



**LA PRUEBA PERICIAL MÉDICA Y SU TRASCENDENCIA
EN LA MALA PRAXIS FACULTATIVA.**

Angel Hernández Gil

**Jefe de Servicio de Clínica Forense del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses
de Jaén. Doctor en Medicina y Cirugía.
Vocal de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico del Consejo General de
Colegios de Médicos.**

**Curso "Responsabilidad sanitaria y la nueva configuración legal de la imprudencia
médica".**

Madrid, 18-19 de abril de 2017

SUMARIO

RESUMEN

1. INTRODUCCION.

1.1. FUNDAMENTO.

2.2. NORMATIVA.

2. REQUISITOS DE LOS PERITOS.

3. EL MÉTODO PERICIAL.

3.1. ESTUDIO DE LA RECLAMACIÓN O DENUNCIA O QUERRELLA CRIMINAL

3.2. ANÁLISIS Y ESTUDIO DE LA HISTORIA CLÍNICA- CONSENTIMIENTO INFORMADO.

3.3. VALORACIÓN DEL PACIENTE VIVO O FALLECIDO.

3.4. ESTUDIO TODAS LAS DECLARACIONES JUDICIALES.

3.5. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA- PROTOCOLOS O GUÍAS DE ACTUACIÓN.

3.6. ESTUDIO DE OTRAS PRUEBAS PERICIALES.

4. CONTENIDO DEL INFORME PERICIAL.

4.1. VALORACIÓN DE LA PRESUNTA IMPRUDENCIA O FALTA MÉDICA.

4.1.1. Estudio de la praxis médica realizada.

4.1.2. Estudio de la praxis médica habitual o lex artis ad hoc.

4.1.3. Estudio comparativo praxis médica realizada con la lex artis ad hoc.

4.2. VALORACIÓN DEL DAÑO O PERJUICIO CAUSADO.

4.3. VALORACIÓN DE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD.

4.3.1. Teoría de la causa adecuada

4.3.2. Teoría de probabilidad estadística o criterios de probabilidad científica

4.3.3. Doctrina de la pérdida de la oportunidad

4.3.4. Teoría de la creación culposa de un riesgo

4.3.5. Teoría del but for test -teoría del substantial factor test-

4.3.6. Teoría de los cursos causales no verificables -wrongful birth-wrongful life

4.3.7. Criterios clásicos de causalidad médico-legal

4.4. CONCLUSIONES MÉDICO FORENSES.

5. VALORACIÓN DE LA PRUEBA PERICIAL.

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

Para proceder a la resolución de las reclamaciones derivadas de daños sanitarios por presunta mala praxis médica estos conflictos, ya sea en vía judicial o extrajudicial, siempre será necesario la emisión de un informe pericial médico que ilustre a todas las partes afectadas, generalmente legas en conocimientos médicos, por lo que resulta trascendental, siendo en numerosas ocasiones la misma sentencia.

La presente ponencia se inicia recordando el fundamento de la prueba pericial así como los textos legales que regulan la prueba pericial, incidiendo en la normativa deontológica.

Serán analizados con posterioridad los requisitos mínimos que deben reunir aquellos peritos encargados de realizar este tipo de pericias, abordando en profundidad, el grado de especialización o suficiencia técnica de los mismos.

De igual modo serán revisados tanto el método pericial -medios de prueba- como el contenido de la prueba pericial, tomando como base el protocolo o guía de actuación propuesto por este autor así como el recientemente publicado por la Academia Internacional de Medicina Legal -IAML-.

Finalizará esta ponencia realizando un somero estudio de la valoración de la prueba pericial con las oportunas referencias jurisprudenciales.



Centro de
Estudios
Jurídicos

1. INTRODUCCIÓN.

Las reclamaciones derivadas de daños sanitarios llevadas a cabo por pacientes por presunta mala praxis médica en España, al igual que en otros países de nuestro entorno europeo así como en EEUU y otros países desarrollados, sufrieron un incremento notabilísimo desde la década de los 90, si bien desde el último lustro parecen haberse estabilizado. De tales demandas derivan importantes y múltiples repercusiones, a nivel económico, social, jurídico, y especialmente sanitario, hasta el extremo de condicionar el ejercicio diario de la profesión médica, en el que juega un desgraciado papel la siempre indeseable medicina defensiva. Los médicos acuden a ella tratando de evitar todo tipo de perjuicios profesionales, judiciales, económicos o personales.

Para proceder a la resolución de estos conflictos, ya sea en vía judicial o extrajudicial-mediación, conciliación, arbitraje, reclamación administrativa-, siempre será necesario la emisión de un informe pericial médico, imparcial e independiente, que ilustre a todas las partes, legas generalmente en conocimientos médicos. La pericia deberá informar al Tribunal y a las partes sobre los hechos acontecidos de forma amplia, veraz, objetiva, rigurosa y con debida profundidad técnica, que permita una resolución lo más justa posible fundamentada en una base científica y fiable.

Quizás este sea el informe que mayor dificultad ocasiona al perito médico, dado que además de lo difícil y complejo de la pericia se le une la dificultad de tener que peritar en relación a la adecuación de la *lex artis* de compañeros de profesión sobre los que puede recaer graves sanciones, como la inhabilitación para el ejercicio profesional, privación de libertad o importantísimas sanciones económicas.

Este tipo de informes serán sometidos a contradicción pública, y en numerosas ocasiones deberán ser defendidos en juicio oral frente a opiniones contradictorias, avaladas a veces por catedráticos o jefes de servicio, y sometidos al análisis crítico, a veces muy agrio, de las partes en el proceso.

Es por ello, por lo que se hace recomendable la existencia de protocolos o guías de actuación para armonizar las actuaciones periciales médico-legales, que sin duda alguna trasladarán al perito confianza y solidez, a la vez que criterios de evaluación objetiva, aportando con ello seguridad científica y jurídica tanto al dictamen como a la resolución del caso.

En este sentido, servirán de base en el presente artículo el protocolo o guía de actuación propuesto por este autor en 2003 para su aplicación en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Andalucía (tabla 1).

**PROTOCOLO o GUIA DE ACTUACIÓN DEL INFORME MEDICO PERICIAL
EN PROCEDIMIENTOS POR PRESUNTA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL SANITARIA.**

I. PREÁMBULO.

II. OBJETO DE LA PERICIA.

III. METODOLOGÍA PERICIAL

- A. Estudio minucioso de la denuncia o querrela criminal.
- B. Estudio de declaraciones judiciales: denunciados, denunciantes y testigos.
- C. Revisión y estudio de toda la Historia Clínica - Pruebas Complementarias.
- D. Examen clínico y anamnesis en vivos y Autopsia médico legal en fallecidos.
- E. Revisión bibliográfica amplia y actualizada (¡Protocolos o Guías de actuación!).
- F. Estudio de Otras Pruebas Periciales aportadas.

- SINTESIS CLÍNICA-

IV. ESTUDIO DE LA PRESUNTA IMPRUDENCIA O FALTA MEDICA.

- A. Estudio de la Praxis médica realizada. Relación de los hechos ocurridos.
- B. Estudio de la Praxis Médica Habitual- Lex Artis Ad Hoc.
- C. Estudio comparativo Praxis médica realizada con la Lex Artis ad hoc.
Consideraciones ML: Valorar prestación de cuidados y clasificación del error.
 - Defectos en Información y/o en CI.
 - Error Diagnóstico o Dgco defectuoso
 - Error Terapéutico
 - Fallo en la Vigilancia y/o Control
 - Error en el tratamiento de complicaciones
 - Defectos Organización Sanitaria: Med. Equipo, Material, Listas espera, etc.

V. ESTUDIO DEL DAÑO O PERJUICIO OCASIONADO.

- A. Descripción del daño. Valorar riesgo típico, complicación, daño desproporcionado.
- B. Valoración del daño corporal: uso analógico de Baremos -Ley 35/15-..

VI. VALORACIÓN DE LA RELACION DE CAUSALIDAD.

- A. Teorías Causalidad: causa adecuada; probabilidad estadística o cualificada; pérdida de la oportunidad; creación culposa de un riesgo; but for test -substantial factor test; cursos causales no verificables. Descartar la existencia de fuerza mayor.
- B. Criterios clásicos causalidad: topográficos, cronológicos, fisiopatogénicos, clínicos, continuidad evolutiva, verosimilitud, realidad y certeza diagnóstica y de exclusión.

VII. EMISIÓN DE CONCLUSIONES MEDICO-LEGALES.

- A. Valorar la adecuación a la lex artis ad hoc del acto médico.
- B. Valoración del daño o perjuicio ocasionado.
- C. Valoración del nexo de causalidad.

Tabla 1. *Hernández Gil, A. 2005.*

Así mismo, de modo reciente la Academia Internacional de Medicina Legal (IALM- International Academy of legal Medicine) dirigida por el profesor SALVADOR FERRARA y en la que intervinieron entre numerosos autores los profesores españoles ENRIQUE VILLANUEVA y MARIA CASTELLANO, expertos en Derecho Sanitario del mayor de los prestigios entre la comunidad científica, elaboró un Protocolo o Guideline Europea (Guidelines to Malpractice), que pretende armonizar las pericias en el espacio Europeo. Dicha guía establece los ejes básicos de la actuación médico-legal tipo acorde con el estado actual de la ciencia con el rigor metodológico. En ella se establecen los requisitos profesionales mínimos indispensables para realizar estas pericias; se distinguen los pasos previos que debe realizar un perito antes de valorar el acto médico, tanto en sujetos vivos como en los que

fallecieron tras el acto médico denunciado; y finalmente establece unos criterios de evaluación o valoración de la praxis médica.

