

Revista de la
Escuela de Medicina Legal

órgano de expresión de la comunidad científica afín
 a la Medicina Legal y las Ciencias Forenses



Número 16

FEBRERO DE 2011

4

La perfilación criminal como técnica forense en la investigación del homicidio intencional con autor desconocido

The Criminal Profile as a Forensic Technique for Investigation of Intentional Homicide with Unknown Perpetrator
 Ricardo Rodríguez Jorge

14

El papel de la arqueología en la investigación criminal

The Role of Archaeology in Criminal Investigation
 Nicolás Márquez-Grant - María del Mar Robledo Acinas - José Antonio Sánchez Sánchez

23

A propósito de la responsabilidad civil médica. La teoría de la pérdida de oportunidad y del resultado o daño desproporcionado

On Medical Liability Insurance. The Lost Chance Theory And Disproportionate Harm
 Ana Isabel Berrocal Lanzarot

43

Entrevista con José Delfín Villalaín Blanco, Catedrático de Medicina Legal

Interview with Benito López de Abajo Rodríguez, Professor of Legal Medicine
 Enrique Dorado Fernández

54

Miscelánea: Curso de Capacitación en Tanatopraxia y Sanida Mortuoria - Reseña bibliográfica - Jornadas y Congresos

Miscekkaneous: Course Rating and Health Thanatopraxy Mortuary - Bibliographic - Conferences
 Andrés Santiago Sáez - MCarmen Moreno

Comité científico

Presidente D. José María Ruiz de la Cuesta Cascajares Prof. Titular UCM (jubilado)

Sección de Antropología Forense

D. Miguel Botella López

Prof. Titular Univ. Granada

D. Francisco Etxebarria Gabilondo

Prof. Titular Univ. País Vasco

Dña. Concepción Magaña Loarte

Entomóloga Forense Instituto Anatómico Forense Madrid

Dña. Cristina de Mendonça

Prof. Instituto Medicina Legal Coimbra (Portugal)

D. José Luis Prieto Carrero

Prof. Asociado UCM. Médico Forense Madrid

D. Pablo Arturo del Río Muñoz

Facultativo Del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses de Madrid

D. Gonzalo Trancho Gayo

Prof. Titular UCM

Prof. Douglas Ubelaker

Curator of Physical Anthropology, National Museum of Natural History, National Museum of Man, Smithsonian Institution, Washington D.C.

Sección de Atención Primaria

Dña. María Elena Albarrán Juan

Prof. Asociado UCM

D. Atef Kanaan Kanaan

Prof. Colaborador UCM

Sección de Bioética

D. Rogelio Altisent Trota

Prof. Asociado Univ. Zaragoza Presidente de la Comisión Deontológica Médica Nacional

D. Miguel Sánchez González

Prof. Titular UCM

D. Benjamin Herreros Ruiz-Valdepeñas

Prof. Asociado Ciencias Salud UCM

Sección de Biología Forense

D. Ángel Carracedo Álvarez

Catedrático Univ. Santiago de Compostela

Dña. Eva Fernández Domínguez

Investigadora UCM

D. Félix Gómez Gallego

Prof Titular Univ. Europea de Madrid

Dña. Isabel López Abadía

Prof. Titular Univ. País Vasco

Dña. Ana María López Parra

Prof. Ayudante UCM

D. José Antonio Lorente Acosta

Prof. Titular Univ. Granada

Sección de Criminología y Criminalística

D. José Luis Barrallo Ferreras

Inspector jefe del Cuerpo Nacional de Policía. Especialista en Criminología y Criminalística

D. Jesús Fernández Sánchez

Analista en Investigación Criminal, Información y Análisis Criminal (Dirección General de la Guardia Civil (SAI) Sec. de Inteligencia)

Dña. María Teresa Ramos Almazán

Prof. Titular UCM (jubilada)

Sección de Derecho Sanitario

D. Fernando Abellán

Director de Derecho Sanitario Asesores

Dña. Ana Berrocal Lanzarot

Prof. Contratada Doctor UCM

D. Miguel Fernández Sevilla Morales

Prof. Asociado UCM

D. Emilio Lizárraga Bonelli

Letrado Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

D. Javier Sánchez-Caro

Responsable del Área de Bioética y Derecho Sanitario de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Sección de Especialidades Hospitalarias

D. José Luis de Gregorio Jabato

Prof. Colaborador UCM Director Médico Fremap

D. Ángel Nieto Sánchez

Prof. Asociado Ciencias Salud UCM

Sección de Patología Forense

D. Andrés Bedate Gutiérrez

Prof. Asociado UCM. Médico Forense Madrid

D. Enrique Dorado Fernández

Prof. Asociado Univ. Alcalá de Henares. Médico Forense Madrid

Dña. Concepción Millana de Ynes

Prof. Asociada UCM. Anatomopatóloga

Sección de Odontostomatología

D. Armando Caballín García

Prof. Asociado Univ. Rey Juan Carlos de Madrid

Dña. Stella Martín de las Heras

Prof. Titular Univ. Granada

D. José María Vega del Barrio

Prof. Titular UCM

Sección de Psiquiatría Forense

D. Santiago Delgado Bueno

Especialista en Medicina Legal y Forense

D. Enrique Esbec Rodríguez

Médico Forense Madrid. Psicólogo

D. José Luis de Miguel Pedrero

Prof. Asociado UCM. Médico Forense Madrid

Dña. Marisol Rodríguez Albarrán

Prof. Asociada UCM. Médico Forense Madrid

Sección de Medicina Legal y Legislación Sanitaria

D. Eduardo Andreu Tena

Director del Instituto Anatómico Forense de Madrid

Profª. María Castellano Arroyo

Catedrática Univ. Granada

D. Jorge Cipriano Díaz Suárez

Prof. Titular Univ. Oviedo

Dña. Marina Gisbert Grifo

Prof. Titular Univ. Valencia

Dña. Begoña Martínez Jarreta

Prof. Titular Univ. Zaragoza

Dña. Mercedes Martínez León

Prof. Contratada Doctor Univ. Valladolid

Prof. Aurelio Luna Maldonado

Catedrático Univ. Murcia

D. Antonio Piga Rivero

Prof. Titular Univ. Alcalá de Henares

D. Daniel Queipo Burón

Prof. Titular Univ. Valladolid

D. Hugo Rodríguez Almada

Prof. Adjunto Univ. Montevideo (Uruguay)

D. Ignacio Miguel Santos Amaya

Prof. Titular Univ. Málaga

D. Fernando Verdú Pascual

Prof. Titular Univ. Valencia

Prof. José Delfín V illalaín Blanco

Catedrático Univ. Valencia (jubilado)

Sección de Toxicología

D. Antonio Cardona Llorens

Prof. Titular Univ. Miguel Hernández de Elche

D. Juan de Dios Casas Sánchez

Prof. Asociado UCM. Médico Forense Madrid

Prof. Manuel López-Rivadulla Lamas

Catedrático Univ. Santiago de Compostela

Dña. Dolores Marhuenda Amorós

Prof. Titular Univ. Alicante

D. Luís Segura Abad

Médico Forense Madrid. Especialista en Toxicología

Dña. María Victoria Uroz Martínez

Prof. Ayudante UCM

Sección de Valoración del Daño Corporal

Dña. Pilar Alías Martín

Prof. Ayudante UCM

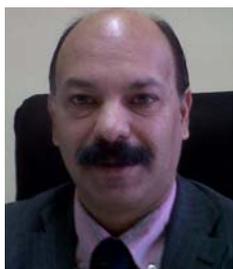
Dña. María Teresa Criado del Río

Prof. Titular Univ. Zaragoza

D. Claudio Hernández Cueto

Prof. Titular Univ. Granada

Editorial



Andrés Santiago Sáez

Con este nuevo número de nuestra revista, mantenemos una línea de trabajo «clara y evidente» –como diría nuestro querido Profesor Moya– basada en la difusión de un área de conocimiento muy desconocida por la clase médica. Área que engloba múltiples disciplinas que van desde la Criminalística (que causa furor en las televisiones) hasta la Medicina Legal Hospitalaria de trincheras. A este abanico de posibilidades se acercan profesionales que acaban enganchados, dedicando horas y horas al estudio, la docencia, la investigación y la divulgación de sus propios conocimientos. Actualmente además hemos

incorporado a nuestro quehacer diario una línea de investigación que promete ser todo un baluarte médico-legal, me refiero a la Seguridad del Paciente y la Gestión de Riesgos Sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud lanzó su primera piedra en el año 2004 y no ha cesado, a través de su Alianza por la Seguridad del Paciente, de inculcar en las organizaciones sanitarias lo que llamamos «Cultura de Seguridad». La Gestión del Riesgo Sanitario entronca directamente con nuestra política clásica de «Prevención de Riesgos Legales» en la actividad sanitaria. Un paciente seguro, confía en el sistema y no reclama ni litiga. Bajo esta filosofía, varias comunidades autónomas (entre ellas la de Madrid) se han puesto a trabajar de forma vertiginosa para establecer una estrategia común, con objetivos ambiciosos y campañas concretas que garanticen que nuestros pacientes seguirán siendo el eje del sistema y su seguridad clínica un estandarte.

Como ejemplo de campaña activa esta la de «la correcta Higiene de Manos», a la que se adscribieron más de 5000 hospitales de los cinco continentes, muchos situados en África, donde las condiciones higiénicas preocupan y mucho. Un continente donde además se viven actualmente una serie de revueltas populares activas y que pueden ser el desencadenante de una espiral de rebeldía política y social. Imagino que la sensatez pondrá cada cosa en su sitio, y el mundo árabe se estabilizará evitando la desesperanza.

Feliz cuatrimestre.

La revista está incluida en las siguientes bases de datos:

El portal de revistas de la Universidad Complutense de Madrid (Febrero 2010)
Latindex (Marzo 2010)



Comité de redacción

Director

Andrés Santiago Sáez
Profesor asociado. Universidad Complutense de Madrid (España). Coordinador docente de la Escuela de Medicina Legal de Madrid

Subdirector

Bernardo Perea Pérez
Profesor titular. Universidad Complutense de Madrid (España). Director de la Escuela de Medicina Legal de Madrid

Jefe de Redacción

MCarmen Moreno Robles
Periodista. Esp. en Antropología Forense

Redacción

María José Anadón Baselga
Profesor titular. Universidad Complutense de Madrid (España). Directora del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria

Eduardo Arroyo Pardo
Profesor Contratado Doctor. Universidad Complutense de Madrid (España)

Fernando Bandrés Moya
Profesor titular. Universidad Complutense de Madrid (España)

César Borobia Fernández
Profesor titular. Universidad Complutense de Madrid. España

María Herrera Laguna
Profesor Titular de Escuela Universitaria. Universidad Complutense de Madrid (España)

María Elena Labajo González
Profesora contratada doctora. UCM

Javier Ladrón de Guevara y Guerrero
Profesor titular. Universidad Complutense de Madrid (España)

José Antonio Sánchez Sánchez
Profesor titular. Universidad Complutense de Madrid (España) Director del Museo de Antropología Forense, Paleopatología y Criminalística Profesor Reverte Coma

Traducción

Dr. Atef Kanaan Kanaan
Profesor colaborador.
Universidad Complutense de Madrid (España)

Dña. Evelyn Kanaan Robertson

Diseño y maquetación

MCMR

Dirección de la revista

Escuela de Medicina Legal y Forense
Departamento de Toxicología
y Legislación Sanitaria
Facultad de Medicina
Ciudad Universitaria
28040 Madrid

Correo electrónico

drsantiago@med.ucm.es

<http://www.ucm.es/centros/webs/d513>



La perfilación criminal como técnica forense en la investigación del homicidio intencional con autor desconocido

The Criminal Profile as a Forensic Technique for Investigation of Intentional Homicide with Unknown Perpetrator

Dr Ricardo Rodríguez Jorge

Especialista de II grado en Medicina Legal. Diplomado en investigaciones criminales. Servicio de Medicina Legal de Santa Clara (Cuba)

Resumen

La perfilación criminal es un método forense de aproximar a las investigaciones policiales al esclarecimiento de los delitos, no establece la identidad del autor, pero si deja plasmado las características psicológicas del mismo, y de esa forma los investigadores cierran el marco de sospechosos, es muy útil en aquellos casos donde existe marcado número de huellas y evidencias ya que la huella psicológica del victimario queda plasmada en el lugar de los hechos, a esto se suman otras determinaciones como la autopsia psicológica, estudio criminológico del lugar entre otras, la perfilación es una herramienta indispensable para las actuales investigaciones criminales.

Palabras claves

Perfilación criminal, Autopsia psicológica, Investigaciones criminales, Huella psicológica.

Summary

Building a criminal profile is a forensic method used to lead police investigation toward crime explanations. The perpetrator's identity is not established, but his psychological characteristics are described. In this way, investigators limit the number of suspicious individuals. It is very useful in those cases where there are a high number of traces and evidence since the psychological trace of the perpetrator is tied to the scene of the crime. This is added to other determinations such as the psychological autopsy, and the criminal study of the scene. Building a profile is an indispensable tool for current criminal investigations.

Fecha de recepción del artículo

Noviembre de 2010

Fecha de aceptación del artículo

Enero de 2011



Key words

Criminal Profile, Psychological Autopsy, Criminal Investigations, Psychological Trace.

Introducción

El término *offender profiling* («perfil del delincuente») fue creado por los agentes del FBI en el centro de entrenamiento de Quantico (Virginia Oeste) en los años 70, para designar la técnica de describir el comportamiento y características probables del autor desconocido de un asesinato. El primer caso que se conoce es el de Susan Jaeger, una niña que desapareció en 1973 en el estado de Montana (EE.UU.), y a la que la policía llevaba más de medio año buscando infructuosamente. Había sido secuestrada mientras dormía en su tienda de campaña, haciendo camping con sus padres. Siete meses más tarde apareció muerta en un bosque cercano, gravemente mutilada.

El FBI sugirió que el asesino era un varón blanco, que vivía cerca del camping, y que posiblemente contara con algún arresto previo. Probablemente, se anotó también, habría guardado algún recuerdo físico del hecho. El perfil condujo ante un sospechoso, David Meirhofer, quien sin embargo negó los cargos. Cuando, más tarde, la madre grabó una llamada anónima que recibió, en la que se le informaba de que su hija había sido secuestrada, se comprobó que el sospechoso había hecho esa llamada. Antes de que se ahorcara en su celda, la policía comprobó que también había cometido otros tres asesinatos.

Tal y como escriben Holmes y Holmes en su libro clásico *Profiling violent crimes* («La perfilación de los delitos violentos»), la técnica del perfil, o la evaluación aplicada a la investigación criminal, es un «intento elaborado de proporcionar a los equipos de investigación con la información específica en torno al tipo de individuo que ha cometido un cierto crimen». Usualmente los perfiles son más eficaces en aquellos casos en los que un delincuente desconocido ha mostrado indicios de psicopatología. En esta categoría incluiríamos delitos como el asesinato serial, la violación, la piromanía, robos de bancos y el secuestro y abuso sexual de niños.

El perfilador aparece así como un miembro más de un equipo que ha de basarse en el trabajo combinado de todos los que intervienen en la investigación. Por ello, los perfiles deberían basarse en el examen adecuado de todos los aspectos del caso, esto es, los informes de la policía, del laboratorio forense, de las autopsias, fotografías y vídeos, dibujos de la escena del crimen, mapas de las diversas zonas implicadas, e incluso de la impresión de los propios investigadores. Igualmente, los perfiles deben de ser capaces de ubicar al responsable en lo que Keppel ha denominado un *continuo de violencia*, es decir, «en qué lugar se halla el criminal en su secuencia de acciones violentas, con objeto de determinar cuál es la firma del asesino y adónde le puedan llevar sus fuerzas psicológicas».

La perfilación criminal es un procedimiento que se lleva a cabo en los casos de homicidios intencionales en lo que la identidad del autor se desconocía, su base principal es el psicoanálisis, su objetivo no es la identificación absoluta del presunto autor sino procura establecer las características de la personalidad del victimario, que consiste en inferir aspectos psicosociales del agresor con base en un análisis psicológico, criminalístico y forense del hecho, con el fin de identificar un tipo de persona (no una persona en particular) para orientar la investigación y la captura, esta técnica es útil para la justicia porque permite ser aplicada en diferentes situaciones como crímenes



violentos, descarte de sospechosos, identificación del tipo de criminal que cometió el delito; también es ventajosa para los profesionales de la justicia como herramienta al preparar interrogatorios, justificar la petición de pruebas; pero sobretodo es de gran utilidad en la aproximación judicial a un delincuente.

Las determinaciones forenses, tienen carácter probabilísticas si se tratan de técnicas clínicas, para su instrumentación se toman de los hechos las características principales, que van desde el lugar del hecho, técnicas criminalísticas, técnicas forense, etcétera.

Elementos que integran la perfilación criminal

- Estudio del lugar del hecho.
- Fotografía y Fílmica forense.
- Autopsia medico legal.
- Autopsia psicológica.
- Infografía forense.
- Levantamiento operativo o situación criminologica.
- Evidencia recolectada y posteriormente revisada o analizada más sus resultados.
- Planimetría forense.

En junio de 1992, el Comité Policial ACPO Association of Chief Police Officers del Reino concluyó que era viable el desarrollo de la elaboración del perfil criminal como herramienta operacional. La evaluación de la técnica aportó 26 recomendaciones que contribuirían a fortalecerla, las principales fueron:

1. El perfilamiento del criminal es esencialmente viable.
2. El trabajo comenzaría suministrando un sistema operacional.
3. El programa puede ser implementado por la policía, pero manejado por el grupo de investigación policial. La implementación es importante en el sentido de entrega del servicio, mas no como investigación académica.
4. Se crearía una base de datos en el ámbito nacional, para permitir la suficiencia estadística con miras al mejoramiento del perfilamiento; la factibilidad del uso de un sistema de computación de inteligencia artificial sería explorada utilizando a CATCHEM.

Es muy importante tener en cuenta que para realizar un perfil criminal se necesita del personal entrenado y capacitado científicamente, el cual debe reunir una serie de características como un investigador con especial capacidad de análisis, con experiencia práctica de casos trabajados para conocer cada tipo de delincuente y poder reproducirse mentalmente lo que sienten, cuyo estilo de entrevista se aleje del paternalismo de los especialistas en Salud Mental y se acerque más al inquisitivo, objetivo y racional del investigador criminal, tiene que tener capacidad de control de las emociones, espe-



cialmente para controlar el asombro ante descripciones que puedan resultar especialmente escalofriantes, tiene que parecer indiferente, sin dejar de ser respetuoso, atacar los egos del explorado.

El perfil es probabilístico, podemos no acertar y eso lo tienen que tener muy en cuenta los investigadores, porque se pueden tomar decisiones que pueden cambiar el curso de la investigación e incluso provocar la detención de inocentes, y dilapidarse recursos materiales y humanos en una dirección equivocada. El informe no requiere elementos formales, debe ser preciso, breve y comprensible, reconstruyendo el suceso a partir de las características de personalidad del autor y la víctima de manera oral o escrita, no tiene carácter probatorio y si indiciario.

El investigador no puede cuestionarse la moralidad del agresor, su misión es caracterizarlo para lograr capturarlo o neutralizarlo

A pesar de la significación de los perfiles criminales, es necesario aclarar que todos los casos no son útiles para perfilar por las siguientes razones: primero, mucha gente cree que la confección de un perfil criminal va a identificar a los responsables. Lo que realmente se logra es identificar el tipo de personalidad, comportamiento y características demográficas del agresor a fin de reducir la cantidad de sospechosos para el proceder policial. En segundo lugar, no todos los crímenes son aptos para el análisis de la investigación criminal. Los más indicados son aquellos donde se manifiestan altos grados de sicopatología, en otras palabras aquellos donde ha habido mucha interacción entre la víctima y el agresor y si la escena en cuestión es inusual, bizarra, esperable, excesivamente violenta o donde hay un grado significativo de ensañamiento o violencia post mortem. En tercer lugar la habilidad de conducir un análisis del comportamiento depende de la extensión y la calidad del material que se analiza. En un homicidio, esto incluye la información victimológica, fotos de la escena del crimen, los descubrimientos al comienzo de la investigación, protocolo y fotos de la autopsia, la evidencia recolectada y posteriormente revisada o analizada más sus resultados, testimonio de los testigos, diagramas, mapas, croquis, demografía del área criminal, fotos aéreas –si están a disposición– esto para mencionar lo más relevante.

Si la investigación inicial es pobre, es difícil comprender y optimizar los resultados. En esencia, el estudio de la conducta es una herramienta para ser usada en la circunstancia correcta y con las expectativas correspondientes para lo que puede otorgar.

