básicos 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* se establece:

1-Forma de prestar el consentimiento informado:

- **Verbal:** Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios (Art. 2.2). Será verbal por regla general (Art. 8.2)
- **Por escrito** en los siguientes casos (Art.8.2): **intervención quirúrgica**, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general,

aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente

2-Momento y forma revocar el consentimiento: El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento (Art. 8.5).

3-Información básica que debe proporcionar el facultativo al paciente, *antes de recabar su consentimiento escrito* (Art.10.1):

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente
- c) Los riesgos probables en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención
- d) Las contraindicaciones.

4- La Ley también determina el **derecho del paciente a decidir** entre las opciones clínicas disponibles (Art. 2.3) y a negarse al tratamiento, excepto en los casos previstos en la Ley. Especifica que la negativa al tratamiento constará por escrito (Art. 2.4).

5- Límites al consentimiento informado (art. 9.2): Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

- Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
- Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

Documento o formulario

Los documentos de consentimiento informado o formularios deben ser claros, expresados en términos sencillos, en los que conste:

- El nombre del médico que informa
- El nombre del paciente o del representante legal que consiente
- La naturaleza del acto médico (diagnóstico, terapéutico, preventivo, curativo, reparador)
- Exposición de riesgos y complicaciones reales y posibles y la asunción del paciente de los mismos:
 - o Riesgos generales del procedimiento medico-quirúrgico
 - o Riesgos particulares del procedimiento elegido
 - o Especificar los riesgos personales en relación a los antecedentes patológicos del paciente
- Para casos conflictivos puede plantearse, una ampliación del consentimiento para abordar los problemas conexos que pudieran surgir en el curso de la actuación (especialmente cirugía) y que necesariamente deban ser abordados
- Precauciones que deberán seguirse para un buen desarrollo del acto médico

Si un tercero accede al documento donde se ha recogido la información (por ejemplo el Juez) y no es capaz de entender o captar a través de él, lo más relevante y esencial del hecho -la intervención médica- que se ha realizado, tampoco podrá considerarse suficiente para el paciente que haya tenido que tomar su decisión con el sólo apoyo de tal documento (Romeo Casabona, 2002).

Si el documento sobre la información ha sido cumplimentado correctamente servirá de defensa al profesional que puede acreditar documentalmente la autorización y así evitar un procedimiento de responsabilidad por actuar sin consentimiento o por no advertir al paciente de los presuntos riesgos o complicaciones del acto médico.

Requisitos específicos del consentimiento informado.

El consentimiento, aún habiéndose prestado por escrito puede ser ineficaz, inválido o incluso nulo si se asienta sobre un defecto de información o, lo que es más grave y no infrecuente, sobre una información sesgada, incompleta o tendenciosa. El consentimiento válido debe reunir los siguientes requisitos:

- a) Debe ser libre y consciente, solo es posible si el sujeto tiene una clara representación del alcance del acto o actos sobre los que va a consentir, por tanto, estar debidamente informado
- b) Competencia legal del paciente. Si el enfermo puede decidir se aceptará su criterio, si no se estará a lo dispuesto en la legislación vigente. Como novedad, el artículo 11 de la nueva Ley contempla que el enfermo podrá elaborar un documento de instrucciones previas en donde deje plasmada su voluntad, así mismo puede designar un representante para que sirva de interlocutor con el personal sanitario
- c) Elaborar y cumplimentar por escrito un informe de consentimiento informado, es obligado en los casos previstos en la Ley, pero mucho mas para los actos no curativos y en los que el enfermo podría pensar en una garantía de resultados como son por ejemplo los casos de cirugía estética, prótesis, regímenes dietéticos y ortodoncias.

BIBLIOGRAFÍA

Barreiro, AJ. La imprudencia profesional del médico en el nuevo C P español de 1995, Colegio Oficial de Médicos de Madrid, 1999.

Casas Sánchez JD y Rodríguez Albarrán MS. Manual de Medicina Legal y Forense. COLEX. Constitución y Leyes, S.A. Madrid. 2000.

Código Penal y Leyes Penales Especiales. José Manuel Valle Muñiz. 7^a Edición. Editorial Aranzadi. Navarra. 2001.

Consejo del Poder Judicial. Responsabilidad del Personal Sanitario. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, noviembre de 1994.

Fernández Entralgo J. Apuntes sobre responsabilidad penal de los profesionales de la sanidad. Cuadernos de Medicina Legal: Responsabilidad Profesional Médica. Asociación Andaluza de Médicos Forenses. 1996 Abril núm. 4: 23-36.

Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología. 6ª Edición. E. Villanueva Cañadas (editor). MASSON SA, 2004.

Hernández Moreno J, Hernández Gil MI, Hernández Gil A. Malpraxis médica. Conceptos personales y consideraciones sobre su problemática a la luz de experiencias previas de países extranjeros. Cuadernos de Medicina Legal: Responsabilidad Profesional Médica. Asociación Andaluza de Médicos Forenses. 1996 Abril núm. 4: 48-56.

La imprudencia punible en la profesión sanitaria según la Jurisprudencia del Tribunal Supremo. Colex , 1985.

Ley General de Sanidad 14/86, de 25 de abril.

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 (publicada en el BOE 274 de 15 de noviembre de 2002).

López- Muñoz y Larraz G. El Error Sanitario. Editorial Dykinson, SL., 2003. Madrid.

Martínez-Pereda Rodríguez JM. La Responsabilidad Penal del Médico y del Sanitario. COLEX, Constitución y Leyes SA. Madrid. 1997.

Medicina forense de Simpson. Bernard Knight. Editorial El Manual Moderno, México, 1994.

Paúl Velasco JM. Introducción a la responsabilidad jurídica del profesional sanitario. Cuadernos de Medicina Legal: Responsabilidad Profesional Médica. Asociación Andaluza de Médicos Forenses. 1996 Abril núm.4: 83-93.

Porrero J.L. Cirugía mayor ambulatoria. Manual práctico.. 2ª Edición 2002. MASSON SA, Barcelona.

Quaderns 11 de la Bona Praxi. Prevenció i maneig de riscos, anàlisi de reclamacions. Metges d'Atenció Primària. Desembre 1999.

http://www.comb.es/cat/serveis_profes/publicacions/bonapraxi/home.htm

Romeo Casabona C.M. Problemas prácticos del consentimiento informado: El consentimiento informado en la relación entre el médico y el paciente. Aspectos jurídicos. Edita Fundació Victor Grífols i Lucas. Barcelona., 2002.