1.1. FUNDAMENTO.

El artículo 456 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal establece que "*El Juez acordará el informe pericial cuando, para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia importante en el sumario, fuesen necesarios o convenientes conocimientos científicos o artísticos*", lo que contesta con suficiencia a la necesidad y conveniencia de la práctica y desarrollo de la prueba pericial médica.

Señala GALÁN CÁCERES, jurista de reconocido prestigio en Derecho Sanitario, presente en innumerables foros científicos, al abordar de modo brillante la prueba pericial médica en su tratado de Medicina y Responsabilidad Legal, que *la prueba pericial no debe ser un medio de prueba para tratar de verificar unos hechos, sino que debe tratar de explicarlos al Tribunal; debería asimilarse a un cristal de aumento que traslade al juez algo que no ve por sus propios ojos.*

1.2. NORMATIVA.

Una revisión minuciosa de toda la normativa relativa a la prueba pericial excedería con creces los límites de extensión de la presente ponencia por lo que nos limitaremos a referir los textos legales en que se regula la prueba pericial:

- Ley Enjuiciamiento Criminal: Título IV "De la Instrucción", Capítulo VII "Del informe pericial", artículos 456 a 485.
- Ley Enjuiciamiento Civil: Capítulo VI. "De los medios de prueba y las presunciones". Sección V, "Del Dictamen de peritos", artículos 335 a 352.
- Código de Deontología Médica de 2011: Capítulo XVII, Médicos Peritos: artículo 62.

Señalar únicamente el artículo 478 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que refiere textualmente:

El informe pericial comprenderá, si fuere posible:

1.º Descripción de la persona o cosa que sea objeto del mismo en el estado o del modo en que se halle.

El Secretario extenderá esta descripción, dictándola los peritos y suscribiéndola todos los concurrentes.

2.º Relación detallada de todas las operaciones practicadas por los peritos y de su resultado, extendida y autorizada en la misma forma que la anterior.

3.º Las conclusiones que en vista de tales datos formulen los peritos conforme a los principios y reglas de su ciencia o arte.

Así mismo, tiene el máximo interés la normativa deontológica relativa a la prueba pericial, de obligado cumplimiento para todos los profesionales de la medicina:

Artículo 62

1.- El médico tiene el deber de acudir a la llamada de los jueces y tribunales; auxiliará a las Administraciones en aquellos asuntos que, siendo de su competencia, redunden en el bien común.

2.- *La cooperación con la Justicia y la Administración no debe significar menoscabo de los derechos del paciente. El médico perito respetará el secreto profesional con las únicas excepciones detalladas en este mismo Código.*

3.- *El médico que fuese citado como testigo, en virtud de nombramiento judicial, tiene la obligación de comparecer. En el acto testifical se limitará a exponer los hechos que, en virtud de su condición de médico, haya visto u oído y que sean relevantes para la causa. Preservará el secreto médico hasta donde sea posible y sólo revelará aquello que sea estrictamente necesario para la resolución del asunto judicial. En los pleitos civiles no podrá dar información privilegiada obtenida confidencialmente por su condición de médico.*

4.- *El médico no debe aceptar una pericia médica para la que no tiene capacitación profesional o si no está dispuesto a defenderla en el juicio oral. Si fuese obligado a ello estará legitimado para acogerse a la objeción de ciencia.*

5.- *El cargo de perito es incompatible con haber intervenido como médico asistencial de la persona peritada.*

6.- *Si la pericia médica precisara de un reconocimiento médico del peritado expresamente hecho a tal fin, el perito comunicará su identificación personal y profesional, quién le nombra, la misión que le ha sido encargada, por quién, para qué y que sus manifestaciones pueden ser plasmadas en el informe y hacerse públicas. Si el paciente se negara a ser examinado, el perito se limitará a ponerlo en conocimiento del mandante.*

7.- *Las normas deontológicas que regulan la exploración de cualquier paciente para preservar su intimidad y pudor serán del máximo rigor, ya que el peritado, por su situación procesal, se encuentra en situación de inferioridad frente al perito.*

8.- *El médico no debería prestarse a actuar como testigo-perito.*

9.- *Si en el curso de su actuación el médico perito descubriera algún hecho o circunstancia que conlleve un riesgo importante para la vida o salud del paciente o de terceros deberá comunicarlo en primer lugar al interesado y eventualmente a la autoridad que corresponda.*

Muy controvertido es el apartado 5 en el que se establece incompatibilidad entre las funciones asistenciales y periciales en el mismo profesionales. La normativa jurídica actualmente vigente no lo impide, hecho en el que coinciden numerosos autores, como GÓMEZ DE LIAÑO o GALÁN CÁCERES, especialmente en el ámbito penal, alegando el especial conocimiento de los antecedentes del caso, la evolución del paciente y las conductas realizadas. Otros autores se oponen frontalmente trasladando que se quebranta la necesaria imparcialidad en la causa, requisito imprescindible en toda pericia.

2. REQUISITOS DE LOS PERITOS.

Trasladar inicialmente que son muy frecuentes la existencia de presiones externas que deben soportar los peritos en este tipo de informes, estando amenazados por el mal llamado corporativismo médico, entendido éste como la tendencia abusiva a la solidaridad interna y a la defensa de los intereses del cuerpo en un grupo o sector profesional. Por ello, a estas pericias de entrada se les exige la máxima responsabilidad jurídica, profesional y social que siempre deben acompañar a la labor pericial médica.

Entre los requisitos mínimos, debemos citar aquellos que se le deben exigir a todo perito incluso con un plus de exigencia en estas cualidades clásicas: **imparcialidad; objetividad; veracidad; prudencia; reflexión y sentido común; capacidad de juicio para jerarquizar los hechos**, que alcanzan aquí su mayor exigencia, con un plus especial, para aquellos peritos judiciales en los que los jueces depositan su absoluta confianza, no debiendo quedar duda alguna respecto a su **inclinación al bien y dignidad profesional**.

La imparcialidad es una condición necesaria, pero no suficiente, dado que ella no suple la falta de conocimientos. La indignidad profesional no nace por rechazar una pericia para la

que no se tienen conocimientos, sino por hacerlo mal y con ello arrastra al error judicial y al daño irreparable para un médico o una institución.

Deben ser destacados los requisitos exigidos por la guía de la IALM, que aconseja que el perito encargado de estas pericias debe poseer especial entrenamiento en:

a. Conocimientos básicos de derecho penal, civil y contencioso administrativo con especial referencia a la regulación de los derechos de los pacientes y a las normas legales que rigen la asistencia sanitaria.

b. Experiencia teórica y práctica en semiología médico legal y en valoración psicofísica desde la perspectiva médico legal.

c. Cuando la víctima ha fallecido, son necesarias nociones teórico-prácticas de patología y tanatología forense.

d. Nociones teóricas y experiencia práctica en cuestiones de relación causal, especialmente referida a la relación de causa-efecto entre un error médico y el daño derivado del mismo; este aspecto requiere el mayor rigor científico.

Especial atención merecen las pericias sobre pacientes fallecidos en los que resulta necesaria informar sobre el origen y causa del fallecimiento con o sin autopsia médico legal. Reiterar que es estrictamente necesario que los peritos tengan amplios conocimientos, teóricos y prácticos, sobre patología y tanatología forense, de ahí que algunos autores solicitan que sólo deban realizar estas pericias aquellos peritos debidamente titulados (Título de Especialista o Médicos Forenses). Así lo entiende y considera tanto la guía referida como reciente normativa que regula estas pericias en los IML de Andalucía (Decreto 69/2012 de la Consejería de Gobernación y Justicia de la Junta de Andalucía que aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Institutos de Medicina Legal de la Comunidad Autónoma de Andalucía asigna, en su Art. 9, 1, c, a los Servicios de Patología Forense el estudio de los casos de presunta mala praxis médica con resultado de muerte en la forma que determinen las leyes procesales. Es decir, en todos los casos en los que se haya producido muerte se haya o no practicado la autopsia).

Un asunto especialmente conflictivo es la *suficiencia técnica y el grado de especialización* que debe poseer el perito médico, con diversidad de opiniones tanto en expertos como en la jurisprudencia. Existen teorías que se inclinan por médicos forenses o especialistas en Medicina Legal y Forense; otros por especialistas en el acto concreto; y los menos, porque solo deben tener la condición de médico.

En nuestro país, ni la legislación penal ni civil exigen la titulación de especialista para peritar. Por ello, es muy frecuente que intervengan como peritos de parte en vía judicial todo tipo de médicos, especialistas o no, incluidos expertos en valoración del daño corporal. Las posibilidades actuales de acceso a la información científica, especialmente vía internet, ponen al alcance de los profesionales todas las guías y protocolos de actuación clínica, documentos de consenso, textos de referencia, o revistas especializadas con mayor índice de impacto. Así, cualquier médico bien formado, no sin gran esfuerzo, tiene la posibilidad de conocer el estado de opinión más aceptado por la comunidad científica sobre cualquier punto del saber médico.

Según la guía elaborada por la IALM se considera como criterio de exigencia y garantía de calidad de la pericia médica, tesis defendida por los legistas, que el perito posea

conocimientos médico legales, especialmente los relacionados con la relación de causalidad. Se aconseja que sea especialista en Medicina Legal y Forense o en Patología Forense, o bien que posea un postgrado universitario en Medicina Legal debidamente acreditado. No es suficiente poseer un conocimiento amplio y especializado del acto médico cuestionado, sino que además se debe tener una sólida formación médico legal, teórica y práctica, así como amplios conocimientos jurídicos que le permitan captar exactamente el sentido de las funciones solicitadas y, especialmente, el alcance de las conclusiones contenidas en sus informes.