Tendencia multidisciplinaria

1. La criminología.
2. Las ciencias forenses.
3. La psiquiatría.

1. La criminología

Es un lugar común decir que Cesare Lombroso (1835-1909) fue uno de los primeros criminólogos en intentar clasificar a los delincuentes de un modo formal para realizar comparaciones estadísticas. En efecto, mediante la recogida de información en torno a aspectos como edad, raza, sexo, rasgos físicos, educación y región geográfica, entre otros, de delincuentes semejantes, Lombroso pretendía comprender los orígenes y motivaciones de la conducta criminal, a pesar de esto no se interesó por la investigación criminal en sí, el profesor alemán Hans Gross, quien estableció un museo de criminología en



la Universidad de Graz, puede ser llamado el «padre de la aplicación de la criminología a la investigación criminal». Su obra de 1893, *La investigación criminal: Un manual práctico para magistrados, policías y abogados*, fue todo un éxito en aquellos años, y todavía hoy, la revista forense que él fundó, titulada «Criminología» (Kriminologie), es un referente importante en lengua alemana para el campo de la investigación criminal.

En su manual, Gross ofrecía varios métodos para perfilar la conducta de asesinos, incendiarios, ladrones, mujeres que testificaban una violación falsa, y otros tipos. Una idea esencial de su filosofía de investigación sigue siendo hoy de enorme vigencia, a saber, que los criminales han de ser comprendidos fundamentalmente a través de sus delitos, y que hay que prestar una gran atención a la conducta del delincuente.

2. Las ciencias forenses

Es el conjunto de especialidades cuyo objeto de trabajo es el estudio y conocimiento de las leyes del surgimiento de la prueba pericial con fines jurídicos en hechos que se investigan por la policía en general, a ella se vincula la criminalística, la medicina legal como especialidad que surge de la primera y que tiene como objetivo general aplicar los conocimientos médico y ciencias auxiliares a la investigación, interpretación y desenvolvimiento de la justicia social, es el nexo que existe entre los médico y lo jurídico, la oratoria forense, especialidad cuyo fin específico es el interrogatorio y entrevista de testigos, víctimas, victimarios. Quizás una de las aportaciones históricas más notables fue la del forense que participó en los crímenes de Jack «el destripador», en el Londres de 1888. En lugar de comparar las características de los asesinatos con otros crímenes ya investigados, el doctor George Phillips se basó en una investigación cuidadosa de las heridas que presentaban las víctimas del asesino desconocido. Es decir, él infirió la personalidad del criminal a través del examen de la conducta que ese sujeto mostraba en su interacción con las víctimas. Por ejemplo, analizando a una de las víctimas, Annie Chapman, Phillips señaló que el asesino tenía conocimientos profesionales, debido a la precisión y limpieza con las que éste extrajo los órganos de su víctima. De este modo, la mutilación fue considerada una conducta que debía relacionarse con el carácter del sujeto que se estaba buscando.

3. La psiquiatría

El psiquiatra es el médico que trata con el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales, mientras que el psiquiatra forense se ocupa de estas mismas cuestiones en el marco de la aplicación de la ley. Por lo que respecta al tema que nos ocupa, no ha sido algo común que el psiquiatra participe en las tareas de investigación criminal. No obstante, la aportación del Dr. James A. Brussel, un psiquiatra americano que vivía en el Greenwich Village de Nueva York, puede considerarse como un paso decisivo en el camino del reconocimiento del perfil criminológico como una herramienta útil a la investigación criminal, su método incluía inferir las características personales del sospechoso atendiendo, en parte, a la comparación de las conductas criminales que observaba en el caso investigado con las que él había observado en los pacientes mentales de los que se ocupaba regularmente.

Aplicaciones de la técnica

Las siguientes son las aplicaciones de la técnica de elaboración de perfiles:

1. Crímenes violentos y seriales
2. Identificación del autor y eliminación de sospechosos



3. Técnicas investigativas con base en la identificación del tipo de criminal
4. Provocar al agresor a través de los medios de comunicación
5. Preparación de interrogatorios
6. Justificación de solicitud de otras pruebas
7. Vincular crímenes

En los *crímenes violentos y seriales*, por razones de cualificación, tiempo y dinero la técnica resulta supremamente onerosa, por lo cual se recomienda reservarla a la investigación de delitos que rebasen la eficiencia de las técnicas tradicionales de investigación judicial. En el caso de Colombia se sugiere reservar la técnica a la investigación de delitos especialmente violentos contra la vida, sexuales y terrorismo como masacres, homicidios y violaciones. Se enuncia el terrorismo dentro de los crímenes para aplicar la técnica porque existen antecedentes del uso de los perfiles en casos de cartas amenazantes, ya que de acuerdo con las palabras que se usen, se puede determinar las características del posible actor de este hecho, su estado mental en el momento de escribir la amenaza e inferir su motivación para encontrar a los posibles implicados y de esta manera salvar vidas. (Ressler, 1999). No obstante existen antecedentes de aplicaciones de la técnica a casos más sencillos como el hurto en residencias por parte de la policía de Northumbria Reino Unido. Sin embargo se cree que estos casos simples en Colombia pueden resolverse a través de las técnicas judiciales corrientes y no hacer un sobreuso de la técnica, por lo menos al principio de su implementación.

Asimismo, recurrir a la técnica para *identificación del autor y eliminación de sospechosos* del crimen es para limitar la investigación a un grupo de «sospechosos», pero no permite identificar inequívocamente a un solo sujeto, este aspecto lo debe tener presente todo el tiempo el investigador, de manera que no se base la resolución condenatoria en el perfil como único indicador. Cuando la información se complementa con el análisis forense y la evaluación de la declaración de los testigos, se pueden obtener los parámetros de eliminación de sospechosos.

Otra aplicación importante es la de las *técnicas investigativas con base en la identificación de tipos de criminales* debido a que se han presentado casos que han llamado la atención y por tal motivo han sido sometidos a investigación, así mismo ha crecido el interés en la aplicación de la técnica de elaboración de perfiles criminales identificando los tipos de criminales que pueden estar inmiscuidos en el hecho criminal; en este caso, se sigue el siguiente procedimiento:

1. Predecir las características del criminal.
2. Establecer si es parte de una serie de crímenes.
3. Desarrollar sugerencias acerca de cómo tomar ventaja investigativa con base en las características del delito. Dentro de las sugerencias de técnicas investigativas se encuentra el proporcionar guías para el interrogatorio, el uso de los medios de comunicación, la búsqueda de aspectos específicos en los allanamientos, etc. Una manera interesante de provocar al agresor a través de los medios de comunicación consiste en que hoy día, muchos de los usos operacionales se han dirigido



al secuestro y a las muertes de índole sexual los cuales son con frecuencia reportados en la prensa sensacionalista. Los medios de comunicación modernos ejercen gran presión sobre la policía encargada de las investigaciones en mención, especialmente sobre los profesionales que trabajan aclarando los crímenes; aunque parezca extraño, esta puede ser una forma de establecer contacto con el agresor, por ejemplo, cuando los medios publican un caso de homicidio y le dan un contexto de sensacionalismo y amarillismo, el criminal puede confesar sus actos, es decir; se usan los medios de comunicación como un mecanismo de presión. (Jackson y Bekerian, 2000).

Según Porter 1983, Los perfiles psicológicos criminales no solo ayudan a delimitar una investigación, sino que sugieren técnicas de influencia sobre el atacante, con base en las características de su personalidad se pueden emitir informaciones a través de los medios de comunicación con el fin de presionar a que se entregue algún criminal, ya que con ayuda de la prensa se pueden realizar artículos donde se informe del acto delincencial y hasta agregar información de más, para que así estos se vean envueltos y sean capaces de denunciar su delito. Esta técnica también se le denominó «Proactiva».

Tipos de perfiles criminales

En la investigación criminal existen tres maneras de elaborar los perfiles:

1. Perfiles de agresores conocidos, perfil psicológico o método inductivo
2. Perfiles de agresores conocidos, perfil psicológico o método deductivo
3. Perfil geográfico.

1. Perfiles de agresores conocidos, perfil psicológico o método inductivo

Consiste en la caracterización de los agresores conocidos o población carcelaria para extraer características generales; es decir, se parte de lo particular a lo general; por ejemplo: si el investigador esta elaborando perfiles de agresores dentro de una cárcel, entonces entrevistará a un violador y nota que no es asertivo, luego a otro y observa lo mismo entonces, si se repite el patrón, el investigador podrá extraer una característica general de los violadores. Para obtener estos datos, los investigadores realizan entrevistas de criminales violentos condenados sin posibilidades de salir de la cárcel, para que así brinden amplia información y con esta no tengan nada que ganar o perder. Además se basan en la observación conductual y en informes de la conducta del delincuente brindada por otras personas (allegados, víctimas o guardianes penitenciarios). También se nutren los investigadores de datos provenientes del expediente judicial y con base en todas estas fuentes se construye el perfil inductivo. (Ressler, 1999). Homant y Kennedy (1998) sugirieron que este perfil se usó para la estrategia de entrevista y testimonios de individuos, determinando si sus características emparejan con las características de una base de datos de una clase de agresores determinada. La ventaja de este modelo es que es un gran facilitador de características, pues ofrece premisas con características básicas del agresor que permiten perfilarlo y predecir su comportamiento. (Turvey, 1999).



2. Perfiles de agresores conocidos, perfil criminal o método deductivo

Este método se desarrolla haciendo inferencias con base en el análisis de la evidencia psicológica de la escena del crimen.

Se trata de ir de lo general a lo particular; es decir, de premisas generales como la edad del agresor, la raza de la víctima, las agresiones específicas que el criminal hizo a la víctima como cubrirle la cara o dejar algún tipo de simbología, etcétera de la evidencia psicológica se extraen rasgos del agresor para dar como resultado un perfil particular. Por ejemplo: agresor adulto, joven y blanco que es psicópata porque siente arrepentimiento.

Para realizar este perfil resulta de mucha utilidad hacer comparaciones con las características de otros comportamientos criminales similares de población conocida (penitenciaria o carcelaria) obtenida mediante el método inductivo. (Turvey, 1999).

Este método se puede usar como un tipo investigativo y adjudicativo, ya que como primera medida, el análisis de la evidencia conductual puede ser sistemáticamente examinada e interpretada para los hechos del caso, y después de esto puede ser usado para asistir en el proceso que se ponga a disposición en una corte legal (Turvey, 1999).

El perfil criminal deductivo no implica un individuo específico ni un crimen específico. Puede ser usado para sugerir un tipo de individuo con características psicológicas y emocionales específicas; describe solo las características evidentes en la conducta criminal a la mano, así como las circunstancias de tal conducta.

Los encargados de hacer perfiles deductivos, recopilan información de la escena del crimen para analizarla y poder revelar qué tipo de persona lo cometió. Los casos reales de crímenes no se resuelven por pequeñas pistas, sino por el análisis de todas las pistas y los patrones del crimen. El perfil de criminales desconocidos el mismo método deductivo y consiste en el proceso de interpretación de la evidencia forense que incluye observar la escena del crimen, tomar fotografías, reportes de autopsia, fotografías de la autopsia, además del estudio individual del agresor y la víctima partiendo de los patrones de conducta se deducen las características del agresor(es), la demografía, emociones y motivaciones (Turvey, 1999).

El método de perfil deductivo incluye dos fases:

- La fase investigadora: en la que como su nombre lo indica se investiga todo lo que tiene que ver con las evidencias ya sean físicas o conductuales.
- La fase del ensayo: esta fase involucra el análisis de evidencias conductuales de crímenes conocidos donde ya existe un sospechoso, por esta razón la meta en este caso es ayudar en el proceso de entrevista o interrogatorio y ayudar a desarrollar la visión de la fantasía en la mente del ofensor, para este fin se debe ser imparcial, es decir, tener una mente abierta y un pensamiento crítico, se debe pensar como delincuente, en sus necesidades, experiencias y motivaciones, por último se debe tener en cuenta la experiencia de vida pues esto puede influir de manera determinante en las personas (Turvey, 1999)



3. Perfil geográfico

Está relacionado con las características físicas del lugar, podría llamarse perfil de la escena del crimen, ya que intenta generalizar la vinculación de las localizaciones de la escena del crimen con la probable residencia de un agresor desconocido. Aunque este tipo de perfil es primordialmente empírico, emplea el concepto de mapa mental y trata de reconstruir una representación psicológica relevante de las áreas del crimen en donde el agresor se sienta confortable (Homant, 1998). Rossmo (1997), citado por Homant (1998), afirma que un perfil geográfico es de gran ayuda para refinar el perfil de la escena del crimen, ya que lo que se intenta es generalizar la vinculación de la localización de la escena del crimen con la posible residencia del agresor, además de ayudar a formular el mapa mental. Para el caso colombiano, es importante mencionar que La Policía Nacional esta utilizando técnicas de georeferenciación, es decir que se esta implementando la técnica del perfil geográfico. Siendo importante en el estudio:

- Etapa previa a la elaboración del perfil
- Información del contexto sociocultural donde ocurrió le escena del crimen.
- Protección de la escena del crimen
- Durante la elaboración del perfil
- Análisis y /o entrevista de la víctima
- Entrevista a testigos
- Información de la escena o lugar de los hechos
- Evidencia forense y de conducta.
- El análisis del lugar de los hechos
- Criterios de clasificación de la información del delito.
- Tipo y estilo de homicidio.
- La intención primaria del asesino.
- El riesgo para la víctima.
- El riesgo para el agresor.
- La escalada del crimen
- Violencia expresiva y violencia instrumental
- El tiempo
- El lugar
- La reconstrucción del crimen.



Bibliografía

1. BYRD, M. (2006). Hazards and Crime Scene: Another Routine Day at the Office. Disponible en www.crime_scene_investigator.net/index.html.
2. GARRIDO, V. (2004). El perfil psicológico aplicado a la captura de asesinos en serie. El caso de J.F. Anuario de Psicología Jurídica.10, 25-46.
3. GOOBAR, W. (2001). En la Mente de un Asesino Serial. Disponible en www.lanaciononline.com.
4. KNIGHT, R. WARREN, J. REBOUSSIN, R. SOLEY, B. (2001). Predicting Rapist Type From Crime – Scene Variables. Criminal Justice and Behavior. 25, 46 – 80.
5. RESSLER, R. BURGESS, A. HARTMAN, C. DOUGLAS, J. (2003). La Investigación del Asesinato en Serie a través del Perfil Criminal y el Análisis de la Escena del Crimen. En: Trabajo presentado en la Reunión Internacional sobre biología y sociología de la violencia sobre psicópatas y asesinos en serie (pp.1-21). España: Centro Reina Sofía.
6. ELLOCH, A., SANDÍN, B. Y RAMOS, F. (2003). Manual de Psicopatología. Madrid: McGraw Hill.
7. DECENA, J. (2000). Indicadores de personalidad psicopática en mujeres homicidas, su evaluación a través del psicodiagnóstico de Rorschach. Tesis de Licenciatura. Caracas: Universidad Central de Venezuela.

Correspondencia

Dr. Ricardo Rodríguez Jorge
Avenida Sandino nº 18
entre 5ta y 6ta
Reperto Sandino
Municipio Santa Clara
Provincia Villa Clara
Cuba
ricardoj@capiro.vcl.sld.cu



El papel de la arqueología en la investigación criminal

The Role of Archaeology in Criminal Investigation

Nicolás Márquez-Grant

Antropólogo y arqueólogo forense. Cellmark Forensic Services. Abingdon, Reino Unido - Doctor en Antropología Biológica y Arqueología por la Universidad de Oxford - Investigador Asociado del Institute of Human Sciences. School of Anthropology and Museum Ethnography. Universidad de Oxford, Reino Unido

María del Mar Robledo Acinas

Directora del Laboratorio de Antropología Forense y Criminalística de la Escuela de Medicina Legal de Madrid (UCM) - Doctora en Medicina Legal y Forense. Especialista en Antropología Forense. Especialista en Investigación Criminal. Profesora del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria (UCM) - Profesora de la Escuela de Medicina Legal de Madrid (UCM)

José Antonio Sánchez Sánchez

Profesor Titular de Universidad (UCM) - Profesor del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria (UCM) - Profesor de la Escuela de Medicina Legal de Madrid (UCM) - Médico Especialista en Medicina Legal y Forense

Resumen

En este trabajo exponemos la importancia que juega la arqueología en el contexto judicial, médico-legal y en Investigación Criminal; principalmente para ayudar en la búsqueda, localización y excavación de enterramientos clandestinos. Asimismo, mostramos el perfil del arqueólogo forense y cómo este tiene una serie de habilidades que son propias de su experiencia y profesión. Por último, comentamos las distintas situaciones en las que se recomienda la participación del arqueólogo para optimizar la recuperación de las pruebas, particularmente en aquellos lugares donde suele enterrarse un cadáver víctima de homicidio.

Palabras claves

Ciencias forenses, Arqueología forense, enterramiento clandestino, búsqueda, excavación.

Summary

In this work we emphasize the importance that archaeology has in a forensic context, mainly to assist in the search, location and excavation of clandestine graves. In addition, we indicate some

Fecha de recepción del artículo

Enero de 2011

Fecha de aceptación del artículo

Enero de 2011



of the skills that are particular to a professional forensic archaeologist. Finally, we indicate a variety of requests in which the involvement of an archaeologist is recommended to maximize the recovery of the evidence, especially in cases of homicide resulting in the burial of the body.

Key words

Forensic sciences, forensic archaeology, clandestine grave, search, excavation.

Introducción

La arqueología forense puede definirse como la aplicación de la arqueología –su teoría, sus principios, sus métodos– en el campo médico-legal y especialmente en la búsqueda, localización y recuperación de restos humanos o de cualquier material enterrado, como pueden ser armamento, drogas o dinero (1) (2). Aunque en la mayoría de países, las técnicas arqueológicas se consideran como parte de otra disciplina, por ejemplo la antropología, la arqueología forense como disciplina independiente ha crecido en importancia en las últimas décadas, especialmente en EE.UU., el Reino Unido y en otros países europeos (3).

Aparte de las excavaciones e investigaciones realizadas sobre fosas comunes generalmente en el contexto de conflictos bélicos y/o crímenes de guerra (4) donde su labor es conocida, en la mayoría de países la figura del «arqueólogo forense» especialmente para casos policiales raramente se reconoce (3). Hay países donde otros especialistas, como antropólogos, médicos forenses o la policía científica son quienes aplican esas técnicas arqueológicas para recuperar, por ejemplo, un cadáver enterrado. Esa ausencia de arqueólogos forenses puede deberse a una variedad de factores como son un sistema educativo distinto de formación en arqueología y antropología, el tipo de sistema judicial, una escasez de fondos para cubrir los costes de un arqueólogo forense, o simplemente una baja tasa de criminalidad o el tipo de comportamiento criminal. Por ejemplo, en el Reino Unido se dan casos de homicidio donde los cadáveres son enterrados en los jardines, bajo los patios o en los sótanos de las casas. Se estima que alrededor de un 9% de los homicidios en el Reino Unido tienen como consecuencia el enterramiento del cadáver (5) (6). Este tipo de comportamiento también está influido por el entorno, la arquitectura urbana y el tipo de vivienda, ya que la mayoría de casas suelen tener un jardín o un patio y si el homicidio ocurre en la casa, el jardín de atrás es un lugar fácil para ocultar el cadáver.

Debido a estas diferencias, creemos que es importante hacer hincapié una vez más en la importancia de la arqueología forense, no solamente como «técnica» o «método», sino más bien en la importancia de disponer de un arqueólogo profesional como asistente en la investigación policial siempre que sea relevante. En el artículo no se van a abordar las técnicas arqueológicas, el sistema de registro o su interpretación, temas ya tratados extensamente en la literatura (1) (4) (7) (8) (9) (10) (11).

Perfil del arqueólogo forense

Se puede hablar por un lado de las técnicas o los métodos arqueológicos y por otro del arqueólogo. Es cierto que los arqueólogos forenses imparten clases prácticas a la policía científica en una variedad de países, lo que sirve para concienciar a la propia policía del proceso arqueológico, cuándo puede ser requerida la presencia de un arqueólogo, tipo de ayuda que puede este proporcionar y una introducción a sus técnicas para que puedan a su vez



cooperar con un arqueólogo profesional, así como valorar el trabajo en equipo. Dicho esto, el haber pasado por un curso sobre arqueología forense no es suficiente para sustituir a un profesional. A veces es preciso justificar la presencia del arqueólogo ante preguntas como: ¿realmente hace falta un arqueólogo?, ¿no puede hacerlo la policía científica, el antropólogo o el médico forense?, ¿puede justificarse el gasto económico que supone la presencia de un arqueólogo?

Como en otras muchas disciplinas las técnicas pueden aprenderse, pero lo que proporciona un arqueólogo con años en la profesión, es la experiencia en la observación de la estratigrafía, en la documentación y fundamentalmente en la interpretación del contexto y los datos obtenidos. El arqueólogo está allí para aconsejar y asistir en aquellos casos donde su capacidad y conocimiento sean relevantes. Generalmente, se reconoce que la participación de un arqueólogo facilita la búsqueda de un cuerpo o de un material enterrado (figura 1). Asimismo, la excavación y recuperación de las pruebas arqueológicas y medioambientales será más rápida y se maximizará la recogida de pruebas con un mínimo de «contaminación» de otros contextos o material circundante (12).



