

A stylized map of Spain is the central focus, rendered in a light blue color. The map is set against a background of light blue and pink geometric shapes. In the top left corner, there are several curved yellow lines. In the top right, a pink vertical bar contains the number '8'. The map itself features several icons: a fountain pen nib pointing towards the top right, a red building with a yellow window, and a red square with yellow wavy lines. The title 'IMPRUDENCIA Y NEGLIGENCIA EN LA PROFESIÓN MÉDICA' is printed in white capital letters across the middle of the map.

IMPRUDENCIA Y NEGLIGENCIA
EN LA PROFESIÓN MÉDICA

JAVIER SÁNCHEZ-CARO
FERNANDO ABELLÁN

IMPRUDENCIA Y NEGLIGENCIA
EN LA PROFESIÓN MÉDICA

IMPRUDENCIA Y NEGLIGENCIA EN LA PROFESIÓN MÉDICA

JAVIER SÁNCHEZ-CARO

Abogado, pertenece al Cuerpo Superior de Letrados de la Administración de la Seguridad Social y es actualmente el Subdirector General-Jefe de los Servicios Jurídicos del Instituto Nacional de la Salud

FERNANDO ABELLÁN

Abogado socio de «Derecho Sanitario Asesores» y Letrado de la Corte de Arbitraje del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid, Sección de Responsabilidad Civil Sanitaria

GRANADA, 2001

© Los autores

© Asesoramiento en Derecho Sanitario, S.L.

Derecho Sanitario Asesores
Calle O'Donnell, 43 - 1.ºA
28009 MADRID

Tel.: 91 576 75 80 • Fax: 91 577 28 33

E-mail: dchosanitario@wanadoo.es

ISBN: 84-8444-330-2 • Depósito Legal: Gr. 865/2001

Fotocomposición, impresión y encuadernación: EDICIONES EL PARTAL, S.L.

SUMARIO

I. PRÓLOGO	1
II. PARTE GENERAL	9
1. Diferentes clases de responsabilidad	11
1.1. Responsabilidad penal	12
1.2. Responsabilidad civil	13
1.3. Responsabilidad disciplinaria	14
1.4. Responsabilidad deontológica	15
1.5. Responsabilidad patrimonial de la Administración	15
2. Dolo y Culpa	17
3. Diferencias entre culpa civil o negligencia y culpa penal o imprudencia ..	20
4. La imprudencia civil	22
4.1. Elementos configuradores	22
a) <i>Una actuación antijurídica del médico</i>	22
b) <i>Producción de un daño</i>	25
c) <i>Relación de causalidad entre la acción u omisión y el daño</i> ..	25
d) <i>La culpa o negligencia</i>	27
4.2. La responsabilidad civil en el trabajo en equipo	28
5. La imprudencia penal	31
5.1. Concepto y características	31
5.2. La infracción del deber de cuidado	33
5.3. La relación entre la falta de consentimiento informado y la im- prudencia médica	36

6. Delitos y faltas de imprudencia	37
6.1. Delitos de imprudencia	38
6.2. Faltas de imprudencia	39
6.3. Criterios de graduación de las penas	40
7. El concepto de imprudencia profesional	41
III. DELITOS DE IMPRUDENCIA PENAL QUE PUEDEN AFECTAR A LA PROFESIÓN MÉDICA	45
1. Homicidio imprudente	47
2. Aborto imprudente	48
3. Lesiones imprudentes	53
3.1. Lesiones en general	54
3.2. Lesiones al feto	57
4. Manipulación genética imprudente	59
5. Falsedad documental imprudente	60
6. Sustitución imprudente de un niño por otro	61
IV. CASOS DE IMPRUDENCIA MÉDICA	63
1. En Reproducción Humana Asistida y Ginecología	65
1.1. Caso de denegación de solicitud de fecundación «post mortem» por falta de consentimiento del esposo. Posible omisión de información por parte del centro de reproducción	65
1.2. Embarazo múltiple originado por una mala práctica médica. La reducción embrionaria	69
1.3. Daño de procreación	72
1.4. Caso de condena a dos ginecólogos como responsables de la esterilización de una mujer incapaz, sin existir una autorización judicial para ello	75
2. En Pediatría	80
2.1. Caso de homicidio imprudente cometido por un pediatra de una compañía aseguradora, por no prestar los cuidados adecuados a un niño con ataques convulsivos	80
2.2. Caso de imprudencia en la Ciudad Sanitaria de Oviedo, al provocarse una atrofia cerebral a una niña, a raíz de una perforación intestinal	85

3. En Neurología	87
3.1. Caso de fallecimiento por hemorragia meníngea en el Hospital Virgen de la Concha, de Zamora	87
3.2. Caso de responsabilidad por tener desatendido en vacaciones el servicio de neurología del Hospital Nuestra Señora de Covadonga de Oviedo	89
3.3. Caso de un paciente al que se le causó una paraplejía, que figuraba como riesgo posible de una delicada operación medular . .	91
4. En Inmunología	93
4.1. Caso de contagio del virus de la Hepatitis C por transfusión de sangre, en el Hospital General de Asturias	93
V. BIBLIOGRAFÍA	97

I
PRÓLOGO

Para que un acto médico no incurra en responsabilidad penal (y ésta es, como es lógico, la mayor preocupación de los profesionales de la medicina) debe reunir necesariamente tres requisitos: en primer lugar, que se lleve a cabo por un facultativo debidamente titulado (este aspecto nos remite a cuestiones ajenas a la presente unidad didáctica, aunque sean de mucho interés, máxime en los momentos actuales: actuación de los mestos, mesthos, médicos internos residentes, etc.). La respuesta de nuestras leyes, en los casos en que el primer requisito no exista, es el delito de intrusismo, que castiga la usurpación de funciones y la quiebra de la confianza de la sociedad en la actuación titulada de los profesionales; en segundo lugar, que se haya obtenido el consentimiento del paciente, bien sea expreso (oral o escrito), tácito o implícito (que es en principio la regla general), o presunto, según los casos. La falta de consentimiento plantea una serie de cuestiones importantes, pero que tampoco corresponde tratar en este momento (¿cuándo se incurre en el delito de coacciones o en el de detención ilegal, es decir, cuándo se menoscaba la voluntad de los pacientes?, o ¿cuándo la falta del mencionado consentimiento hace que el Código Penal tenga otra serie de reacciones: homicidio o

lesiones por imprudencia?); en tercer y último lugar, hay que observar las reglas propias de la profesión, esto es, la llamada «lex artis», que ha de tener en cuenta las circunstancias específicas de cada caso y, en concreto, aquellas en las que se encuentra el profesional y que, por tanto y en hipótesis, pueden ser muy variables. Y esta última cuestión es la que se afronta fundamentalmente en el presente momento con amplitud de miras, estudiando los problemas que ocasiona en los ámbitos civil o penal, y sus implicaciones más importantes, con referencia incluso a la conexión entre la «lex artis» y el consentimiento informado.

La unidad didáctica aborda, pues, en el presente caso los aspectos referentes a la imprudencia médica civil y a la imprudencia médica penal.

Es un hecho incontestable que, en lo que se refiere a la responsabilidad médica civil, hay una gran disparidad de criterios doctrinales y jurisdiccionales. Se ha llegado a decir, a este respecto, que hay diferentes modos de ver el problema y que faltan en la jurisprudencia criterios unánimes que orienten a los directamente afectados¹. Sin embargo, se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que se camina hacia la llamada responsabilidad objetiva o sin culpa, esto es, en vez de buscar quién es el culpable se pone el acento, simplemente, en la búsqueda de una relación o nexo de

¹ V. El trabajo del Catedrático de Derecho Civil y Magistrado de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo XAVIER O'CALLAGHAN en «*Nuevas orientaciones jurisprudenciales en materia de responsabilidad civil médica*». Actualidad Civil núm. 1, enero de 2001.

causalidad entre la acción u omisión y el daño. Esto significa, en consecuencia, que hay un desplazamiento de la responsabilidad del médico a la responsabilidad de la institución o centro médico en el que presta sus servicios. Quizás, tal evolución sea una simple consecuencia de la conciencia que se ha instalado en los ciudadanos de la existencia de sus derechos. Ahora bien, en todo caso no se puede afirmar que exista en el momento actual en España una reivindicación sociológica equivalente a la de los países anglosajones. Al contrario, todavía se está en condiciones de afrontar este problema dando un giro adecuado que permita anticiparse a lo que en principio parece que nos depara el futuro, adoptando aquí también las necesarias medidas preventivas que impidan, en lo posible, la exigencia de una exacerbada responsabilidad sin límites.

En el contexto de la unidad didáctica se ponen de relieve los problemas que plantea la prueba que hace referencia a que el daño se haya producido por la acción y omisión del médico y no por la propia naturaleza o genio de la enfermedad en contacto con el enfermo. No se plantea problema alguno cuando está clara la relación de causalidad entre la acción u omisión del médico y el daño producido en la persona del paciente. Por ejemplo, en el caso de un anestesista que, por no controlar el estado de un paciente en el monitor electrocardiográfico en el curso de una intervención, propició que el enfermo sufriera una anoxia cerebral que lo llevó a la muerte². Tampoco puede haber problema cuando falta clara-

² Sentencia del Tribunal Supremo de 12 de diciembre de 1997, recogida en el trabajo citado

mente la relación o nexo causal, ya que no hay obligación de reparar un daño cuando no se prueba que ha sido causado por el médico. Es el supuesto de la Sentencia de 31 de diciembre de 1997³. Ahora bien, es manifiesta la tendencia jurisdiccional que obliga a los facultativos demandados a probar los hechos ocurridos cuando dichos medios están claramente a su disposición y, en consecuencia, tienen fácil acceso a ellos. Por ejemplo, en el trágico caso de una mujer joven que da a luz y, posteriormente, a consecuencia de extrañas complicaciones no explicadas, quedó en silla de ruedas⁴. En fin, se ha abierto paso la llamada teoría del resultado desproporcionado, que responde a una corriente generalizada en Europa. Tal teoría quiere decir que, cuando se produce un daño en el paciente, sin que guarde relación con la lesión o enfermedades por las que acudió al médico, y éste no explica la

³ La Sentencia referida dice lo siguiente: «Hay que partir de los hechos que la sentencia de instancia declara probados, que conviene transcribir: 1.º) la intervención fue correcta en lo esencial; 2.º) que no existe explicación para que sienta las molestias que refiere; 3.º) la estimación de que los trastornos, que manifiesta y refiere el demandante, obedezcan a causas psicológicas y no puedan imputarse a motivos postoperatorios. Corroborado todo ello con la contradicción contrastada por el citado perito médico, en orden a las manifestaciones del demandado, de que a consecuencia de las operaciones sufridas no tuvo más erecciones, con la afirmación de que durante las erecciones siente molestias. Unido, todo ello, a la probada aparición en el paciente de granulomas cicatrizables que desde la primera intervención se detectaron en el actor, lo que precisó sucesivas intervenciones. Anormalidad ésta que, aún no descartable en algunas personas, no guarda relación de imputabilidad culposa o negligente, con el actuar del cirujano demandado, no existiendo el esencial y necesario nexo de causalidad para la viabilidad de la acción que se ejercita»

⁴ Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de diciembre de 1996.

causa de tal daño, estamos en presencia del resultado desproporcionado, atribuible a la acción u omisión del médico. Tales son los supuestos de las sentencias de 29 de junio de 1999 y 9 de diciembre de 1999⁵. La primera contempla el caso de la extirpación de la vesícula biliar de una mujer relativamente joven, que posteriormente fallece. La segunda hace referencia a una operación de cataratas, con el resultado de pérdida de un ojo.

Por último, en este campo de la responsabilidad civil hay que recordar, aunque en algún aspecto esté sometida todavía a discusión, que, frente a la obligación general del médico de medios (no se obliga a curar, sino a poner todos los medios para ello), se encuentra la llamada obligación de resultado (en la que el médico se compromete a conseguir un objetivo determinado). En este último caso, se suele incluir la cirugía puramente estética, la vasectomía, la ligadura de trompas, muchos casos de la odontología y de la oftalmología e incluso algunos de la traumatología.

Además de todo lo dicho, la presente unidad didáctica aborda una serie de casos interesantes de imprudencia penal. Aunque se trata de situaciones excepcionales en el normal actuar de la medicina, conviene, por supuesto, advertir la gravedad y la trascendencia que su realización lleva consigo. El lector observará la introducción en el nuevo Código Penal de figuras delictivas novedosas, tales como la manipulación genética imprudente o la sustitución imprudente de un niño por otro.

⁵ Recogidas en el trabajo anteriormente citado, Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de diciembre de 1996.

Para finalizar el trabajo, se recoge un rico y cuidadoso inventario de casos de imprudencia médica en el ámbito de la reproducción humana asistida, la ginecología, la pediatría, la neurología y la inmunología.

En definitiva, se contiene en la presente obra un estudio que permite contemplar el fenómeno patológico médico de la imprudencia, desde los principios y visiones generales hasta los aspectos particulares y concretos de la profesión.

JAVIER SÁNCHEZ-CARO



II
PARTE GENERAL

1. DIFERENTES CLASES DE RESPONSABILIDAD⁶

Con carácter general se puede distinguir entre las siguientes clases de responsabilidad en el ámbito del Derecho Sanitario:

- 1.—Penal
- 2.—Civil
- 3.—Disciplinaria
- 4.—Deontológica
- 5.—Patrimonial de la Administración

Conviene precisar de entrada, que el encuentro del médico con el paciente únicamente debe suponer que el profesional sanitario se obliga a prestar los cuidados que sean conformes al estado de la ciencia, en el momento en que se preste la asistencia.

⁶ V. JAVIER SÁNCHEZ-CARO y FERNANDO ABELLÁN. «*Derecho y Reproducción Humana, Endocrinología Pediátrica, Inmunología y Neurología*». Fundación Salud 2000. Madrid, junio de 1998. Págs. 34 a 39.

Consecuencia de lo anterior es que la obligación del médico se configura técnicamente como **una obligación de medios** y no como una **obligación de resultados**. Esto es, el profesional se compromete a poner todos sus conocimientos en la tarea de curar o aliviar al paciente, pero no contrae la obligación de obtener la curación de éste en todo caso. Por esta razón, se puede afirmar que el fracaso o el error del médico no es siempre equivalente a un suceso del que el facultativo tenga que responder desde el momento en que la ciencia médica no es una ciencia exacta y, más aún, que el médico tiene el compromiso permanente de actualizar sus conocimientos, ya que su responsabilidad se exige con arreglo al estado de los mismos en el momento en que se producen los hechos que se juzgan.