Otros autores y sentencias judiciales, amparándose en la creciente especialización y tecnificación de la medicina moderna, abogan por la necesidad de *especiales conocimientos teóricos y prácticos en los hechos objeto de análisis*, avalados con suficiente experiencia. Quienes defienden la intervención de los especialistas se basan en que existen determinados campos de la ciencia cuyo dominio compete a los mismos y es muy difícil, sino imposible, de obtener para los médicos no especialistas. Sería el caso de técnicas quirúrgicas o diagnósticas de hemodinámica y/o cardiología intervencionista, radiología vascular e intervencionista, cirugía oftalmológica, cirugía cardiovascular o neuroquirúrgica. En EEUU, país pionero en este campo, se considera de modo muy especial por los tribunales la adecuada preparación de los peritos (titulación, formación, experiencia, publicaciones, etc.). Frente a esta tesis se debe considerar la limitación de accesibilidad de peritos en aquellas especialidades con escasos especialistas (ej., oncología radioterápica, medicina nuclear), conocidos frecuentemente entre sí, con el posible sesgo del ya citado corporativismo.

En la práctica diaria, dado que las denuncias se interponen con mayor frecuencia en la vía jurisdiccional penal, son sobre todo los médicos forenses, adscritos a los Institutos de Medicina Legal, quienes inicialmente peritan de oficio, obligados por imperativo legal. Esta práctica en la actualidad viene ampliándose a las vías civil y contencioso administrativa en casos de justicia gratuita. Dada su condición de peritos de la Administración de Justicia y, por ende de su presumible neutralidad e independencia, gozan generalmente de mayor credibilidad ante los jueces y sus conclusiones son asumidas más fácilmente que las de otros peritos y tribunales, pero además se añade que muchas de sus actuaciones no se pueden reproducir, por lo que tienen un plus de compromiso ético y de responsabilidad a la hora de colaborar con los ciudadanos en el acceso a una Justicia imparcial y objetiva.

Ahora bien, un médico forense dedicado plena y exclusivamente a la Medicina Legal y Forense, muy difícilmente podrá conocer en profundidad todas las subespecialidades médicas. Cualquier perito debe ser honesto en reconocer sus limitaciones y tener las ideas claras sobre el contexto normativo y deontológico en el que perita. Debe sopesar con profesionalidad y prudencia, en cada caso, hasta dónde puede llegar y dónde debe inhibirse o solicitar la cooperación de otros especialistas. En este sentido, el Código de Deontología Médica actualmente vigente, de obligatorio cumplimiento para todos los profesionales de medicina, resulta categórico: *"El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá al paciente que recurra a otro compañero competente en la materia"* (art. 22.1). Por ello, un forense nunca debería dudar en solicitar a la autoridad judicial asesoramiento especializado si las circunstancias así lo requirieran. La imparcialidad del médico forense, base principal de su credibilidad, no se opone a solicitar ayuda si sus límites científicos se ven superados. Todo lo contrario, ganará confianza y credibilidad cuando sea capaz de reconocerlo y busque los recursos necesarios para compensarlo. En ocasiones, cada

vez más frecuentes, se exigen conocimientos médicos cuyo dominio pertenece exclusivamente al campo de determinadas especialidades -en cuestiones de muy definida índole técnica, caso de radiología intervencionista, medicina nuclear, inmunología clínica, etc-. En estas situaciones, sería conveniente que dichas pericias fueran emitidas de forma conjunta entre médicos legistas y especialistas en el acto médico concreto; unos aportando conocimientos médico legales y otros médico prácticos de la especialidad en cuestión.

También existe la posibilidad de solicitar el asesoramiento científico-técnico de las Reales Academias de Medicina, de Sociedades Científicas, de Cátedras de Medicina Legal y Forense, de otras Cátedras de la Facultad de Medicina o de Departamentos de Centros Hospitalarios. Algunas voces solicitan la creación en los IML de la figura de Especialistas Asociado, similar a la de los Profesores Asociados de la Facultad de Medicina, que permitiría el asesoramiento especializado cuando fuera preciso.

3. EL MÉTODO PERICIAL.

De entrada resulta trascendente para el perito situarse en el ámbito jurisdiccional en el que debe emitir su dictamen, esto es, en la vía jurisdiccional *penal, civil, contencioso-administrativa e incluso social*. La solitud de la prueba marcará el objeto de la pericia, para lo que resulta primordial obedecer de modo preciso a lo solicitado en la providencia Judicial, en la diligencia del Ministerio Fiscal o en la petición de las partes que fue finalmente aceptada por el Tribunal.

De modo habitual al perito se le solicita informar sobre alguno de los tres requisitos exigidos por la jurisprudencia para que concurra responsabilidad profesional: *la adecuación o no del acto médico a la lex artis ad hoc, sobre la valoración del daño ocasionado y sobre la relación de causalidad entre la presunta infracción de la lex artis y el daño producido*.

No obstante, no siempre se ordena informar sobre los tres extremos anteriormente solicitados, siendo relativamente frecuente solicitar información solo sobre algunos de ellos. Es preciso por tanto, para evitar actuaciones periciales innecesarias, conocer con precisión el objeto de la pericia y limitarse exclusivamente a ello.

Antes de entrar en profundidad a analizar el método pericial, se entiende necesario incidir en que el perito debe saber que no hay responsabilidad sin culpa, de ahí que el objetivo inicial será tratar de encontrar una falta médica en el proceder, para posteriormente cuantificar la gravedad de la misma -en la vía jurisdiccional penal, sólo las faltas graves tienen relevancia penal-, y si de ellas se deriva o no daño y de qué tipo. Nunca debe olvidar que si no existe daño nunca habrá responsabilidad.

El perito médico antes de evaluar la praxis médica debe proceder a una valoración minuciosa de los hechos médicos acontecidos, analizando todos los factores que rodearon el acto médico. Debe revisar tanto aquellos hechos subsidiarios de responsabilidad profesional como los que pudieron ocasionar un evento adverso o alteraron la seguridad del paciente. En este sentido, resulta imprescindible conocer con exactitud la totalidad de los elementos de prueba necesarios para alcanzar una información exhaustiva de lo acontecido.

3.1. El primer paso debe consistir en realizar un ESTUDIO MINUCIOSO DE LA RECLAMACIÓN O DENUNCIA O QUERRELLA CRIMINAL, procediendo a un resumen de la misma incidiendo en los hechos denunciados. Podrán ser cotejados posteriormente tanto con el contenido de la historia clínica como con las declaraciones de imputados, denunciados y/o testigos.

3.2. El elemento de prueba clave y esencial será el ANÁLISIS Y ESTUDIO DE LA HISTORIA CLÍNICA del acto médico denunciado. Siempre se deberá solicitar a la autoridad judicial que se ordene su remisión íntegra, ordenada y, a ser posible, original (las copias con frecuencia son ilegibles).

Si se solicita una pericial en el ámbito de la jurisdicción contencioso-administrativo, es de aplicación en relación a la petición de la historia clínica la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, concretamente los siguientes artículos:

Artículo 48: "El expediente original o copiado se enviará completo, foliado y en su caso autenticado, acompañado de un índice, asimismo autenticado, de los documentos que contenga".

Artículo 46.7.: "Transcurrido el plazo de remisión del expediente sin haberse recibido completo, se reiterará la reclamación, y si no se enviara al término de diez días contados como dispone el apartado 3, se impondrá una multa coercitiva de 50.000 a 200.000 pesetas a la autoridad o funcionario responsable. La multa será reiterada cada veinte días, hasta el cumplimiento de lo requerido". La eventual sanción impuesta por este precepto trata de impedir que la Administración oculte datos esenciales para la resolución de la causa, garantizando con ello la igualdad de las partes en el proceso.

Artículo 48.10. : "Impuestas las tres primeras multas coercitivas sin lograr que se remita el expediente completo, el juez o tribunal pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, sin perjuicio de seguir imponiendo nuevas multas". Las garantías legales no se agotan con la posibilidad de imponer multas de carácter sancionador, sino que el legislador quiere ir más allá. Así, faculta al juez a que si tras las tres primeras multas no se ha recibido la totalidad de los documentos, se puedan poner los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal para que inste las oportunas responsabilidades penales.

Debe examinarse la totalidad de la misma, si bien la experiencia nos revela que para conocer cómo sucedieron los hechos gozan de especial importancia la hoja de Urgencias, el contenido de la totalidad de las Hojas de Quirófano -anestésica y quirúrgica-, los materiales empleados durante la intervención, las interconsultas realizadas con sus respectivos diagnósticos y las Hojas de Enfermería, en las que se suele detallar de modo exhaustivo el curso real del cuadro clínico peritado. Se deben solicitar siempre la totalidad de pruebas complementarias realizadas (análisis, Rx, ecografías, RNM, EMG, ECG, registros tocardiográficos, etc). En la actualidad existen grabaciones de determinadas cirugías o de pruebas diagnósticas invasivas que pueden aportar claridad a los hechos.

Sin duda alguna, la historia clínica es a la vez la mejor defensa del médico diligente y el peor enemigo del negligente o imprudente. Su minucioso estudio debe aportar los resultados de la anamnesis y exploraciones realizadas, el diagnóstico clínico emitido, los tratamientos

médicos y/o quirúrgicos realizados, la evolución y seguimiento médico y de enfermería así como la información trasladada y consentimiento emitido por el paciente. En ocasiones permitirá detectar la aparición de posibles complicaciones, de retrasos y errores diagnósticos o terapéuticos o de defectos de organización asistencial u otros factores que hayan podido influir en la daño causado.