Figura 1. Ejercicio de entrenamiento de la policía científica británica por parte de un arqueólogo forense. En estos ejercicios se intentó localizar una serie de enterramientos clandestinos. Aunque el ejemplo de la foto es obvia la presencia de un enterramiento clandestino, lo que ocurre cuando hay información previa de un posible enterramiento en la zona, el arqueólogo aconseja a la policía sobre el tipo de muestras medioambientales a obtener, la mejor estrategia a utilizar y el tipo de documentación que debe realizarse antes de la excavación. FOTOGRAFÍA: STEPHEN LITHERLAND, CELLMARK FORENSIC SERVICES

El arqueólogo participa más allá de la simple excavación mecánica para recuperar un cadáver que puede encontrarse en distintos grados de descomposición. El arqueólogo forense deberá tener una serie de conocimientos y experiencia (3) (5) (8) (11) (13), como se indica a continuación (sin ningún orden en particular):

- Observar y discernir leves cambios en el terreno, tanto en el tipo de tierra como en el color y composición de las distintas unidades estratigráficas.

- Un buen conocimiento sobre estratigrafía para así poder reconstruir la secuencia de acontecimientos relacionados con la excavación, enterramiento y relleno de la tumba. Además, cualquier tierra que sea retenida debe guardarse por separado según unidades estratigráficas. También, cada artefacto encontrado, deberá estar clasificado según el contexto estratigráfico en el cual se ha encontrado. Mantener así el registro puede llegar a ser muy importante en la investigación.
- Debido a que la arqueología es un proceso destructivo, el arqueólogo deberá tener una buena formación en documentación y registro, tanto en dibujo de planos, secciones y perfiles (figura 2) como en la realización de fotografías y poder completar fichas de unidades estratigráficas debidamente. Debe entenderse que, según el país, todo este registro puede utilizarse tanto por la acusación como la defensa.

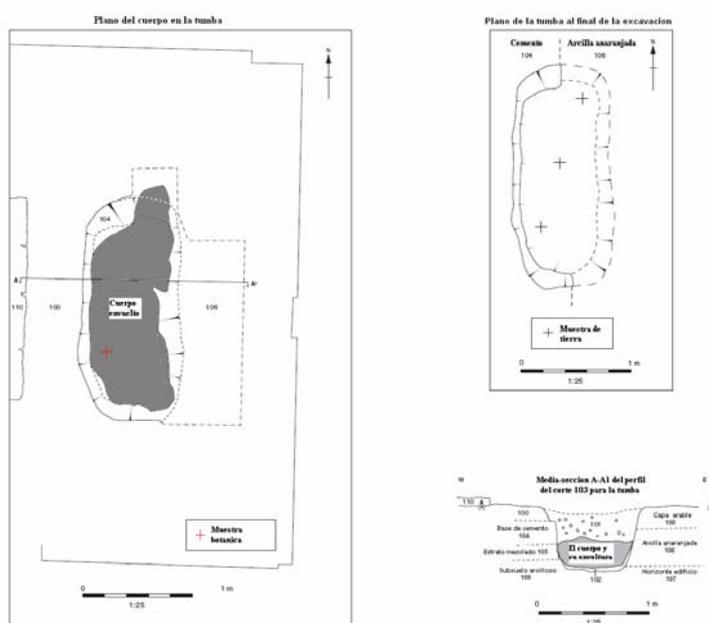


Figura 2. En cada caso hay una variedad de planimetrías y otras ilustraciones que deben realizarse. En este ejemplo se muestra parte de la documentación del enterramiento clandestino en un caso real encontrado debajo del patio de una casa. **CORTESÍA DE STEPHEN LITHERLAND, CELLMARK FORENSIC SERVICES. ADAPTADO Y MODIFICADO DE UNA ILUSTRACIÓN DE G. SLATER.**

- Deberá estar familiarizado con técnicas de prospección geofísicas (ej. georradar), así como el uso de fotografías aéreas o por satélite, y su aplicación a los casos forenses.
- Una considerable experiencia en técnicas de topografía, técnicas de excavación y recogida de muestras (ej. muestras de tierra).
- Una familiarización sobre otras pruebas o disciplinas forenses y su importancia.
- Poder trabajar integrado en un equipo y con técnicos del cuerpo policial, así como conocer el protocolo judicial en el país de trabajo y los protocolos en la escena del crimen o el lugar de los hallazgos. Especialmente, entender la importancia de la



continuidad y la cadena de custodia para mantener la integridad de las pruebas y saber trabajar en el contexto médico-legal o judicial.

- El arqueólogo deberá estar preparado para trabajar no solamente con restos humanos esqueletizados, sino con cadáveres enteros y/o en distintos grados de descomposición.
- Poder escribir informes periciales y que pueda entenderse por personas que no sean especialistas en la materia.
- Como mínimo poseer una noción básica de anatomía humana.
- Estar preparado para declarar en juicio si el caso lo requiere.

También es una ventaja el tener conocimientos de arqueología de edificios y arqueología de épocas recientes, ya que ello puede ayudar en la datación de una unidad estratigráfica y delimitar una zona de búsqueda de un cuerpo o de cualquier material entre otros ejemplos.

Todos estos requisitos citados anteriormente, además del conocimiento del arqueólogo sobre otras culturas y épocas necesarios para realizar ciertas dataciones e interpretaciones, ciertamente ayudarán a que la investigación de carácter arqueológico sea realizado de la debida manera. Aparte de poder proporcionar una mejor interpretación y realizar una correcta documentación, una adecuada experiencia evitará excavar fuera de los límites de la tumba o exhumar el cadáver sin explorar la totalidad de la misma, lo que supone un riesgo de perder información sobre la manera en que se ha construido la tumba (ej. marcas de herramientas), quién realizó el enterramiento, cuándo y si fue premeditado (ej. la base de la tumba puede tener huellas de calzado o una buena muestra de polen); todo ello además de poder contaminar pruebas (ej. la mezcla con tierra de estratos adyacentes con material que puede proporcionar un intervalo post-mortem confuso y ambiguo).

El papel que juega el arqueólogo forense

En algunos países donde el arqueólogo forense juega un papel importante en ciertas investigaciones su principal papel es participar en la búsqueda, localización y recuperación de restos humanos en casos de homicidio. En el Reino Unido, por ejemplo, alrededor de un 9% de los homicidios tienen como resultado un enterramiento clandestino (5) (6). En este último país hay una veintena de arqueólogos que trabajan en casos judiciales y que están localizados en empresas privadas, universidades o incluso dentro del mismo cuerpo de policía (por ejemplo, en el caso de Greater Manchester Police). El arqueólogo siempre formará parte de una estrategia coordinada y se integrará en el equipo que coordina las tareas de búsqueda, con la policía científica y con los inspectores de policía. Deberá estar informado sobre la zona donde se realizará la búsqueda, los parámetros, el equipo disponible y recursos, e investigará el tipo de terreno (su geología, su historia) que le ayudarán a realizar una inspección de la topografía en el caso de búsqueda de un enterramiento clandestino.

A continuación resumimos algunos casos donde se ha contado con la participación de un arqueólogo y/o casos donde la presencia de un arqueólogo con experiencia es muy recomendable.

En primer lugar, como ya se ha mencionado anteriormente, en la mayoría de los casos el arqueólogo es llamado por la policía para asistir en tareas de búsqueda de personas desaparecidas y presuntamente fallecidas. Estos



casos en sí son muy variados. Mientras en unos la información manejada por la policía puede ser muy limitada, en otros casos la información disponible es muy valiosa a partir de testigos que señalan la posible zona de búsqueda del enterramiento clandestino, e incluso del mismo autor del crimen que tras un tiempo confiesa el homicidio y el lugar del enterramiento del cuerpo. En este sentido, el arqueólogo es «una herramienta» en esas tareas de búsqueda y podrá proporcionar su visión al resto del equipo. Por ejemplo, sabrá lo que es antiguo o moderno ya sea por mera inspección o por una evaluación previa de documentos, mapas y fotografías aéreas de la zona; podrá apreciar desde su punto de vista dónde ha habido una alteración en la topografía del terreno y qué anomalías en el mismo deberían inspeccionarse primero. Esas anomalías o áreas sospechosas de un enterramiento clandestino, serán luego documentadas y excavadas por el arqueólogo con la asistencia de la policía científica. Las búsquedas realizadas (ya sea con la ayuda de georradars o perros adiestrados) abarcan desde el enterramiento clandestino en un jardín, bajo el patio de una casa, o en un huerto, al enterramiento en zonas más amplias como en un bosque o el campo. Ejemplos recientes de estas búsquedas y sus resultados en el Reino Unido incluyen la presencia de un cadáver bajo el patio de una casa (restos de unos 10 años de antigüedad) y tras el levantamiento la excavación de la totalidad del jardín en la búsqueda de la posible arma homicida; un cadáver de 2-3 semanas enterrado a un 1m de profundidad en el jardín de una casa; un cadáver de unos meses incluido entre cuatro capas de cemento (recubiertas luego por tierra y césped) detrás del garaje de una casa¹; cadáver de unos meses enterrado a 1.5 m de profundidad en un bosque²; búsqueda negativa de una persona desaparecida en un huerto³; hasta la inspección o «seguimiento arqueológico» de máquinas retroexcavadoras moviendo más de 30.000 toneladas de tierra en una cantera en busca del cuerpo de una persona desaparecida hace más de 20 años.

También se ha dado el caso de que un ciudadano ha visto o sospechado lo que podría ser un enterramiento clandestino, aunque los últimos casos investigados resultaron ser enterramientos de un animal de compañía. Antes del hallazgo, el proceso de excavación se documentará correctamente para indicar que es negativo para restos humanos y se emitirá el informe pertinente.

En otras ocasiones, el arqueólogo acude cuando se ha encontrado un cuerpo enterrado que está parcialmente expuesto a la superficie, ya sea debido –por ejemplo– a un movimiento de tierras por maquinaria durante una construcción, a la acción de intensas lluvias o simplemente al intento de trasladar el cuerpo por parte del autor del crimen. El arqueólogo forense primero identificará el perfil de la tumba y tras su investigación establecerá –si no se ha hecho ya por otros medios– la datación relativa según la estratigrafía.

Otras tareas donde la participación de arqueólogos resulta evidente, es la exhumación de restos humanos de fosas comunes incluidas aquellas de casos policiales o militares (ej. el fallecimiento y enterramiento de tres soldados militares en un área enemiga en una zona de conflicto). Las exhumaciones también podrán llevarse a cabo en cementerios modernos al revisarse un caso o en casos abiertos, donde la asistencia de un arqueólogo puede ser útil, especialmente en cementerios donde hay bastante hacinamiento.

Las tareas de «excavación» también pueden tener lugar en contextos que no son bajo tierra. Algunos casos estudiados han incluido, por ejemplo, los restos esqueléticos depositados en un tanque de agua desusado en el ático de una casa y la recuperación de otras pruebas. Una vez más, cabe indicar que no se trata únicamente la recuperación del cadáver sino que el arqueólogo juega un papel importante en excavar y documentar el contexto adyacente del cadáver para poder entender la secuencia del depósito, una posible data-

Notas

1. En este caso, el arqueólogo estuvo respondiendo durante unas dos horas en el juzgado a las preguntas de la defensa sobre el tipo de cemento y cómo se diferenciaban las capas, si era cemento mezclado a mano, etc.
2. En este caso, la palinología y la geomorfología resultante de las muestras del vehículo del sospechoso pudieron reducir el área de búsqueda. En esa zona, el arqueólogo observó un hundimiento en una zona del terreno, una tierra en la superficie que suele estar a 1m de profundidad de esa zona, y tierra suelta, ramas rotas, etcétera.
3. Primero se excavaron las anomalías detectadas por el gorrada y al ser esta anomalía negativa en relación a la presencia de restos humanos, se excavó el huerto entero con una retroexcavadora hasta un nivel de arcilla anaranjada como indicaba el arqueólogo, que intentaba examinar cualquier anomalía en el terreno en relación a posibles cortes para una tumba, zonas con geología diferente, etc.



ción y como ciertos materiales están o no están asociados con el cadáver. Es más, donde el cadáver no tenga documentación o en casos donde no queda más que un cuerpo esqueletizado, los conocimientos sobre estratigrafía, otras culturas y épocas, así como de la arqueología de edificios y estilos arquitectónicos entre otros, ayudarán al arqueólogo a estimar la data de la muerte, cuestión básica en las investigaciones policiales. También este conocimiento ayuda en la propia búsqueda. Por ejemplo, observando que la zona examinada tiene una capa de cemento de fecha posterior a la desaparición de una persona, será obligada su retirada. Sin embargo, si al seguir excavando se llega a un nivel de ladrillos y sedimentos, anterior a dicha desaparición, se deberá detener la búsqueda. Además, si es necesario el arqueólogo podrá aconsejar a la policía qué tipos de análisis químicos para dataciones se pueden realizar y con qué materiales. Un arqueólogo forense que tenga un conocimiento de arqueología de edificios puede ser bastante útil, así en el supuesto de un edificio donde se han realizado muchas reformas y se sospecha la comisión de homicidios en un periodo de tiempo concreto, podrá estudiar el sedimento o las pruebas de acuerdo a las zonas y fases del edificio⁴.

El arqueólogo también puede asistir al antropólogo que no tenga formación arqueológica o a la policía científica para documentar (topografía, mediciones, planos) un lugar con existencia de restos humanos esparcidos (ej. cadáver en un bosque y restos esparcidos por la acción de animales; accidentes de tráfico aéreo, etc.).

Aparte de estos casos de homicidios y enterramientos clandestinos, el arqueólogo ha sido requerido en escenas de incendios, especialmente en casos donde se sospechan homicidios ya que el arqueólogo puede reconstruir la secuencia de los hechos (14). En un caso de homicidio de una familia en que la casa de varios pisos acaba incendiada, el arqueólogo puede intentar reconstruir la situación de las personas en el momento de la muerte y otras circunstancias con un meticuloso estudio de las distintas capas o unidades estratigráficas, donde el edificio ha quedado derrumbado.

Finalmente, interesa destacar que el arqueólogo interviene no solamente en la búsqueda y excavación de fosas donde pueden hallarse cadáveres o restos humanos en distintos estados de descomposición y de manipulación (ej. descuartizados); sino también y de forma destacada, en la búsqueda de otro tipo de indicios como dinero el arma homicida y en general todas las pruebas que vayan asociadas a ese enterramiento. (ej. marcas de herramientas para cavar impresas en las paredes de la fosa).

Conclusiones

En este trabajo nos hemos centrado en enfatizar y recordar el importante papel que puede jugar el arqueólogo forense en el equipo judicial durante la investigación de un caso. Como profesional, trabajando en el marco médico-legal debe tener una considerable experiencia en la excavación de una variedad de contextos, estructuras y épocas (formación arqueológica) pero al tiempo unas cualidades que le permitan una participación de calidad en casos policiales, como son el conocimiento de otras pruebas forenses, del protocolo a seguir en el lugar de los hechos, capacidad de comunicar los resultados a un público no especialista (ej. detectives, abogados, etcétera) y estar preparado psicológicamente para la excavación de fosas con restos cadavéricos recientes.

No nos hemos centrado aquí en las técnicas arqueológicas ni en la excavación de fosas comunes, tema ya suficientemente tratado por otros autores tanto españoles como extranjeros (15) (16). Nos hemos propuesto como

4. Nota, sentimos que muchos de los casos deben ser anónimos, aunque muchos proceden de casos de arqueología forense en el Reino Unido.



objetivo indicar qué tipo de ayuda o asistencia puede ofrecer el arqueólogo y en qué tipos de casos. Aunque la investigación policial consta de especialistas integrados en un equipo multidisciplinar, hemos querido señalar que aunque las técnicas en principio pueden aprenderse, es la experiencia tanto en la localización como en la documentación, recuperación, datación, interpretación o la recogida de muestras ambientales (tierra, vegetación) que en parte justifican como mínimo la presencia de un arqueólogo forense. No se trata simplemente de «cómo excavar», sino de «cómo excavar bien» y optimizar la adecuada recuperación de pruebas durante el proceso de búsqueda excavación.

Agradecimientos

Agradecemos su colaboración a Julie Roberts (antropóloga y arqueóloga forense) y Stephen Litherland (arqueólogo forense), Cellmark Forensic Services, Abingdon, Reino Unido, por la información prestada sobre algunos de los casos en los cuales han trabajado.

Bibliografía

1. HUNTER J, COX M. 2005. *Forensic Archaeology: Advances in Theory and Practice*. Routledge. London.
2. BLAU S, UBELAKER D. 2009. (eds). *Handbook of Forensic Anthropology and Archaeology*. Left Coast Press. Walnut Creek, California.
3. MÁRQUEZ-GRANT N, LITHERLAND S, ROBERTS J. European perspectives and the role of the forensic archaeologist in the United Kingdom. En D. Dirkmaat, *A Companion to Forensic Anthropology*. Wiley-Blackwell. En prensa.
4. COX M, FLAVELA, HANSON I, LAVER J, WESSLING R. 2008. (eds). *The Scientific Investigation of Mass Graves. Towards Protocols and Standard Operating Procedures*. Cambridge University Press. Cambridge.
5. HUNTER JR, HERON C, JANAWAY RC, MARTIN AL, POLLARD AM, ROBERTS CA. 1994. *Forensic archaeology in Britain*. *Antiquity* 68: 758-769.
6. HUNTER JR, BRICKLEY MB, BPURGEAIS J, BOUTS W, BOURGUIGNON L, HUBRECHT F, DE WINNE J, VAN HAASTER H, HAKBIJL T, DE JONG H, SMITS L, VAN WIJNGAARDEN LH, LUSCHEN M. 2001. *Forensic archaeology, forensic anthropology and Human Rights in Europe*. *Science & Justice* 1 41: 173-178.
7. KILLAM EW. 1990. *The Detection of Human Remains*. Charles C Thomas. Springfield, Illinois.
8. DUPRAS TL, SCHULTZ JJ, WHEELER SM, WILLIAMS LJ. 2006. *Forensic Recovery of Human Remains: Archaeological Approaches*. CRC Press, Boca Raton. Florida.
9. CONNOR MA. 2007. *Forensic Methods: Excavation for the Archaeologist and Investigator*. Altamira Press. Lanham, Maryland.
10. HOLLAND TD, CONNELL SV. 2009. *The search for and detection of human remains*. En S. Blau y D. Ubelaker (eds), *Handbook of Forensic Anthropology and Archaeology*. Left Coast Press. Walnut Creek, California. Pp: 129-140.
11. CHEETHAM PN, HANSON I. 2009. *Excavation and recovery in forensic archaeological investigations*. En S. Blau y D. Ubelaker (eds), *Handbook of Forensic Anthropology and Archaeology*. Left Coast Press. Walnut Creek, California. Pp: 141-149.



12. HUNTER J. 2009. Domestic homicide investigations in the United Kingdom. En S. Blau y D. Ubelaker (eds), Handbook of Forensic Anthropology and Archaeology. Left Coast Press. Walnut Creek, California. Pp: 363-373.
13. OWSLEY DW. 2001. Why the forensic anthropologist needs the archaeologist. Historical Archaeology 35: 35-38.
14. WATERHOUSE K. The use of archaeological and anthropological methods in fatal fire scene investigations. Defence Research and Development Canada Centre for Security Science (DRDC CSS TN 2009-04). 2009.
http://pubs.drdc.gc.ca/inbasket/mmgreene.091214_1235.DRDC-CSS-TN-2009-004.pdf
15. PUCHALT FORTEA FJ. 2000. Hallazgos y excavaciones. In J.D. Villalaín Blanco y F.J. Puchalt Fortea (eds), Identificación Antropológica Policial y Forense. Tirant Lo Blanch. Valencia. 31-38.
16. ROBLEDO ACINAS MM, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ JA. 2010. Antropología forense. Investigación criminal en restos humanos. En M.J. Anadón Baselga y M.M. Robledo Acinas (eds), Manual de Criminalística y Ciencias Forenses. Técnicas Forenses Aplicadas a la Investigación Criminal. Editorial Tébar S.L. Madrid. Pp: 17-52.

Correspondencia

Dr Nicholas Márquez-Grant
Forensic Anthropologist and
Archaeologist
Cellmark Forensic Services
Registered Office: 16 Blacklands
Way, Abingdon Business Park,
Abingdon, Oxfordshire,
OX14 1DY, UK.
Mobile: 07791797394
nmarquez-grant@cellmark.co.uk



A propósito de la responsabilidad civil médica. La teoría de la pérdida de oportunidad y del resultado o daño desproporcionado

*On Medical Liability Insurance.
The Lost Chance Theory And Disproportionate Harm*

Ana Isabel Berrocal Lanzarot

Profesora Contratada Doctora de Derecho Civil. UCM.
Miembro de la Asociación Española de Derecho Sanitario.