1.1. Responsabilidad penal

La responsabilidad penal surge cuando se comete un delito o una falta (infracción grave o leve). Dentro del campo médico, los casos que con mas frecuencia llegan a los tribunales son los de exigencia de responsabilidad por imprudencia, de la que nos vamos a ocupar expresamente en esta obra. En el ámbito penal las Administraciones Públicas o las empresas, en su caso, para las que trabajen los médicos, sólo son responsables civiles subsidiarios. Es decir, para poder indemnizar a los perjudicados, evitando los embargos de los profesionales sanitarios, ha de acreditarse que estos últimos no tienen bienes con que hacer frente a sus responsabilidades y que la lesión causada, en su caso, es una consecuencia directa del funcionamiento de los Servicios Públicos. Por tanto,

el INSALUD o el Servicio de Salud de una Comunidad Autónoma, por ejemplo, no puede pagar antes de que los médicos se queden sin bienes. Sólo después de producirse esa circunstancia la Administración o empresa podrá pagar lo que falte para completar la indemnización dictaminada⁷.

1.2. Responsabilidad civil

Hablar de responsabilidad civil en el campo del Derecho Sanitario es, fundamentalmente, tanto como tener que hacer frente a una indemnización. Por lo demás, la responsabilidad civil puede derivarse de un contrato previo (enfermo que solicita los servicios de un médico) o de una situación en la que no exista un contrato (la llamada responsabilidad extracontractual), como ocurre en el caso de los servicios prestados por los médicos de la Seguridad Social, que no derivan de ninguna relación contractual con el asegurado o beneficiario.

⁷ V. Arts. 120 y 121 del Código Penal. Art. 121 del CP: «*El Estado, la Comunidad Autónoma, la provincia, la isla, el municipio y demás entes públicos, según los casos, responden subsidiariamente de los daños causados por los penalmente responsables de los delitos dolosos o culposos, cuando éstos sean autoridad, agentes y contratados de la misma o funcionarios públicos en el ejercicio de sus cargos o funciones siempre que la lesión sea consecuencia directa del funcionamiento de los servicios públicos que les estuvieren confiados, sin perjuicio de la responsabilidad patrimonial derivada del funcionamiento normal o anormal de dichos servicios exigible conforme a las normas de procedimiento administrativo, y sin que, en ningún caso, pueda darse una duplicidad indemnizatoria*».

La responsabilidad indemnizatoria en este campo civil es solidaria y opera, tanto entre los que hayan intervenido directamente, como en relación con la Administración o empresa para la que trabajen (por ejemplo, el INSALUD o una clínica privada). Esto quiere decir que el que se sienta perjudicado puede exigir la responsabilidad en su totalidad de cualquier profesional o de todos ellos conjuntamente y, del mismo modo, puede exigirla de la Administración Pública o empresa correspondiente (que son responsables solidariamente, esto es, por el todo).

1.3. Responsabilidad disciplinaria

Esta responsabilidad surge cuando los profesionales, como muchas veces ocurre, no actúan de forma independiente, sino que trabajan para alguna Administración Pública o para alguna empresa.

Tal responsabilidad hay que remitirla al cuadro de infracciones y sanciones que se encuentra en cada una de las zonas o sectores correspondientes (en el ámbito de la función pública, en el ámbito del Estatuto del Personal de la Seguridad Social, o, en último extremo, en el seno del Estatuto de los Trabajadores)⁸.

⁸ V. SERGIO GALLEGU. «*Manual actualizado sobre el Procedimiento Disciplinario del Personal Estatutario*», Instituto Nacional de la Salud, Madrid, 1994.

1.4. **Responsabilidad deontológica**

La responsabilidad Médico-Deontológica surge como consecuencia de la incorporación de un profesional a un Colegio Médico, rigiéndose por sus disposiciones específicas⁹.

1.5. **Responsabilidad patrimonial de la Administración**

Esta responsabilidad consiste en que las Administraciones Públicas deben indemnizar cuando producen un daño con ocasión del funcionamiento (normal o anormal) del servicio público sanitario¹⁰.

Es una responsabilidad directa de la Administración, que no involucra al profesional sanitario. En consecuencia, se trata de una responsabilidad objetiva, esto es, sin culpa, bastando demostrar el daño y el enlace causal.

⁹ V. GONZALO HERRANZ. «*El Código de Ética y Deontología Médica*». Unidad didáctica 6, del plan de formación en responsabilidad legal profesional, de la Asociación Española de Derecho Sanitario, 2000.

Y del mismo autor, «*Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica*», Eunsa, Pamplona 1992.

V. también JAVIER SÁNCHEZ-CARO y FERNANDO ABELLÁN, «*Ética y Deontología Médica*». Fundación Salud 2000, Madrid, noviembre de 2000.

¹⁰ V. Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (Ley 30/1992, de 26 de noviembre, modificada por Ley 4/1999, de 13 de enero).

Sólo se excluye de indemnización el supuesto en el que concurre fuerza mayor, entendida como los hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de su producción ¹¹, pero no el caso fortuito (acontecimiento interno e imprevisible).

En último extremo, la Administración debe exigir a las autoridades y demás personal a su servicio lo que haya pagado directamente a los lesionados, si los profesionales sanitarios hubieran incurrido en dolo, culpa o negligencia grave ¹². Quedan fuera, por tanto, de la reclamación contra el facultativo los casos de imprudencia profesional leve.

De cualquier forma, la realidad en el momento actual es que no es posible llevar a cabo la reclamación por parte de la Administración a los facultativos en los casos mencionados, debido a

¹¹ V. Art. 141 de la Ley anteriormente citada, tras la modificación de la Ley 4/1999.

Como ejemplo de caso de fuerza mayor, puede citarse el fallado por el Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo), mediante Sentencia de 25 de noviembre de 2000, relativo al contagio de un paciente por el virus C de la hepatitis, producido a raíz de una transfusión de sangre en un centro del INSALUD, pero en un momento en el que todavía no se comercializaba el reactivo para detectar el citado virus (este caso se desarrolla ampliamente en el título IV de esta obra).

¹² V. Art. 145 de la misma Ley, que fue igualmente modificado por la referida Ley 4/1999, en el sentido de donde se decía la Administración «*podrá exigir*» ahora se dice «*exigirá de oficio*».

la existencia de un seguro de responsabilidad en los Servicios de Salud que hace que ya no sea la propia Administración la que pague las indemnizaciones, sino las compañías aseguradoras. Por este motivo, la Administración no puede exigir a los profesionales médicos lo que ella no ha pagado.

Por último, recordar que cuando se trata de lesiones producidas por comportamientos de naturaleza penal atribuibles a los profesionales sanitarios al servicio de la Administración, esta última es responsable civil subsidiaria de los daños que se hayan causado, siempre y cuando los mismos tengan su origen en la comisión por los citados profesionales de delitos dolosos o culposos, y siempre que las lesiones que se ocasionen sean consecuencia directa del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos que les estuvieran confiados¹³.

2. DOLO Y CULPA¹⁴

Podemos hablar genéricamente de dolo civil y penal, y de culpa civil o negligencia y culpa penal o imprudencia.

En el campo civil hay dolo cuando, con palabras o maquinaciones insidiosas, se induce a otra persona a realizar algo (por

¹³ V. Art. 121 del Código Penal, anteriormente reproducido.

¹⁴ V. JAVIER SÁNCHEZ-CARO y FERNANDO ABELLÁN. «*Derecho y Reproducción Humana, Endocrinología Pediátrica, Inmunología y Neurología*»; ob. cit., pág. 40.

ejemplo, un contrato) que sin ellas no hubiera hecho ¹⁵. Y existe la culpa civil o negligencia cuando se produce la omisión por una persona de la diligencia que exija la naturaleza de la obligación que lleve a cabo, y que corresponda a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar ¹⁶.

Quienes en el cumplimiento de sus obligaciones incurren en dolo o negligencia civil, quedan sujetos a la indemnización de los daños y perjuicios causados ¹⁷.

Dentro del ámbito penal, el dolo supone una actuación voluntaria y deliberada dirigida a dañar a otro, una agresión consciente. Esto es, equivale a una actuación intencional. Cuando alguien obra con conocimiento y voluntad decimos que obra dolosa o intencionalmente.

Ahora bien, no siempre la conducta dolosa agresora de un bien jurídico origina una responsabilidad de su autor, ya que puede concurrir a veces una causa de justificación, como la legítima defensa o el estado de necesidad, que convierten dicha conducta en lícita ¹⁸.

¹⁵ V. Art. 1.269 del Código Civil.

¹⁶ V. Art. 1.104 del Código Civil.

¹⁷ V. Art. 1.101 del mismo Código.

¹⁸ Piénsese, por ejemplo, dentro de la reproducción humana asistida, los casos de embarazos múltiples en los que, a pesar de haberse actuado correctamente, se hace preciso realizar una reducción embrionaria. El facultativo actúa intencionadamente al eliminar el embrión o embriones que impiden la viabilidad de los restantes, pero lo hace ciertamente en el contexto de una situación o estado de necesidad de la paciente embarazada, que le obliga a proceder de tal manera.

Por el contrario, la culpa penal o imprudencia consiste en una agresión no voluntaria a la vida, o a la salud e integridad del paciente, que se produce porque el facultativo ha infringido en su actuación determinados deberes de cuidado que le eran exigibles respetar.

Supone, en definitiva, una actuación gravemente negligente que, en el ámbito de la culpa médica, indica la falta de diligencia o de previsión que acarrea la infracción de alguno de los deberes médicos. La norma de conducta para medir las exigencias de responsabilidad es la correspondiente a un profesional. Esto quiere decir que el médico debe de obrar conforme a la «lex artis», que es una expresión empleada frecuentemente por nuestro Tribunal Supremo y que deriva de nuestro Código Civil ¹⁹. Su formulación puede hacerse de la siguiente manera: consiste en dar al enfermo, como dice la jurisprudencia francesa, los cuidados conscientes y atentos con arreglo a los datos y conclusiones actuales de la ciencia, salvo circunstancias excepcionales.

¹⁹ V. Art. 1.104 del Código Civil: «*La culpa o negligencia del deudor consiste en la omisión de aquella diligencia que exija la naturaleza de la obligación y corresponda a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar. Cuando la obligación no exprese la diligencia que ha de prestarse en su cumplimiento se exigirá la que correspondería a un buen padre de familia*».

3. DIFERENCIAS ENTRE CULPA CIVIL O NEGLIGENCIA Y CULPA PENAL O IMPRUDENCIA²⁰

En derecho puede hablarse de hechos culposos o imprudentes de carácter civil y de carácter penal. En ambos casos se trata de supuestos en los que se causa un resultado perjudicial a alguien, que en el campo médico se concreta en un daño para la salud del paciente.

Dentro del ámbito penal, y en función de la mayor o menor gravedad de los hechos ilícitos, se determina el baremo por el que los mismos, a su vez, se califican como delitos o como faltas (infracciones graves o leves).

Aparte de la mayor gravedad de la culpa penal frente a la culpa civil, existen otras diferencias entre ambos conceptos de culpa que pueden resumirse de la siguiente forma:

- a) Para que pueda hablarse de culpa penal la conducta prohibida tiene que encontrarse descrita en el Código Penal (requisito de la tipicidad). Sólo se castigan los comportamientos imprudentes concretos y previstos expresamente en un precep-

²⁰ V. C. M.^a ROMEO CASABONA. «*El médico ante el derecho*». Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, 1986, 3.^a reimpresión, págs. 97 a 99.

to legal. Por el contrario, la culpa civil no requiere de tal requisito, pudiendo surgir la misma de una acción u omisión que no responda a los deberes de cuidado exigibles a una persona concreta en una situación determinada ²¹.

- b) Las consecuencias de uno y otro tipo de culpa son diferentes, pues mientras en el caso de la culpa penal se produce un castigo consistente en una pena, en el de la culpa civil se origina un resarcimiento económico para el afectado traducible en una indemnización.

- c) La responsabilidad penal es estrictamente personal, es decir, recae sobre el individuo concreto autor de los hechos, sin que sea trasladable a otros. Sin embargo, la responsabilidad civil puede originar efectos a terceras personas o entidades relacionadas con el autor directo. Es el caso, por ejemplo, de las instituciones sanitarias que responden por los actos de los médicos que trabajan en las mismas.

²¹ Art. 1.902 del Código Civil: «*El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado*».

4. LA IMPRUDENCIA CIVIL²²

4.1. Elementos configuradores

Para que exista responsabilidad civil por culpa, debe acreditarse la concurrencia de los siguientes requisitos²³:

a) *Una actuación antijurídica del médico*

La actuación antijurídica del médico consiste en una acción u omisión ilícita. No estaremos en presencia de una actuación ilícita cuando exista una causa de justificación. Por ejemplo, es clara la inmunidad del médico para causar al paciente lesiones que sean necesarias para su correcto tratamiento y habrá que admitir que su actuación es lícita cuando obre en virtud de un estado de necesidad, que supone que el daño producido al paciente es menor que el que se trata de evitar.

²² Aunque como ya se ha dicho anteriormente el término «imprudencia» se utiliza con frecuencia para referirse a la culpa de naturaleza penal, resulta también válido su uso para aludir, como se hace ahora, a la culpa de carácter exclusivamente civil.

²³ V. JAVIER SÁNCHEZ-CARO y FERNANDO ABELLÁN. «*Derecho y Reproducción Humana, Endocrinología Pediátrica, Inmunología y Neurología*»; ob. cit., págs. 42 y ss.

Y también, ASUNCIÓN MERINO JIMÉNEZ. «*La responsabilidad civil y penal del médico*». Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Madrid, 1999. Capítulo «*La prueba en el proceso civil*»; págs. 147 y ss.

Obligación de medios. En este sentido, conviene recordar que constituye doctrina jurisprudencial constante de la Sala Primera del Tribunal Supremo, que la obligación del médico es una obligación de actividad o de medios, no de resultado ²⁴.

En consecuencia, para apreciar el incumplimiento de la obligación de medios, se requiere la prueba de la falta de diligencia del médico por quien la invoca, independientemente del resultado del tratamiento.

Obligación de resultado. Sólo, excepcionalmente, la obligación del profesional médico pasa a ser de resultado, cuando se trata de la práctica de una intervención quirúrgica reparadora o perfectiva o estética, en la que el paciente es cliente y su relación con el médico se asemeja más a un contrato de obra que de servicios.

En estos casos de obligación de resultado, la falta de obtención de este último, o su realización defectuosa, implica por sí mismo el incumplimiento de la obligación, salvo que el médico demandado pueda probar que se produjo un caso fortuito o de fuerza mayor.

²⁴ V. Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de septiembre de 1996, en la que se dice que: «*La obligación del profesional sanitario no lo es de resultados sino de medios, pues no contrae deber de curación del enfermo, como si fuera algo a su alcance -lo que sería el rotundo avance de la ciencia médica-, sino procurar, sin omisiones, fisuras ni justificaciones sin causa, aplicar todos los medios que el avance de la medicina pone a su alcance para la mejora de la salud*».