Especial consideración tiene el examen y análisis de la existencia de CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI) relacionado con determinados procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. La normativa legal, deontológica y reiterada jurisprudencia establecen que informar y obtener el CI forma parte de la *lex artis* médica, y que ante situaciones que supongan riesgo significativo, de los que podría derivarse grave daño - intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores- debe constar por escrito en la historia clínica.

Estudios especializados en el tema señalan que entre las principales causas de las denuncias médicas se encuentran deficiencias en la información del acto médico trasladada a los pacientes y en el posterior consentimiento emitido por los mismos. Concretamente se establece que esta causa, bien como principal o como secundaria, se encuentra en presente en 7 de cada 10 denuncias o reclamaciones médicas. Son constantes los esfuerzos por parte de la profesión médica para prevenir errores y/o deficiencias en el uso adecuado del CI. Sirva como ejemplo la elaboración el pasado mes de junio de 2016 del Decálogo del Consentimiento Informado por parte de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médico Colegial, que obtuvo el prestigioso premio otorgado por Diario Médico a las Mejores Ideas en Medicina Legal del año 2016. Debe tenerse presente que el principio que rige el acto médico es el principio de autonomía del paciente. La información previa resulta esencial para que el paciente pueda prestar un consentimiento correcto. Sin información previa adecuada no es posible la existencia de un consentimiento correcto. Y el consentimiento informado no es un acto burocrático ni un medio de defensa ante denuncias. Forma parte del propio acto médico, y así lo considera tanto la normativa sanitaria vigente como múltiples resoluciones judiciales. La valoración del tiempo y forma en que fue transmitida la información al paciente y emitido el CI por el mismo corresponderá al Tribunal enjuiciarla, ya sea durante la instrucción o el juicio oral, en ocasiones auxiliado por testigos. Pero lo que no puede hacer el perito es no realizar consideración alguna al respecto. El CI es abordado de modo extenso en otra ponencia remitiéndonos a la misma pues su análisis superaría los límites de extensión de la presente.

3.3. Resulta estrictamente necesario proceder a la VALORACIÓN DEL PACIENTE. Para su descripción seguiremos el esquema trazado por la Guía de la IALM, diferenciando entre pacientes vivos y fallecidos.

3.3.1. Cuando el resultado de la actuación médica denunciada haya derivado en lesiones y el paciente permanezca **vivo**, es preciso realizar un examen clínico del paciente. Se procederá inicialmente a una *anamnesis* para tratar de aclarar tanto los extremos cuestionados por el paciente como aquellas cuestiones que nos aparezcan contradictorias o extrañas tras el estudio de la denuncia y la documentación médica existente en el procedimiento judicial. Además se procederá al *examen físico del perjudicado*, con el fin de proceder a una correcta valoración del daño ocasionado. Se considerará la posibilidad de realizar *pruebas complementarias*, dando traslado a la autoridad judicial quién decidirá al respecto.

El examen clínico del paciente según la IALM incluirá el estudio de:

- *Condiciones clínicas del paciente lo más próximo posible al momento de emitir el informe.*
- *Estado de salud anterior al momento en que recibió la asistencia motivo de la reclamación («estado anterior»).*
- *Hecho reclamado.*
- *Valoración del daño resultante constatando: naturaleza, localización, importancia, limitaciones anatómicas y funcionales y perjuicio estético.*
- *Relación causal entre acto médico y el daño resultante o secuelas.*

3.3.2. Cuando tras el acto médico denunciado el paciente ha FALLECIDO la *autopsia médico legal* constituye la prueba clave para determinar la causa de la muerte. Considerada también como método de valoración de la calidad asistencial, su valor pericial es extraordinario para evaluar una denuncia médica. Los hallazgos de la autopsia permitirán detectar complicaciones terapéuticas o técnicas quirúrgicas defectuosas, posibles errores diagnósticos o enfermedades no diagnosticadas previamente, o en sentido opuesto, descartar una mala praxis médica.

La autopsia médico legal se realizará conforme a la Recomendación n°(99) 3 del Consejo de Ministros de la Unión Europea para la armonización metodológica de las autopsias médico legales. Resulta obvio que dada la gran dificultad de las mismas, quizás las más complejas a las que un perito puede enfrentarse, deben ser realizadas por médicos forenses o especialistas en Medicina Legal y Forense, con amplios conocimientos, teóricos y prácticos, sobre patología y tanatología forense. Se requiere un grado significativo de entrenamiento y experiencia tanto clínica como patológica.

Un informe elaborado por una organización británica no estatal, National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death, NCEPOD, que revisa todas las muertes ocurridas dentro de los 30 días siguientes a cualquier intervención quirúrgica o procedimiento diagnóstico invasivo bajo anestesia local o general, ha informado que existen numerosos errores durante la realización de autopsias en casos sospechosos de mala praxis, muchas de ellas relacionadas con la falta de expertización en esta materia.

Sumamente interesantes son las recomendaciones señaladas tanto por ASO (2011) como por PALOMO (2015) destinadas a enfocar de manera correcta y adecuada la necropsia, a intentar anticiparse a las cuestiones que puedan plantearse y a no dejar escapar posibles hallazgos o pruebas que puedan resultar a posteriori fundamentales en la investigación.

Con carácter previo a la autopsia las recomendaciones son:

- nunca se debe tener premura en iniciarla. Se deben recoger todos los antecedentes del caso, solicitar y estudiar en profundidad la historia clínica completa, incluidas las exploraciones complementarias. Requerir si existieran muestras biológicas u otras pruebas premortales para posteriores estudios. Si la muerte tuvo estrecha relación temporal con un procedimiento (quirúrgico o prueba diagnóstica invasiva), es preciso conocer todo lo posible sobre el mismo (técnicas, complicaciones, etc), sin obviar posibles consultas con el clínico que lo realizó.
- nunca se deben retirar dispositivos colocados durante la asistencia (ej., agujas, catéteres, sondas), drenajes o sensores de monitorización. Su retirada previa puede dificultar sino anular la investigación.

- pueden ser necesarias pruebas complementarias (radiológicas -Rx, TAC, RM-, o toma de muestras para microbiología o pruebas genéticas).

La autopsia médico legal deberá cumplir los siguientes requisitos:

- en el examen externo se debe recoger todo tipo de dispositivos, apósitos, drenajes, colecciones, bolsas de sangre, soluciones parenterales (pesado, medido y testeado).
- diseñar la estrategia de abordaje del campo quirúrgico, una combinación de la técnica layer by layer -dirigida o quirúrgica- combinada con las técnicas tradicionales. Considerando la posibilidad de usar técnicas especiales para descartar un embolismo gaseoso, neumotórax o TEP.
- nunca se debe delegar la evisceración o disección; las incisiones deben evitar cicatrices, incisiones quirúrgicas o intervenciones médicas.
- debe realizarse un examen exhaustivo de todas las cavidades, identificar los órganos diana y aplicar las respectivas técnicas de estudio.
- siempre se deben examinar y tomar especímenes de todos los órganos (suprarrenales, tiroides, próstata, útero y anexos, etc.).
- realizar una toma de muestra completa de fluidos biológicos, órganos y tejidos. El análisis histopatológico y toxicológico es obligatorio y se valorarán estudios microbiológicos, bioquímicos o de anafilaxia.
- siempre revisar la correcta situación e inserción de cualquier dispositivo colocado durante la asistencia antes de retirarlo.
- se debe documentar cuantitativa y cualitativamente todos los hallazgos (tamaño, volumen, aspecto). Fotografiar, con testigo métrico y escala de colores a ser posible, tanto los hallazgos positivos como negativos que sean pertinentes. Es fundamental probar aquello que pueda presumirse que sucedió sin que realmente se produjera.
- si se sospecha fallo en dispositivos implantados (ej., marcapasos, desfibriladores automáticos implantables, válvulas cardíacas o bombas de infusión) remitirlos al centro oportuno para su estudio.

Finalizada la autopsia médico legal, el perito salvo raras excepciones, en el informe preliminar debe dejar abierta la discusión hasta que tenga conocimiento de todos los elementos de juicio. Para establecer el origen y causa de la muerte en el informe definitivo es muy útil el estudio de CAPLAN que establece 5 posibilidades cuando la muerte se presenta en relación con una intervención médica:

- *Clase I, la muerte se debe exclusivamente la enfermedad.*
- *Clase II, la muerte se debe a la enfermedad potenciada por el procedimiento.*
- *Clase III, Origen indeterminado con participación de la enfermedad y del procedimiento.*
- *Clase IV, el procedimiento terapéutico tiene un efecto predominante en la producción de la muerte.*
- *Clase V, la muerte se debe exclusivamente el procedimiento.*

Pero no debemos olvidar que en ocasiones se presentan denuncias por presunta mala praxis con personas fallecidas a las que se les practicó una autopsia clínica o a las que no llegó a ser realizada prueba necrópsica alguna. En estas situaciones, la pericial resultará aún si cabe más complicada. Se procederá a solicitar a la autoridad judicial la totalidad de la documentación médica relacionada con el caso -historia clínica e informe de autopsia clínica si existiera- para su estudio.