Resumen

El criterio de imputación de la responsabilidad civil médica es, por regla general, el de responsabilidad subjetiva o por culpa. Si bien, no es ajena a cierta objetivización, tanto en el Derecho positivo, como en la jurisprudencia, lo que viene a condicionar los aspectos básicos del régimen jurídico aplicable a este supuesto de responsabilidad, tales como el régimen de la prueba, el requisito de la causalidad, y la incidencia del consentimiento informado en su apreciación y extensión. Así, el propio demandante no ha de dar siempre cumplida cuenta de la culpa o negligencia en que incurrió el facultativo en el cumplimiento de la obligación de medios que le corresponde ejecutar, sino que a veces cabe que, la falta de diligencia de aquél la infiera el juez a la vista del desarrollo del proceso a través de mecanismos objetivizadores como el daño o resultado desproporcionado. Por otra parte, la transformación de la concepción clásica de la relación de causalidad, y evitar que la víctima/paciente quede sin reparación, determina la aparición de la teoría de la pérdida de oportunidad cuando no se pueda establecer si una determinada conducta ha provocado un daño, pero existe la posibilidad que con el comportamiento debido, no se hubiera producido el resultado lesivo.

Palabras claves

Responsabilidad médica, pérdida de oportunidad, daño o resultado desproporcionado, culpa, riesgo, consentimiento informado, obligación de medios o de resultado.

Fecha de recepción del artículo

Enero 2011

Fecha de aceptación del artículo

Febrero de 2011

actualidad médico-legal



Notas

1. DOMÍNGUEZ LUELMO A., Derecho sanitario y responsabilidad médica, Ed. Lex Nova, Valladolid, 2003, p. 61; DE ÁNGEL YAGÜEZ R., «Orientaciones generales en torno a la responsabilidad civil por actos médicos», en *Derecho médico. Tratado de Derecho Sanitario, directores Martínez Calcerrada y De Lorenzo y Montero, T. I*, Colex, Madrid 2001, pp. 97-100; FERNÁNDEZ COSTALES J., La responsabilidad civil sanitaria (médica y de enfermería), La Ley-Actualidad, Madrid 1995, pp. 56-59. En contra de la relevancia de la distinción entre obligaciones de medios y de resultado a efectos probatorios, SANTOS BRIZ J., «La responsabilidad civil de los médicos en el derecho español», *Revista de Derecho Privado*, 1984, pp. 673-674.

2. ATAZ LÓPEZ J., Los médicos y la responsabilidad civil, Ed. Montecorvo, Madrid 1985, pp. 54-56; LLAMAS POMBO E., La responsabilidad civil del médico. Aspectos tradicionales y modernos, Ed. Trivium, Madrid 1988, pp. 156-159; GÓMEZ CALLE E., «El fundamento de la responsabilidad civil en el ámbito sanitario», *Anuario de Derecho Civil*, 1998, p. 1701.

3. Las sentencias del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 8 de abril de 1996 (RJ 1996/2882), en la que se rechaza expresamente la responsabilidad por riesgos en el ámbito de la responsabilidad civil médica, porque «el médico no crea riesgos»; de 11 de febrero de 1997 (RJ 1997/940), señala que «en materia de culpa médico-sanitaria queda descartada toda la idea de culpa más o menos objetivada, rigiendo con todo su rigor los principios subjetivistas que consagra el derecho positivo y que exigen de quien alega su existencia la prueba del proceder cuyo reproche se insta, la del daño

Summary

The imputation's elements of the civil medical responsibility is, as a general rule, that of subjective responsibility or for fault. Though, it is not foreign to certain trend of target, so much in the Statute law, since in the jurisprudence, which comes to determine the basic aspects of the juridical regime applicable to this supposition of responsibility, such as the regime of the test, the requirement of the causality, and the incident of the assent informed in his appraisal and extension. This way, the own plaintiff does not have to give always fulfilled account of the fault or negligence in which the physician incurred the fulfillment of the obligation of means that corresponds to him to execute, but sometimes it fits that, the lack of diligence of that one the judge infers in view of the development of the process across mechanisms targeted as the hurt or disproportionate result. On the other hand, the transformation of the classic conception of the relation of causality, and to prevent the victim / patient from staying without repair, determines the appearance of the theory of the loss of opportunity when it could not establish if a certain conduct has provoked a hurt, but there exists the possibility that with the due behavior, had not produced the harmful result to itself.

Key words

Medical responsibility, loss of opportunity, hurt or disproportionate result, fault, risk, informed assent, obligation of means or of result..

I. Consideraciones previas

Un tratamiento sobre la responsabilidad civil médica siempre resulta sobradamente justificado, no sólo por la trascendencia de los bienes jurídicos que pueden resultar inmediatamente lesionados por la actividad médica, como son la vida y la integridad física, amparados al más alto nivel normativo por nuestra Constitución, sino también por la complejidad del régimen jurídico aplicable a este supuesto de responsabilidad civil, pues, resulta dependiente de la calificación que se dé a la relación jurídica subyacente entablada entre el paciente y el prestador de la asistencia sanitaria, en la que siempre van a concurrir una pluralidad de circunstancias y criterios, que, a falta de un desarrollo normativo, serán concretados por la propia doctrina y la jurisprudencia. Así en dicha relación jurídica incidirá, por una parte, la distinción entre la medicina curativa, necesaria o asistencial, y la medicina voluntaria o satisfactiva, con efecto en el régimen de la prueba¹, y en la exigencia de un mayor o menor rigor en el cumplimiento por parte del facultativo de su deber de informar al paciente de los riesgos y alternativas del acto médico en cuestión. La primera corresponde a aquellos supuestos, en los que, desencadenado el proceso patológico, se interviene para restablecer la salud o conseguir la curación o mejoría del enfermo. Ello determina, a su vez, la afirmación generalizada de que en este supuesto la obligación del facultativo es de medios o, si se prefiere, que la relación jurídica entablada entre el médico y paciente, se puede calificar de arrendamiento de servicios o *locatio operarum*. En este supuesto, al actor o demandante no le basta acreditar la no curación para que se aprecie la existencia de un incumplimiento o defectuoso cumplimiento de la prestación imputable al facultativo, pues, se debe probar, además, la relación de causalidad entre el daño y el acto médico, así como la negligencia del causante del daño. Por el contrario, en la medicina satisfactiva –como es el caso, de cirugía estética, reparadora o perfectiva, de ciertos tratamientos odontológicos y oftalmológicos, así como de aquellas interven-



ciones dirigidas a eliminar una determinada función orgánica, tal y como sucede, en el caso de intervenciones de vasectomía o ligadura de trompas— que, es aquella a la que se acude voluntariamente para alcanzar un resultado determinado, una transformación satisfactoria del propio cuerpo, de suerte que en ella, el resultado esperado, actúa como representación final de la actividad que desarrolla el profesional sanitario. En este caso, la relación existente entre el paciente y el facultativo es calificada como arrendamiento de obra o *locatio operis*, y, por consiguiente la obligación asumida por éste es una obligación de resultado. Lo que determina que, la simple acreditación de la no consecución del resultado esperado revela la existencia de un incumplimiento, la relación de causalidad entre éste y el resultado dañoso, así como la presunción de la culpa del demandado, correspondiendo al facultativo desvirtuar bien la concurrencia del nexo causal entre el daño y su actuar, bien la presunción del culpa. Igualmente, en la determinación del régimen jurídico aplicable a este supuesto de responsabilidad civil, el carácter contractual o extracontractual de dicha relación tendrá incidencia directa en cuestiones como el plazo de prescripción. Por otra parte, la naturaleza pública o privada del prestador de la asistencia sanitaria influirá en la determinación tanto del orden judicial competente, como del régimen jurídico aplicable a la responsabilidad civil. Finalmente, en la apreciación y extensión de la responsabilidad civil médica, y, una vez, superada la concepción paternalista de la relación médico-paciente, ocupa un lugar destacado y constituye una pieza clave en la concreción de la relación médico-paciente, el consentimiento informado, como expresión del principio de autodeterminación del individuo, en lo que constituye el ejercicio de uno de los derechos de la personalidad².

No obstante, esta posible diferenciación en lo que representa el campo asistencial o curativo del personal sanitario, constituye una regla comúnmente admitida que, el criterio de imputación de la responsabilidad del médico, es de responsabilidad civil por culpa o responsabilidad subjetiva³. Este es el régimen de responsabilidad civil consagrado en el Código Civil, y, tan sólo resulta aplicable a la sanidad privada. De forma que, al demandante le corresponde probar la concurrencia de culpa en el actuar dañoso, además, de la existencia de un daño y su vinculación causal con esa determinada actuación u omisión⁴. Si bien, en este contexto, hay que destacar una cierta tendencia de la jurisprudencia en torno a la flexibilización de este régimen, fundamentalmente con el objetivo de incrementar la protección de la víctima. Los mecanismos a los que se recurren son la presunción de culpa en los supuestos de resultado desproporcionado; la no información como supuesto de asunción del riesgo por el facultativo, lo que implica que, a pesar de haber llevado a cabo el acto médico o la intervención quirúrgica en cuestión de forma absolutamente diligente, será responsable el facultativo de los daños causados al paciente ante la asunción por parte de aquél de los riesgos no informados. De modo que, en este caso, no será preciso acreditar su culpa o negligencia para imputarle la responsabilidad, bastando alegar el incumplimiento o defectuoso cumplimiento de su deber de informar⁵; y por último, la distribución dinámica de la prueba, que supone atribuir la carga probatoria a aquélla de las partes del proceso, que esté en mejores condiciones para acreditar un determinado hecho⁶.

Sin embargo, cuando se trata de sanidad pública, la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria se rige por lo dispuesto en la Ley 4/1999, de 13 de enero de modificación de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), cuyas normas dispensan en relación con el criterio de imputación una divergencia con el consagrado en el Código Civil, como es el de la objetividad de tal responsabilidad.

En todo caso, a la hora de valorar si el profesional sanitario actuó o no de

devenido y la de la debida relación causal»; y, asimismo, de 23 de septiembre de 2004 (RJ 2004/5890) afirma que «en la conducta de los profesionales sanitarios queda, en general, descartada toda clase de responsabilidad más o menos objetiva, sin que opere la inversión de la carga de la prueba, admitida por esta Sala para los daños de otro origen, estando, por tanto, a cargo del paciente la prueba de la relación o nexo de causalidad, y la de la culpa, ya que a la relación material o física ha de sumarse el reproche culpabilístico... que puede manifestarse a través de la negligencia omisiva de la aplicación de un medio (sentencia de 7 de junio de 1988 (RJ 1988/4825), o más generalmente en una acción culposa (sentencia de 22 de junio de 1988)».

4. GARCÍA GARNICA M^a. del C., «La responsabilidad civil en el ámbito de la medicina asistencial», *La responsabilidad civil por daños causados por servicios defectuosos. Daños a la salud y seguridad de las personas*, director Antonio Orti Vallejo y coordinadora María del Carmen García Garnica, Thomson-Aranzadi, Navarra 2006, p. 231, señala que, «varias razones justifican este rigor en la salvaguarda del carácter subjetivo. Así la medicina no es una ciencia exacta, ya que su buen fin puede verse frustrado por la interferencia de toda una serie de factores aleatorios e inevitables, aun cuando algunos de ellos sean previsibles. Pero, además, ello obedece al propósito de evitar lo que se ha dado en denominar como "medicina defensiva», entendiéndose por tal aquélla en la que el actuar del médico está más orientado a evitar la asunción de riesgos que puedan materializarse en daños, de los que tendría que responder por una alta probabilidad en base a un régimen de responsabilidad civil excesivamente centrado en el



principio pro damnato, que en aplicar al paciente todos los medios y técnicas que conforme al estado de la ciencia puedan hacerle recuperar o mejorar su salud, con el consiguiente perjuicio para el paciente y para la sociedad en general».

5. En la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 2 de julio de 2002 (RJ 2002/5514), estima la responsabilidad del facultativo y del centro por los daños derivados de un hematoma que, tras la práctica de una vasectomía, acarrió la pérdida de un testículo por atrofia, señalando que aunque no hubo negligencia médica en el operatorio no en el postoperatorio, no se informó al paciente de los riesgos y complicaciones propios de esta clase de intervención.

6. Vid., las sentencias del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 23 de diciembre de 2002 (RJ 2003/914); y, de 17 de noviembre de 2005 (RJ 2005/7636).

7. Vid., las sentencias del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994 (RJ 1994/3073); de 12 de julio de 1994 (RJ 1994/6730); de 10 de octubre de 1994 (RJ 1994/7475); de 3 de octubre de 1997 (RJ 1997/7405); de 12 de diciembre de 1998 (RJ 1998/6543); y, de 23 de septiembre de 2004 (RJ 2004/5890). Asimismo, la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Navarra, de 14 de abril de 2001 (RJ 2001/8968).

8. En este sentido, las sentencias del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 12 de febrero de 2000 (RJ 2000/820); y, de 11 de junio de 2001 (RJ 2001/5674).

9. En este sentido, las sentencias del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 18 de febrero de 1997 (RJ 1997/1240); y, de 30 de diciembre de 1999 (RJ 1999/9496).

forma negligente en el ámbito de las obligaciones de medios propios de la medicina asistencia, el parámetro que se suele utilizar es el de la *lex artis ad hoc*. Básicamente se concreta en el deber del facultativo de «tomar en consideración el caso concreto en que se produce la actuación o intervención médica, y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional, teniendo en cuenta las especiales características del actor, del acto médico, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente, y, en su caso, la influencia de otros factores endógenos –estado e intervención del enfermo– o exógenos –la influencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria–, para calificar dicho acto conforme o no a la técnica normal requerida»⁷.

Sobre tales bases, en el presente trabajo se trazarán las líneas generales, de la responsabilidad civil médica, incidiendo, en las importantes teorías de creación doctrinal y jurisprudencial, como son el daño o resultado desproporcionado, y la pérdida de oportunidad.

II. Naturaleza de la relación jurídica sanitaria

En la determinación de la naturaleza de la responsabilidad en el supuesto de paciente afiliado a la Seguridad Social, el Tribunal Supremo se decanta en algunas sentencias por el carácter extracontractual de esta responsabilidad, por entender que la relación jurídica que media entre el afiliado o beneficiario de la Seguridad Social y el centro sanitario integrado en ésta, que le presta asistencia médica, es una relación de Derecho público que difiere del contrato⁸; otras, en cambio, han afirmado el carácter contractual, al entender que, entre el afiliado a la Seguridad Social y ésta existe una relación obligatoria que, a pesar de sus peculiaridades, sirve de apoyo para tal calificación⁹. Esta doctrina jurisprudencial, a su vez, encuentra apoyo en otra conforme a la cual se estima que, procede calificar la responsabilidad civil como contractual en aquellos casos en los que entre dañado y causante del daño media una relación jurídica previa, aunque no sea de carácter contractual *strictu sensu*.

Ahora bien, al intervenir una Administración Pública, la Ley 4/1999, LRJ-PAC sujeta a una regulación especial la responsabilidad de las Administraciones Públicas, en la que se prescinde de la distinción entre responsabilidad contractual y extracontractual.

Por otra parte, un supuesto cada vez más frecuente en la práctica es el paciente no contrate directamente ni con el facultativo, ni con el centro sanitario en que se presta la asistencia sanitaria, sino con una compañía aseguradora. Ésta, a cambio, del cobro de una prima periódica, se compromete a poner a disposición de sus asegurados un conjunto de profesionales sanitarios y uno o varios centros hospitalarios, que pueden ser o no propios de la aseguradora. Con carácter general, la jurisprudencia viene admitiendo en esta hipótesis tanto el carácter contractual de la responsabilidad de la aseguradora, como su responsabilidad extracontractual por hecho ajeno en base al artículo 1903 del Código Civil, en aquellos supuestos en los que existe una relación de dependencia respecto a la aseguradora del personal sanitario que atendió al paciente¹⁰.

En otras ocasiones, el paciente contrata directamente con un centro sanitario público o privado. En este supuesto nos encontramos ante un contrato atípico, conocido como contrato de hospitalización o clínica que, abarca, además, de la prestación de servicios extramédicos y paramédicos, la prestación de servicios médicos, correspondiendo al propio centro sanitario designar al personal sanitario que atenderá al paciente, y poner a su servicio toda la infraestructura hospitalaria. De forma que, producido el daño al paciente, el



titular del centro responderá en vía contractual tanto por los daños directamente imputables a él, como por los causados por sus dependientes y auxiliares, al margen de que dependan o no del centro. Todo ello, sin perjuicio de la posibilidad de que el paciente reclame directamente responsabilidad civil extracontractual al médico que haya provocado los daños¹¹.

Es posible que el paciente contrate directamente con el facultativo en una consulta privada, siendo al mediar un contrato, la responsabilidad contractual. En el caso de medicina curativa, este contrato tendrá el carácter de arrendamiento de servicios; mientras que, si se trata de medicina voluntaria, será un arrendamiento de obra. Tanto en este supuesto, como si se contrata con el centro sanitario, la obligación será de medios y sólo excepcionalmente en la medicina curativa, o como regla general, en el caso de medicina satisfactiva, estaremos ante una obligación de resultado.

Aunque se trate de un supuesto poco frecuente en la práctica, cabe la posibilidad que la atención médica se produzca al margen de todo vínculo jurídico entre el paciente y facultativo, como entre paciente y centro asistencial. Se trata del caso en que un facultativo actúa espontáneamente en caso de urgencia, sin consentimiento del paciente, ni de las personas llamadas a prestarlos por sustitución o representación, y fuera del centro o de la consulta en que el facultativo presta sus servicios. Lo lógico es pensar que en este supuesto resulta de aplicación las normas reguladoras de la responsabilidad extracontractual. Si bien, el facultativo no sólo está obligado por un mero deber de no irrogar daños a terceros, sino que además debe observar la *lex artis ad hoc* en la aplicación del tratamiento prescrito al paciente, por lo que, se considera conveniente trasladar a este ámbito, aunque no medie contrato, algunas de las reglas propias de la responsabilidad contractual como las contenidas en los artículos 1104 y 1107 del Código Civil¹². No obstante, no falta quien en este caso considera que, más bien, estamos ante un cuasi-contrato, concretamente, ante la gestión de negocios ajenos sin mandato, al que le resultarían aplicables los artículos 1888 y siguientes del Código Civil¹³.

Sobre tales bases, conviene, no obstante, poner de manifiesto que, la jurisprudencia prescinde en algunas ocasiones de la distinción entre responsabilidad contractual y extracontractual, pese a las críticas de parte de la doctrina¹⁴, y lo hace de manera especial en sede de responsabilidad civil médica, bien al prescindir de la calificación del supuesto de hecho de uno u otro modo, bien a aplicar indistintamente las normas de ambas clases de responsabilidad a un mismo supuesto. Es bien conocida la doctrina de la «yuxtaposición de la responsabilidad contractual y extracontractual», o de «unidad de culpa civil»¹⁵. Con esta doctrina, se considera que el Tribunal tan solo está vinculado a los hechos de la demanda, que son los que integran la causa de pedir, y, en consecuencia, goza de libertad para encuadrar la conducta del demandado en la culpa contractual o en la extracontractual, al amparo del principio de *iura novit curia*.

Por otra parte, tiene trascendencia práctica a los efectos de determinar la jurisdicción competente para conocer de los daños causados por los servicios sanitarios, la naturaleza pública o privada del centro sanitario. En el ámbito privado, la jurisdicción competente será la civil; mientras que la jurisdicción contencioso-administrativa basa su competencia tanto en la naturaleza pública de la relación jurídica surgida de la afiliación a la Seguridad Social, como en la consideración de este orden como el competente para conocer la responsabilidad derivada del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, como así lo dispone el artículo 2 e) de la Ley 29/1998, reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa, seguido por el artículo 9.4 de la LOPJ, conforme a la redacción dada al mismo primero por la Ley Orgánica 6/1998, de 13 de julio, y posteriormente por la Ley Orgánica

10. GÓMEZ CALLE E., «El fundamento de la responsabilidad civil en el ámbito sanitario», *op. cit.*, pp. 1707-1710. *Vid.*, asimismo, las sentencias del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 12 de febrero de 1990 (RJ 1990/677); de 2 de noviembre de 1999 (RJ 1999/7998); y, de 10 de junio de 2004 (RJ 2004/3605).

11. *Vid.*, las sentencias del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 7 de junio de 1988 (RJ 1988/4825); de 29 de octubre de 1992 (RJ 1992/8178); de 15 de febrero de 1993 (RJ 1993/771); de 15 de octubre de 1996 (RJ 1996/7110); de 7 de mayo de 1997 (RJ 1997/3874); de 26 de mayo de 1997 (RJ 1997/4114); de 26 de febrero de 1998 (RJ 1998/1169); y, de 27 de enero de 2001 (RJ 2001/5377).

12. GARCÍA GARNICA M^{ra}. del C., «La responsabilidad civil en el ámbito de la medicina asistencial», *op. cit.*, p. 204.

13. GÓMEZ CALLE E., «El fundamento de la responsabilidad civil en el ámbito sanitario», *op. cit.*, p. 1697. *Vid.*, asimismo, la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 24 de mayo de 1995 (RJ 1995/4262).

14. GÓMEZ CALLE E., «El fundamento de la responsabilidad civil en el ámbito sanitario», *op. cit.*, p. 1714.

15. *Vid.*, las sentencias del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 18 de febrero de 1997 (RJ 1997/1240); de 16 de octubre de 1998 (RJ 1998/7565); de 28 de diciembre de 1998 (RJ 1998/10161); de 30 de diciembre de 1999 (RJ 1999/9496); de 8 de febrero de 2000 (RJ 2000/840); de 3 de diciembre de 2001 (RJ 2001/9856); y, de 10 de junio de 2004 (RJ 2004/3605).