Supuestos de resultado de daño desproporcionado. Asimismo, y también de forma excepcional, como manifiesta la Magistrada MERINO JIMÉNEZ ²⁵, cuando aún tratándose de medicina curativa, no voluntaria, nos encontramos ante un mal resultado que por su desproporción con lo que es usual comparativamente con otros casos similares, según las reglas de la experiencia y del sentido común, revela inductivamente la penuria negligente de los medios empleados, según el estado de la ciencia y las circunstancias de tiempo y lugar, o el descuido en su conveniente y temporánea utilización, se genera una presunción desfavorable que obliga al médico a probar su falta de culpabilidad. Y ello porque se convierte la obligación de actividad en obligación de resultado, que sólo exonera al médico de su obligación de responder si acredita la ruptura del nexo causal.

¿Quién tiene la obligación de probar la actuación antijurídica del médico? Con carácter general el paciente es el que debe demostrar no sólo el daño, sino la autoría y la relación de causalidad, y hasta la infracción de los deberes profesionales. No obstante, la Magistrada MERINO JIMÉNEZ, recogiendo los pronunciamientos judiciales sobre la materia, señala tres excepciones a esta norma ²⁶:

²⁵ V. ASUNCIÓN MERINO JIMÉNEZ. «*La responsabilidad civil y penal del médico*». Capítulo «*La prueba en el proceso civil*»; ob. cit.; pág. 149.

²⁶ *Ibidem*, pág. 151.

- La previa existencia de una prueba más o menos evidenciable (prueba «prima facie») que permita constatar la existencia de culpa o de no culpa del profesional.
- En los citados supuestos de medicina perfectiva o estética, en los que el cliente únicamente tiene que demostrar que no se obtuvo el resultado, o que el mismo fue defectuoso.
- Cuando el resultado es desproporcionado, o se produce una falta de cooperación u obstrucción del médico en la aportación de las pruebas que deban obrar en su poder (por ejemplo, datos de la historia clínica, consentimiento informado).

b) *Producción de un daño*

La actuación ilícita culposa ha de producir un daño. Éste es un concepto muy amplio donde se entiende incluido toda clase de perjuicios, no solamente los materiales sino también los morales (por ejemplo, la muerte de un hijo para un padre o una madre).

La prueba del daño incumbe a quien reclama una indemnización por dicho motivo, y para ello son de gran importancia los informes clínicos.

c) *Relación de causalidad entre la acción u omisión y el daño*

Se trata de la exigencia de un nexo de unión entre la actuación u omisión de médico y el resultado dañoso producido.

La teoría más acogida por la doctrina y jurisprudencia civiles es la conocida como de la «causalidad adecuada»²⁷, que consiste en considerar como causa del daño el antecedente o la condición de la que normalmente se derive el resultado dañoso (condición más probable).

Normativa sobre defensa de los consumidores y usuarios.

Por último, debe hacerse alusión a la incidencia de la normativa sobre defensa de los consumidores y usuarios que, en materia de responsabilidad médica, proclama un sistema de responsabilidad objetiva, sin tener en cuenta la existencia o no de culpa²⁸, aunque como dice la Magistrado MERINO JIMÉNEZ²⁹, en la práctica los Tribunales vienen supeditando su aplicación a la concurrencia del factor culposo o negligente.

²⁷ Las otras son «la teoría de la equivalencia de las condiciones», que considera causa a toda condición que haya contribuido a la producción del resultado en su concreta configuración; y la «teoría de la causa próxima», que estima que la causa es el factor que ha condicionado más próximamente en el tiempo el resultado, de forma que el más próximo excluye al más remoto.

²⁸ El art. 28 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios 26/1984, de 19 de julio, dice lo siguiente: «1. No obstante lo dispuesto en los artículos anteriores, se responderá de los daños originados en el correcto uso y consumo de bienes y servicios cuando por su propia naturaleza, o está así reglamentariamente establecido, incluyen necesariamente la garantía de niveles determinados de pureza, eficacia o seguridad, en condiciones objetivas de determinación, y supongan controles técnicos, profesionales o sistemáticos de calidad, hasta llegar en debidas condiciones al consumidor o usuario.

2. En todo caso, se considerarán sometidos a este régimen de responsabilidad los [...] servicios sanitarios [...].».

²⁹ V. ASUNCIÓN MERINO JIMÉNEZ. «La responsabilidad civil y penal del médico». Capítulo «La prueba en el proceso civil»; ob. cit.; pág. 154.

En estos supuestos, el paciente se convierte en consumidor que utiliza unos servicios sanitarios, y cuando se le produce un daño se origina responsabilidad por ello, pues se presume por Ley, en el medio hospitalario, una serie de niveles de eficacia, seguridad y controles técnicos de calidad que deben impedir los citados daños³⁰.

d) *La culpa o negligencia*

Como dice el profesor ROMEO CASABONA³¹, la culpa consiste en la conducta negligente o imprevisora del médico que en el ámbito de su profesión comporta la infracción de determinados deberes. La relación de estos últimos podría ser la siguiente³²:

- I. Consentimiento informado.
- II. Secreto profesional.
- III. Conocimiento, habilidad y medios técnicos.
- IV. Continuidad en el tratamiento.

³⁰ *Ibidem*, págs. 154. Para explicar el mecanismo de aplicación de la citada normativa sobre defensa de los consumidores y usuarios, la mencionada autora cita el caso de la Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de junio de 1998, relativa a un supuesto de responsabilidad médica en un centro hospitalario, en el que se produjo la muerte de un paciente por infección de bacteria intrahospitalaria resistente al tratamiento antibiótico, con fallo de los controles de calidad y seguridad del servicio.

³¹ V. C. M.^a ROMEO CASABONA. «*El médico ante el derecho*». ob. cit. pág. 117.

³² V. JAVIER SÁNCHEZ-CARO y FERNANDO ABELLÁN. «*Derecho y Reproducción Humana, Endocrinología Pediátrica, Inmunología y Neurología*»; ob. cit., págs. 41 y ss..

- V. Asistencia y consejo.
- VI. Intervención obligatoria.
- VII. Emisión de certificados.
- VIII. Diagnóstico, prescripción y tratamiento.
- IX. Obligación de resultado, en su caso³³.

4.2. La responsabilidad civil en el trabajo en equipo

Mientras que en materia penal la responsabilidad es estrictamente personal, no ocurre lo mismo en materia civil donde se plantean dificultades a la hora de determinar las responsabilidades cuando intervienen varios profesionales médicos o sanitarios en equipo con funciones repartidas.

En los casos en los que el paciente ha establecido una relación contractual con uno o varios miembros del equipo, cada uno de ellos responderá por la parte de obligación asumida, siendo posible añadir la responsabilidad solidaria del jefe del equipo junto a la del autor material, al corresponderle al primero una labor de supervisión y control de lo realizado por los demás³⁴.

La complejidad de las relaciones que derivan de la actuación en equipo ha llevado a nuestra jurisprudencia (Tribunal Supremo) a delimitar las diferentes responsabilidades a través de lo que se

³³ En la medicina denominada satisfactiva o perfectiva (cirugía estética).

³⁴ *Ibidem*, pág. 119.

conoce como «principio de la confianza». Consiste en síntesis, en que el médico que actúa de forma correcta puede confiar en que los demás miembros del equipo también lo harán de igual forma, salvo que se den circunstancias especiales que hagan pensar en lo contrario. Por ejemplo, el cirujano puede confiar en que la actuación del anestésista, en lo que se refiere a su cometido específico, es correcta y viceversa.

El principio anterior es una consecuencia de la división del trabajo y de la especialización, pues no sería posible llevar a cabo una actuación tan compleja y delicada, como es una intervención quirúrgica, por ejemplo, sin que cada uno de los intervinientes se dedique a su actividad específica. El mencionado principio de la división del trabajo puede ser horizontal o vertical. En el primer caso, se trata de regular las actuaciones profesionales entre iguales (es el caso citado del anestésista y del cirujano), y en el segundo, se trata de relaciones entre desiguales (por ejemplo, la relación que se origina entre el ginecólogo y la matrona).

El principio de la confianza significa también, y como consecuencia de lo expuesto, que cada uno es responsable de lo que hace y, por tanto, el ámbito de su responsabilidad se delimita por razón de las funciones que le son propias y por la forma de ejercerlas.

Ahora bien, el principio de la confianza quiebra, esto es, ya no se puede confiar, cuando uno de los miembros del equipo (por ejemplo, el anestésista, el cirujano, el personal de enfermería, etc.) actúa incorrectamente y de manera que pueda ser percibido por los

demás, pues a partir de tal momento no rige la confianza y hay que hacer algo en defensa del paciente para no incurrir en responsabilidad. Por lo demás, dicha actuación irregular puede obedecer a diferentes causas: ineptitud, falta de cualificación en los colaboradores, fallos en la comunicación, deficiencias en la coordinación, etc..

Cada uno es, pues, responsable de sus actos pero está obligado a hacer algo cuando se rompe el principio de la confianza y resulta evidente que las cosas ya no van bien, pues en otro caso (de continuar adelante en la intervención quirúrgica, por ejemplo), ambos serían responsables del daño causado al paciente. Además, si bien en principio cada miembro del equipo responde individualmente por su actuación defectuosa, ha de tenerse en cuenta la existencia de una responsabilidad de todos aquellos que actúan como jefes de un equipo y llevan a cabo tareas de dirección, coordinación y supervisión. Esto quiere decir que en la división del trabajo médico horizontal (ginecólogo, obstetra, anestesista) el principio de la confianza juega con toda intensidad y solo deja de ser aplicable en supuestos excepcionales (por ejemplo, cuando se percibe un fallo grave de otro colega o existen dudas fundadas acerca de su cualificación o fiabilidad). En cambio, en la división del trabajo vertical, el ginecólogo o el neurólogo, etc., es el único responsable de los fallos o los errores que puedan producirse en el marco de las tareas de su exclusiva y personal incumbencia (elección del procedimiento, de medios, control y ejecución), que no podrá delegar en personal auxiliar no médico.

5. LA IMPRUDENCIA PENAL

5.1. Concepto y características

En el ámbito penal se utiliza junto a la palabra imprudencia la de impericia y negligencia. Como dice el profesor ROMEO CASABONA, la ley se refiere con estas expresiones a la asunción de un riesgo excesivo, un riesgo no permitido, y a haber infringido con ello unos deberes de cuidado. Distingue el citado autor entre impericia y negligencia: la primera entendida como la falta de conocimientos necesarios para actuar, la falta de habilidad, la ineptitud, y la no posesión de la capacidad requerida; y la segunda, consistente en la no aplicación de esos conocimientos y habilidad cuando se poseen³⁵.

Nuestro Tribunal Supremo³⁶, haciendo balance de lo manifestado por la jurisprudencia y la doctrina, tiene recogidos una serie de requisitos base imprescindibles que deben acompañar a la figura jurídica de la imprudencia penal en cualquiera de sus facetas (antes denominada «temeraria» o «simple», hoy «grave» o «leve»), y son los siguientes:

- a) La previsión o la posibilidad de un resultado dañoso por parte del sujeto activo de la acción (peligro latente en la activi-

³⁵ V. C. M.^a ROMEO CASABONA. «*El médico ante el derecho*». ob. cit. pág. 63.

³⁶ V. Sentencia del Tribunal Supremo, núm. 895/1997, de 26 de septiembre.

dad que se realice). La expectativa del citado resultado se aprecia teniendo en cuenta³⁷:

- El hecho que se realiza: el resultado dañoso ha de ser previsible conforme a las experiencias de la vida cotidiana (por ejemplo, lanzar piedras al aire en un lugar de mucha concurrencia).
 - La personalidad del agente, su cultura: el deber evitar presupone el poder evitar. Se imputa, pues, un resultado dañoso al que podía preverlo (por ejemplo, al cirujano imperito que emprende una delicada operación quirúrgica o al maquinista daltónico que continúa en su profesión).
- b) Que el resultado no sea querido por dicho sujeto, pues si así fuese, lo simplemente culposo se convertiría en actividad dolosa, con las consecuencias calificadoras del tipo delictivo y subsiguiente diferencia de penas a imponer (más graves si la conducta es dolosa y menos si es imprudente). En definitiva, se requiere una acción u omisión consciente y voluntaria, pero no intencional.
- c) Que la actuación infrinja una norma de cuidado (falta del deber de cuidado). En otras palabras, que el acto se ejecute sin adoptar aquellas cautelas o precauciones necesarias para evi-

³⁷ V. JAVIER SÁNCHEZ-CARO y FERNANDO ABELLÁN. «*Derecho y Reproducción Humana, Endocrinología Pediátrica, Inmunología y Neurología*»; ob. cit., pág. 91.

tar resultados perjudiciales (por ejemplo, conducir a gran velocidad en calle concurrida)³⁸.

- d) Que se produzca un resultado que constituya infracción legal (resultado dañoso, bien para las personas, bien para las cosas).
- e) Y finalmente, que haya un enlace lógico entre la actividad inicial y ese resultado, que constituye el requisito de lo que se ha dado en llamar «relación de causalidad» (que debe ser directa, completa e inmediata).

5.2. La infracción del deber de cuidado

En cuanto al concepto del deber de cuidado, el Tribunal Supremo³⁹ afirma que su infracción consiste en una «trasgresión de una norma socio-cultural que está demandando la actuación de una forma determinada, que integra el elemento normativo externo». Por esta razón, la parte esencial del tipo del injusto del delito imprudente lo constituye la divergencia entre la acción realmente realizada y la que tenía que haber sido desarrollada en virtud del deber de cuidado que objetivamente era necesario observar.

Se trata, pues, de un elemento difícil y complejo, pero fundamental, si bien no aparece precisado en el Código Penal, debién-

³⁸ *Ibidem*, págs. 90 y 91.

³⁹ V. Sentencia del Tribunal Supremo, núm. 1.188/1997, de 3 de octubre.

dose valorar por el juez en cada caso (lo que se denomina un tipo abierto). Se basa en dos elementos: el cuidado teóricamente necesario en la relación de que se trate (por ejemplo en la profesión médica) y su comparación con la acción ejecutada ⁴⁰.

El deber de cuidado es objetivo y no subjetivo. Esto quiere decir que se exige un nivel mínimo de capacidad necesaria, por debajo del cual tiene el facultativo que abstenerse de actuar. Por otro lado, el deber objetivo impone un resultado previsible que se averigua mediante el procedimiento de sustitución, es decir, se compara con la actuación que hubiera llevado a cabo otro profesional médico en idénticas circunstancias y antes de que se produjera el resultado. Es lo que se conoce como «lex artis» (la forma normal de actuar en la profesión médica, según las circunstancias).