3.4. Cuando así existan, deberán someterse a ESTUDIO TODAS LAS DECLARACIONES JUDICIALES, de profesionales sanitarios denunciados, de la víctima y

de los testigos (otros profesionales sanitarios -enfermería, auxiliares clínicos-, familiares o allegados) ya que puedan aportar datos esclarecedores en la resolución de los hechos o si existen divergencias entre las mismas. Algunos autores entienden la pericia debería ser previa a la toma de declaraciones para con ello evitar la pena de banquillo. No obstante, la aclaración de determinados hechos y/o conductas por parte de los denunciados suele ser con frecuencia esencial para valorar la actuación médica.

3.5. Es fundamental una buena REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL ACTO MÉDICO DENUNCIADO amplia, debidamente acreditada, y acorde al estado de la ciencia en el momento de los hechos cuestionados. Hay que considerar en la medida de lo posible todas las circunstancias relativas al acto médico (edad del enfermo, patologías y tratamientos asociados, nivel asistencial, formación del médico denunciado, medios y tiempo disponibles, etc.). Suele ser muy útil la realización de búsqueda bibliográfica en medline a través de una biblioteca virtual que posibilita la consulta de las revistas médicas con mayor índice de impacto de cada especialidad.

Dentro de la bibliografía revisada adquieren especial importancia la aportación de los PROTOCOLOS O GUÍAS DE ACTUACIÓN MÉDICA aceptados por la comunidad científica, ya que constituyen un parámetro de guía de comportamiento profesional al contener las directrices y recomendaciones actualizadas que un grupo de expertos establecen para orientar la labor diaria de los profesionales. Se han convertido en los mejores aliados para peritos y Tribunales a la hora de valorar la adecuación o no de un acto médico a las normas habituales de conducta. En un buen informe pericial de mala praxis médica siempre debería constar la existencia de uno o varios protocolos o guías de actuación médica afines al acto médico denunciado. Dotan de objetividad y profundidad técnica a la pericia, requisitos necesarios e indispensables, al aportar la necesaria garantía técnica y científica en el informe pericial elaborado. Así lo refrendan de manera unánime los Tribunales en copiosa jurisprudencia.

Tendrán mayor validez cuanto más consenso exista al respecto entre la comunidad científica y más se aproximen a las circunstancias del acto médico evaluado. Por ello, resultan muy valiosos los emitidos por el Centro asistencial o por la Consejería de Sanidad del lugar de los hechos, considerando siempre el momento de los mismos, nivel de especialización del médico y el lugar y medios de la asistencia prestada.

3.6. Finalmente hemos de citar la posibilidad de ESTUDIO DE OTRAS PRUEBAS PERICIALES INCORPORADAS AL PROCEDIMIENTO JUDICIAL, previas o no a la emisión de nuestro informe pericial. Pueden suscitar aclaraciones del informe pericial ya entregado, o bien aportar datos no facilitados durante la instrucción del procedimiento que determinen un cambio de orientación en la elaboración del informe final.

Estudiados todos los elementos de prueba, el perito estará en condiciones de integrar todos los datos y antes de proceder a la valoración de la conducta médica, la guidelines de la IALM aconseja la realización de una *síntesis clínica*. Será tan extensa como se estime necesaria para resumir y concretar los puntos clave en los que centrar el análisis y la discusión.

En las tablas adjuntas se pueden observar los diferentes pasos aconsejados por la Guía elaborada por la IALM en la valoración médico forense en los casos de mala praxis tanto en sujetos vivos como en sujetos fallecidos.

Pasos a seguir en la valoración médico forense en los casos de mala praxis en sujetos vivos

Paso 1. Recolección y examen de toda la documentación clínica

Paso 2. Consulta con el especialista (según el caso).

Paso 3. Examen clínico del paciente afectado.

Paso 4. Valorar necesidad de estudios complementarios

Paso 5. Síntesis clínico del caso.

Pasos a seguir en la valoración médico forense en los casos de mala praxis en sujetos fallecidos

Paso 1. Recolección y examen de toda la documentación clínica

Paso 2. Consulta con el especialista (según el caso).

Paso 3. Exámenes complementarios previos a la autopsia (imagen ...).

Paso 4. Práctica de la autopsia completa.

Paso 5. Recogida de muestras biológicas para estudios complementarios.

Tabla 2. Guía IAML. Ferrara et al. *Malpractice and Medical Liability*. 2013.

4. CONTENIDO DEL INFORME PERICIAL.

El informe médico legal relativo a la valoración de responsabilidad profesional sanitaria por presunta imprudencia médica, además de contener los clásicos apartados de *preámbulo*, *objeto de la pericia* y *metodología pericial*, debe constar de los siguientes ítems comunes en los protocolos existentes al respecto, similares todos ellos a la guía de la IALM:

4.1. VALORACIÓN DE LA PRESUNTA IMPRUDENCIA O FALTA MÉDICA.

4.1.1. Estudio de la praxis médica realizada.

Tras la revisión, estudio y análisis de todos los elementos de prueba el perito debe describir inicialmente la relación de los hechos ocurridos con toda la objetividad posible. Hay que identificar los hechos patológicos, describirlos con claridad, en su inicio, evolución y estadio final. Se debe reconstruir la conducta médica real, es decir, la que se llevó a cabo en el caso concreto. Se debe acometer una verificación de los cuidados médicos y de salud reales llevadas a cabo respecto al diagnóstico, pronóstico, tratamiento, y resultado final. Si existen divergencias en los hechos relatados por los litigantes, deben ser reflejadas las discordancias y considerar únicamente los datos objetivos.

4.1.2. Estudio de la praxis médica habitual en el acto médico denunciado o estudio de la *lex artis ad hoc*.

Siguiendo amplia y reiterada doctrina jurisprudencial, la actuación médico sanitaria se enjuicia comparándola con la "*lex artis ad hoc*", entendida ésta como "*aquel criterio valorativo de la corrección del acto médico concreto ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del actor, y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado o intervención del enfermo- de sus familiares, o de la misma organización*

sanitaria, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida” (entre otras, pueden citarse las STS de 7 de febrero y 29 de junio de 1990, 11 de marzo de 1991, 23 de marzo de 1993, 25 de abril de 1994, 31 de julio de 1996, 18 febrero de 1997 y 28 de junio de 1997).

Tras proceder a la reconstrucción de los hechos fisiopatológicos, debe establecerse cuál habría sido la conducta médica ideal en el caso peritado. Para ello el perito deberá documentarse en los anteriormente referidos protocolos o guías de actuación de Sociedades Científicas, documentos de Consenso y/o publicaciones científicas nacionales e internacionales de alto impacto.

Es muy importante señalar que los parámetros o guías de actuación empleados para conocer la actuación médica habitual deben ser protocolos sindrómicos y no diagnósticos. El médico denunciado, en la gran mayoría de las ocasiones, en el momento de los hechos solo conocía los síntomas que presentaba el paciente y los hallazgos que pudo obtener. Desconocía el diagnóstico final. Utilizar guías de actuación que se inicien en un diagnóstico al que se llegó tras la práctica de una autopsia o una biopsia puede llegar a ser un grave error pericial. Deben utilizarse siempre que sea posible protocolos sindrómicos, cuyo inicio coincida con el conjunto de datos que tenía el médico en el momento de la asistencia.

4.1.3. Estudio comparativo de la praxis médica realizada en relación a la praxis médica habitual o *lex artis ad hoc*.

Finalmente debemos proceder a comparar el diagnóstico y tratamiento que fueron llevados a cabo con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos habituales y comúnmente aceptados para casos similares. Es decir, comparar la conducta ideal con la que se llevó a cabo en la realidad.

Ahora bien, el perito nunca debe incurrir en el error de enjuiciar el acto médico desde el presente, esto es, una vez conocidos los hechos acaecidos y el presunto error cometido, esto es, una vez que se sabe lo que ocurrió y por qué. Como refiere el experto jurista en Derecho Sanitario MORALES ORTEGA la imprudencia médica debe analizarse realizando un juicio *ex ante*, es decir, desde las condiciones y circunstancias existentes previas a la acción para hacer un juicio de previsibilidad y de adecuación de la conducta del médico, que en ese momento no conoce el desenlace de los acontecimientos. El perito debe colocarse en el lugar del médico denunciado, y valorar si con los datos proporcionados y medios que disponía era posible actuar de forma distinta a la acontecida evitando con ella el daño, o si por el contrario, utilizó las normas de diligencia exigibles en el momento de los hechos según el estado de la ciencia. Para ello, resulta fundamental utilizar en la valoración de la praxis médica protocolos sindrómicos, que reúnan los síntomas que tenía el paciente antes de iniciarse el acto médico cuestionado, y no protocolos diagnósticos, que contienen el diagnóstico final del cuadro clínico, solo conocido una vez finalizada toda la evolución de la asistencia médica.

El análisis de la presunta falta médica constituye el eje del informe pericial y debe consistir en una identificación del error o de la inobservancia del cuidado debido. La Guidelines europea establece para la detección y clasificación del error una serie de pasos a seguir de modo sistematizado: propone investigar la cumplimentación de la información y obtención del consentimiento del paciente; comprobar aspectos sobre el diagnóstico y el

tratamiento; control de la evolución, descartar posible presencia de complicaciones, su seguimiento y posterior tratamiento.

Detectado el error se procederá a la evaluación del mismo y tratar de conocer posibles causas que lo justifiquen. Se aconseja valorar si está en relación con una conducta médica individual o colectiva, por un posible fallo de coordinación o comunicación. Es necesario evaluar los medios utilizados, si fueron o no suficientes, necesarios, adecuados o defectuosos. Tras este análisis podrá deducirse si el error tiene su origen en un hecho o circunstancia identificada y concreta. Se podrá discernir si el error se ha generado, o bien existía con anterioridad una causa que justifique el resultado.