16. LLAMAS POMBO E., La responsabilidad civil del médico. Aspectos tradicionales y modernos, *op. cit.*, pp. 48-50.

17. Vid., las sentencias del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994 (RJ 1994/3073); de 11 de febrero de 1997 (RJ1997/940); de 29 de julio de 1994 (RJ 1994/6937); de 21 de julio de 1997 (RJ 1997/5523); y de 4 de febrero de 2002 (RJ 2002/1593).

18. RODRÍGUEZ MARÍN C., «Medicina satisfactiva», *La responsabilidad civil por daños causados por servicios defectuosos. Daños a la salud y seguridad de las personas*, director Antonio Orti Vallejo y coordinadora María del Carmen García Garnica, Thomson-Aranzadi, Navarra 2006, p. 298.

19. GÓMEZ CALLE E., «El fundamento de la responsabilidad civil en el ámbito sanitario», *op. cit.*, p. 1741; ASÚA GONZÁLEZ C., «Responsabilidad civil médica», *Tratado de Responsabilidad Civil*, Aranzadi, Pamplona, 1ª ed., 2002, p. 983. *Vid.*, asimismo, las sentencias del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 7 de julio de 1993 (RJ 1993/6112); de 1 de junio de 1994 (RJ 1994/4570); y, de 10 de octubre de 1994 (RJ 1994/7475).

20. JORDANO FRAGA FCO., La responsabilidad del deudor por los auxiliares que utiliza en el cumplimiento, Civitas, Madrid, 1994, pp. 488-490; JIMÉNEZ HORWITZ M., La imputación al deudor del incumplimiento del contrato ocasionado por sus auxiliares, McGraw-Hill, Madrid, 1996, pp. 210-212; ASÚA GONZÁLEZ C., «Responsabilidad civil médica», *op. cit.*, p. 981.

19/2003, de 23 de diciembre. Igualmente, será competente el orden contencioso-administrativo –quedando con ello zanjada definitivamente la polémica–, en aquellos supuestos en los que junto a la Administración sean demandados sujetos privados, que hayan concurrido en la producción del daño, o de la aseguradora de la Administración correspondiente, así como en aquellos otros particulares a los que se dirija la demanda. Todo ello, sin perjuicio de ser otra la jurisdicción competente, cuando la conducta del personal al servicio de la Administración –en nuestro caso, del personal sanitario–, esté tipificada como delito o falta. En este supuesto, la competencia para resolver sobre la responsabilidad derivada del daño causado en el ámbito de la medicina pública/privada, corresponderá a los jueces y tribunales del orden penal (tanto la sanción punitiva, como la responsabilidad civil –artículos 109 a 120 del Código Penal–), salvo que sobre la base legal del artículo 109.2 del Código Penal y el artículo 112 de la ley de Enjuiciamiento Criminal, se hubieran reservado las partes el ejercicio de la correspondiente acción de responsabilidad civil en el orden civil aplicando, en consecuencia, la normas contenidas en el Código Civil.

Por tanto, en este contexto, los jueces y tribunales del orden civil conocerán no sólo de aquellos supuestos en los que el daño se haya causado en el ámbito de la medicina privada, sino también en los que encontrándose tipificada penalmente la conducta dañosa, y al margen de la naturaleza pública o privada de la relación jurídica entablada entre el paciente y quien presta la asistencia sanitaria, el perjudicado se hubiera reservado la acción civil para exigir la reparación de los daños causados ante los tribunales de este orden judicial. Mientras que, los Tribunales del orden contencioso-administrativo resolverán de los litigios relativos a la responsabilidad patrimonial de la Administración conforme los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC. Se consagra, por tanto, la responsabilidad directa de la Administración por los daños causados en el funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, a excepción del supuesto ya mencionado de conducta tipificada penalmente, en cuyo caso la responsabilidad de la Administración será subsidiaria (artículos 109 y siguientes del Código Penal), y, asimismo, dejando a salvo la posibilidad de aquélla de dirigirse en vía de regreso contra el personal a su servicio, cuando en su actuar haya mediado dolo o culpa o negligencia graves (artículo 145.2 de la LRJ-PAC).

III. Criterios de imputación de la responsabilidad sanitaria

Como manifestamos en líneas precedentes, la doctrina y jurisprudencia, como regla general, concreta la responsabilidad de los profesionales sanitarios como responsabilidad subjetiva, quedando descartada toda suerte de responsabilidad más o menos objetiva, y, sin que, al respecto, opere la presunción de culpa, ni la inversión de la carga de la prueba, admitida para los daños de otro origen, correspondiendo al paciente la prueba de la culpa y de su relación de causalidad. De esta forma, la responsabilidad debe contener como requisitos la existencia de una culpa o negligencia en la actuación del personal sanitario, un resultado dañoso y, una relación de causalidad entre tales daños y, la conducta culposa o negligente. En consecuencia, en la responsabilidad sanitaria, el actor y el paciente ha de probar el daño, la autoría, la relación de causalidad y la infracción de los deberes profesionales o de la *lex artis ad hoc* por parte del médico. Precisamente, la diligencia exigible al médico en sus modalidades de medicina curativa y voluntaria será esa *lex artis* profesional, al agregarle los términos exclusivos y excluyentes *ad hoc*, que supone actuar conforme al estado de la ciencia en el momento del ejercicio de la conducta y, que conforma el conjunto de todos los deberes médicos, que contiene la citada *lex artis ad hoc*, y que, se concreta, entre otros, en deberes relacionados con la información, con la competencia profesional, con los deberes de asistencia y certificación¹⁶.



Ahora bien, a pesar de ser la culpa el núcleo central a tener en cuenta, cuando el objeto de la obligación es la obtención de un determinado resultado en el caso de la medicina no curativa, la responsabilidad del facultativo tiene lugar desde el mismo momento en que se asume la obligación, o, incluso desde que se asume el riesgo, independientemente de si la conducta ha sido culpable o no. Se asume, por tanto, el riesgo desde el mismo momento que se actúa, debiendo el demandado/profesional sanitario responder del resultado dañoso, a no ser que probara una circunstancia determinante de la no existencia de nexo causal, como puede ser la culpa exclusiva de la víctima, de un tercero, o, la demostración de la existencia de caso fortuito o fuerza mayor. Esta *cuasi* objetivación de la responsabilidad tiene especial campo de actuación en la medicina no curativa, pues, la base culpabilística no interesa tanto como el resultado final, de tal manera que, los presupuestos de la responsabilidad objetiva quedan mejor estructurados en esta modalidad médica. Por tanto, el médico responde del resultado no deseado, independiente de la calificación de su conducta culpable o negligente. No obstante, el riesgo creado y asumido por el propio médico comparte campo de actuación con el hecho que, el paciente/cliente también mediante el cumplimiento del deber de información por parte del profesional sanitario, ha asumido sus propios riesgos, pudiendo con ello ver aquél moderada su responsabilidad o, incluso, eliminada.

Así las cosas, cuando el resultado dañoso se produce en un centro de naturaleza pública, la responsabilidad queda enmarcada en la responsabilidad patrimonial objetiva de la Administración al amparo de la LRJPAC, y, en donde el titular del centro, al tener la consideración de empresario también se le podrá aplicar la tendencia objetivadora del artículo 1903.4º del Código Civil, que en sede de responsabilidad extracontractual podría encajar en este tipo de medicina no curativa.

Ahora bien, junto con el mencionado artículo 1903.4 del Código Civil, otra manifestación normativa que tiende a consagrar la objetivación de la responsabilidad del personal sanitario sería el artículo 148 del Real Decreto-Ley 1/2007, de 16 de noviembre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, que dispone que: «se responderá de los daños originados en el correcto uso de los servicios, cuando por su propia naturaleza, o por estar así reglamentariamente establecido, incluyan necesariamente la garantía de niveles determinados de eficacia o seguridad, en condiciones objetivas de determinación, y supongan controles técnicos, profesionales o sistemáticos de calidad, hasta llegar en debidas condiciones al consumidor y usuario.

En todo caso, se consideran sometidos a este régimen de responsabilidad los servicios sanitarios, los de reparación y mantenimiento de electrodomésticos, ascensores y vehículos de motor, servicios de rehabilitación y reparación de viviendas, servicios de revisión, instalación o similares de gas y electricidad y los relativos a medios de transporte.

Sin perjuicio de lo establecido en otras disposiciones legales, las responsabilidades derivadas de este artículo tendrán como límite la cuantía de 3.005.060,52 euros». Se considera al paciente/víctima consumidor a efectos de aplicarle este Ley ante la prestación de un servicio de forma defectuosa, siendo el ámbito de aplicación de tal precepto no sólo la sanidad pública, sino también la privada, y, cualquiera que sea modalidad de prestación sanitaria (asistencial o voluntaria).

Por otra parte, la propia jurisprudencia de nuestro Tribunal Supremo¹⁷, al juzgar la responsabilidad médica en la medicina curativa y analizando el *onus probandi*, pone de manifiesto que, la no inversión de la carga de la prueba

21. Señala CORMIER C, Le préjudice en droit administratif français. *Étude sur la responsabilité extra-contractuelle des personnes publiques*, pról. D. Truchet, LGDJ, Paris 2002, p. 278, que «el juez utiliza la noción de pérdida de oportunidad cuando la prueba del nexo de causalidad es problemática (...), cuando la prueba de la conexión causa-efecto que debe existir entre el hecho ilícito y el daño plantea demasiadas dificultades a la víctima. Se trata, por tanto, de paliar la incertidumbre que pesa sobre la existencia de una relación causal».

22. MEDINA ALCOZ L., La teoría de la pérdida de oportunidad. Estudio doctrinal y jurisprudencial de derecho de daños público y privado, Thomson-Civitas, Navarra 2007, p. 41.

23. GARCÍA GARNICA M^a. del C., «La responsabilidad civil en el ámbito de la medicina asistencial», *op. cit.*, p. 245.

24. GARCÍA GARNICA M^a. del C., *Últ. Lug. Cit.*

25. LLAMAS POMBO E., Reflexiones sobre Derecho de daños: casos y opiniones, La Ley, Madrid, 2010, p. 33.

26. *Vid.*, en este sentido, VICENTE DOMINGO E., «El daño», *Tratado de Responsabilidad Civil, coordinador L. Fernando Reglero Campos*, 4ª edición, Thomson-Aranzadi, Navarra 2008, p. 304.

27. *Vid.*, la sentencia del Tribunal Supremo, Sala Primera, de lo Civil, de 25 de abril de 1994 (RJ 1994/3073).



28. Vid., en este sentido, GALLARDO CASTILLO M^a.J., «De nuevo sobre el concepto de *lex artis*: especial referencia a la doctrina de la pérdidas de oportunidad y del daño desproporcionado o culpa virtual», *La Ley*, 2009-5, p. 1394.

29. RJ 1996/8938. En su *Fundamento de Derecho Tercero* se señala que: «sea la profesión médica una actividad que exige diligencia en cuanto a los medios que se emplea para la curación o sanación, adecuados según la *«lex artis ad hoc»*, no se excluye la presunción desfavorable que puede generar un mal resultado, cuando éste por su desproporción con lo que es usual comparativamente, según las reglas de la experiencia y el sentido común, revele 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».

30. RJ 1997/41114.

31. RJ 1997/5471.

32. RJ 1997/5523.

33. RJ 1997/8816.

34. RJ 1998/7548. En cuyo *Fundamento de Derecho Segundo* se manifiesta que: «Es incontestable que la reducción de la pequeña hernia muscular en el plopíteo de la pierna derecha que presentaba la actora, era una operación quirúrgica sencilla y así resulta de la descripción que hace el médico codemandado en el hecho segundo de su contestación a la demandada (... «tras la incisión, en la piel y tejido celular subcutáneo, se comprueba la inexistencia de tal quiste, y sí de una pequeña hernia muscular», «sin realizar cirugía agresiva, se

opera siempre, con excepción de dos supuestos: 1) Cuando la obligación del médico es de resultado, por ubicarse el acto médico preciso en una *locatio operis*, siendo este el caso de las intervenciones quirúrgicas reparadoras o de estética, en donde el paciente es el cliente; y, 2) Cuando por circunstancias especiales, acreditadas, el daño del paciente es desproporcionado, ha quedado constatada la falta de diligencia y de cooperación del médico, o se ha visto obligado a probar un hecho negativo (la conocida prueba diabólica), como que no fue debidamente informado¹⁸.

Sentadas tales premisas, el carácter subjetivo del criterio de imputación de la responsabilidad civil aplicable en el ámbito de la medicina privada, conforme a lo dispuesto en el Código Civil, tanto si el paciente ha concertado concertado un contrato de arrendamiento de servicios con el facultativo, como si no media una relación contractual directa, bien porque el paciente haya concertado la prestación de servicios directamente con un centro sanitario privado, —que pone a su disposición los medios personales y materiales necesarios para cumplir con su obligación asistencial—, o bien porque el paciente se ha limitado a concertar un contrato de seguro con una compañía de seguros sanitarios, y a solicitar la prestación de asistencia sanitaria a uno de los facultativos que la aseguradora pone a su disposición, pero sin celebrar un contrato con éste; nos encontramos en el caso de medicina curativa ante una obligación de medios, corriendo a cargo del demandante la prueba del daño, la culpa y el nexo causal; mientras que, en la medicina voluntaria, la obligación es de resultado, no siendo necesaria la prueba de la culpa, sino el daño y el nexo causal entre la conducta del facultativo y el daño. En todo caso, en el primer supuesto mencionado, la responsabilidad del facultativo será contractual, rigiéndose por lo dispuesto en los artículos 1101 y siguientes del Código Civil; en cambio, en los otros dos citados, será extracontractual la responsabilidad y se regirá por lo dispuesto en el artículo 1902 del Código Civil. El parámetro de diligencia exigible es el de la *lex artis ad hoc*, tanto si estamos ante una responsabilidad contractual como extracontractual¹⁹.

En cualquier caso, la responsabilidad civil médica puede ser por actos propios o por hecho ajeno, ya que el facultativo no sólo debe responder por los daños causados que por su propia actuación cause al paciente, sino también por los causados por su dependiente o auxiliares. Aunque, en el ámbito contractual, nuestro Código Civil no consagra expresamente la responsabilidad por hecho ajeno del deudor; sin embargo, encuentra encaje legal, precisamente, en la responsabilidad resultante de contravenir «de cualquier modo» sus obligaciones contractuales que consagra el artículo 1101 *in fine* del Código Civil, a través de lo que se denomina responsabilidad contractual indirecta²⁰. Por el contrario, en el ámbito extracontractual, la responsabilidad por hecho ajeno, sí está expresamente recogida en el artículo 1903 del Código Civil. Esta responsabilidad es, asimismo, por culpa, más, concretamente por haber incurrido en culpa *in vigilando* o *in eligiendo* con respecto a los dependientes, presumiéndose la culpa en este supuesto. Si son varios los facultativos que prestan su asistencia al paciente, sin que exista entre ellos una relación de dependencia, hay que destacar que en el ámbito extracontractual responderá solidariamente frente al paciente. También en el ámbito contractual y, pese a que el artículo 1137 del Código Civil excluye la solidaridad. Si la prestación sanitaria tiene lugar en un centro sanitario, el titular del mismo podrá ser, asimismo, responsable por los daños causados al paciente atendido dentro de sus instalaciones, pues, esta responsabilidad es tanto por hecho ajeno como por hecho propio, y tanto contractual como extracontractual, según que el propio paciente haya perfeccionado un contrato de hospitalización o clínica con el centro sanitario, o haya sido el facultativo o, en su caso, la compañía aseguradora la que haya celebrado respectivamente con el hospital dicho contrato. Finalmente, si el centro sanitario es público, se le imputa de forma objetiva y directa a la Administración la responsabilidad deri-



vada de los daños causados en el funcionamiento anormal y normal de los servicios públicos, y entre ellos, de los sanitarios.

IV. El nexo causal

La víctima/paciente debe acreditar la conexión causal entre la conducta del agente y el daño sufrido, tanto si partimos de una responsabilidad basada en la culpa, como si se trata de un supuesto de responsabilidad objetiva. Con culpa o sin ella, los restantes elementos de la responsabilidad civil continúan siendo operativos, y entre ellos, por supuesto, la existencia de una relación de causalidad. Lo único que varía es la eliminación, modificación o limitación de los supuestos de exoneración de responsabilidad, cuando la calificación de la misma es objetiva o cuasiobjetiva, pues, se asume un riesgo, y en consecuencia, los daños derivados de este riesgo, independientemente de la existencia de un comportamiento culposo o negligente en el demandado (personal sanitario). En la medicina no asistencial, si el médico no informa o no cumple adecuadamente con su deber de informar asume los riesgos de un resultado dañoso, independientemente de su conducta, lo que enlaza con la tendencia objetivista prevista para este tipo de responsabilidad. En cualquier caso, siempre habrá que operar sobre la relación de causalidad entre el acto médico y el daño sufrido, siendo tal relación trascendental a la hora de discernir la responsabilidad civil existente. Por todo ello, la prueba de la culpa, o de la asunción del riesgo va a ser esencial en el análisis de este elemento. En la medicina asistencial, la carga de la misma correrá a cargo del propio paciente; en la medicina voluntaria, será el facultativo demandado el que deberá demostrar la ruptura del nexo causal a él imputado, y de este modo exonerarse o compartir el daño causado.

Ahora bien, ante la incertidumbre de la relación de causalidad, y, por ende, de las dificultades probatorias de la misma en algunos supuestos, en los que resulta difícil o casi imposible demostrar la alta probabilidad de que, sin el hecho ilícito, la víctima habría dejado de sufrir el daño, o lo que es lo mismo, la incapacidad para poder demostrar que la conducta del personal sanitario (agente) se presenta como *condicio sine qua non* del daño producido, ha determinado la aparición en escena de la teoría de la pérdida de oportunidad; una nueva teoría causal que introduce un nuevo criterio normativo no con el fin de negar relevancia resarcitoria a causas físicas probadas, sino a la inversa, para condenar al agente, pese a que su actuación, no se presenta como condición necesaria del menoscabo o daño²¹. Con ello, tiene lugar un cambio de actitud ante el problema causal, pues, si antes dominaba el «espíritu de la limitación», ahora empieza a imponerse el «espíritu de la ampliación», con nuevos planteamientos que, tienden a evitar que, la víctima quede sin reparación por la dificultad que, a veces entraña la prueba de la relación de causalidad²². Así las cosas, en la actualidad hay un interés creciente por el hecho causal, y las dificultades de su prueba se han traducido en la inversión radical del sentido de las teorías causales, transformando la concepción clásica de la causalidad. De ahí que, además de la teoría de la pérdida de la oportunidad, haya surgido otras técnicas, como la prueba de las presunciones, o la teoría de la creación o incremento del riesgo, que cada vez tienen un mayor juego, y, persiguen evitar que la dificultad de probar la causalidad en determinados sectores, conduzca a la completa exoneración de quien, con su actuación pudo provocar el daño.

V. El resultado o daño desproporcionado

Como corresponde al régimen subjetivo de responsabilidad civil, la jurisprudencia imputa la carga probatoria de la culpa al demandante. Ahora bien, esto no supone que, en todo caso, corresponda al demandante hacer cumplida prueba de la culpa o negligencia en que incurrió el facultativo en el cum-

cierra la fascia muscular y la piel, dando por finalizada la operación»), sin que tal operación tuviera relación o pudiera afectar en modo alguno al nervio ciático poplíteo externo, por lo que el bloqueo de la conducción de tal nervio, consecuencia de la intervención quirúrgica practicada es un resultado anormal y desproporcionado a la naturaleza y entidad de tal intervención y revelador de una conducta negligente del médico que la practicó».

35. RJ 1998/9427.

36. RJ 1999/4895. En el caso presente, se trataba de una mujer relativamente joven (44 años) se somete a una operación relativamente sencilla (extirpación de la vesícula biliar) y fallece de una parada cardiorrespiratoria, sin que el centro médico dé la más mínima explicación coherente sobre ello.

37. RJ 2000/9310.

38. RJ 2003/391.

39. RJ 2003/3890.

40. RJ 2004/1823.

41. RJ 2004/7238.

42. RJ 2006/6127.

43. RJ 2007/552.

44. RJ 2008/3171.

45. RJ 2008/5789.

46. RJ 2009/4459).

47. RJ 2010/7135.

48. JUR 2010/390372.

49. *Vid.*, la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-Administrativo, sección 6ª, de 20 de septiembre de 2005



(RJ 2005/7503). Ponente. Excmo. Sr. D. Santiago Martínez-Vares García, en su *Fundamento de Derecho Quinto* se señala que: «...Además y a mayor abundamiento cuando el mal resultado obtenido es desproporcionado a lo que comparativamente es usual, debe aplicarse una presunción desfavorable al buen hacer exigible y esperado, y también propuesto desde su inicio, que ha de desvirtuar, en este caso, la Administración responsable del acto sanitario público, justificando su adecuada actividad, sin que tampoco caigamos en la exigencia de culpabilidad alguna, sino, como dice taxativamente la ley, la producción de un perjuicio acreditado (Tetraplejía), que se origina y está causalmente entroncado con el servicio sanitario público (se produce durante un acto médico en el Hospital 12 de octubre, individualizado (lo padece la actora), económicamente valorable (daños y perjuicios sufridos) y que el paciente no tenía el deber jurídico de soportar».