La «lex artis» admite, pues, variaciones según los casos (medios de los que se dispone, mayores o menores posibilidades, ámbito rural o urbano, actuación normal o urgente, existencia o no de normas reglamentarias que lo delimitan, generalista o especialista, etc.). El deber de cuidado ha adquirido, ahora, una gran complejidad merced a la medicina en equipo. Como ya dijimos al tratar de la imprudencia civil, para solucionar este problema se acude al denominado principio de la confianza, que parte de la premisa de la responsabilidad personal (cada uno responde de aquello que

⁴⁰ V. JAVIER SÁNCHEZ-CARO y FERNANDO ABELLÁN. «*Derecho y Reproducción Humana, Endocrinología Pediátrica, Inmunología y Neurología*»; ob. cit., pág. 96.

está dentro de sus funciones), pero que hace responsable también a otro u otros cuando, percatándose de la conducta impropia de un miembro del equipo, no actúen con diligencia para evitar el daño. Además, hay que tener en cuenta los deberes especiales del director del equipo (organización, coordinación, distribución de tareas, selección).

Puede decirse que el médico infringe el deber de cuidado si, fuera de los casos de necesidad, asume una actividad o un cometido para el que no estaba capacitado por las limitaciones de su especialización o de sus cualidades personales, debiendo en tales casos mandar al paciente a otro colega cualificado y experimentado. En este punto tiene interés el concepto del «riesgo permitido», criterio aplicable a todas las acciones que por su naturaleza son peligrosas pero pueden ser realizadas por su utilidad social, si se respeta el cuidado exigible en el entorno de que se trate. Consistiría en el baremo objetivo del cuidado en la realización de acciones peligrosas, cuya observancia excluye ya la propia tipicidad del hecho imprudente y, en consecuencia, la responsabilidad del autor ⁴¹.

Igualmente, conviene significar que el médico tiene el deber de actualización de sus propios conocimientos profesionales, según su tiempo y respecto al progreso científico y resultados contrastados por la experiencia.

⁴¹ A. JORGE BARREIRO. «*La imprudencia punible en la actividad médico-quirúrgica*». Ed. Tecnos, Madrid, 1990; pág. 51.

5.3. La relación entre la falta de consentimiento informado y la imprudencia médica

Finalmente, debe comentarse la asociación que algunos autores establecen entre falta de consentimiento informado e imprudencia penal, en el sentido de considerar que la obtención del primero forma parte de la «lex artis» que el médico ha de observar y que, ante su ausencia, la conducta debe incardinarse necesariamente en el supuesto de la imprudencia penal (consideran también que la finalidad de la curación es incompatible con el dolo de lesionar o matar).

Frente a esta postura, el magistrado DELGADO GARCÍA⁴² entiende que hay casos de realización de lesiones típicas no consentidas (por ejemplo, una esterilización sin consentimiento) en los que existe una clara intencionalidad, pues el médico ha conocido y querido la producción de la lesión in consentida; y también supuestos en los que se produce un resultado (muerte o lesiones) que excede de lo que constituía el objeto de la intervención consentida por el paciente, en los que debe investigarse si hubo dolo, imprudencia o caso fortuito.

En cualquier caso, para el citado autor, la imprudencia penal tiene que ligarse a la inobservancia de la «lex artis» entendida en sentido estricto, es decir, como aquel conjunto de deberes del

⁴² J. DELGADO GARCÍA. «*La sanidad ante las nuevas tendencias jurisprudenciales. Aspectos penales*». IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Fundación Mapfre Medicina, 1998, págs. 165 y 166.

médico que tiene relación con sus conocimientos y su aptitud profesional, así como con la corrección con que practica determinada operación. Sin embargo, el simple defecto de información no puede originar, como regla general, una imprudencia penal, que sólo tendría lugar cuando la falta de información equivaliera a una falta absoluta de consentimiento.

Lógicamente, se puede considerar también un concepto más amplio de la «lex artis» que comprenda en su seno el deber del médico de informar al paciente en los términos ordenados por la Ley General de Sanidad, lo que tiene singular importancia en los supuestos de intervenciones quirúrgicas; pero en ese caso hay que hacer la salvedad de que esta parte de la «lex artis» (que podría denominarse parte jurídica) nada tiene que ver con aquella otra, exclusivamente referida a la ciencia médica, cuya violación constituye el auténtico fundamento de la posible responsabilidad penal por imprudencia del facultativo. Ahora bien, el mencionado defecto de información puede, desde luego, dar origen a una responsabilidad civil, es decir, indemnizatoria fundamentalmente.

6. Delitos y faltas de imprudencia⁴³

El Código distingue entre delitos y faltas de imprudencia, como veremos a continuación.

⁴³ V. JAVIER SÁNCHEZ-CARO y FERNANDO ABELLÁN. «Derecho y Reproducción Humana, Endocrinología Pediátrica, Inmunología y Neurología»; ob. cit., págs. 92 a 94.

El mecanismo utilizado en el texto legal consiste en determinar, respecto de cada una de las figuras delictivas (por ejemplo, el homicidio), si las mismas pueden ser cometidas por imprudencia, además de realizarse de forma intencional. En este sentido se observa una importante modificación respecto del Código Penal anterior, en cuyos preceptos se regulaba la imprudencia de una manera única, conceptual y de aplicación común para todos los delitos o faltas que admitían esta modalidad de comisión⁴⁴.

La técnica penal actual es, pues, una técnica casuística (hay que averiguar si una modalidad delictiva puede ser cometida por imprudencia, mediante la lectura de las modalidades imprudentes descritas en el precepto correspondiente).

6.1. Delitos de imprudencia⁴⁵

Según el Código Penal se pueden cometer por imprudencia los siguientes delitos relacionados con el Derecho Sanitario:

- a) El homicidio, que requiere imprudencia grave⁴⁶.
- b) El aborto, que requiere imprudencia grave⁴⁷.

⁴⁴ V. Código Penal anterior, arts. 565 y 586 bis.

⁴⁵ Las figuras delictivas imprudentes se tratan de forma exhaustiva en el capítulo III de esta obra.

⁴⁶ Art. 142. Código Penal.

⁴⁷ Art. 146. Código Penal.

- c) Las lesiones, que requieren imprudencia grave y un resultado tipificado e importante ⁴⁸.
- d) Las lesiones al feto, que requieren imprudencia grave ⁴⁹.
- e) La manipulación ilegal de genes humanos, que requiere imprudencia grave ⁵⁰.
- f) Las falsedades de autoridad y funcionarios, que requieren también imprudencia grave ⁵¹.
- g) Las sustituciones de niños en Centros sanitarios o sociosanitarios por imprudencia grave ⁵².

6.2. Faltas de imprudencia

Asimismo, las faltas de imprudencia, relacionadas con los temas que tratamos, son las siguientes: ⁵³

- a) Los que por imprudencia grave causaren una lesión que no requiera, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. Pena: multa de uno a dos meses.

⁴⁸ Art. 152. Código Penal.

⁴⁹ Art. 158. Código Penal

⁵⁰ Art. 159. Código Penal.

⁵¹ Art. 391. Código Penal.

⁵² Art. 220.5. Código Penal.

⁵³ Art. 621. Código Penal.

- b) Los que por imprudencia leve causaren la muerte de otra persona. Pena: multa de uno a dos meses.
- c) Los que por imprudencia leve causaren lesión constitutiva de delito. Pena: multa de quince a treinta días.
Las faltas anteriormente descritas sólo se persiguen mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.
- d) Abandono de jeringuillas⁵⁴. Los que abandonaren jeringuillas, en todo caso, u otros instrumentos peligrosos, de modo o con circunstancias que pudieran causar daño a las personas o contagiar enfermedades, o en lugares frecuentados por menores. Pena: arresto de tres a cinco fines de semana o multa de uno a dos meses.
- e) Actividades sin seguro obligatorio⁵⁵. Los que realizaren actividades careciendo de los seguros obligatorios de responsabilidad civil, que se exigieren legalmente para el ejercicio de aquéllas. Pena: de uno a dos meses

6.3. Criterios de graduación de las penas

Por último, siguiendo al magistrado FERNÁNDEZ ENTRALGO⁵⁶,

⁵⁴ Art. 630. Código Penal.

⁵⁵ Art. 636. Código Penal.

⁵⁶ J. FERNÁNDEZ ENTRALGO. «*La responsabilidad civil y penal del médico*». Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Madrid, 1999. Capítulo

podemos decir que la imposición de la pena y la gravedad de ésta en la imprudencia penal, estará en función de la negligencia (desvalor del acto), que se aprecia con arreglo a estos datos:

- 1) La peligrosidad objetiva de la acción.
- 2) La previsibilidad del resultado lesivo.
- 3) La importancia del bien jurídico comprometido, que es máxima en el caso de la actividad sanitaria, por afectar a la vida, a la integridad corporal y a la salud, física o psíquica de las personas.
- 4) La entidad de las consecuencias dañosas producidas (desvalor de resultado). Es frecuente castigar con menos pena conductas que, siendo igualmente peligrosas o imprudentes que otras, han producido resultados mínimos.

7. El concepto de imprudencia profesional

Se distingue actualmente entre imprudencia grave e imprudencia leve, equivaliendo la primera al olvido de las precauciones exigidas por la más vulgar prudencia, esto es, a la omisión de las cautelas más elementales, propia de quien realiza una actuación de inexcusable irreflexión y ligereza.

«Consecuencias jurídicas de los delitos y de las faltas. La inhabilitación, la privación de libertad y otras»; pág. 23.

Por el contrario, la imprudencia simple o leve es la omisión de la diligencia media acostumbrada en una actividad.

No obstante la clasificación anterior, el Tribunal Supremo⁵⁷ tiene precisado también el concepto de imprudencia profesional, caracterizándola por la inobservancia de las reglas de actuación que vienen marcadas por lo que, en términos jurídicos, se conoce como «lex artis», situación que conlleva un tratamiento penal más riguroso. Al profesional se le debe pedir un plus de atención y cuidado en la observancia de las reglas de su arte, que no es exigible al que no es profesional.

En consecuencia, la imprudencia profesional aparece claramente definida en aquellos casos en que se han omitido los conocimientos específicos que sólo tiene el sujeto actuante por su especial formación. Los particulares, por el contrario, no tienen la misma obligación porque carecen de la preparación adecuada para actuar en el ámbito de los profesionales.

Como dice el profesor JORGE BARREIRO⁵⁸, la apreciación de esta modalidad cualificada de imprudencia presupone la previa calificación de dicha imprudencia como grave, y se caracteriza porque implica el incumplimiento de los deberes específicos que

⁵⁷ Ver la citada Sentencia del Tribunal Supremo, núm. 1.188/1997, de 3 de octubre.

⁵⁸ A. JORGE BARREIRO. «*La responsabilidad civil y penal del médico*». Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Madrid, 1999. Capítulo «*La imprudencia profesional del médico en el nuevo Código Penal español de 1995*»; pág. 130.

le corresponden al agente por su actividad profesional, guardando relación tal intervención con el ejercicio de la misma.

La imprudencia médica, como imprudencia profesional, nace cuando el tratamiento médico o quirúrgico incide en comportamientos descuidados, de abandono y de omisión del cuidado exigible, atendidas las circunstancias del lugar, tiempo, personas, naturaleza de la lesión o enfermedad, y que, olvidando la «lex artis», conduzcan a resultados lesivos para los pacientes.

De la doctrina jurisprudencial emanada de nuestro Tribunal Supremo⁵⁹, pueden extraerse las siguientes notas características de la imprudencia médica:

- 1) Por regla general, el error en el diagnóstico no es tipificable como infracción penal, salvo que por su entidad y dimensiones constituya una equivocación inexcusable.
- 2) Queda también fuera del ámbito penal, por la misma razón, la falta de pericia cuando ésta sea de naturaleza extraordinaria o excepcional.
- 3) La determinación de la responsabilidad médica ha de hacerse en contemplación de las situaciones concretas y específicas sometidas al enjuiciamiento penal, huyendo de todo tipo de generalizaciones.

⁵⁹ Además de la Sentencia mencionada anteriormente ver también Sentencia del Tribunal Supremo de 5 de julio de 1989.

Por último, destacar que, en esta modalidad de imprudencia, a la pena principal que se impone al culpable se añade la de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión durante un tiempo, en la medida en que se compruebe que se infringieron las normas de cuidado específicas de la actividad profesional.

III

DELITOS DE IMPRUDENCIA PENAL QUE PUEDEN AFECTAR A LA PROFESIÓN MÉDICA ⁶⁰

⁶⁰ V. JAVIER SÁNCHEZ-CARO y FERNANDO ABELLÁN. «*Derecho y Reproducción Humana, Endocrinología Pediátrica, Inmunología y Neurología*»; ob. cit., págs. 66 y ss..

1. Homicidio imprudente⁶¹

El Código Penal distingue entre homicidio imprudente causado por imprudencia grave y homicidio imprudente causado por imprudencia leve.

En el primer caso⁶², estamos hablando de un delito cuya pena consiste en privación de libertad de una duración de hasta cuatro años. Además, concurriendo imprudencia profesional, se origina

⁶¹ J. FERNÁNDEZ ENTRALGO. «*La responsabilidad civil y penal del médico*». Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Madrid, 1999. Capítulo «*Consecuencias jurídicas de los delitos y de las faltas. La inhabilitación, la privación de libertad y otras*»; págs. 32 y 33.

⁶² Art. 142 del Código Penal: «*1. El que por imprudencia grave causare la muerte de otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años [...]*».

3. Cuando el homicidio fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un periodo de tres a seis años. [...]».

imperativamente la imposición de la pena de inhabilitación para el ejercicio de la profesión durante un plazo mínimo de tres años⁶³.

En el segundo caso, es decir, en el de homicidio causado por imprudencia leve⁶⁴, nos encontramos en presencia de una falta, y la pena ya no es privativa de libertad, sino pecuniaria, y nunca podrá imponerse la pena de inhabilitación especial.

Otra característica distintiva de este segundo supuesto consiste en que, mientras la persecución del delito de homicidio imprudente es obligada, cuando se trata de una falta se requiere de la previa denuncia de la persona agraviada (la perjudicada por el fallecimiento) o de su representante legal, para poder proceder contra el responsable de la conducta.

2. ABORTO IMPRUDENTE

Lo que se protege en el caso del aborto (lo que técnicamente se llama el bien jurídico protegido) es la vida humana dependiente y la conducta tipificada es aquella acción que se dirige a producir la muerte del feto.

⁶³ Esta pena no es susceptible de suspensión con vistas a su remisión condicionada en los términos establecidos por los artículos 80 y siguientes del Código Penal.

⁶⁴ Art. 621 del Código Penal: «[...]2. *Los que por imprudencia leve causaren la muerte de otra persona, serán castigados con la pena de multa de uno a dos meses. [...]6. Las infracciones penadas en este artículo sólo serán perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.*».

Con carácter general, el aborto es un delito y solo en tres casos, que veremos a continuación, ha sido objeto de despenalización.

La prohibición abarca a médicos, matronas, practicantes y personas en posesión de títulos sanitarios.