Antes de concluir de modo definitivo, la prudencia obliga a sopesar todas las hipótesis posibles y valorar los elementos a favor y en contra que las confirmen o rechacen.

4.2. VALORACIÓN DEL DAÑO O PERJUICIO CAUSADO.

El segundo requisito para poder hablar de responsabilidad médica es comprobar la existencia de un daño o perjuicio derivado del acto médico.

Una vez detectado, se procederá a su descripción anatómica y/o funcional, considerando también la posibilidad de restitución futura. Desde un punto de vista conceptual deberá evaluarse la imprevisibilidad e inevitabilidad del daño acaecido. Así mismo se deberá proporcionar al tribunal los datos necesarios para descartar que el mismo corresponda a un riesgo típico del acto médico. En otras ocasiones corresponderá a una complicación derivada del mismo. En situaciones excepcionales se deberá valorar la existencia o no de daño desproporcionado, de enorme repercusión judicial independientemente de la vía jurisdiccional utilizada. Es definido por la jurisprudencia como aquel daño grave e irreparable, que afecta de manera negativa e irremediable a la salud del enfermo siendo patente éste por su desproporción con lo que es usual comparativamente.

Pero no menos importante resulta la valoración del daño a efectos de cuantificar la indemnización e imponer la pena. Deberá concretarse si el mismo derivó en solo incapacidad temporal o bien en una incapacidad permanente con la existencia de secuelas.

Nos traslada la guía de la IALM que en aquellos países en los que existen baremos o protocolos de valoración del daño a las personas, se tendrán en cuenta como referencia para la cuantificación del daño. En este sentido, en nuestro país viene utilizando en sede judicial desde hace varias décadas de modo generalizado para la cuantificación del daño por analogía el conocido baremo de tráfico. De hecho, la reciente *Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación*, su Disposición adicional tercera, refiere de modo expreso que "*El sistema de valoración regulado en esta Ley servirá como referencia para una futura regulación del baremo indemnizatorio de los daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria*". Por tanto, mientras no exista un baremo específico de daños derivados de asistencia sanitaria el perito deberá aplicar el empleado en asuntos de tráfico.

Desde numerosos sectores se reclama la existencia del referido baremo pues, entre otros beneficios, armonizaría las indemnizaciones, facilitaría acuerdos extrajudiciales -

especialmente mediación-, agilizaría la finalización de estos procesos y con todo ello se evitarían muchas de las consecuencias negativas de la judicialización de la medicina.

4.3. VALORACIÓN DE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD.

Una vez detectados la falta médica y el daño ocasionado el perito debe establecer siempre e inexcusablemente que existe relación de causalidad unívoca entre ambos. Es decir, debe demostrar que la causa del perjuicio producido ha sido la conducta médica errónea.

Traslada la IAML que perito debe conocer las normas legales que rigen y se aplican al complejo y especializado mundo de la responsabilidad profesional médica. Debe por ello poseer amplios y profundos conocimientos en derecho sanitario y las principales doctrinas jurídicas que rigen en la actualidad a la hora de valorar el nexo de causalidad que pasamos a revisar.

- *Teoría de la causa adecuada*
- *Teoría de probabilidad estadística o criterios de probabilidad científica*
- *Doctrina de la pérdida de la oportunidad*
- *Teoría de la creación culposa de un riesgo*
- *Teoría del but for test -teoría del substantial factor test-*
- *Teoría de los cursos causales no verificables ("wrongful birth" y "wrongful life").*
- *Criterios clásicos de causalidad médico-legal*

4.3.1. El análisis de la relación de causalidad en los casos de presunta imprudencia médica tiene especial complejidad, pues suelen existir numerosas concausas como posibles generadoras del daño. A la presunta falta médica cometida habrá que añadir otras causas como posibles generadoras de la lesión. Entre ellas pueden citarse el estado patológico previo del paciente, la evolución natural de su enfermedad, posibles complicaciones o riesgos típicos del procedimiento, o circunstancias varias relacionadas con la organización sanitaria - urgencias, desplazamientos, trabajo en equipo, dotación de medios técnicos, gestión de listas de espera-.

Ante esta pluralidad de causas, en medicina legal, rechazadas ya las teorías de la causa próxima o de la equivalencia de las causas, clásicamente se venía empleando la **teoría de la causa adecuada**, siendo la misma aquella que siguiendo el curso normal de los acontecimientos es capaz de originar el daño y además es suficiente para explicar la consecuencia. Alcanza la categoría de adecuada, cuando regularmente produce dicho resultado, es decir, el mismo es objetivamente previsible.

4.3.2. Pero en estas periciales, salvo raras excepciones, resulta imposible alcanzar un grado de certeza absoluta o exactitud en materia de causalidad. Así, la guidelines europea propone que debe aplicarse la **teoría de probabilidad estadística o criterios de probabilidad científica**. Deben ser analizados y discutidos los datos a la luz de las reglas universales, de las reglas estadísticas y de los criterios racionales de credibilidad. Se entenderá probada la relación de causalidad, cuando los elementos de juicio existentes conducen a un grado

suficiente de probabilidad. Es lo que la doctrina jurídica denomina un juicio de probabilidad cualificada ("more probable than not" según la doctrina norteamericana).

4.3.3. En la actualidad tiene especial relevancia en el campo de la responsabilidad médica la **doctrina de la pérdida de la oportunidad**, importada del Derecho francés (perte d'une chance) y del Derecho anglosajón (loss of a chance of recovery), al ser utilizada con inusitada frecuencia por nuestros Tribunales en todas las vías jurisdiccionales, especialmente en altas instancias. Inicialmente era usada para modular el quantum indemnizatorio en casos de error diagnóstico, diagnósticos tardíos, listas de espera o asistencias tardías (urgencias o domiciliarias). Cuando era considerada, las cuantías indemnizatorias se reducían en función del grado en qué el acto médico incorrecto había repercutido sobre las lesiones producidas. Pero en la actualidad viene aplicándose casi de modo unánime para determinar si existe o no nexo de causalidad. Según esta doctrina, la conducta negligente o imprudente del médico no fue la causa del daño pero en algún modo pudo limitar las posibilidades de curación o de que el resultado hubiera sido diferente (menores secuelas o mayor esperanza de vida). Viene a determinar un daño abstracto, fundamentado en un cálculo de probabilidades, constituido por una oportunidad perdida motivada por la actuación errónea del profesional. Dada la enorme frecuencia con lo que es utilizada en la actualidad esta doctrina, el informe pericial debe tratar de responder a una hipotética pérdida de oportunidad, en el sentido de informar sobre que posibilidad existía de que una actuación correcta por parte del profesional hubiera modificado el desenlace final y establecer en su caso los datos estadísticos que permitan cuantificar dicha pérdida. En el mismo sentido, la Guía de la IAML aconseja que finalmente el perito debe realizar una determinación o propuesta del grado de probabilidad en la relación de causa-efecto entre el daño y la conducta médica prestada.

4.3.4. Según la **teoría de la creación culposa de un riesgo** el médico con su conducta errónea es quien creó el riesgo o pérdida de oportunidad y por ello debe asumirla íntegramente. No puede trasladar al paciente esa pérdida de oportunidad de haber evitado el daño ocasionada por su actuación negligente o culposa. En base a la misma, se reclama o exige una reparación integral del perjuicio sufrido por el paciente.

4.3.5. Derivada del derecho anglosajón es la **teoría del but for test** según la cual una conducta será responsable de un daño tras concluir que de no haber sido por (but for) dicha conducta el daño no se habría producido. Dicha doctrina es mejorada cuando existen varias causas, diferentes e independientes que interactúan en la génesis de la lesión y una de ellas se considera como el factor sustancial o fundamental en la génesis del daño **-teoría del substantial factor test-**.

4.3.6. La **teoría de los cursos causales no verificables** (acciones de "**wrongful birth**" y de "**wrongful life**"), ha sido definida por la jurisprudencia como aquella hipótesis en que la causalidad posible existente entre una acción u omisión humana y un resultado lesivo o dañoso no es susceptible de una demostración científico natural. Ha sido utilizada para probar la relación de causalidad en supuestos de falta de detección, déficit de información o consejo inadecuado y se privó la oportunidad de adoptar una decisión informada sobre el procrear o no un niño con malformaciones ("wrongful birth" -nacimiento injusto- o "wrongful life" -vida injusta-).

En el ámbito de la jurisdicción contencioso administrativa el perito debe descartar la existencia de fuerza mayor, causa de exclusión de responsabilidad. Rige el criterio de que existe fuerza mayor cuando, aunque se hubiera previsto el riesgo, éste habría sido inevitable.

4.3.7. En la labor de determinar si la actuación médica fue causa única, determinante, precipitante o agravante del daño y en qué grado, el perito nunca debe olvidar la valoración de los *criterios clásicos de causalidad médico-legal*: topográficos, cronológicos, fisiopatogénicos, clínicos, de continuidad evolutiva, de verosimilitud, realidad y certeza diagnóstica, además del criterio de exclusión, que consiste en excluir o anotar otra posible causa del daño sufrido.

4.4. CONCLUSIONES MÉDICO FORENSES.

Las conclusiones del informe, expresadas de modo sintético y concreto, deben tratar de responder a las cuestiones específicamente solicitadas por la autoridad judicial. Deben trasladar los elementos necesarios para que sea posible tanto la apreciación del daño como su correcta valoración jurídica.