50. Vid., la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 9 de diciembre de 1998 (RJ 1998/9427).

51. Vid., la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 23 de marzo de 2001 (RJ 2001/3984).

52. Vid., las sentencias del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, sección 1ª, de 30 de junio de 2009 (RJ 2009/6460); de 22 de septiembre de 2010 (RJ 2010/7135); y, de 29 de octubre de 2010 (RJ 2010/390372).

53. Vid., SARRATO NARTÍNEZ L., «La doctrina del daños desproporcionado y su aplicación en el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria», *La Ley* 2008-4, p. 1462.

plimiento de la obligación de medios que, le correspondía ejecutar, ya que en el juicio de negligencia que lleva a cabo el juzgador, se han de tener en cuenta todos los hechos aportados al proceso, con independencia de quien haya hecho la aportación. De forma que, cabe deducirse la falta de diligencia de los hechos aducidos por el propio demandado, o se infieren por el Juez, a la vista del desarrollo del proceso, como lógica explicación del resultado²³. Y es, precisamente, en esa inferencia donde el juez recurre a ciertos mecanismos objetivadores de la responsabilidad civil médica como la presunción judicial de culpa, la regla *res ipsa loquitur*, y la prueba *prima facie* o la culpa virtual.

En este contexto, la doctrina del resultado desproporcionado, o la regla *res ipsa loquitur* supone que, la producción de un mal resultado que objetivamente resulte desproporcionado con lo que es usual en la intervención o acto médico que se trate, revele inductivamente la penuria o negligencia de los medios empleados, atendiendo al estado de la ciencia y las circunstancias, o bien al descuido en su conveniente y temporánea utilización²⁴. Se trata de una teoría de creación jurisprudencial en la que se trata de compatibilizar el carácter subjetivo de la responsabilidad civil médica, con la protección de la víctima y su resarcimiento, ante la existencia un resultado o daño desproporcionado de los que normalmente nos se producen, sino por razón de una conducta negligente.

En este sentido, señala el profesor LLAMAS POMBO en su obra *Reflexiones sobre Derecho de Daños*, que «los creadores del Derecho de daños han sido, sin duda, los tribunales de justicia, de la mano de las exigencias de los ciudadanos, y con la (a menudo olvidada) labor doctrinal y teórica, que ha dotado a la materia de precisión, sistemática y, ¿por qué no decirlo?, entidad dogmática. En efecto, los paulatinos y trascendentes cambios que ha experimentado la materia durante las últimas décadas, y la definición de los principios que rigen el funcionamiento jurídico, son fruto de las constantes resoluciones de los tribunales, protagonistas de una tarea que va mucho más allá de la mera interpretación de los artículos 1101, 1902 y concomitantes del Código Civil»²⁵.

Lo cierto es que, el daño o perjuicio, junto con la acción u omisión negligente y con el nexo de causalidad, como hemos ya puesto de manifiesto en líneas precedentes, es uno de los presupuestos de la responsabilidad civil aquiliana recogido en el artículo 1902 del Código Civil. El daño, además de ser uno de los presupuestos, es sin duda el elemento imprescindible para que se ponga en marcha el mecanismo de la responsabilidad civil y de la reparación, tanto en la vía contractual como extracontractual. Se trata de una pieza clave del sistema ya que sin el daño o perjuicio no hay obligación de resarcir y su importancia es tal que la responsabilidad civil se viene estudiando últimamente desde la óptica del derecho de daños, de forma que, se identifica a la responsabilidad extracontractual como el «derecho de daños»²⁶. Dentro de este movimiento impulsado por el daño, cabe destacar la doctrina del Tribunal Supremo sobre la responsabilidad por daño desproporcionado, en materia de responsabilidad médica y hospitalaria, que, asimismo, constituye uno de los ámbitos en que se manifiesta la *lex artis*. *Lex artis* que se define como «el criterio valorativo de la concreción del concreto acto médico ejecutado por un profesional de la Medicina, ciencia, o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos, como el estado e intervención del paciente, de sus familiares o de la propia organización sanitaria, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida, derivado de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados, y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto



médico ejecutado»²⁷. La *Lex artis* se convierte así en el criterio de normalidad, que ha de infringirse en la realización del servicio sanitario para que haya lugar a la obligación de indemnizar, que, a su vez, permite valorar la corrección de los actos médicos, y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, que es el que, a la postre, permite delimitar los supuestos que, verdaderamente dan lugar a responsabilidad, exigiéndose para ello no sólo que exista el elemento de la lesión, sino también infracción de dicha *lex artis*²⁸. Asimismo, representa el elemento corrector de los excesos de objetivación de la responsabilidad, pues, aunque, en el ámbito de los servicios públicos, como es el sanitario, es aplicable el principio de responsabilidad objetiva consagrado por el artículo 139 de la LRJ-PC; lo cierto es que, los criterios de imputación aplicables no se separan en gran medida de los que se derivan de la aplicación del principio culpabilístico, ya que, como es bien sabido, los tribunales del orden Contencioso-Administrativo vinculan la existencia de responsabilidad al incumplimiento de los estándares del servicio (o de la *lex artis* (reglas de oficio) por parte del personal sanitario, cuando el daño está directamente vinculado a la realización de actos médicos), dado que existe un criterio general de imputación, recogido hoy en la Ley, fundado en la ausencia del deber de soportar el daño por parte del perjudicado. Desde la propia jurisprudencia, se ha introducido en el sistema de responsabilidad objetiva por la actuación de un servicio público, como el sanitario, cierta dosis de racionalidad a través del concepto de la *lex artis*, de tal forma que, la decisión de si ha sido o no adecuado el empleo de la técnica por parte del facultativo cobra especial relevancia a la hora de determinar, si existe o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y el daño producido.

En este contexto, la teoría fue aplicada por primera vez por la *Cour de Cassation* francesa en sentencia de 28 de junio de 1960, en un supuesto de radiodermatitis sufrida por un paciente como consecuencia de la radiación emitida por un aparato de rayos X, cuyas puertas protectoras no estaban bien cerradas; y ha sido acogida por la Sala Primera, de nuestro Tribunal Supremo, a partir de la sentencia de 2 de diciembre de 1996²⁹, en el caso de una paciente que quedo con tetraparesia espástica tras una hemorragia sufrida a raíz de un parto, y progresivamente ha sido aplicada y decisivamente valorada por esta misma Sala a la hora de apreciar *prima facie* la existencia de un título de imputación a la Administración sanitaria en concepto de responsabilidad patrimonial y de elemento de antijuridicidad, por entenderse que dada la entidad del daño, y su carácter inusual, el sujeto no tiene obligación de soportarlo. Se pueden citar, así, las sentencias de 26 de mayo de 1997³⁰, de 1 de julio de 1997³¹, de 21 de julio de 1997³², de 13 de diciembre de 1997³³, de 8 de septiembre de 1998³⁴, de 9 de diciembre de 1998³⁵, de 29 de junio de 1999³⁶, de 20 de noviembre de 2000³⁷, de 30 de enero de 2003³⁸, de 8 de mayo de 2003³⁹, de 18 de marzo de 2004⁴⁰, de 17 de noviembre de 2004⁴¹, de 26 de julio de 2006⁴², de 5 de enero de 2007⁴³, de 23 de mayo de 2008⁴⁴, de 23 de octubre de 2008⁴⁵, de 8 de julio de 2009⁴⁶, de 22 de septiembre de 2010⁴⁷, y, de 29 de octubre de 2010⁴⁸, entre otras.

Esta teoría, conocida como «la doctrina del daño desproporcionado» (también denominada de resultado «clamoroso» o de «culpa virtual») que presume la negligencia del médico, salvo prueba en contrario, cuando se origina en el paciente un daño que en condiciones normales no se habría producido es una teoría propia del orden civil, aunque acogida también por la Sala tercera de lo Contencioso⁴⁹. Ha sido profusamente tratada por la doctrina anglo-americana ante la evidencia que crea o hace surgir una deducción de negligencia; por la doctrina alemana mediante la regla del *Anscheinsbeweis* (apariencia de prueba); por la doctrina francesa, a través de la *faute virtuelle* (culpa virtual), que se basa en el silogismo: si no hubiese incurrido en culpa alguna, ningún daño se hubiera producido, por lo que la comprobación del

54. *Vid.*, la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 9 de diciembre de 1999 (RJ 1999/8173).

55. *Vid.*, la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 18 de diciembre de 2009 (RJ 2010/293).

56. RJ 2008/3171. *Fundamento De Derecho Tercero*. Asimismo, *vid.*, la sentencia de este mismo Tribunal, Sala de lo Civil, sección 1ª, de 4 de noviembre de 2010 (JUR 2010/411012).

57. *Vid.*, las sentencias del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 13 de julio de 1987 (RJ 1987/5488); de 7 de junio de 1988 (RJ 1988/4825); de 12 de julio de 1988 (RJ 1988/5991); y, de 26 de mayo de 1997 (RJ 1997/4114).

Por su parte, señala la sentencia de este mismo Tribunal y Sala, de 9 de octubre de 2000 (RJ 2000/9184) que: «El artículo 1902 del Código Civil ha sufrido una evolución jurisprudencial acorde con la realidad social siempre cambiante (artículo 3.1 del Código Civil) que, manteniendo un fondo de reproche culpabilístico, desplaza cada vez más la prueba de la culpa a la prueba del nexo causal, ya que se subsume en la causa del daño la existencia de culpa».

58. Sin embargo, en la sentencia de la Audiencia Provincial de Burgos, sección 3ª, de 7 de octubre de 2010 (JUR 2010/391366), se señala que: «...la doctrina del resultado desproporcionado está conectada con el principio de la inversión de la carga de la prueba, porque en el ámbito médico corresponde al médico demandado la carga de la prueba de su actuar diligente, de modo que, cuando no se consigue probar la diligencia, la doctrina del resultado desproporcionado funciona como una presunción de culpa, porque se presume que si se ha producido un resultado de esas características,



es porque el profesional no ha actuado diligentemente».

59. Vid., las sentencias del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 30 de abril de 2007 (RL 2007/2397); y, de 19 de octubre de 2007 (RJ 2007/7308).

En la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, sección 1ª, de 12 de febrero de 2008 (RJ 2008/2925), no se aplica la doctrina del daño desproporcionado, pues, el daño producido se explica fe forma minuciosa, coherente y convincente por parte del médico, descartando, en consecuencia, que la entubación extemporánea del paciente fuera la causante del daño, y ello impide establecer un criterio de imputación tanto a partir del artículo 1902 del Código Civil, caracterizado por la concurrencia de los requisitos de acción u omisión voluntaria, resultado dañoso, y relación de causalidad, como el artículo 1104 del mismo texto, relativo a la omisión de la diligencia necesaria por la naturaleza de la obligación, según las circunstancias de persona, tiempo y lugar.

60. Vid., las sentencias del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, sección 1ª, de 23 de octubre de 2008 (RJ 2008/5789); de 8 de julio de 2009 (RJ 2009/4459); y, de 22 de septiembre de 2010 (RJ 2010/7135).

61. Vid., la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, sección 1ª, de 30 de junio de 2009 (RJ 2009/6460).

62. Como señalan las sentencias del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 23 de mayo de 2001 (RJ 2001/3984); de 24 de noviembre de 2005 (RJ 2006/111); de 19 de octubre de 2007 (RJ 2007/7309), no resulta de aplicación por desproporcionado que parezca el daño, si el médico prueba que no fue debido a su negligencia, al no

daño hace presumir que hubo culpa, ya que en el curso ordinario de las cosas, ciertos accidentes no pueden ocurrir, si no es por una crasa incompetencia o falta de cuidado; o, en fin, por la utilización de la prueba de presunciones seguido en el sistema judicial italiano, y que parte de la base de premisas que, la ciencia médica proporciona en función de datos derivados de la experiencia o de la probabilidad estadística.

Surge cuando el resultado dañoso provocado por la intervención médica, es dañino e incompatible con las consecuencias de una actuación terapéutica normal, de lo que, se deduce que, no se ha actuado con la diligencia debida. Así, ante ciertos hechos objetivos puede presumirse la culpa médica, —no probada de modo directo—, cuando las circunstancias y el sentido común indican que, el hecho dañoso no hubiera tenido lugar de no mediar culpa profesional; esto es, a través de una deducción obtenida de la anormalidad de las consecuencias dañosas. Se afirma, asimismo, que el médico no ha actuado de acuerdo con los datos actuales de la ciencia y con una conducta profesional diligente. Esta responsabilidad profesional del médico responde a la regla *res ipsa loquitur* (la cosa habla por sí misma); regla que, se refiere a una evidencia que, crea una deducción de negligencia⁵⁰. En lógica consecuencia, no resulta de aplicación tal regla cuando, por desproporcionado que resulte el daño, el médico prueba que el daño no fue debido precisamente a su negligencia⁵¹.

Sobre tales bases, el daño desproporcionado se puede definir como «aquél no previsto ni explicable en la esfera de su actuación profesional, que obliga al médico a acreditar las circunstancias en que se produjo el principio de facilidad y proximidad probatoria»⁵².

Se incide en la atribución causal y en el reproche de desviación de la *lex artis ad hoc*, además de los cánones generales sobre el *onus probandi* de la relación de causalidad, pues, se presume la anormalidad en el funcionamiento del servicio sanitario, y por ende, la negligencia en la actuación del personal sanitario, al no responder al buen hacer exigible, esperado y propuesto, y revelarse deductivamente inadecuado y contrario a la *lex artis*, ante la anormalidad/desproporción del resultado dañoso. La mera comprobación del daño desproporcionado, esto es, no previsto ni explicable en la esfera normal de actuación profesional, hace presumir que hubo culpa en el personal sanitario. Una vez más, como así hemos expuesto al inicio de nuestra exposición, el daño es capaz de servir de elemento de imputación de responsabilidad cuando los otros dos elementos se intuyen, pero no se pueden demostrar. Se subsume en el daño la existencia de la culpa. El resultado dañoso es tan manifiestamente desproporcionado en relación con el riesgo asumido por el paciente, que se dice que, los propios hechos hablan por sí solos, o *res ipsa loquitur*, y se deduce la responsabilidad. Se trata de una evidencia «el daño desproporcionado» del que se deduce la culpabilidad del autor.

Por tanto, se requiere que se produzca un evento dañoso de los que normalmente no se producen, sino por razón de una conducta negligente, y que sea desproporcionado en relación con lo que usualmente sería el correcto actuar en este sentido; siendo, además, necesario que, se origine en la esfera de actuación del médico, sin que sea preciso conocer el detalle exacto de la misma, y, por supuesto, que no sea causado por una conducta o una acción que corresponde a la propia víctima⁵³. Del daño desproporcionado se desprende la culpabilidad del autor⁵⁴. De todas formas, conviene aclarar que, tal daño no representa un criterio de imputación vinculado sin más al resultado generado en la esfera de acción del demandado, sino que crea o hace surgir una deducción de conducta negligente o de culpabilidad en el médico, mientras éste no pruebe lo contrario, esto es, acredite y explique las circunstancias en que se produjo su actuación y que, ésta fue conforme a la *lex*



artis. De forma que, la ausencia u omisión de justificación de un adecuado proceder por parte del profesional sanitario, puede determinar su imputación, y, por ende, su responsabilidad⁵⁵.

En la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, sección 1ª, de 23 de mayo de 2008⁵⁶, se señalan como presupuestos necesarios para que opere este supuesto de responsabilidad: a) La presencia de un evento dañoso de los que normalmente no se producen, sino por una conducta negligente, b) Que ese suceso dañoso venga originado por cualquier conducta que, entre en la esfera de disponibilidad y control del demandado, aunque no se conozca el modo; y, c) Que el daño no sea imputable a un comportamiento culposo de la propia víctima.

Consecuentemente, sobre los requisitos expuestos, si el daño viene originado por una causa que, se encuentra fuera de la disponibilidad del personal sanitario, no concurrirán los requisitos primero y segundo, para que opere la presunción de culpa; de tal forma que, se destruye ésta o la efectividad del principio «*res ipsa loquitur*», con la consiguiente ruptura del nexo causal entre el evento dañoso y su actividad.

En todo caso, la aplicación de tal doctrina no supone acudir a criterios de imputación de carácter objetivo o por riesgo, pues, la exigencia de responsabilidad del médico se funda en estos casos en la culpa⁵⁷; en concreto, en la falta de una actuación diligente o de medidas de prevención o de precaución (por ejemplo, ante la infección que contrae el paciente como consecuencia de una intervención quirúrgica, cuando se acredita la falta u omisión de las medidas de prevención), que deriva en tal resultado dañoso. De manera que, sobre tales bases, la doctrina del daño o resultado desproporcionado no funciona al margen de la responsabilidad por culpa, pues, en los términos ya expuestos, presume la culpa del médico, a modo de culpa virtual.

Tampoco se consagra una inversión de la carga de la prueba, puesto que, la exigencia de responsabilidad no comporta imputar las consecuencias desfavorables de la prueba a una de las partes, sino admitir que existen unos hechos cuya evidencia queda demostrada por sí misma (*res ipsa loquitur*), y que son susceptibles de evidenciar la concurrencia de la falta de medidas de diligencia, prevención y precaución exigibles según las circunstancias (de especial intensidad en los casos de actividades creadoras de riesgos extraordinario), en tanto no sean refutados (*facta refutanda*) por quien tiene en sus manos el dominio de la actividad sanitaria, y la proximidad y disposición de los instrumentos aptos para purificar lo ocurrido, es decir, el médico⁵⁸. Se presume, por tanto, la anormalidad de la prestación sanitaria, y, por ende, la responsabilidad de aquél. Ante tal situación, se exige al médico «una explicación coherente acerca del por qué de la importante disonancia existente entre el riesgo inicial que implicaba la actividad médica y la consecuencia producida», esto es, corresponde al médico desvirtuar esa presunción desfavorable al buen hacer exigible y esperado, al ser el resultado obtenido desproporcionado; y, para ello, deberá justificar su adecuada actividad⁵⁹. Con tal proceder, se atenúa el rigor probatorio a favor del paciente demandante en relación con la prueba de la culpa y la relación de causalidad de ésta con el resultado dañoso, al deducir del propio resultado desproporcionado, la negligencia en la actuación del médico.

Por otra parte, en los términos expuestos, la exigencia de una explicación de su actuación resulta necesaria para destruir tal presunción, ante la existencia de un daño desproporcionado –que, es un daño no derivado habitualmente de la actuación sanitaria, ni comprensible en el riesgo generalmente estimado en el tipo de actos o de conducta en que el daños se produce–, pues, su ausencia u omisión determina que, la imputación al personal sanitario se

poder atribuírseles cualquier consecuencia por nociva que sea, que caiga fuera de su campo de actuación (sentencia del Tribunal Supremo, de 13 de julio de 1987 (RJ 19987/5488); y, de 23 de enero de 2009 (RJ 2009/1271).

63. Vid., las sentencias del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 26 de mayo de 1986 (RJ 1986/2824); de 12 de julio de 1988 (RJ 1988/943); de 17 de junio de 1989 (RJ 1989/4696); 7 de febrero de 1990 (RJ 1990/668); de 12 de febrero de 1990 (RJ 1990/677); de 22 de abril de 1997 (RJ 1997/3249); de 27 de junio de 1997 (RJ 1997/5758); de 21 de julio de 1997 (RJ 1997/5523); de 13 de diciembre de 1997 (RJ 1997/8816); de 26 de marzo de 2004 (RJ 2004/1668); de 29 de junio de 2007 (RJ 2007/3871); de 12 de febrero de 2008 (RJ 2008/2925), donde el Ponente de la sentencia D. José Antonio Seijas Quintada, recuerda que la anestesia es un actividad de medios y no de resultado; y, de 30 de junio de 2009 (RJ 2009/6460), entre otras. Precisamente, esta última sentencia, señala en su *Fundamento de Derecho Primero*: «...la responsabilidad del profesional médico es de medios y, como tal no puede garantizar un resultado concreto. Obligación suya es poner a disposición del paciente los medios adecuados comprometiéndose no sólo a cumplimentar las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis, sino a aplicar estas técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención, y, en particular, a proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención. Los médicos actúan sobre personas, con o sin alteraciones de la salud, y la intervención médica está sujeta, como todas, al componente



aleatorio propio de la misma, por lo que los riesgos o complicaciones que se pueden derivar de las distintas técnicas de cirugía utilizadas son similares en todos los casos y el fracaso de la intervención puede no estar tanto en una mala praxis cuanto en las simples alteraciones biológicas. Lo contrario supondría prescindir de la idea subjetiva de culpa, propia de nuestro sistema, para poner a su cargo una responsabilidad de naturaleza objetiva derivada del simple resultado alcanzado en la realización del acto médico, al margen de cualquier otra valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad y de la prueba de una actuación médica ajustada a la *lex artis*, cuando está reconocido científicamente que la seguridad de un resultado no es posible, pues, no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual (STS de 12 de marzo de 2008). Las doctrinas sobre medicina curativa-medicina satisfactoria, y sobre obligación de medios-obligación de resultado, dice la sentencia de 23 de octubre de 2008, no se resuelven en respuestas absolutas, dado que según los casos, y las circunstancias concurrentes caben ciertos matices y moderar las consecuencias. Las singularidades y particularidades, por tanto, de cada supuesto influyen de manera decisiva en la determinación de la regla aplicable al caso y de la responsabilidad consiguiente. En este sentido, la sentencia de 22 de noviembre de 2007 (RJ 2007/8651), analizando un supuesto de medicina voluntaria o satisfactoria, declara que «no comporta por sí la garantía del resultado perseguido, por lo que sólo se tomará en consideración la existencia de un aseguramiento del resultado por el médico a la paciente, cuando resulte de la narración fáctica de la resolución recurrida (así se deduce de la evolución jurisprudencial, de la que son expresión las SSTS de

consolide, creando o haciendo surgir una deducción de negligencia y, por ende, la responsabilidad del personal sanitario ante tal actuación negligente.