Los tres **casos despenalizados**⁶⁵ son conocidos como la indicación terapéutica (conflicto entre la vida de la madre y la del futuro ser), la indicación ética (violación) y la indicación eugenésica (graves taras).

La indicación terapéutica.

En este caso se trata de evitar un grave peligro para la vida o salud física o psíquica de la embarazada, cuando así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto. En caso de urgencia, por riesgo vital para la gestante, puede prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

La indicación ética (violación).

En este supuesto se exige que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación, siempre que el

⁶⁵ Estos supuestos aparecen recogidos en el art. 417 bis del Código Penal anterior, precepto declarado expresamente vigente por la Disp. Derog. 1. a), de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal actual.

aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

La indicación eugenésica (graves taras).

Aquí se parte de la presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas. Se requiere que el aborto se realice dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

En los tres casos se exige que el aborto se lleve a cabo por un médico, o bajo su dirección en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada.

El médico o el profesional sanitario, en su caso, puede ampararse en la objeción de conciencia para no realizar el aborto, salvo en los supuestos de urgencia. Dicha objeción es aplicable directamente al formar parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica o religiosa⁶⁶. No es, pues, necesaria una

⁶⁶ V. Art. 16.1 de la Constitución Española y Sentencia del Tribunal Constitucional de 11 de abril de 1985.

V. también JAVIER SÁNCHEZ-CARO y FERNANDO ABELLÁN, «Ética y Deontología Médica», ob. cit., págs. 61 y ss..

regulación mas detallada, aunque desde luego sea deseable. En definitiva, es un derecho del personal sanitario que actúe de una manera directa en la realización del acto abortivo ⁶⁷.

Los casos de aborto penalizados, esto es, que siguen siendo delito en el Código Penal, pueden clasificarse de la siguiente manera ⁶⁸:

A) Modalidades intencionales:

Aborto sin consentimiento de la mujer (se equipara a la violencia, la amenaza o el engaño).

⁶⁷ V. R.D. 2409/1986, de 21 de noviembre, sobre centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la practica legal de la interrupción voluntaria del embarazo. V. también la Orden de 31 de julio de 1985 sobre la práctica del aborto en centro o establecimientos sanitarios.

⁶⁸ Arts. 144 y 145 del Código Penal. Art. 144: *«El que produzca el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigada con la pena de prisión de cuatro a ocho años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de tres a diez años.*

Las mismas penas se impondrán al que practique el aborto habiendo obtenido la anuencia de la mujer mediante violencia, amenaza o engaño».

Art. 145 del Código Penal: *«1. El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años.*

2. La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de prisión de seis meses a un año o multa de seis a veinticuatro meses».

Pena de prisión de cuatro a ocho años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de tres a diez años.

Aborto con consentimiento de la mujer, fuera de los casos permitidos por la Ley.

Prisión de uno a tres años e inhabilitación especial de uno a seis años, en los mismos términos que la anterior.

Tipo privilegiado.

Se aplica a la mujer que produjere un aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la Ley.

Prisión de seis meses a un año o multa de seis a veinticuatro meses.

B) Modalidad imprudente:

Aborto por imprudencia grave⁶⁹.

Arresto de doce a veinticuatro fines de semana, si bien, cuando fuere cometido por imprudencia profesional, se impondrá, asimis-

⁶⁹ Art. 146 del Código Penal: «*El que por imprudencia grave ocasionare un aborto será castigado con pena de arresto de doce a veinticuatro fines de semana. Cuando el aborto fuera cometido por imprudencia profesional se im-*

mo, la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a tres años.

La mujer embarazada no será penada a tenor de este precepto.

Así pues, las dos notas características del aborto imprudente en el vigente Código Penal son las siguientes ⁷⁰:

- 1) Sólo es penalmente relevante el caso ocasionado por imprudencia grave.
- 2) Se excluye de sanción penal la conducta negligente, incluso gravemente imprudente de la propia embarazada.

3. LESIONES IMPRUDENTES

Son conductas que afectan directamente a la salud física o mental y a la integridad corporal. De las variadas cuestiones que plantea el Código Penal ⁷¹ vamos a ocuparnos aquí de los siguientes aspectos:

pondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a tres años. La embarazada no será penada a tenor de este precepto»

⁷⁰ J. FERNÁNDEZ ENTRALGO. «*La responsabilidad civil y penal del médico*». Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Madrid, 1999. Capítulo «*Consecuencias jurídicas de los delitos y de las faltas. La inhabilitación, la privación de libertad y otras*»; págs. 33 y 34.

⁷¹ V. Arts. 147 y ss. del Código Penal.

La distinción entre el delito y la falta en materia de lesiones. Para el Código Penal existe delito siempre que las lesiones requieran para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico (si bien la simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considera tratamiento médico). En otro caso, estaremos en presencia de una falta.

El consentimiento en las lesiones. Como regla general el consentimiento del lesionado no impide que estemos en presencia de un delito, aunque la pena se rebaje en uno o dos grados. Excepcionalmente, sí es relevante el consentimiento, y no hay delito por tanto, cuando se trate de lesiones que conlleve la actividad médica curativa, por ejemplo, en el caso de los trasplantes de órganos, esterilizaciones y cirugía transexual.

En concreto, el Código entiende que no es punible la esterilización de persona incapaz que adolezca de grave deficiencia psíquica, cuando dicha práctica haya sido autorizada por el Juez a petición del representante legal del mismo, oído el dictamen de dos especialistas y del Ministerio Fiscal, y previa exploración del incapaz.

3.1. *Lesiones en general*

A) Modalidades dolosas:

Clasificación. Las lesiones se clasifican en tres tipos, según su gravedad:

Tipo genérico ⁷²: el que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.

Pena de prisión de seis meses a tres años.

Se castigará con pena menor cuando el hecho descrito sea de inferior gravedad, atendidos el medio empleado o el resultado producido (arresto de siete a veinticuatro fines de semana o multa de tres a doce meses) ⁷³.

Por igual razón, la pena a imponer será mayor (prisión de dos a cinco años) en los casos de mayor peligrosidad del medio empleado ⁷⁴ o especial vulnerabilidad de la víctima (menor de doce años o incapaz) ⁷⁵.

Pérdida o inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido; producción de impotencia, de esterilidad, de una grave deformidad, o de una grave enfermedad somática o psíquica ⁷⁶.

⁷² V. Art. 147.1 del Código Penal.

⁷³ V. Art. 147.2 del mencionado Código.

⁷⁴ V. Art. 148.1.º y 2.º, del Código Penal.

⁷⁵ Art. 148.3.º, del mismo texto.

⁷⁶ V. Art. 149 del Código Penal.

Prisión de seis a doce años.

Pérdida o inutilidad de un órgano o miembro no principal o la deformidad ⁷⁷.

Prisión de tres a seis años.

B) Modalidades imprudentes (imprudencia grave originadora de los resultados anteriormente indicados) ⁷⁸:

Lesiones del tipo genérico.

Arresto de siete a veinticuatro fines de semana.

Pérdida o inutilidad de miembro principal.

Prisión de uno a tres años.

Pérdida o inutilidad de órgano o miembro no principal.

Prisión de seis meses a dos años.

En todos los casos de imprudencia, cuando las lesiones fueren cometidas por imprudencia profesional, se impondrá, asimismo, la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo, por un período de uno a cuatro años.

⁷⁷ V. Art. 150 del mismo texto legal.

⁷⁸ V. Art. 152 del Código Penal.

Cabe citar por último las lesiones imprudentes constitutivas de falta, distinguiendo las causadas por imprudencia grave, cuya pena es de multa de uno a dos meses, y las originadas por imprudencia leve, a las que corresponde una pena de multa de quince a treinta días⁷⁹.

3.2. *Lesiones al feto*

Por otro lado, el ordenamiento jurídico contempla específicamente la figura de las lesiones al feto, muy a tener en cuenta dentro del campo médico de las técnicas de reproducción humana asistida, y ello de la siguiente forma:

A) Modalidad dolosa⁸⁰:

El Código Penal prohíbe causar en el feto una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave tara física o psíquica.

⁷⁹ V. Art. 621.1.º y 3.º del Código Penal.

⁸⁰ V. Art. 157 del citado texto. «*El que, por cualquier medio o procedimiento, causare en un feto una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave tara física o psíquica, será castigado con pena de prisión de uno a cuatro años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de dos a ocho años*».

La pena a imponer es la de prisión de uno a cuatro años y, además, inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de dos a ocho años.

B) Modalidad imprudente (con imprudencia grave)⁸¹:

Cuando la conducta descrita anteriormente se cometa por imprudencia grave, la pena será de arresto de siete a veinticuatro fines de semana. Si los hechos se hubieren cometido por imprudencia profesional, se impondrá, asimismo, la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo, por un período de seis meses a dos años.

La embarazada no será penada a tenor de este precepto. Se trata ésta, como dice el profesor JORGE BARREIRO⁸², de una cau-

⁸¹ V. Art. 158 del Código Penal: *«El que, por imprudencia grave, cometiera los hechos descritos en el artículo anterior, será castigado con la pena de arresto de siete a veinticuatro fines de semana.»*

Cuando los hechos descritos en el artículo anterior fueren cometidos por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de seis meses a dos años.

La embarazada no será penada a tenor de este precepto».

⁸² A. JORGE BARREIRO. *«La responsabilidad civil y penal del médico»*. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Madrid, 1999. Capítulo *«La imprudencia profesional del médico en el nuevo Código Penal español de 1995»*; pág. 134, en la que cita, a su vez, a GRACIA MARTÍN.

sa personal de exclusión de la pena por razones de política criminal, teniendo en cuenta el inconveniente de castigar a la embarazada que, por su propia imprudencia, tendrá ya que asumir la grave carga de cuidar de su hijo deficiente.

4. MANIPULACIÓN GENÉTICA IMPRUDENTE

Dentro del título V del Código Penal, se contemplan los delitos relativos a la manipulación genética, entre los que se relaciona la alteración del genotipo, la ingeniería genética para producir armas biológicas, la fecundación irregular de óvulos, la clonación y la reproducción asistida sin consentimiento de la mujer.

Pues bien, de las citadas figuras delictivas tan solo se prevé en el Código mencionado la posibilidad de cometer por imprudencia grave la relativa a la alteración del genotipo⁸³, consistente en la producción del resultado indicado a raíz de llevar a cabo una manipulación de genes humanos con finalidad distinta a la eliminación o disminución de taras o enfermedades graves.

⁸³ Art. 159 del Código Penal: «1. «Serán castigados con la pena de prisión de dos a seis años e inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio de siete a diez años los que, con finalidad distinta a la eliminación o la disminución de taras o enfermedades graves, manipulen genes humanos de manera que se altere el genotipo.

2. Si la alteración del genotipo fuere realizada por imprudencia grave, la pena será de multa de seis a quince meses e inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio de uno a tres años».

Mientras que para la modalidad intencional o dolosa de este delito las penas son de prisión de dos a seis años e inhabilitación especial para empleo, cargo público, profesión u oficio de siete a diez años; para la citada modalidad imprudente la pena prevista es la de multa de seis a quince meses e inhabilitación especial de uno a tres años.

5. FALSEDAD DOCUMENTAL IMPRUDENTE

Como indica el magistrado FERNÁNDEZ ENTRALGO, no son infrecuentes los actos de participación del personal sanitario en determinadas falsedades documentales cometidas con ocasión de la inscripción de una persona recién nacida en el Registro Civil (prestándose a expedir certificaciones contrarias a la verdad de los hechos)⁸⁴.

Las conductas concretas que detalla el Código Penal son las siguientes⁸⁵:

- 1) Alterar un documento en alguno de sus elementos o requisitos de carácter esencial.

⁸⁴ J. FERNÁNDEZ ENTRALGO. «*La responsabilidad civil y penal del médico*». Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Madrid, 1999. Capítulo «*Consecuencias jurídicas de los delitos y de las faltas. La inhabilitación, la privación de libertad y otras*»; pág. 47.

⁸⁵ V. Art. 390 del Código Penal.

- 2) Simular un documento en todo o en parte, de manera que induzca a error sobre su autenticidad.
- 3) Suponer en un acto la intervención de personas que no la han tenido, o atribuyendo a las que han intervenido en él declaraciones o manifestaciones diferentes de las que hubieran hecho.
- 4) Faltar a la verdad en la narración de los hechos.

Pues bien, las penas previstas para quien, por imprudencia grave, incurra en alguna de las falsedades indicadas, o de lugar a que otro las cometa, pueden alcanzar los doce meses de multa y la suspensión de empleo por tiempo de hasta un año ⁸⁶.

6. SUSTITUCIÓN IMPRUDENTE DE UN NIÑO POR OTRO

Se contempla de forma específica en el Código Penal el supuesto de la sustitución de un niño por otro, previéndose, con carácter general y para la modalidad intencionada, un castigo consistente en la pena de prisión de uno a cinco años ⁸⁷.

Seguidamente, se establece que cuando dichas sustituciones se produzcan en centros sanitarios o socio-sanitarios por imprudencia grave de los responsables de su identificación y custodia,

⁸⁶ V. Art. 391 del citado Código.

⁸⁷ V. Art. 220.3 de Código Penal

éstos serán castigados con la pena de prisión de seis meses a un año ⁸⁸.

Por último, se prevé una causa especial de agravación de las penas indicadas, traducida en la imposición también del castigo de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, de dos a seis años de duración, para el supuesto de que intervenga en la comisión del delito referido un facultativo, entendiéndose por tal, a estos efectos, el médico, matrona, personal de enfermería y cualquier otra persona que realice una actividad sanitaria o socio-sanitaria ⁸⁹.

⁸⁸ V. Art. 220.5 del citado Código.

⁸⁹ Art. 222 del mismo Código.

IV
CASOS DE IMPRUDENCIA MÉDICA

1. EN REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA Y GINECOLOGÍA

1.1. **Caso de denegación de solicitud de fecundación «post mortem» por falta de consentimiento del esposo. Posible omisión de información por parte del centro de reproducción**

(Auto de la Audiencia Provincial de La Coruña, de 3 de noviembre de 2.000.- Sala de lo Civil)

Una mujer formuló ante el Juzgado de Primera Instancia de Ferrol solicitud de fecundación «post mortem» con el material genético de su marido, quien no había llegado a dar su consentimiento para ello ni en testamento ni escritura pública, y al que se le había efectuado en vida una extracción de semen depositada en el Banco de Semen del Hospital Clínico de Barcelona.

La petición de la viuda contó incluso con la aprobación expresa de los familiares más allegados de su finado esposo, concretamente de los padres y hermana de este último.

El Juzgado autorizó la solicitud por considerar que el precepto de la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida que exige para permitir este supuesto el previo consentimiento, prestado en escritura pública o testamento, del marido fallecido, es únicamente aplicable a los efectos de declarar la filiación.