Un informe pericial sobre presunta mala praxis médica debería concluir al menos siempre respecto a los siguientes hechos:

1º) Adecuación o no de la conducta médica analizada con la *lex artis ad hoc* especificando en su caso la causa del error o de la inobservancia del cuidado debido (defecto de información o consentimiento, error diagnóstico o terapéutico, seguimiento defectuoso o falta de cuidados, déficit de medios, defectuosa organización, etc).

2º) Valoración del daño o perjuicio ocasionado, tanto su descripción como su cuantificación con la utilización analógica de baremos. Valorar la existencia de complicación, riesgo típico o daño desproporcionado.

3º) Determinar si existe o no relación de causalidad entre el acto médico denunciado y el daño o perjuicio ocasionado. Valoración metódica de todas las causas y su grado de influencia en el daño. Considerar las principales doctrinas utilizadas (causa adecuada; probabilística; pérdida de oportunidad).

La labor del perito es auxiliar en el mayor grado posible a los Tribunales de Justicia por lo que debe abandonar las divagaciones o explicaciones confusas. Deberá huir de informes ambiguos y exponer de modo franco y clara sus conclusiones. Debe asumir su responsabilidad, ser claro y aportar conclusiones que resulten útiles para la resolución final del procedimiento. Siempre con objetividad, neutralidad y la debida fundamentación científica.

Tal y como contempla la analizada Guía europea de valoración de mala praxis médica, la misma es solamente un primer paso para el difícil proceso de armonización de las medidas legislativas, jurídicas, operativas y de prácticas institucionales en los casos de responsabilidad profesional médica. Su utilización sistematizada permitiría generar información científica, bautizada por CASTELLANO como *medicalprudencia* -similar a la jurisprudencia en materia jurídica- que podría ser usada en casos clínicos similares. Y sin duda alguna, aportaría

enorme seguridad en los peritos y tribunales con innegables beneficios para pacientes, profesionales y administración sanitaria.

5. VALORACIÓN DE LA PRUEBA PERICIAL.

Las leyes procesales no establecen reglas especiales de valoración de la prueba pericial, por lo que ha sido la doctrina jurisprudencial la que ha venido perfilando el valor probatorio de la misma. Así, la Jurisprudencia de la Sala Segunda del T.S., ha reiterado que el principio de libre valoración de la prueba en el proceso penal rige también para la prueba pericial, señalando que los dictámenes periciales no vinculan en sus conclusiones a los Tribunales, salvo que se trate de pericias que respondan a conocimientos técnicos de carácter especial o sometidos a reglas científicas inderogables o leyes mecánicas, cuyos enunciados no se pueden alterar por el arbitrio o discrecionalidad de los Jueces. Como muestra de esta doctrina podemos citar:

“El art. 458 de la L.E.Cr., refiere que “el Juez se valdrá de peritos titulares con preferencia a los que no tuviesen títulos”, y no establece una regla de valoración de la prueba, que impida al Tribunal apartarse de la opinión de los peritos titulados, pues ello sería contrario a la convicción en conciencia del Juez (art. 741 de la L.E.Cr.) (...) y la valoración del Tribunal sin haberse apartado arbitrariamente de las pautas técnicas aplicables al caso” (S.T.S. de 27/10/1995, R.J.A. 1995/7687).

“Conocido es de todos el principio de libre apreciación de la prueba por el Tribunal de instancia que presidió su práctica, como consecuencia directa de los principios de inmediación y oralidad que rigen el juicio oral, acto culminante del proceso penal (art. 741 de la L.E.Cr.), que tiene su contrapeso en la obligación de motivación de la sentencia (art. 120.3 de la Constitución), que ha de extenderse no sólo a la calificación jurídica o aplicación de la ley a los hechos, sino también a las cuestiones fácticas, pues el texto de la resolución judicial ha de examinar las pruebas existentes y razonar sobre aquello que ha tenido en cuenta para la confección de su relato de hechos probados. (...). Tal principio de valoración de libre apreciación de la prueba se refiere a todos y cada uno de los medios utilizados en el proceso concreto de que se trate, debiendo el Tribunal valorarlos en su conjunto cuando hay varios sobre un mismo hecho, sin que a priori pueda concederse valor superior a uno sobre otro, siendo el juzgador a quo, el que tuvo contacto directo con la fuente de la prueba, quien ha de valorarlos todos para conceder su crédito total o parcialmente al que, conforme a su criterio, más lo merezca. Y lo mismo ocurre con los dictámenes periciales, pues, aunque con ellos se aportan al proceso conocimientos científicos o técnicos que, por su especialidad, el Tribunal necesita que otros se los proporcionen, ello no obsta a que, pese a carecer de tales conocimientos especializados, tenga que valorar su corrección para aplicarlos al caso concreto” (S.T.S. de 22 de junio de 1993, R.J.A. 1993/5279).

No obstante si un Tribunal o Juez amparándose en el principio de libre valoración de la prueba se aparta infundadamente de las conclusiones de los peritos que le asesoran, el Tribunal o el Juez pueden incurrir en un error en la valoración de la prueba, tal y como recoge la doctrina jurisprudencial: *“Cuando, habiendo un solo informe de esta clase, o varios coincidentes, y no existiendo otras pruebas sobre el mismo hecho, bien se ha tomado dicha prueba de modo incompleto, mutilado o fragmentario, bien se ha prescindido de la misma de modo no razonable llegando a conclusiones divergentes, opuestas o contrarias a las expuestas por los peritos...” (SS.T.S. de 22/06/1993, con cita de las de 17/06/1998, 29/11/1989, 30/11/1990 y 17/02/1992).*

Por tanto, la fuerza probatoria de los dictámenes periciales reside, esencialmente, en el fundamento científico de sus afirmaciones, en la consistencia del juicio técnico emitido, la mayor o menor fundamentación y razón de ciencia, siendo prevalentes, en principio, aquellas afirmaciones o conclusiones periciales que vengan dotadas de una superior explicación racional y no en la condición, categoría o número de sus autores, aunque la doctrina jurisprudencial no olvida otros criterios auxiliares para la valoración de la pericia como el de la mayoría coincidente o el alejamiento al interés de las partes.

Con motivo de la realización de una Tesis Doctoral sobre responsabilidad profesional médica (HERNÁNDEZ GIL, 2002) se consultó a los Colegios de Médicos y de Abogados del país sobre la *Importancia del perito médico en problemas de mala praxis, refiriendo ambos colectivos que influye poderosamente en la decisión del juez*, concretamente un 65,7% de los C.O.M. y un 100% de los C.O.A., quienes demuestran tener mejor conocimiento del valor que se les da desde los Tribunales a una pericia que versa sobre un campo en el que los juzgadores frecuentemente se encuentran indefensos. Sin embargo, resulta especialmente importante recordar que no puede establecerse una primacía del informe del médico forense sobre el dictamen de un perito judicial médico, tal y como recuerda la reciente sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 19ª) núm. 46/2016 de 10 febrero: *“como señala la SAP de Córdoba, Civil sección 1 del 27 de octubre de 2015 es cierto que en general no puede establecerse una primacía o prioridad del informe del Médico Forense sobre el dictamen de un perito judicial médico pues, sin duda, uno y otro constituyen informes de naturaleza médica que indudablemente no constatan hechos ciertos o verdades inatacables, sino que constituyen criterios u opiniones profesionales sujetas, como cualquier otra prueba, a la valoración y apreciación del Juez o Tribunal...”*.

Sumamente interesante nos parece la sentencia emitida por la Audiencia Provincial de Vizcaya que establece una serie de pautas sobre cómo deben valorarse las pruebas periciales. Destaca los razonamientos y fundamentos de los informes así como la competencia profesional de los peritos y todas las circunstancias que hagan presumir su objetividad. Además, destaca el fallo que otro aspecto a valorar es *“el derivado del examen de las operaciones periciales que se hayan llevado a cabo por los peritos que han intervenido en el proceso, los medios o instrumentos empleados y los datos en los que se sustentan sus dictámenes”*. Asimismo señala la sentencia que se vulneran las reglas de la sana crítica en los dictámenes periciales *“cuando no consta en la sentencia valoración alguna en torno al resultado del informe del perito; cuando se prescinde del contenido del dictamen omitiendo datos, alterándolo, deduciendo conclusiones distintas o valorándolo incoherentemente; cuando los razonamientos atenten contra la lógica y la racionalidad o cuando las explicaciones jurídicas sean arbitrarias, incoherentes y contradictorias; o cuando los argumentos del tribunal, según los informes periciales aportados, lleven al absurdo”*.

De modo sumamente acertado el jurista GALÁN CÁCERES recuerda que *los Juzgados y Tribunales deben motivar adecuadamente, en el caso de que existan varias periciales médicas, las razones por las que optan por unas u otras, y sobre todo, que se garantice la necesaria contradicción, para que todas las partes intervinientes tengan en el mecanismo de garantías procesales la posibilidad de efectuar las alegaciones a otras que puedan ser perjudiciales a sus intereses, máxime cuando se trata de salvaguardar a toda costa la presunción de inocencia constitucionalmente garantizada de los imputados en una causa penal*.

Desde nuestro punto de vista, fundamentado en nuestra experiencia profesional (ejercicio de la medicina forense) así como en la de múltiples compañeros de profesión, la pericial médica nos parece el elemento más importante en la resolución de problemas de mala

praxis, y no sólo por la vía judicial sino incluso en vías extrajudiciales. Un informe médico pericial correcto es fundamental para aclarar situaciones confusas y permite enjuiciar los hechos dentro de parámetros objetivos y con el debido rigor científico.