La existencia del daño desproporcionado, pues, incide en la atribución causal y en el reproche de culpabilidad, alterando los cánones generales sobre responsabilidad médica en relación con el *onus probandi* de la relación de causalidad y la presunción de culpa⁶⁰. Siendo, así que, no podrá existir daño desproporcionado, por más que en la práctica lo parezca, cuando haya causa que, explique el resultado; explicación que excluye la aplicabilidad de las consecuencias de esta doctrina jurisprudencial, al no poderse atribuir al médico o personal sanitario cualquier consecuencia, por nociva que sea, que caiga fuera de su campo de su actuación⁶¹.

En consecuencia, no se excluye la presunción desfavorable que, puede generar un resultado dañoso, cuando éste por su desproporción con lo que es usual comparativamente, según las reglas de la experiencia y del sentido común, revele inductivamente la penuria negligente de los medios empleados, según el estado de la ciencia y el descuido en su conveniente y temporánea utilización. Por tanto, corresponde al médico, como hemos puesto de manifiesto, destruir esta presunción de negligencia⁶².

En este contexto, el Tribunal Supremo ha reiterado en diversas ocasiones que la obligación contractual o extracontractual del médico, y, en general, del profesional sanitario, no es la de obtener en todo caso, la recuperación o sanidad del enfermo, o lo que es lo mismo, su obligación no es de resultado, salvo en caso de medicina satisfactoria, sino de medios, esto es, de proporcionar al paciente todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia; así como también ha señalado que, en la conducta de los profesionales sanitarios queda descartada toda clase de responsabilidad más o menos objetiva, sin que opere la inversión de la carga de la prueba, que sí es admitida por el Alto Tribunal para los daños de otro origen⁶³.

Asimismo, ha resaltado que, el daño desproporcionado a que se refiere esta teoría, no debe equipararse al riesgo típico de la intervención; de modo que, si a pesar de una técnica quirúrgica impecable, se materializa un riesgo típico del que el paciente fue oportunamente informado⁶⁴, y, se produjo por causas inevitables, o si el profesional médico ajusta su actuación a los parámetros de la *lex artis ad hoc*, éste no habrá incurrido en ningún tipo de culpa o negligencia, ni resultará aplicable, en consecuencia, la teoría del daño desproporcionado.

En consecuencia, esta teoría sólo será de aplicación en el caso que se produzca un riesgo atípico. Un daño anómalo e inusual puede ser una pista que, apunte a la necesidad de examinar la conducta del profesional para comprobar, si ha sido o no negligente, pero, además, habrá que determinar la existencia de una relación de causalidad entre esa conducta y el daño causado. En realidad, no será tanto el daño desproporcionado el que abra la posibilidad de recurrir al mecanismo presuntivo, como las circunstancias anormales que rodean el caso.

VI. La pérdida de oportunidad en la responsabilidad sanitaria

En el ámbito de la responsabilidad civil hay casos en los que no puede establecerse si una determinada conducta ha provocado un daño, pero se da por bueno que, con el comportamiento debido, habría existido posibilidad de que el resultado lesivo no se hubiera producido –posibilidad u oportunidad, por tanto, de haber obtenido una ventaja o evitado una pérdida–. En el campo sanitario, suele conducirse a este campo los errores y/o retrasos en el diag-



nóstico y tratamiento de dolencias, la falta de información y/o de consentimiento informado y los erróneos o inexistentes diagnósticos prenatales⁶⁵.

Estamos ante supuestos de estricta incertidumbre causal, quedando, en consecuencia, al margen los casos en que hay una razonable certeza de que el agente dañoso, provocó el daño o que dejó de ocasionarlo. Así la aplicación de la doctrina debida de pérdida de oportunidad queda acotado entre dos extremos, uno negativo y otro positivo, constituido el primero por la nula probabilidad que, comporta una mera posibilidad; y, el segundo, por una alta probabilidad que se viene a convertir en razonable certeza. Así, respecto de este último, sí se tiene la seguridad que de haberse dado la oportunidad de participar al paciente en la toma de decisión, o de aplicarse un determinado tratamiento, no se hubiera producido el daño, y hay probabilidad causal, estamos ante una pérdida de oportunidad que, ha de ser objeto de indemnización (reparación). Si, por el contrario, se tiene la certeza que, aunque se hubiere dado tal oportunidad, el daño se hubiera producido, no resulta operativa tal doctrina, pues, se tiene, valga la redundancia, la certeza de que no hubo nexos causales.

Frente a los supuestos de responsabilidad en que se imputa al médico el resultado dañoso; con la teoría de la pérdida de oportunidad, lo que se atribuye al facultativo es la frustración de las expectativas de sanación, por ejemplo, por un error en el diagnóstico de una enfermedad que, de haberse detectado a tiempo, el paciente hubiera tenido más posibilidades de recuperación.

De ahí que, como señala ASUA GONZÁLEZ ante la incertidumbre del desenlace causal que se derivaría de haberse producido el comportamiento debido, caben diversos planteamientos. El más tradicional que sería el de considerar que si no se puede dar por establecida la relación de causalidad no habría lugar a ninguna responsabilidad. El nexo causal existe o no existe pero no cabe enjuiciar una cuestión con base en causalidades parciales o hipotéticas (principio de indivisibilidad de la causa). Frente a éste, se encuentra la idea de excluir toda responsabilidad, si no se alcanzan las cotas de seguridad requeridas, considerando que, cuando se esté por debajo de tales cotas o umbral, puede tenerse en cuenta expresamente la probabilidad a efectos de establecer una indemnización inferior al daño final sufrido (entendido por tal el que se ha tomado como referencia a efectos de la relación causal que se ha considerado incierta: en un caso de error de diagnóstico y graves secuelas físicas, el daño final sería todo el referido a tales secuelas)⁶⁶.

Como sucede con la teoría del resultado desproporcionado, la jurisprudencia juega un papel decisivo en su configuración. Así, la primera vez que, el Tribunal Supremo decidió sobre un supuesto de incertidumbre causal en tema sanitario, fue con la sentencia de la Sala 1ª, de 10 de octubre de 1998⁶⁷. Una ATS dispensó los primeros auxilios a un trabajador que habría sufrido la amputación de una mano, dando instrucciones para que el segmento distal amputado fuera introducido en una caja con hielo normal y verificando que así se hiciera. Una tercera persona, un compañero de trabajo del accidentado, consideró conveniente cambiar la caja, y colocó el miembro amputado en una caja de corcho blanco fuera del botiquín, y sin conocimiento de la ATS. Ésta observando que se había cambiado el recipiente, y considerándolo más idóneo, lo entregó, sin abrirlo, al centro sanitario tras haber acompañado al lesionado en ambulancia. El segmento amputado llegó en avanzado estado de congelación, y no se pudo reimplantar. Se demandó al titular de la empresa, al médico y a la ATS. El Tribunal Supremo casa la sentencia absolutoria sólo respecto a la ATS, considerando que debía haber comprobado que, el miembro amputado seguía conservándose en hielo natural. Ahora bien, añade el Alto Tribunal, que a ella no puede imputársele la responsabilidad por

25 de abril de 1994, de 11 de febrero de 1997 (RJ 1997/940), de 7 de abril de 2004 (RJ 2004/2608), de 21 de octubre de 2005 (RJ 2005/8547); de 4 de octubre de 2006, y de 23 de mayo de 2007 (RJ 2007/3273). Es, en definitiva, lo que se conoce como la *lex artis* o lo que es lo mismo un supuesto y elemento esencial para llevar a cabo la actividad médica y obtener de una forma diligente la curación del enfermo, a la que es ajena el resultado obtenido puesto que no asegura o garantiza el interés final perseguido por el paciente».

64. La información al paciente, dice la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 21 de enero de 2009 (RJ 2009/1481), debe hacerse efectiva con tiempo y dedicación suficiente y obliga tanto al médico responsable del paciente, como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial, como uno más de los que integran la actuación médica o asistencial, a fin de que pueda adoptar la solución que más interesa a su salud. Y, ha de hacerse de una forma comprensible y adecuada a sus necesidades, para permitirle hacerse cargo o valorar las posibles consecuencias que pudieran derivarse de la intervención sobre su particular estado, y elegir, rechazar o demorar una determinada terapia o actuación por razón de sus riesgos, e incluso acudir a otro especialista o centro distinto (Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 15 de noviembre de 2006 (RJ 2006/8059). Asimismo, añade la sentencia de este mismo Tribunal y Sala, sección 1ª, de 23 de octubre de 2008 (RJ 2008/5789), que, la información tiene distintos grados de exigencia según se trate de actos médicos realizados con carácter curativo, o se trate de medicina denominada satisfactoria (Sentencias de 28 de noviembre de 2007 (RJ 2007/8428); y, de 29 de julio de 2008 (RJ 2008/4638), revistiendo mayor intensidad en los casos de medicina



no estrictamente necesaria (sentencias de 29 de octubre de 2004 (RJ 2004/7218); de 26 de abril de 2007 (RJ 2007/3176)); además, cuando se trata de medicina curativa no es preciso informar detalladamente acerca de aquellos riesgos que no tienen un carácter típico por no producirse con frecuencia ni ser específicos del tratamiento aplicado, siempre que tengan carácter excepcional o no revistan una gravedad extraordinaria (sentencias de 17 de abril de 2007 (RJ 2007/2322); y, de 30 de abril de 2007 (RJ 2007/2397)); en la medicina satisfactoria, la información debe ser objetiva, veraz, completa y asequible, y comprende las posibilidades de fracaso de la intervención, es decir, el pronóstico sobre la probabilidad del resultado, y también cualesquiera secuelas, riesgos, complicaciones o resultados adversos que se puedan producir, sean de carácter permanente o temporal, con independencia de su frecuencia, dada la necesidad de evitar que se silencien los riesgos excepcionales ante cuyo conocimiento el paciente podría sustraerse a una intervención innecesaria - prescindible- o de una necesidad relativa (sentencias de 22 de noviembre de 2007 (RJ 2007/8651); y de 23 de mayo de 2007 (RJ 2007/3273)); y, por último, la denuncia por información deficiente resulta civilmente inatendible, cuando no existe ningún daño vinculado a su omisión, o a la propia intervención médica, es decir, no genera responsabilidad civil (sentencias de 21 de diciembre de 2006 (RJ 2007/396); y de 14 de mayo de 2008 (RJ 2008/3072)). Sin embargo, se considera que, si no se informa del riesgo al paciente, la responsabilidad no deriva del daño desproporcionado, sino de la falta de información. *Vid.*, la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 1 de julio de 1997 (RJ 1997/5471).

el fracaso del reimplante, porque la prueba pericial demostró que, en condiciones normales no es seguro el éxito de la operación. En suma, no se puede imputar a la demandada más que la pérdida de una oportunidad para efectuar en condiciones una operación de reimplante de la mano, que no se sabe si al final hubiera dado resultado. Dicho de otra manera *se le puede imputar la pérdida de unas expectativas*. En consecuencia, la reparación concedida, sin referencia a ningún parámetro, se cifra en la cantidad de 1.500.000 pesetas.

Después de esta sentencia, trascurrieron algunos años, hasta que, de nuevo el Tribunal Supremo, —esta vez, la Sala 3ª, sección 6ª— se volviera a pronunciar sobre la cuestión en la sentencia de 18 de octubre de 2005⁶⁸. Se trataba de un inicial traumatismo en un tobillo que, un mes después desembocó en varias intervenciones, y en la amputación parcial de la pierna. Se da por probado que existió un retraso en el diagnóstico de una isquemia, y en los dictámenes periciales, se señalaba que, de haberse realizado el diagnóstico con más prontitud, habrían existido más posibilidades de salvar la pierna del paciente. Al respecto razona el Alto Tribunal que «si se hubiera producido el diagnóstico correcto en el momento oportuno es imposible predecir cuál hubiera sido el resultado final y si las consecuencias hubieran sido las mismas u otras bien distintas, pero lo que, sin duda, es seguro, es que la recurrente hubiera tenido más oportunidades de salvar su pierna que en el momento en que se produjo el diagnóstico, transcurrido un tiempo excesivo desde que se conocieron los síntomas que por dos veces hicieron sospechar al médico de cabecera que estaba ante un proceso de isquemia que debía ser confirmado o descartado, y, si como se sospechaba existía, debía haber sido tratado de manera más eficaz».

Asimismo, en la sentencia de este mismo Tribunal, de la Sala 3ª, sección 6ª, de 21 de marzo de 2007⁶⁹, una paciente diagnosticada de hernia de hiato, lo fue 8 meses más tarde de cáncer gástrico, falleciendo unos meses después. Planteada la reclamación por su hija, ésta pretende la reparación de los daños por la muerte de su madre. La Audiencia Nacional rechaza la indemnización en los términos solicitados, incidiendo en que si se hubiera realizado la endoscopia de modo precoz, hubiera servido para retrasar un tiempo el resultado final y poder asegurar quizá una mejor calidad de vida de la paciente, sin que con ello, en ningún caso, se hubiera podido evitar el fallecimiento y concluyendo que la única indemnización posible es la que trata de valorar la pérdida de esas posibilidades... y ese concepto no se puede valorar sino en 12.000 euros, cantidad con la que se entiende valorada dicha *pérdida de oportunidad de que la evolución hacia el resultado final hubiera sido la misma pero en condiciones más beneficiosas para el paciente, y para su familia directa*. Interpuesto recurso de casación el mismo fue desestimado, incidiéndose en que la Audiencia Nacional entendió que, la gravedad de la dolencia sufrida por la paciente no hubiera podido evitar el desenlace final con el fallecimiento de la misma, sino que apreciando tal vez la posibilidad de un más precoz diagnóstico del cáncer a través de una endoscopia podía haberse conseguido un posible alargamiento de su vida, y tal vez, un mejoramiento de la calidad de vida de sus últimos días.

Por su parte, en la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 17 de abril de 2007⁷⁰, se resuelve un caso de ingreso en un centro hospitalario de un paciente con isquemia aguda de miembro inferior derecho. Se prescribió por un facultativo la realización de una artrografía para identificar la etiología del cuadro clínico. Tal prueba no se pudo realizar, y, el facultativo, sin embargo, no ordenó el traslado del paciente a otro centro, falleciendo finalmente. Planteada demanda por la viuda y tres hijos, solicitan la indemnización de 65.000.000 pesetas. El Juzgado de Primera Instancia absolvió a todos los demandados (facultativo, centro hospitalario, y servicio público de salud),



decisión que fue revocada en apelación, condenando a los mismos al pago de 5.000.000 pesetas. La Audiencia dio por bueno que, con la prueba omitida se habría detectado la disección que determinó la muerte del paciente, pero también que no obstante el tratamiento quirúrgico de la afección, bien mediante cirugía cardíaca, bien mediante la revascularización de una isquemia, las probabilidades de éxito y evitación de la muerte, no eran superiores al 20%. Sin embargo, partiendo de la falta de prueba de la relación de causalidad entre la omisión de la de la arteriografía y la muerte del paciente, se incidía en que se privó al paciente, y a sus familiares, al no realizarse la arteriografía, de una expectativa: la eventualidad de que la cirugía vascular o cardíaca alcanzase éxito y en que la *privación de la expectativa es un resultado dañoso indemnizable*; si bien, su toma en consideración no es incongruente con el objeto de la *litis*. En todo caso, el daño se procedió a evaluar como daño moral. El Tribunal Supremo da por buena la consideración de la instancia de la falta de certeza de la causalidad y asumió la perspectiva de la Audiencia señalando que «parece excesivo en relación con la omisión no de una prueba diagnóstica, que el médico no podía llevar a cabo, sino con la omisión de una indicación del traslado a otro centro en que la prueba se pudiera realizar cuando la disección aórtica no era ni probable, sino meramente 'no descartable'».

También, la Audiencia Nacional se ha pronunciado a favor de la aplicación de esta teoría, en la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, sección 4ª, de 29 de octubre de 2003⁷¹, en el que un paciente con una afección cardíaca al que se le coloca en lista de espera para una intervención valvular, fallece el día antes de que se le llame. Se plantea reclamación por la viuda e hija, considerando que la lista de espera fue mal gestionada. Se concede todo lo solicitado (11.308.414 y 1.256.490 pesetas, respectivamente) destacándose que, la cantidad es razonable y queda dentro de los parámetros que viene aplicando (la) Sala en supuestos similares, estimándose la cantidad proporcionada a los daños sufridos por la unidad familiar. Entre las consideraciones vertidas en la sentencia se habla de *una clara pérdida de oportunidad a la que se adiciona el trágico resultado*, y se señala que sin poder predecir cuál hubiera sido el resultado, no cabe duda que las posibilidades de supervivencia son elevadas. En la sentencia de esta misma Audiencia, Sala y sección, de 15 de febrero de 2006, igualmente, se opta por aplicar esta teoría. Un paciente de 76 años ingresa para la implantación de un marcapasos. En la intervención que se llevó a cabo, sufre un neumotórax, falleciendo. Se plantea demanda por sus hijos, solicitando la correspondiente indemnización. La Sala considera al respecto que, sólo se puede admitir el reproche por el retraso de doce horas en practicar la toracotomía y que *existe una fundada probabilidad que tal demora ha tenido ha tenido trascendencia en la prolongación del postoperatorio, con el mayor riesgo de adquirir la infección, produciéndose una pérdida de oportunidad en cuanto a que de haberse intervenido esas horas antes, se habría reducido el riesgo de infección que finalmente resultó letal*. La indemnización se fija en 24.000 euros, ponderando todos los elementos, retrasos de unas horas en la intervención, deterioro del estado de la paciente a esa horas, posibilidad de reducción del postoperatorio, como consecuencia del mejor estado que, pudo presentar de haberse intervenido con mayor urgencia, menor riesgo de infección.

En la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, sección 9ª, de 20 de julio de 2006⁷², igualmente, ante un retraso en el diagnóstico e intervención de glaucoma en un bebé de meses, la madre, en representación del hijo, y parece que, también en su propio nombre, solicita la correspondiente indemnización. El Tribunal se la concede, incidiendo en que se desconoce qué hubiera podido pasar si al menor se le hubiera atendido inmediatamente, y, añade, lo cierto es que *el retraso en el tratamiento terapéutico adecuado ha producido una pérdida de*

65. Es lo que en la doctrina y jurisprudencia francesa denominan *perte d'une chance*; o en terminología alemana causalidad que fundamenta la responsabilidad (*Haftungsbergründende Kausalität*) o causalidad que da contenido a la misma (*Haftungsausfüllende Kausalität*).

En relación a los casos de responsabilidad sanitaria por errores y retrasos en el diagnóstico y tratamientos de dolencias, el artículo 3:106 de los Principios de Derecho Europeo del *European Group on Tort Law*, establece una fórmula general respecto de las causas inciertas en la esfera de la víctima, en la que se indica que, corresponde a ésta cargar con la pérdida sufrida en la medida correspondiente a la probabilidad de que pueda haber sido causada por una actividad, acontecimiento, o cualquier otra circunstancia perteneciente a su propia esfera.