La Audiencia Provincial de La Coruña revocó el citado Auto del Juzgado, al no aceptar el criterio referido de este último, habida cuenta que, según su parecer, del mencionado precepto de la ley no se deducía tal interpretación, sino que el mismo precisamente exige el consentimiento exteriorizado del esposo para que su semen pueda ser utilizado, y es entonces, y sólo entonces, además, cuando la filiación queda determinada como consecuencia del mismo ⁹⁰.

⁹⁰ El art. 9.1. de la Ley 35/1988 sobre Técnicas de Reproducción Asistida, es del tenor literal siguiente: *«No podrá determinarse legalmente la filiación ni reconocerse efecto o relación jurídica alguna entre el hijo nacido por la aplicación de las técnicas reguladas en esta Ley y el marido fallecido, cuando el material reproductor de éste no se halle en el útero de la mujer en la fecha de la muerte del varón.*

2. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, el marido podrá consentir, en escritura pública o testamento, que su material reproductor pueda ser utilizado, en los seis meses siguientes a su fallecimiento, para fecundar a su mujer, produciendo tal generación los efectos legales que se derivan de la filiación matrimonial.

3. El varón no unido por vínculo matrimonial, podrá hacer uso de la posibilidad contemplada en el apartado anterior, sirviendo tal consentimiento como título para iniciar el expediente de artículo 49 de la Ley del Registro Civil, sin perjuicio de la acción judicial de reclamación de paternidad.

4. El consentimiento para la aplicación de las técnicas podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización de aquéllas.

Para la Audiencia, el argumento del Juez de Primera Instancia llevaría a situaciones paradójicas como que, pese a la constancia de que biológicamente se diera a luz a un hijo con el material genético del cónyuge fallecido, como ocurriría en este caso si se autorizara, sin embargo aquél no sería legalmente su hijo; asimismo, otros hijos que tuviera su progenitor biológico de otra relación no serían legalmente sus hermanos, podría contraer matrimonio con éstos, carecería de derechos hereditarios, conocería quién es su padre biológico pero no podría utilizar sus apellidos, etc..

Además, la Audiencia entendió que, de aceptarse la interpretación del Juzgado de que el consentimiento del marido lo es exclusivamente a efectos de la filiación, se llegaría a la consecuencia de que cabría autorizar una inseminación cuando el cónyuge fallecido hubiera exteriorizado, incluso, su voluntad contraria a que su mujer o pareja fuera inseminada.

En última instancia consideró la Audiencia que la Ley no puede permitir que no quede determinada la filiación y que, siendo una aspiración humana atendible utilizar «post mortem» el semen de la pareja fallecida y confiriendo la Ley expresamente tal posibilidad, la condiciona a unos requisitos que, en este caso, no habían sido observados y que no podían, en consecuencia, ser suplidos mediante conformidad de los parientes más próximos o una autorización judicial, al exigirse a tal efecto la expresión de un consentimiento de naturaleza personalísima, que sólo podía haber prestado el marido fallecido.

Pues bien, aunque no fue parte en este procedimiento judicial

el centro de reproducción que realizó la extracción de semen, lo cierto es que la Audiencia incluyó en su resolución, indirectamente, un aparente reproche al mismo al indicar, respecto a la necesidad de consentimiento del marido para utilizar su semen en una fecundación «post mortem», que sobre este requisito «debió ser informado el cónyuge fallecido al someterse a la extracción correspondiente para el depósito de su semen».

Esta alusión del tribunal no debe extrañar, si se tiene en cuenta lo especialmente rigurosa que se muestra la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida en materia de consentimiento informado⁹¹, hasta el punto de hacer expresamente responsables a los equipos biomédicos y a la dirección de los centros o servicios en que trabajan si, por omitir información, lesionan los intereses de los usuarios⁹².

⁹¹ El art. 2.2, de la citada Ley indica: *«Es obligada una información y asesoramiento suficientes a quienes deseen recurrir a estas técnicas, o sean donantes, sobre los distintos aspectos e implicaciones posibles de las técnicas, así como sobre los resultados y los riesgos previsibles. La información se extenderá a cuantas consideraciones de carácter biológico, jurídico, ético o económico se relacionan con las técnicas, y será de responsabilidad de los Equipos médicos y de los responsables de los Centros o Servicios sanitarios donde se realicen».*

⁹² Asimismo el art. 19.2, de la mencionada Ley dice lo siguiente: *«Los Equipos biomédicos y la Dirección de los Centros y Servicios en los que trabajan, incurrirán en las responsabilidades que legalmente correspondan si violan el secreto de la identidad de los donantes, si realizan malas prácticas con las técnicas de Reproducción Asistida o los materiales biológicos correspondientes, o si por omitir la información o los estudios protocolizados se lesionaran los intereses de donantes y usuarios, así como los consentimientos firmados para la realización de la donación o de las técnicas».*

Piénsese ahora en un supuesto de una pareja sometida a tratamiento de fecundación artificial y en la que el varón tuviera que hacer frente a una operación de vida o muerte a corto plazo, conocida por el centro de reproducción. Que a consecuencia de esta última falleciera el marido y su viuda solicitara la realización de una fecundación «post mortem» con el semen de aquél, que no pudiese admitirse por ausencia de plasmación en forma del consentimiento de este último debida a una falta de información del equipo médico sobre el particular que, de no haberse producido, sí hubiera permitido al marido incluir en su testamento la autorización pertinente a su mujer.

Ciertamente, en el hipotético caso citado podría sostenerse por la viuda que la omisión de información fue un acto negligente de los profesionales del centro de reproducción, que le perjudicó gravemente y, a partir de ahí, no sería descartable que decidiera exigir responsabilidades, traducibles en una indemnización económica, por los daños morales que se le hubieran originado.

En definitiva, la falta de información habría constituido un actuar negligente generador de responsabilidades.

1.2. El embarazo múltiple originado por una mala práctica médica. La reducción embrionaria

Aunque todavía no se ha podido constatar la existencia de ningún caso de responsabilidad penal por embarazo múltiple que haya llegado a los tribunales, lo cierto es que se trata de un supuesto

delicado para el médico especialista en reproducción asistida, sobre todo cuando dicho embarazo viene originado por una mala praxis.

Conviene recordar que los embarazos múltiples, normalmente debidos a un mal control de la estimulación ovárica o a una transferencia excesiva de embriones al útero materno, son considerados por la mayoría de los autores un error médico, ya que un buen control del proceso de estimulación y la transferencia exclusiva de un número adecuado de embriones, debieran permitir evitar los citados cuadros, que constituyen un peligro grave para la viabilidad de los fetos e incluso para la salud de la madre.

El problema surge cuando, una vez producido un embarazo múltiple, se hace preciso recurrir a la reducción embrionaria para intentar conseguir un embarazo gemelar o, máximo, un embarazo con trillizos. Y ello porque el estado de necesidad justificante de dicha práctica (que consiste en una situación de grave peligro para la vida de la madre o de los otros embriones) no habría sobrevenido de forma espontánea, sino por una mala praxis médica.

Por esta razón, en los casos en que se demostrara que la necesidad de proceder a la reducción embrionaria ha venido precedida de una actuación negligente del médico (ausencia de control ecográfico adecuado o transferencia de un número excesivo de embriones), éste podría ser responsable de los perjuicios que dicha actuación causara a la pareja (daños físicos y morales, trauma psicológico, etc.), en especial a la mujer embarazada.

Por otro lado, cabe decir respecto de la indicación de la reducción embrionaria propiamente dicha, independientemente de cuál haya sido su origen o causa, que entre los penalistas que se han ocupado de la cuestión, se estima que hay que partir de que en la reducción embrionaria concurre, a priori, el tipo del delito de aborto, entendido éste como la destrucción de la vida humana en gestación y no como la mera interrupción del embarazo, pues éste último prosigue en realidad su curso, si bien reducido al de uno o varios embriones. Otra interpretación distinta conduciría a tener que aceptar también como lícita o no punible la destrucción de un embrión en un embarazo múltiple natural, sin necesidad de que se produjera ninguna autorización o dispensa legal.

A consecuencia de este planteamiento, el profesor ROMEO CASABONA⁹³ afirma que el único procedimiento jurídico para analizar la licitud o ilicitud de la práctica de la reducción embrionaria, en cada supuesto, sería comprobar si la misma, atendidas las circunstancias concretas que la rodeen, puede justificarse o no al amparo del sistema legal establecido sobre el aborto. Además del artículo 417 bis de Código Penal anterior (en vigor), deben tenerse en cuenta el Real Decreto 2.409/1986, de 21 de noviembre, sobre centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la información voluntaria del embarazo; y la Orden de 31 de julio de 1985, sobre la práctica del aborto en centros o establecimientos sanitarios. Se trataría, por tanto, de filtrar

⁹³ C. M.^a ROMEO CASABONA. «Informe sobre los aspectos legales relacionados con las Técnicas de Reproducción Asistida», ob.cit., págs. 19 a 22.

cada caso concreto por las normas que recogen los requisitos para que el aborto no sea penado.

Por las razones expuestas, el médico que practicara una reducción embrionaria de forma gravemente imprudente, desentendiéndose absolutamente de los requisitos legales exigibles para el aborto no punible, podría ser incriminado como autor de un delito de aborto imprudente, cuya pena prevista en el Código Penal es la de arresto de 12 a 24 fines de semana y, sobre todo, inhabilitación especial de uno a tres años⁹⁴.

1.3. El daño de procreación⁹⁵

Otro de los fenómenos que puede originar reclamaciones de responsabilidad civil contra los médicos especialistas en reproducción humana asistida es el conocido como daño de procreación.

Se entiende por daño de procreación las enfermedades o taras físicas o psíquicas que los padres pueden transmitir, intencionada o negligentemente, a los hijos a través de la procreación, y que pueden dar lugar a un derecho indemnizatorio a favor de estos últimos y a cargo de sus progenitores.

⁹⁴ V. Art. 146 del Código Penal.

⁹⁵ V. JAVIER SÁNCHEZ-CARO y FERNANDO ABELLÁN. «*Derecho y Reproducción Humana (Monográfico)*». Fundación Salud 2000; Madrid, noviembre 1998; págs. 162 a 166.

Lógicamente, si hablamos en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida, en la medida en que los equipos médicos sean los culpables (por falta de la anamnesis a los pacientes, falta de realización de los protocolos de estudio de donantes y usuarios, falta de información a los progenitores, etc.) de la transmisión de las taras, malformaciones, enfermedades, etc., a los hijos, la responsabilidad les afectará directamente por la producción de los citados daños, pudiéndose dirigir contra ellos las acciones indemnizatorias correspondientes.

En este sentido, debe recordarse que la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida⁹⁶ establece, como norma general, que las citadas técnicas se realizarán en mujeres mayores de edad y en buen estado de salud psicofísica, y solamente cuando haya posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer o de la posible descendencia.

Y por otro lado, el Reglamento⁹⁷ por el que se establecen los protocolos obligatorios de estudio de los donantes y usuarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida, reitera la exigencia de que los mismos se encuentren en buen estado de salud psicofísica, descartando a las personas que tengan antecedentes familiares de malformaciones ligadas a cromosopatías, genopatías o metabolopatías, debiendo ser excluidos los que presenten enfermedades genéticas, hereditarias o congénitas transmisibles.

⁹⁶ V. Art. 2.1, de la Ley 35/1988, de 22 de noviembre.

⁹⁷ V. Art. 6. Real Decreto 412/1996, de 1 de marzo.

Incluso el citado Reglamento indica, como requisito que deben reunir los donantes de gametos para evitar la aparición de malformaciones cromosómicas, el que las mujeres no tengan más de 35 años, ni los varones más de 50⁹⁸.

También conviene recordar que la Ley hace responsables a los equipos biomédicos y a la dirección de los centros o servicios en que trabajen si, por omitir información o no realizarse los estudios correspondientes, se transmitieran a los descendientes enfermedades congénitas o hereditarias que hubieran podido evitarse⁹⁹.

Así pues, de la normativa referida se infiere que los profesionales que ejecutan las técnicas de reproducción asistida deben adoptar las cautelas que establece la Ley en esta materia, para impedir, en primer lugar, que se transmitan enfermedades graves a los niños nacidos como consecuencia de las técnicas y, en segundo lugar, verse inmersos por el citado motivo en reclamaciones de responsabilidades por un actuar negligente, absolutamente evitable con los estudios e información precisos.

⁹⁸ V. Art. 2.1, del citado Real Decreto, y también el art. 4, donde se detallan los estudios mínimos a realizar a los donantes entre los que se incluye el «screening de la hepatitis» y el test de detección de marcadores de VIH.

⁹⁹ V. Art. 19.2 de la Ley sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

1.4. Caso de condena a dos ginecólogos como responsables de la esterilización de una mujer incapaz, sin existir una autorización judicial para ello

(Sentencia de 4 de abril de 2000, de la Audiencia Provincial de Madrid)

El caso judicial que se va a relatar a continuación originó una condena a dos ginecólogos por considerarles autores de un delito doloso de lesiones. Es decir, no estamos ante un supuesto de imprudencia penal propiamente dicho. No obstante, consideramos interesante su inclusión aquí para resaltar las diferencias entre los conceptos de dolo e imprudencia.

Pues bien, los hechos recogidos en la Sentencia reflejan que un facultativo del Departamento de Ginecología y Obstetricia de determinado hospital, realizó la esterilización de una mujer de 19 años, incapacitada totalmente (severo síndrome de Down), mediante salpingoligadura por laparoscopia.

La operación fue realizada a petición de la madre de la incapaz, pero sin que el facultativo comprobara la existencia de una autorización judicial que amparara dicha actuación, indispensable para poder realizarla legalmente.

El ginecólogo ejecutor material de la intervención alegó que desconocía la necesidad de contar con una autorización judicial para los casos citados. Asimismo, quedó acreditado en los autos judiciales que el ginecólogo Jefe del citado Departamento de

Ginecología y Obstetricia, y por razón también de su ignorancia sobre la materia, no había dado instrucciones oportunas al personal a su cargo para el cumplimiento del citado requisito en supuestos como el planteado, a pesar de su función de coordinador de los servicios de él dependientes.

La Audiencia consideró que los hechos producidos constituían un delito de lesiones cualificado por la gravedad de sus consecuencias, la esterilidad de un ser humano ¹⁰⁰, y condenó como responsables del mismo en concepto de autores, por un lado, al ginecólogo que realizó materialmente la intervención y, por otro lado, al ginecólogo Jefe del Departamento, en concepto de cooperador necesario en el resultado.