BIBLIOGRAFÍA

- ASO ESCARIO, J.: Líneas guía en autopsias por sospecha de mala praxis asistencial. Cuad Med Forense. 2011;17(4):161-74.
- ARIMANY-MANSO, J. ET AL. Reclamaciones por presunto defecto de praxis. Elsevier Doyma, 2014
- CAPLAN, M.J.: A Medical Examiner's Experience with the Evaluation of Deaths Associated with Complications of Diagnostic and Therapeutic Procedures (Therapeutic Complications/Periprocedural Deaths)- Revisited (Abstract) American Academy of Forensic Sciences Annual Meeting Proceedings, 1999;164-165.
- CASADO BLANCO, M. El consentimiento informado del paciente. Importancia de la información en la actividad médica. Ed. icomBA, Badajoz, 2013. p. 23-43.
- CASTELLANO ARROYO, M^a. y FERRARA S.: La responsabilidad profesional médica en Europa. Rev Esp Med Legal. 2014;40(4):161-166
- CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA. GUÍA DE ETICA MÉDICA. Aprobado por la Asamblea General de la OMC el pasado 09 de julio de 2011. https://www.cgcom.es/codigo_deontologico/index.html#/25/zoomed
- COMISIÓN CENTRAL DE DEONTOLOGÍA, DERECHO MÉDICO Y VISADO DE LA OMC. Decálogo del Consentimiento Informado. 21/06/2016. http://www.cgcom.es/noticias/2016/06/16_06_21_decalogo_consentimiento_informado
- DE LA CRUZ RODRIGUEZ, JG. “La peritación médico-forense en casos de responsabilidad médica”. En Curso Análisis de Responsabilidad Profesional del Médico. Responsabilidad del Médico Forense. Madrid, Noviembre 1999. Madrid: C.E.J.A.J.; 1999
- FERRARA, S.D., BACCINO, E., BAJANOWSKI, T., BOSCOLO-BERTO, R., CASTELLANO, M.^a, DE ANGEL, R. ET AL.: Malpractice and medical liability. European Guidelines on Methods of Ascertainment and Criteria of Evaluation. Int J Legal Med. 2013;127:545-57.
- FERRARA S.D., BOSCOLO-BERTO, R. y VIEL, G., editores. Malpractice and Medical Liability. European State of the Art and Guidelines. Heidelberg: Springer-Verlag; 2013.
- GALÁN CÁCERES, J.C. La prueba pericial médica. En: Medicina y Responsabilidad Legal. Galán Cáceres, Badajoz, 2014.
- GALAN CORTES, J.C.: Responsabilidad Civil Médica. Ed. Civitas, Madrid. 2005.
- GALLARDO CASTILLO, M^a J. Causalidad probabilística, incertidumbre causal y responsabilidad sanitaria: la doctrina de la pérdida de oportunidad, en Revista Aragonesa de Administración Pública, núm. 45-46, 2015.

- GISBERT GRIFO, M^a.S. y FIORI, A.: Responsabilidad médica. En: E. Villanueva Cañadas, editor. Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología. J.A., 6^a ed. Masson S.A., Barcelona, 2006.
- GÓMEZ-DURÁN, E., MARTÍN-FUMADÓ, C. y ARIMANY-MANSO. J.: Legal medicine contributions to patient safety. From ascertainment and evaluation to research in medical liability. Int J Legal Med. 2013;127:1051-3.
- HERNÁNDEZ GIL, A. Tesis Doctorales 2004. "Responsabilidad por Malpraxis Médica. Análisis del problema a través de encuestas a Colegios de Médicos y Abogados". Universidad de Córdoba. Córdoba, 2004.
- HERNÁNDEZ GIL, A. y HERNÁNDEZ MORENO, J. Responsabilidad legal del médico, prevención, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Master Line & Prodigio; 2005.
- HERNANDEZ GIL, A; HERNANDEZ MORENO, J. "Claves de la Responsabilidad Profesional Legal del Médico en España". Masterline, Madrid, 2006.
- HERNÁNDEZ GIL, A.: Estudio médico forense de la responsabilidad profesional médica. Revista de Estudios Jurídicos. Segunda Época. 2008;8: 1-30.
- HERNÁNDEZ GIL, A., HERNÁNDEZ MORENO, J. "Causas y consecuencias de las Reclamaciones Judiciales por Mala Praxis Médica". La Responsabilidad Jurídico Sanitaria. Editorial: La Ley, 2011. p.357-436.
- HERNÁNDEZ GIL, A., HERNÁNDEZ MORENO, J., HERNÁNDEZ GIL, M.L., NUÑEZ HERNÁNDEZ. "Conceptos básicos y situación actual de la Responsabilidad Profesional Sanitaria". Aspectos Prácticos de la Responsabilidad Profesional Sanitaria. Factum Libri Ediciones SL, Madrid 2017. p. 7-28.
- HIDALGO FERNÁNDEZ, P. Informar para consentir. Responsabilidad del Médico. Ed. icomBA, Badajoz, 2013.
- KNIGHT, B.: Deaths associated with surgical procedures. In: Knight B, ed. Forensic pathology. Arnold, London: 1996:475-81.
- LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL, promulgada por Real Decreto de fecha 14 de septiembre de 1882. (Modificaciones introducidas por Ley Orgánica 14/1999 de 9 de junio, por Ley Orgánica 7/2002 de 5 de julio y por Ley 41/2015, de 5 de octubre, de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal para la agilización de la justicia penal y el fortalecimiento de las garantías procesales (BOE nº 239 del 6 de octubre de 2015).
- LEY 4/1999, de 13 de Enero de 1999, de MODIFICACIÓN de la Ley 30/1992, de REGIMEN JURIDICO DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS Y DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO COMÚN. (BOE del 14 de Enero de 1999).
- LEY 1/2000, del 7 de Enero, de ENJUICIAMIENTO CIVIL. (BOE del 8 de Enero del 2000).
- LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15-11-2002).

- LEY 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. B.O.E. de 23-09-2015.
- MADEA, B. y PREUSS, J.: Medical malpractice as reflected by the forensic evaluation of 4450 autopsies. *Forensic Sci Int.* 2009 Sep 10;190(1-3):58-66.
- MEDALLO, J., PUJOL, A. y ARIMANY, J.: Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc).* 2006;126:152-6.
- MORALES ORTEGA, R. “El médico debe ser juzgado desde la duda diagnóstica”. *Diario Médico.* 21/04/2005. Normativa.
- NCEPOD. *Changing the Way We Operate: The 2001 Report of the National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths.* London: NCEPOD, 2001.
- PALOMO RANDO, J.L., RAMOS MEDINA, V., PALOMO GÓMEZ, I., LÓPEZ CALVO, A., SANTOS AMAYA, I.M.: Autopsia médico-legal en casos de supuesta mala praxis médica. *Cuad.med.foreNSE* vol.21 nº.3-4 jul./dic.2015
- PEREA-PÉREZ, B., SANTIAGO-SÁEZ, A., LABAJO-GONZÁLEZ. M^a.E., ALBARRÁN-JUAN M^a.E., DORADO-FERNÁNDEZ E, GARCÍA-MARTÍN, A.: El médico ante los tribunales: análisis de las sentencias judiciales relacionadas con la responsabilidad profesional médica en España. *Rev Esp Med Legal.* 2013;39:130-4.
- PUJOL-ROBINAT A, MARTIN-FUMADÓ C, JIMÉNEZ-PÉREZ D, MEDALLO MUNIZ J. Criterios médico legales en la valoración de la responsabilidad profesional médica. *Rev Esp Med Legal.* 2013; 39: 135-141.
- PRAHLOW, J.A. y MCCLAIN, J.L.: Deaths Due to Medical Therapy. In: Froede RC (ed.). *Handbook of Forensic Pathology.* 2^a ed. Northfield, Illinois: College of American Pathologists 2003.
- PUJOL-ROBINAT, A., MARTIN-FUMADÓ, C., JIMÉNEZ-PÉREZ, D. y MEDALLO-MUÑIZ, J.: Criterios medicolegales en la valoración de la responsabilidad profesional médica. *Rev Esp Med Legal.* 2013;39: 135-41.
- Recommendation no. R (99) 3 of the Committee of Ministers to member states on the harmonization of medico-legal autopsy rules. *Forensic Sci Int.* 2000 Jul 3;111(1-3):5-58.
- REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA LEGAL. 2013; 39.
- ROMERO PALANCO, J.L.: La pericia médico-legal en los casos de responsabilidad médica. *Cuad Med ForeNSE.* 2002;27:11-28.
- SHOJANIA KG, BURTON EC, MCDONALD KM, GOLDMAN L. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. *JAMA* 2003;289(21):2849-56.
- SUPERBY JELDRES, A.J.: El nexo de causalidad y su prueba en la responsabilidad civil médica. http://www.peritajedrsuperby.es/drsuperby_nexo_de_causalidad_en_la_responsabilidad_civil_medica.pdf
- VILLANUEVA CAÑADAS, E. y CASTELLANO ARROYO, M^a. *Derecho Médico al uso del Pediatra.* Ed. Ergón, Madrid, 2002.

- VILLANUEVA CAÑADAS, E. y GISBERT CALABUIG, J.A.: La peritación médico-legal: introducción jurídica. El método médico-legal. En: E. Villanueva Cañadas, editor. Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología, 6ª ed. Masson S.A., Barcelona, 2006.
- WOJCIESZAK D; SAXTON, JW; FINKELSTEIN, MM. Sorry Works! Disclosure, Apology, and Relationships Prevent Medical Malpractice Claims. Mayo Clin Proc. 2009 May; 84(5): 484.



Centro de
Estudios
Jurídicos