¹⁰⁰ Art. 149 del Código Penal: *«El que causare a otro por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años».*

Art. 156 de Código Penal: *«No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, el consentimiento válida, libre, consciente y expresamente emitido exime de responsabilidad penal en los supuestos de trasplante de órganos efectuado con arreglo a lo dispuesto en la Ley, esterilizaciones y cirugía transexual realizadas por facultativo, salvo que el consentimiento se haya obtenido viciadamente, o mediante precio o recompensa, o el otorgante sea menor de edad o incapaz; en cuyo caso no será válido el prestado por éstos ni por sus representantes legales. Sin embargo, no será punible la esterilización de persona incapacitada que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquélla, tomándose como criterio rector el del mayor interés del incapaz, haya sido autorizada por el Juez, bien en el mismo procedimiento de incapacitación, bien en un expediente de jurisdicción voluntaria, tramitado con posterioridad al mismo, a petición de representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración de incapaz»*

Atendiendo a las circunstancias que se daban en el caso, el Tribunal impuso a ambos la pena en su grado mínimo, concretamente de un año y seis meses de prisión, con la accesoria de inhabilitación especial para derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de condena.

Entre las diversas cuestiones jurídicas de que trata la resolución se encuentra la de la concurrencia del dolo de lesionar en la conducta del facultativo que llevó a cabo la esterilización. Respecto a este asunto, la Audiencia descartó que se hubiera producido una verdadera intención del ginecólogo de causar mal, conscientemente, a la persona intervenida (lo que se conoce como «dolos malus»), pero sí consideró que existió en su conducta un dolo en forma natural o neutra, que equivale a la mera voluntad de realizar la conducta concreta prohibida, en este caso, la esterilización de una mujer incapaz, careciendo de autorización judicial (de la condición o requisito de impunidad ¹⁰¹).

¹⁰¹ Art. 156 de Código Penal: «No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, el consentimiento válida, libre, consciente y expresamente emitido exime de responsabilidad penal en los supuestos de trasplante de órganos efectuado con arreglo a lo dispuesto en la Ley, esterilizaciones y cirugía transexual realizadas por facultativo, salvo que el consentimiento se haya obtenido viciadamente, o mediante precio o recompensa, o el otorgante sea menor de edad o incapaz; en cuyo caso no será válido el prestado por éstos ni por sus representantes legales.

Sin embargo, no será punible la esterilización de persona incapacitada que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquélla, tomándose como criterio rector el del mayor interés del incapaz, haya sido autorizada por el Juez, bien en el mismo procedimiento de incapacitación, bien en un expediente de jurisdicción voluntaria, tramitado con posterioridad al mismo, a petición de representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración de incapaz».

Por otro lado, y frente al argumento defensivo de que, la obtención de la autorización judicial en el supuesto contemplado debía considerarse un mero trámite burocrático, ya que las circunstancias de la incapaz y el hecho de que hubiera sido su propia madre, de cuyo sincero afecto por su hija no cabía dudar, la que hubiera promovido la esterilización, justificaban la citada medida, la Audiencia estimó que por encima de lo anterior había que salvaguardar el derecho de todo ser humano a la conservación de su capacidad generatriz, que en el caso de quienes no tienen suficiente capacidad para decidir por si mismos, precisa de una mayor tutela confiada al Juez, y ello de tal forma que la intervención de este último para que pueda autorizarse la esterilización es inexcusable, sin que pueda minimizarse la trascendencia de la omisión de la misma.

Otra de las cuestiones interesantes de la Sentencia es la relativa a la incidencia del desconocimiento o ignorancia del facultativo ejecutor de la esterilización respecto de la necesidad de obtener la autorización judicial. Pues bien, la Audiencia admitió que en el caso enjuiciado concurrió un evidente «error de prohibición», en cuanto que cuando se realizó la intervención, el ginecólogo ignoraba ciertamente la necesidad de la autorización previa para ello.

Es decir, el ginecólogo padeció un error sobre la ilicitud de su actuación. Ahora bien, la Audiencia entendió que el citado error de prohibición fue de naturaleza vencible (si hubiera considerado que fue de carácter invencible habría quedado excluida su res-

ponsabilidad penal ¹⁰²), es decir, que pudo y debió ser evitado dada la cualificación profesional de su autor, a quien era exigible el conocimiento del requisito legal necesario para esterilización de un incapaz.

Por lo que se refiere al ginecólogo jefe del Departamento, en el que la Audiencia estimó había concurrido también dolo (de tipo eventual ¹⁰³) y un error de prohibición vencible, el citado Tribunal afirmó que su conducta había sido de indiscutible relevancia para la producción del resultado lesivo, hasta el punto de considerarla dentro del supuesto de la «cooperación necesaria», debido a que, de haber dispuesto las medidas oportunas para el control de la legalidad de una operación semejante, habríase evitado, o siquiera podido evitar, la comisión del delito, sin los efectos derivados de la ignorancia del facultativo que ejecutó la esterilización a propósito de los requisitos necesarios para su actuación.

Finalmente, la Audiencia realizó una serie de consideraciones en la Sentencia, sobre lo que entendía era una falta de adecuada regulación penológica de las conductas como la enjuiciada, hasta

¹⁰² Art. 14.3, del Código Penal: *«El error invencible sobre la ilicitud del hecho constitutivo de la infracción penal excluye la responsabilidad criminal. Si el error fuera vencible, se aplicará la pena inferior en uno o dos grados».*

¹⁰³ El «dolo eventual» habría consistido en este caso en que, representándose como es obvio, la posibilidad de que un caso de esterilización de un incapaz sin autorización judicial pudiera llegar a practicarse en el Departamento del que era máximo responsable, asumió plenamente su ejecución por el error que padeció.

el punto de manifestar que las penas que se veía obligado a imponer a los facultativos por respeto al principio de legalidad, resultaban inadecuadas y desproporcionadas, y que desde ya anticipaba su voluntad de informar favorablemente ante una posible petición de indulto a ambos condenados.

2. EN PEDIATRÍA

2.1. **El caso de homicidio imprudente cometido por un pediatra de una compañía aseguradora, por no prestar los cuidados adecuados a un niño con ataques convulsivos**

(Sentencia del Tribunal Supremo, de 27 de mayo de 1.988, Sala de lo Penal; y Sentencia del Tribunal Constitucional, de fecha 20 de junio de 1.991, Sala Primera)

El médico acusado, especialista en pediatría, pertenecía al cuadro médico de una compañía aseguradora con la que tenía concertada póliza colectiva el Ayuntamiento de su localidad, para las atenciones sanitarias y quirúrgicas de los trabajadores de su plantilla y familiares.

El día 2 de diciembre de 1.980 el citado pediatra, tras examinar por rayos X a un hijo de un trabajador asegurado, de cinco años de edad, que tenía 39.º de fiebre y se quejaba de fuerte dolor en una pierna, le diagnosticó un proceso infeccioso de faringoamigdalitis, prescribiéndole un tratamiento consistente en doble ampolla diaria de acetuber, dolotanderil supositorios y

ortopen de 1/4, cuya medicación se le comenzó a administrar unas horas después.

El siguiente día, 3 de diciembre, el mencionado niño estuvo encamado, le remitió el dolor de la pierna, pero persistió en los vómitos que le habían comenzado durante la noche y, como se quejaba de fuerte dolor de cabeza, la madre llamó por teléfono al pediatra para que pasara a visitarle, lo que no hizo, limitándose, sin más datos que los obtenidos insuficientemente en dicha conversación telefónica, a ordenar que continuaran aplicándole dosis doble de acetuber y adicionando cibalgina supositorios.

Durante el día siguiente, 4 de diciembre, la madre hizo una prueba de acetonemia, causándole extrañeza que saliera muy positiva (varias cruces) a pesar de las dos inyecciones de acetuber que le aplicaban diariamente, observando que el aspecto general del niño había empeorado, que seguía quejándose de mucho dolor de cabeza y que los vómitos continuaban, al tiempo que tenía unas pupas en la boca, por lo que, angustiada, llamó al pediatra, comunicándole lo anterior y su intranquilidad, dado que al niño lo veía peor, pidiendo que fuese a visitarle.

Más el acusado, desoyendo tal llamamiento, no acudió y, sin verle ni percibir personalmente los síntomas que el enfermo tuviera, sólo por la referencia de la madre en la llamada telefónica mencionada, y no obstante ser el tercer día de duración de la enfermedad y que todavía no había reconocido al niño que seguía encamado, se limitó a decir que continuaran con la misma medicación.

El 5 de diciembre, al niño le salieron pupas en la parte externa de la boca, hallándose sumamente decaído y siendo su estado general muy grave, por lo que los familiares, muy angustiados, llamaron a las diez de la mañana al pediatra, rogándole de manera insistente que pasara a visitarlo pues le veían muy mal, compareciendo el médico a las 14,20 horas, sin llevar ningún instrumental ni hacer un reconocimiento profundo, completo y detallado del enfermo como las circunstancias exigían, limitando el examen a una mirada rápida, superficial y desatenta a la garganta, sin comprobar siquiera la temperatura, y ello a pesar de que tampoco le había visitado en los días que llevaba encamado, lo que hizo que no se percatara del estado grave del enfermo, ni previera el peligro que corría la vida del mismo, y que hacia necesario el ingreso en Centro hospitalario, a fin de practicar las exploraciones, análisis, pruebas y remedios que la medicina actual permite y tratar de evitar el fatal desenlace que ocurrió. Lejos de ello se limitó a prescribir la medicación siguiente: acetuber ampollas, salvacolina líquido, cibalgina supositorios, mycostatin y medocortison jarabe.

Sobre las 19 horas del repetido día 5, el niño abocó a su estado crítico, con pérdida de la consciencia y crispación de las manos y sufrió un ataque de convulsiones tonicoclónicas, compareciendo el pediatra al ser requerido y, sólo por la observación de las convulsiones citadas pero sin fundamento científico alguno, diagnosticó epilepsia, cuando la realidad era que aquellas convulsiones mostraban la última manifestación del sufrimiento cerebral que vino padeciendo el niño durante su enfermedad. Para cortar dichas convulsiones, le inyectó media ampolla de valium 10, esto

es, 5 mg. Y, colocándole una cuchara en la boca para evitar que se mordiera la lengua y sin esperar a ver si cesaban aquellas convulsiones, manifestó a los familiares que estuvieran tranquilos, que cederían enseguida.

A continuación el acusado anunció que se marchaba a su consultorio privado que estaba lleno de clientes, por lo que los familiares atónitos ante tal decisión le preguntaron qué tenían que hacer si al niño no le remitían los ataques convulsivos, afirmando el pediatra que esto no ocurriría, pues cesarían inmediatamente.

Pero ante la insistencia de los familiares sobre qué habrían de hacer en el caso de que aquéllos continuaran, dijo entonces que habría que llevarlo a Valencia, facilitándoles a los padres un volante de ingreso en determinada clínica. Como transcurrieran 15 o 20 minutos con la misma situación, los padres, en una ambulancia, procedieron al traslado, continuando el niño inconsciente, aunque habían cesado las convulsiones.

Llegados a la clínica indicada por el Pediatra, les reenviaron a la Clínica Infantil de la Escuela Departamental de Puericultura, toda vez que la primera no tenía servicio de Pediatría (cuestión que había pasado inadvertida al pediatra cuando extendió el volante) y la segunda era el centro concertado, según constaba en la cartilla de asistencia al asegurado, establecimiento al que llegaron a las 21 horas, siendo seguidamente reconocido el enfermo que se encontraba en estado de coma profundo, sin que el sistema nervioso respondiera a ningún tipo de estímulo, aplicándole gotero glucosado, respiración asistida y adrenalina intracardiaca, y pro-

duciéndose parada cardíaca de la que no se recuperó, falleciendo a las 22,40 horas.

Por estos hechos el padre del niño presentó querrela contra el pediatra por un delito de imprudencia temeraria con resultado de muerte.

Tanto la Audiencia Provincial como el Tribunal Supremo estimaron la existencia de una innegable imprudencia profesional en grado de grave o temeraria, manifestando el segundo tribunal que el citado profesional había actuado con total descuido y abandono, omitiendo algo tan elemental como la presencia personal.

La Audiencia condenó al pediatra por un delito de imprudencia temeraria profesional con resultado de homicidio a la pena de cuatro años, dos meses y un día de prisión menor, que fue confirmada por el Tribunal Supremo.

Posteriormente, el pediatra llegó incluso a recurrir en amparo ante el Tribunal Constitucional alegando, entre otros motivos, una supuesta infracción del derecho a la presunción de inocencia. El citado recurso fue también desestimado.

2.2. Caso de imprudencia en la Ciudad Sanitaria de Oviedo, al provocarse una atrofia cerebral a una niña, a raíz de una perforación intestinal

(Sentencia del Tribunal Supremo, de fecha 15 de octubre de 1.996.- Sala de lo Civil)

Una niña que presentaba vómitos alimentarios fue llevada por su madre al pediatra de zona que la recomendó una dieta de agua. Al continuar la niña vomitando, el citado pediatra decidió su ingreso hospitalario por la tarde de ese mismo día, no siendo vista por los servicios de urgencia hasta el anochecer.

La niña quedó internada en la unidad de pediatría, donde se le apreció un estado de postración, coloración papirogris de la piel y roncus en la auscultación pulmonar. Se le practicó una analítica y una radiografía de tórax que se consideraron normales.

En los dos días siguientes, la niña continuó con vómitos, regurgitaciones, fiebre (alcanzando los 37,8.º), encontrándose muy postrada con quejido débil, sin apenas movimiento, con los ojos cerrados y quejándose de dolor abdominal.

Fue avisado el médico de guardia (pediatra R1) que pidió consulta a cirugía infantil y una radiografía simple de abdomen, por sospechar una invaginación intestinal tras efectuarle un tacto rectal. El resultado de la radiografía fue claro al observarse distensión de asas del intestino delgado de carácter obstructivo, que podía encontrarse en las últimas asas del intestino delgado.

Tras consultar al cirujano infantil y al radiólogo, se decidió realizar un enema opaco introduciéndose progresivamente el contraste en el intestino.

Durante la prueba, el radiólogo observó en el monitor que, al producirse el relleno del colon, se apreciaba una extravasación del contraste del ciego al peritoneo con invasión del producto de bario, ocasionándole una perforación intestinal.

De la historia clínica se desprendía que, a raíz de observarse la perforación, se le administró a la niña glucosalino intravenoso con cloruro potásico y antibiótico, colocándosele sonda nasogástrica y rectal para, a continuación, trasladarla al quirófano con el fin de realizarle una laparatomía.

El informe pericial aportado judicialmente destacó que, desde el momento en que le detectaron la perforación hasta que comenzó la intervención, transcurrió una hora y cinco minutos; un tiempo que pudo ser excesivo y fatal para la niña.

En los momentos finales de la operación, que se realizó con anestesia general, la niña sufrió convulsiones tónico-clónicas que a la postre le causaron, como secuelas, un retraso psicomotor debido a una atrofia cerebral general.

Los padres demandaron a tres médicos que habían intervenido en el proceso (incluido el pediatra R1) y al INSALUD, en reclamación de una cantidad superior a 80 millones de pesetas. El Juzgado de Primera Instancia estimó la reclamación indem-

nizatoria respecto a dos de los médicos citados y al INSALUD, y absolvió al médico residente.

La Audiencia Provincial revocó parcialmente la Sentencia anterior, absolviendo a un segundo médico, pero confirmando el resto de pronunciamientos.

El médico que seguía condenado y el INSALUD recurrieron ante el Tribunal Supremo, que desestimó el recurso por entender, entre otras cuestiones, que se trataba de un caso claro de imprudencia, significando que la negligencia del ente público fue aún mayor por haberse producido una falta de eficacia operativa en la institución sanitaria. Por esta razón, la culpabilidad de esta última fue doble; de un lado incurrió en culpa «in eligendo» respecto del médico que provocó directamente el daño a la niña; y de otro lado, porque cooperó en la producción del mismo al carecer de una cobertura organizativa de los servicios suficiente para dar respuesta inmediata a una situación de riesgo perfectamente previsible.

3. EN NEUROLOGÍA

3.1. **Caso de fallecimiento por hemorragia meníngea en el Hospital Virgen de la Concha, de Zamora**

(Sentencia del Tribunal Supremo, de fecha 8 de mayo de 1.991, Sala de lo Civil)

Una mujer fue tratada durante veinte días por el médico de su

localidad que no logró determinar la razón de su continuo malestar. Ingresó en la Residencia Sanitaria de Zamora, donde se le realizaron una serie de pruebas (radiografías, exploración, etc.), sin conseguirse un diagnóstico del padecimiento.

Pasó seguidamente al servicio de neurología, donde se llevó a cabo otro tipo de pruebas, como electroencefalografías, sin detectarse tampoco ninguna anomalía física.

Sufrió, poco después, una recaída que obligó a su ingreso en el Hospital Virgen de la Concha, donde ni los facultativos de otorrinolaringología y neurología consiguieron establecer un diagnóstico completo, falleciendo la paciente al día siguiente.

Al practicarle la autopsia se comprobó la existencia de una hemorragia meníngea mensubaracnoidea, causante del proceso patológico, pero sin que pudiera determinarse su origen.

El esposo reclamó al INSALUD una indemnización por entender que no se había atendido correctamente a su mujer, y que ello fue la causa de su muerte.

Tanto el Juzgado de Primera Instancia, como la Audiencia donde se tramitó la apelación, consideraron que la paciente fue médicamente atendida con toda corrección, no pudiéndose determinar, dentro de las respectivas parcelas de la ciencia médica y con los medios a su alcance, la existencia de la hemorragia, ni mucho menos su origen.

Para el Tribunal era posible que con otras pruebas (scanner, punción lumbar, etc.) se hubiera podido descubrir la existencia de la hemorragia, aunque tampoco era seguro. Ahora bien, era claro que en ningún caso se hubiera podido determinar el origen de la enfermedad arterial, cuestión necesaria para haber llevado a cabo un tratamiento específico.

Es decir, no bastaba en este caso con confirmar la presencia de la hemorragia, sino que era necesario conocer su causa, y ésta no pudo ser determinada ni siquiera con la autopsia.

La consecuencia de todo ello fue que el Tribunal Supremo desestimó el recurso del esposo, descartando la existencia de negligencia médica y liberando de toda responsabilidad al hospital.

3.2. Caso de responsabilidad por tener desatendido en vacaciones el servicio de neurología del Hospital Nuestra Señora de Covadonga de Oviedo

(Sentencia del Tribunal Supremo, de fecha 3 de septiembre de 1.996.- Sala de lo Civil)

Un paciente que presentaba un traumatismo craneoencefálico grave, presumiblemente como consecuencia de un accidente de tráfico, fue ingresado en el Servicio de Otorrinolaringología del hospital en lugar de en el Servicio de Neurocirugía, al tener este último reducido a la mitad su plantilla, por encontrarse el personal de vacaciones.

Por esta circunstancia, el paciente quedó privado de los cuidados concretos y especializados que únicamente le podían proporcionar en el citado Servicio de Neurocirugía. A consecuencia de ello, no se pudo observar, ni contrastar a tiempo, los síntomas y signos que condujeron al paciente a un estado neurológico irreversible que le llevó a la muerte, y que quizás podía haber sido evitado si el neurólogo hubiera actuado en una fase todavía útil.

La viuda e hijos del paciente demandaron al INSALUD responsabilizándole de la falta de atención adecuada que originó la reducción del Servicio de Neurocirugía por razones de vacaciones estivales, cuando precisamente es la época de mayor siniestralidad por accidentes de circulación.

La Audiencia condenó al INSALUD por entender que se había producido una responsabilidad directa del hospital, al demostrarse la existencia de un actuar culposo o negligente (la disminución del servicio de neurocirugía en época no conveniente), un resultado dañoso (muerte del paciente) y el nexo causal (no se detectaron a tiempo los síntomas fatales cuya falta de tratamiento provocó el óbito).

El Tribunal Supremo confirmó la Sentencia de la Audiencia, al apreciar que se daban todos los requisitos exigidos por pacífica y constante doctrina jurisprudencial de la Sala, y precisos para ser fuente de una indemnización de daños y perjuicios.

3.3. Caso de un paciente al que se le causó una paraplejía, que figuraba como riesgo posible de una delicada operación medular

(Sentencia del Tribunal Supremo, de fecha 28 de diciembre de 1.999.- Sala de lo Civil)

El paciente demandó al INSALUD y al Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria de Santa Cruz de Tenerife, por haber quedado parapléjico después de someterse a una intervención quirúrgica para intentar solucionar una grave afectación medular (mielopatía cervical con canal cervical estrecho y protusión discal múltiple).

Al enfermo se le informó previamente de que, de no someterse a la citada intervención, la evolución natural de su enfermedad podría llevarle a la tetraplejía y a la muerte.

Los informes periciales confirmaron que el diagnóstico establecido fue correcto, como también lo fue la intervención quirúrgica llevada a cabo, absolutamente necesaria. De dichos informes se colegía igualmente que no podía derivarse responsabilidad de la conducta de los médicos intervinientes, debido a que la tetraplejía entraba dentro de los riesgos descritos, conocidos y posibles en cualquier intervención de columna cervical, y más en el supuesto de la mielopatía cervical que sufría el paciente, en que la médula ya está dañada.

Ante la desestimación en primera instancia y en la Audiencia de la reclamación interpuesta por el paciente, éste alegó ante el Tribunal Supremo falta de información, consistente en que ni a él personalmente ni a miembro alguno de su familia se les advirtió de los riesgos de la operación, ni de otras alternativas de tratamiento para que libremente hubieran podido decidir lo más conveniente.

El Tribunal Supremo desestimó también este recurso del paciente, al considerar que la cuestión de la falta de información no había sido alegada en la demanda, ni por tanto debatida en el proceso y que, por ello, tampoco podía considerarse en la vía casacional, ya que su invocación, por primera vez en esta última fase del litigio, dejaba en situación de evidente indefensión a los demandados, que nada podían argüir al respecto. Todo ello con independencia de que en los autos obraba un documento por el que el paciente había prestado su conformidad a la intervención quirúrgica, lo que daba a entender, a juicio del Tribunal, que previamente tuvo que ser advertido de los posibles y normales riesgos que podían derivarse de la misma, por otro lado, totalmente necesaria para su salud.

Subyace en este caso comentado la naturaleza de obligación de medios y no de resultados que caracteriza a la actividad médica, y que comporta que los riesgos normales y previsibles que conlleve determinada intervención, siempre que de los mismos se haya advertido al paciente y éste haya consentido la operación, debe asumirlos él mismo, sin que supongan un actuar negligente del médico.

4. EN INMUNOLOGÍA

4.1. **Caso de contagio del virus de la Hepatitis C por transfusión de sangre, en el Hospital General de Asturias**

(Sentencia del Tribunal Supremo, de fecha 25 de noviembre de 2.000.- Sala de lo Contencioso-Administrativo)

A raíz de una intervención quirúrgica practicada a un paciente del Hospital General de Asturias, el 26 de julio de 1989, se le realizó a este último una transfusión sanguínea, a consecuencia de la cual, el 20 de agosto de 1.990, se le diagnosticó una hepatitis C crónica postransfusional.

En las actuaciones judiciales quedó sobradamente acreditado el hecho de que la única vía de transmisión de la hepatitis C fue la transfusión sanguínea efectuada, y que una colecistectomía que se le tuvo que practicar con posterioridad al contagio y la patología cirrótica que terminó padeciendo, irreversible y progresiva, traían causa de la hepatitis citada.

Interpuesta reclamación de responsabilidad, que formularon el afectado y su esposa, el Tribunal Superior de Asturias condenó al INSALUD a abonarles 8.000.000 pesetas. al enfermo y otras 500.000 pesetas a su mujer, en concepto de indemnización por los daños morales ocasionados.

El INSALUD se había opuesto a la reclamación referida al considerar que se trataba de un caso de fuerza mayor (que inte-

rrumpía el nexo causal entre los hechos y el daño), y ello porque en el mes de julio de 1989 no podía determinarse en las donaciones de sangre la existencia del virus de la hepatitis C, a falta de medios técnicos y científicos para su detección en el estado concreto de la ciencia médica en aquella fecha, resultando originados los daños por un tratamiento médico inevitable, ya que no había otra posibilidad de combatir la enfermedad.

No obstante, el citado Tribunal Superior de Justicia había desestimado esta argumentación por dos razones: la primera, por la objetivación de la responsabilidad en el ámbito del Derecho Administrativo para colmar la tutela efectiva de las personas dañadas por las lesiones que sufran en sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos. Y la segunda, por entender que una cosa era que en el año en que se realizó la transfusión no se contemplara la obligación de efectuar pruebas para la determinación de los anticuerpos del virus de la hepatitis C (que fue impuesta por Orden Ministerial de 3 de octubre de 1990), y otra cosa distinta que el daño causado al paciente fuera consecuencia de un supuesto de fuerza mayor, cuya existencia no se había acreditado, a juicio del Tribunal, por entender que en 1989 no era insólito ni extraño el hecho (previsible y evitable) de que pudiera existir sangre portadora de virus de la hepatitis no A, no B; y que, por tanto, los daños causados no eran ajenos al servicio de salud, ni intrínsecos a la transfusión, sino que debían considerarse un hecho fortuito, que excluía la culpa, pero no la responsabilidad objetiva del INSALUD.

El INSALUD recurrió al Tribunal Supremo, reiterando el ar-

gumento de la fuerza mayor, fundamentado en que, hasta el mes de octubre de 1.989, no se había comercializado el reactivo para detectar el virus C de la hepatitis en la sangre y que, en consecuencia, el contagio no era un daño que debiera soportar el INSALUD, so pena de convertir a la Administración Pública en aseguradora universal de todos los riesgos sociales.

Lo cierto es que, al tiempo de decidirse sobre este recurso, se habían dictado por el Tribunal Supremo, en casos similares, pronunciamientos contradictorios.

En efecto, mientras algunas Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo¹⁰⁴ habían declarado la responsabilidad para la Administración por la inoculación del virus C de la hepatitis mediante transfusiones ocurridas con anterioridad al año 1.989, otras resoluciones de la Sala de lo Social¹⁰⁵ del mismo Tribunal, habían establecido que los contagios antes de la citada fecha no generaban responsabilidad patrimonial para la Administración sanitaria porque dicho virus se aisló durante el año 1989.

Pues bien, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo estimó finalmente el recurso del INSALUD y desestimó la reclamación interpuesta por los afectados, apoyándose

¹⁰⁴ Sentencia de 31 de mayo de 1999, sobre una transfusión de sangre realizada en el año 1975; y Sentencia de 19 de octubre de 2000, relativa a una transfusión del año 1988.

¹⁰⁵ Sentencias de 22 de diciembre de 1997, 3 de diciembre de 1999, 5 de abril y 9 de octubre de 2000.

en que, al tiempo de efectuarse la transfusión de sangre en el Centro hospitalario con ocasión de la intervención quirúrgica a la que fue sometido el paciente contaminado por el virus de la hepatitis C, no se habían identificado los marcadores reactivos para detectar en sangre el citado virus, por lo que el riesgo de contagio recayó sobre el propio paciente, que tenía el deber jurídico de soportar el daño que padeció, ya que este último no podía reputarse antijurídico.

Esta Sentencia del Tribunal Supremo resulta de gran importancia por su trascendencia uniformadora de la doctrina sobre la materia.

V
BIBLIOGRAFÍA

-
- JORGE BARREIRO, Agustín. *La imprudencia punible en la actividad médico quirúrgica*. Ed. Tecnos, Madrid, 1990.
- *La responsabilidad civil y penal del médico*. Ilustre Colegio Oficial de médicos de Madrid, Madrid 1999. Capítulo «La imprudencia profesional del médico en el nuevo Código Penal español de 1995».
- CASABONA ROMEO, C. M.^a *El médico ante el derecho*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, 1986.
- *Informe sobre los aspectos legales relacionados con las Técnicas de Reproducción Asistida*, elaborado para la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida; Bilbao, San Sebastián, enero de 1998.
- FERNÁNDEZ ENTRALGO, J. *La responsabilidad civil y penal del médico*. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Madrid, 1999. Capítulo «Consecuencias jurídicas de los delitos y de las faltas. La inhabilitación, la privación de libertad y otras».
- GALLEGO, Sergio. *Manual actualizado sobre el Procedimiento disciplinario del Personal Estatutario*, Instituto Nacional de la Salud, Madrid, 1994.
- GARCÍA DELGADO, J. *La sanidad ante las nuevas tendencias jurisprudenciales. Aspectos penales*. IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Fundación Mapfre Medicina, 1998.
- HERRANZ RODRÍGUEZ, Gonzalo. *El Código de Ética y Deontología Médica*, Unidad didáctica 6, del plan de formación en responsabilidad legal profesional, de la Asociación Española de Derecho Sanitario, 2000.

- MERINO JIMÉNEZ, Asunción. *La responsabilidad civil y penal del médico*. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Madrid 1999.
- O'CALLAGHAN, Xavier. «Nuevas orientaciones jurisprudenciales en materia de responsabilidad civil médica». *Actualidad Civil*, núm. 1, enero de 2001.
- HERRANZ RODRÍGUEZ, Gonzalo. *Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica*, Eunsa, Pamplona, 1992.
- SÁNCHEZ-CARO, J. y ABELLÁN, F. *Derecho y Reproducción Humana, Endocrinología Pediátrica, Inmunología y Neurología*. Fundación Salud 2000. Madrid, junio de 1998.
- *Derecho y Reproducción Humana (Monográfico)*. Fundación Salud 2000, Madrid, noviembre de 1998.
- *Ética y Deontología Médica*. Fundación Salud 2000, Madrid, noviembre de 2000.
- *Reproducción Humana Asistida y Responsabilidad Médica (consideraciones legales y éticas sobre casos prácticos)*. Fundación Salud 2000, Granada, 2001.