66. ASUA GONZÁLEZ C., Pérdida de oportunidad en la responsabilidad sanitaria, Thomson-Aranzadi, Navarra 2008, p. 18.

67. RJ 1998/8371.

68. RJ 2005/8530.

69. RJ 2007/2644.

70. RJ 2007/2322.

71. JUR 2003/265284.

72. RJ 2007/39.

73. JUR 2007/166246.

74. Cuando la reclamación la hacen los padres, por el daño sufrido por ellos, se habla de *wrongful birth*; pero cuando la reclamación es hecha por el propio hijo, o por los padres en cuanto sus representantes legales, de modo que, el daño que se reclama es el que sufre el propio hijo, se suele hablar de *wrongful life*. Junto con



las reclamaciones por *wrongful conception*, que son reclamaciones de responsabilidad civil, como consecuencia de una anticoncepción fallida que tiene como resultado en nacimiento de un bebé sano, pero no deseado, engloban lo que se denomina *wrongful actions*. Vid., ATAZ LÓPEZ J., «Las wrongful actions en materia de responsabilidad médica», La responsabilidad civil por daños causados por servicios defectuosos. Daños a la salud y seguridad de las personas, director Antonio Orti Vallejo y coordinadora María del carmen García Garnica, Thomson-Aranzadi, Navarra 2006, pp. 342-343. La sentencia del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 11 de mayo de 2001 (RJ 2001/6197) expresamente acogido esta terminología, señalando en su Fundamento de Derecho 6º que: «La expresión «*wrongful conception*» engloba aquellas demandas que interponen los progenitores por los daños causados por la concepción no deseada de un hijo sano debido al fallo de las medidas anticonceptivas adoptadas. ...Distintos de los supuestos anteriores son los casos de nacimientos de hijos con malformaciones que no han sido causadas por la negligencia médica y que parten de una premisa común: al no informar en tiempo oportuno a la madre de la malformación, ésta no ha podido decidir, si quería llevar a cabo o no la interrupción legal del embarazo. En tales casos, si quien ejercita la acción es la madre se habla *wrongful birth*, y de *wrongful life*, si quien lo hace es el propio hijo». A lo que se ha llamado *wrongful conception*, otros autores la denominan «*wrongful pregnancy*», «*unwanted pregnancy*» o «*birth of an unwanted child*». Sobre tales denominaciones y, su tratamiento, vid., MARTÍN CASALS M., y SOLÉ FELIU J., «Anticoncepciones fallidas e hijos no previstos», *InDret*, julio de 2001, p. 2; MACÍA

oportunidad de tratamiento del enfermo. Pérdida de oportunidad que, aunque sea remota, no puede quedar indemne. Así se cifra la indemnización en 48.080,97 euros por daños fisiológicos, 12.020,24 por daños estéticos, y 30.050,61 por daños morales. En la sentencia de este mismo Tribunal y Sala, sección 8ª, de 23 de octubre de 2006⁷³, en un paciente que sufre malformación congénita se retrasa en el diagnóstico final por la práctica tardía de una prueba. El Tribunal considera que, *se aprecia una pérdida de oportunidad de poder ser tratado con anterioridad al agravamiento de su situación y de forma diferente. La obligación de indemnizar ha de operar sobre la base de la pérdida de oportunidad apreciada, no por la totalidad de los daños causados, que en buena medida son riesgos típicos asociados a las enfermedades padecidas por el recurrente*, y establece una indemnización de 12.000 euros por los daños morales derivados de la mencionada pérdida de oportunidad.

En las Audiencias, las primeras aplicaciones de la teoría de la oportunidad perdida en el ámbito médico, tienen lugar en relación con reclamaciones de los padres por los daños derivados del nacimiento de los hijos con problemas físicos o psíquicos. Son casos denominados de *wrongful birth*, en que, por negligencia médica, no se ha efectuado el adecuado diagnóstico prenatal que, habría detectado las taras o malformaciones en el feto⁷⁴. La afirmación del nexo causal en estos casos exige acreditar que, si los progenitores hubieran estado adecuadamente informados de los problemas de su hijo, podrían haber tomado la decisión de interrumpir el embarazo, y se les ha privado de esa oportunidad. Lo cierto es que en clave de responsabilidad, —teniendo presente que el nacimiento de un hijo (puesto que los padres han querido ese hijo) no se puede considerar como un daño indemnizable, ni que, como señala la sentencia de la Audiencia Nacional de 6 de junio de 2001⁷⁵, exista en nuestro Ordenamiento Jurídico un auténtico *derecho subjetivo* a abortar—, se conecta los posibles daños con la privación para la madre de la facultad de decidir abortar, una privación de un derecho a elegir, que se concreta en una lesión del derecho a la dignidad personal y, al principio del libre desarrollo de la personalidad, que debe ser objeto de indemnización. Así, la sentencia de la Audiencia Provincial de León, sección 2ª, de 15 de septiembre de 1998⁷⁶, señala que «no se trata pues de hacer responder a los demandados por el nacimiento de la niña —con o sin defecto congénito—, pues resulta cuando menos discutible el que pueda considerarse el nacimiento de un hijo con síndrome de *Down* (mongolismo) como «un daño resarcible (...), sino *por no haber dado a los padres la posibilidad de elegir entre dar a luz a un hijo con síndrome de Down o abortar, figura que la doctrina civilista conoce como 'pérdida de oportunidad'*»; en el mismo sentido, la sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, sección 18ª, de 5 de mayo de 1998⁷⁷, que si bien, no menciona la teoría de la *chance* (pérdida de la oportunidad), es evidente que fundamenta la solución adoptada en *la privación de la «posibilidad de decidir lo que estimar más conveniente»*, fijando la condena a indemnizar en la cantidad de 30.050,61 euros, y, al respecto, declara que «la no realización de las pruebas, perfectamente posibles según el estado de la técnica médica, o al menos de la no información sobre su posibilidad, resultados y riesgos omitida, determinó que, la demandante careciera del conocimiento sobre la real situación del embarazo y del feto y, en consecuencia, *se le privó de la posibilidad de decidir lo que estimar más conveniente en virtud del derecho que el legislador le conviene en tales casos*». Sobre tales casos, también se ha pronunciado el Tribunal Supremo, Sala 1ª, en sentencia de 6 de junio de 1997 ante el nacimiento de un niño con síndrome de *Down*, sin que se hubiera notificado a la madre la «amniocentesis» realizada en el plazo en el que era legalmente posible la interrupción voluntaria del embarazo. El Alto Tribunal entendió que, ésta estaba dispuesta a interrumpir voluntariamente su embarazo, por lo que consideró que fue la actuación negligente del médico demandada, al no comunicar a tiempo el resultado de la prueba, el que impidió a la madre interrumpir su embarazo. En consecuencia, se conceda a



indemnizar un daño que se declara expresamente como daño moral, y que consiste en «el impacto psíquico de crear un ser discapacitado que nunca previsiblemente podrá valerse por sí mismo, y que pudiera llegar a alcanzar edades medianas, lo que precisa, a su vez, una atención fija o permanente»; en la sentencia de este mismo Tribunal y Sala, de 21 de diciembre de 2005⁷⁹, en esta línea, señala que «es lógico establecer una relación de causalidad directa y negligente entre la actuación profesional del Centro Médico en el que se realizaron las pruebas, y el derecho de la mujer a ser informada de una forma suficientemente clara y completa sobre el resultado del diagnóstico para que, en función de esa información, pueda tomar la decisión que, según su propia y libre convicción, se ajustaba más efectivamente a su proyecto de vida, como es la opción de interrumpir el embarazo; puesto que no siendo posible hasta la fecha, la corrección de las anomalías cromosómicas, al no tener tratamiento posible, el hecho de haberse sometido a una prueba para el diagnóstico prenatal de las mismas, sólo tiene un sentido lógico que es el de decidir esta interrupción voluntario del embarazo; relación que se crea con independencia de que la madre alegue su intención de abortar en lo que constituye un debate estéril fundado en simples y absurdas especulaciones, que no hacen más que añadir una cierta complejidad probatoria a estos supuestos de causalidad en la responsabilidad médica sanitaria, en los que *debería ser suficiente un simple juicio de probabilidad en razón a la mayor o menor situación de riesgo derivada de la edad de la madre, y de la posibilidad legal y física de interrumpir el embarazo en función del diagnóstico prenatal*».

De la misma manera, que se ha operado en la jurisprudencia española, ha actuado la jurisprudencia francesa e italiana durante años, aplicando la doctrina de la pérdida de posibilidades de supervivencia para conseguir salvar algunos de los problemas de causalidad entre la actuación del médico y el daño⁸⁰.

Además de estos supuestos de falta o erróneo diagnóstico prenatal, se ha aplicado también esta doctrina en los supuestos de incumplimiento de la obligación de informar. Así en la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 10 de mayo de 2006⁸¹, se diagnosticó a una menor una tumoración en una pierna, y ante la alta probabilidad de que se malignizara, se aconsejó su extirpación. Meses después de la intervención se presentaron alteraciones severas en el nervio ciático, y tras practicarse una segunda operación, quedaron importantes secuelas. El Tribunal estima el recurso de casación considerando que, se ha incumplido la obligación de informar y vulnerado el derecho a prestar un consentimiento informado (se hace referencia a un derecho a la autonomía decisoria más conveniente a sus intereses, que tiene su fundamento en la dignidad de la persona), fijando una indemnización de cinco millones de pesetas. Tal indemnización se deriva de la *pérdida de oportunidad, no de la reparación íntegra del daño en función de las secuelas que le quedaron al paciente* en la forma en que esta Sala ha resuelto, para supuestos que no son del caso, amparados bien en que la intervención no era ineludible, y necesaria, o bien porque *se privó al paciente de poder desistir de la misma, al no presentarse como urgencia quirúrgica*, o bien por tratarse de un supuesto de medicina voluntaria. En la sentencia de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso-Administrativo, sección 4ª, de 10 de octubre de 2007⁸², una paciente diagnosticada de tendinitis del supraespinoso e intervenida en noviembre de 2000 para realizar una descompresión, fue objeto posteriormente de infiltración, rehabilitación funcional y cirugía artroscópica, finalizando con unas secuelas de hombro doloroso, que le limitaban funcionalmente, y atrofia de los músculos con pérdida de fuerza. La Audiencia estimó que, *la ausencia de información conllevó para el recurrente que perdiese una oportunidad de elegir otra técnica diferente, como la artroscópica, o incluso no ser operada, y que ha de surgir una deber de indemnizar, si bien,*

MORILLO A., La responsabilidad médica por los diagnósticos preconceptivos y prenatales (las llamadas acciones de *wrongful birth* y *wrongful life*), Tirant Lo Blanch, Valencia, 2005, pp. 46-54.

75. RJCA 2001/1280.

76. AC 1998/1504.

77. AC 1998/7198. Sin embargo, entiende que no procede la indemnización en la sentencia de la Audiencia Provincial de Cádiz, de 17 de septiembre de 2002 (AC 2002/1929).

78. RJ 1997/4610. En igual sentido, la sentencia del TSJ de la Comunidad Valenciana de 17 de marzo de 2005 (JUR 2005/4412); y la sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas, de 25 de enero de 2005 (AC 2005/339).

79. RJ 2005/10149. Sin embargo, en la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 4 de febrero de 1999 (RJ 1999/748), en un embarazo calificado de bajo riesgo, se realizaron los protocolos establecidos para ese tipo de embarazos, que no incluían ciertas pruebas que habrían permitido detectar antes del nacimiento las malformaciones congénitas con las que finalmente se produjo el nacimiento. El Alto Tribunal entiende que la actuación médica fue conforme a la *lex artis ad hoc*, y que, en consecuencia, no procede la condena por responsabilidad civil; y, en la sentencia de este mismo Tribunal y Sala, de 7 de junio de 2002 (RJ 2002/5216), una mujer de 35 años que queda embarazada y ante los riesgos que tal embarazo pudiera tener, solicita a su ginecólogo que le informe de las pruebas existentes para determinar la existencia de malformaciones. Tal información no tiene lugar, como tampoco la práctica de las pruebas pertinentes, naciendo el hijo con síndrome de Down. No obstante, el Tribunal



Supremo entendió que no había relación causal entre la falta de información y el nacimiento del hijo con síndrome de Down «pues aun detectadas a través de las pruebas pertinentes las malformaciones que presentaba el feto, el evitar que el nacido estuviera afectado por ellas, no está al alcance de la ciencia médica, y de los conocimientos de genética actuales, por lo que la presencia de síndrome de Down en el hijo de los actores no es imputable al médico que atendió a la gestante».

80. Vid., ATAZ LÓPEZ J., Los médicos y la responsabilidad civil, Montecorvo, Madrid, 1985, pp. 343-346.

81. RJ 2006/2399.

82. JUR 2007/339906.

83. Vid., las sentencias del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 10 de octubre de 1998 (RJ 1998/8371); y, Sala 3ª, sección 6ª, de 12 de julio de 2007 (RJ 2007/4993). Asimismo, la sentencia del TSJ de la Comunidad de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, sección 8ª, de 23 de octubre de 2006 (JUR 2007/166246).

84. En la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de 17 de abril de 2007 (RJ 2007/2322), se acepta la perspectiva de la Audiencia de conceder una indemnización por pérdida de oportunidad cuando las probabilidades de éxito y evitación de la muerte no eran superior al 20%.

85. ASUA GONZÁLEZ C., Pérdida de oportunidad en la responsabilidad sanitaria, *op. cit.*, p. 77.

86. JUR 2007/224055.

87. RJ 2007/4993.

Correspondencia

Departamento de Derecho Civil.
Facultad de Derecho. Universidad
Complutense de Madrid
Ciudad Universitaria, s/n
28040 Madrid
aiberrocalanzarot@d.ucm.es

esa responsabilidad ha de venir derivada de la pérdida de oportunidad por la falta de advertencia de los riesgos derivados de la operación realizada, en la medida en la que el recurrente pudo haber optado por otras alternativas a la cirugía abierta practicada.

En este contexto, puede decirse que, el daño a indemnizar no es el derivado de la lesión a la salud, la integridad física o la vida, sino la pérdida de oportunidad de obtener un tratamiento médico adecuado o una curación en tiempo oportuno. Se trata de un daño basado en el cálculo de posibilidades de haber actuado en un determinado sentido, acomodándose la indemnización a tales circunstancias⁸³. La privación de la expectativa es un resultado dañoso indemnizable.

Aceptada la perspectiva de la pérdida de oportunidad, lo que resulta esencial es trazar el ámbito de incertidumbre en el que ha de tener virtualidad. Para ello, se ha de tener en cuenta dos extremos el límite inferior y superior de probabilidad relevante de haberse operado de otra forma, no se hubiera producido el daño final, o al menos, no en la forma en la que ha tenido lugar; y, por otra, la certeza causal de la oportunidad perdida que, ha impedido decidir u optar en un determinado sentido. En España, se ha propuesto el cálculo de la indemnización, fijando un umbral superior en torno al 80% (probabilidad considerada como certeza de que se hubiera actuado en otro sentido, pues, se ha privado de la oportunidad de decidir), y uno inferior en torno al 15% (se estaría ante una oportunidad irrelevante por genérica o inespecífica)⁸⁴. En Italia y Estados Unidos se admiten niveles de probabilidad más bajos, en torno al 50%.

En todo caso, las expresiones responsabilidad por pérdida de oportunidad o daños por pérdida de oportunidad son lo bastante amplias como para dar cobijo a la indemnización de los daños finales en atención a la probabilidad de causalidad; o, si no es posible establecer la relación de causalidad respecto de tales daños finales, a indemnizar otras consecuencias lesivas⁸⁵.

Finalmente, el importe indemnizatorio en que se concreta la pérdida de oportunidad, ha de ser inferior al que correspondiera, si se procediese a la íntegra reparación del daño final. Por tanto, el *quantum* ha de fijarse en función de la probabilidad de causalidad, o expectativa de resultados, de haberse dado la oportunidad de decidir, o de actuar, en su caso, con la fijación de la franja de valores o circunstancias que, se estimen oportunas (edad, secuelas, circunstancias familiares, etcétera). En la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón, de 14 de noviembre de 2006⁸⁶, se establece que, se trata de un daño basado en el cálculo de posibilidades, acomodándose la indemnización a tales circunstancias, y resulta evaluable en cada caso. Se fija la indemnización teniendo en cuenta las características del tumor, su ubicación, lo informado sobre las posibilidades de la paciente, y la baremación contenida en la ley 30/1995. Por su parte, en la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª, sección 6ª, de 12 de julio de 2007⁸⁷, para la determinación de la cantidad de 120.202,42 euros de indemnización, se tienen en cuenta la edad de la recurrente y sus responsabilidades familiares.



Entrevista con el Prof. José Delfín Villalaín Blanco

Catedrático de Medicina Legal

«La especialidad de Medicina Legal pasa por momentos de máximo esplendor»

Por Dr. Enrique Dorado Fernández. *Médico forense de Alcalá de Henares
y profesor asociado de la Facultad de Medicina de Alcalá de Henares*

Delfín, examinado tu currículum es evidente lo fructífero de tantos años dedicado al estudio y ejercicio de la Medicina legal. ¿Cómo comenzó tu interés por esta especialidad?

En tu pregunta me planteas el tema trascendental de la vocación, siempre fundamental, especialmente para los médicos y la Medici-

cara a cara
José Delfín Villalaín Blanco

Fecha de recepción:
Diciembre de 2010
Fecha de aceptación:
Enero de 2011



« Lamentablemente hoy es difícil poder desarrollar la vocación de forma plena debido a la organización de la Medicina y en general de la Sanidad. Pude desarrollarla, en una época de masificación y carencia de prácticas, gracias a la existencia de la figura del alumno interno, que me permitió conocer la docencia y la práctica clínica al lado del enfermo, bajo la tutela de las grandes figuras de San Carlos con las que convivíamos a diario. Una figura lamentablemente desaparecida y que pude reactivarla durante mi docencia en la Universidad valenciana »

na. Lamentablemente hoy es difícil poder desarrollar la vocación de forma plena debido a la organización de la Medicina y en general de la Sanidad. Yo siempre he querido ser médico, empujado por el ambiente de la ilustración asturiana con la que comulgaban mis padres y por el ejemplo de mi tío Pepe, médico rural, y su hijo que había comenzado los estudios de Medicina en Madrid unos años antes que yo, relacionándonos constantemente porque vivíamos muy cerca de la madrileña Facultad de San Carlos y con quien colaboraríamos años más tarde, mientras estudiaba. Con ellos tuve los primeros contactos con la Medicina.

Posteriormente la idea general de ser médico se fue matizando, conforme avanzaba en mis estudios y trataba de ampliarlos, primero en Anatomía y Antropología Biológica, Patología General, Patología Médica y Quirúrgica y Obstetricia y Ginecología, hasta que en el último curso apareció la Medicina Legal y Forense, una especialidad en la que se integraban las modalidades médicas que me habían atraído durante la Licenciatura.

Esa inquietud pude desarrollarla, en una época de masificación y carencia de prácticas, gracias a la existencia de la figura del alumno interno, que me permitió conocer la docencia y la práctica clínica al lado del enfermo, bajo la tutela de las grandes figuras de San Carlos con las que convivíamos a diario. Una figura lamentablemente desaparecida y que pude reactivarla durante mi docencia en la Universidad valenciana.

Naciste en Luarca, preciosa tierra y cuna también del nobel Ochoa, y has mantenido muy viva la relación con la comunidad asturiana en Madrid: galardonado con la Manzana de Oro del Centro Asturiano de Madrid, Asturiano Predilecto de Madrid, Miembro de Honor de la Asociación de Amigos de la Cultura Asturiana, Vaqueiro de Honor...

En efecto, nací en el Concejo asturiano de Luarca, en la pequeña aldea de Casiellas (Canero). Curiosamente en la casa de al lado nació también en los mismos días Margarita Salas, actualmente presidente de las Academias españolas. De Luarca era también D. Severo, incluso existían lejanos lazos de parentesco entre mi madre y su mujer. Mis padres fueron la causa de mi asturianía porque, carente España de una asistencia Obstétrica general, era tradicional acudir a «casa de mamá» bajo el control del médico rural.

En este punto creo obligado recordar a D. Pedro, médico de Treviás que coordinó las labores propias y a Landeira, un cirujano de Luarca que se enfrentó a las complicaciones obstétricas y mediante una cesárea vaginal y una aplicación alta de forceps, en casa de mi abuela, son los causantes de que hoy podamos hablar.

Luego, las vacaciones escolares, en Asturias, me impregnaron de amor por la «tierrina» y del sentido familiar surgió mi vocación de colaboración con lo asturiano; las menciones, diplomas y condecoraciones son una consecuencia del buen hacer de los asturianos y sus dirigentes, de la alcaldía de Luarca y del Centro Asturiano de Madrid y sus directivos.

¿En qué facultad cursaste los estudios de Medicina?

Domiciliados mis padres en Madrid tuve el obligado honor de hacer



el Bachiller en el Instituto Ramiro de Maeztu y mi formación médica y especializada en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, en el viejo casón de San Carlos de la calle Atocha y luego en la Ciudad Universitaria.

¿Cómo ha sido tu especialización en Medicina Legal?

Desde que se me aceptó como alumno interno me integré de lleno en la Cátedra de Medicina Legal y en la Escuela de Medicina Legal, en todas sus actividades teóricas y prácticas consiguiendo la Licenciatura y el Doctorado.

Concluido el periodo de Licenciatura, la necesidad de supervivencia me obligó al pluriempleo, hasta que pude sobrevivir a partir de la Medicina Legal en exclusiva. Sin abandonar los cursos de formación complementarios que fueron sumándose en años sucesivos hasta poder acreditar hoy 54 diplomaturas, que cubren especialmente materias del área Clínica, Antropología Forense, Sexología, Toxicología e Investigación Criminal y Forense y la especialización, Diplomado en Sanidad, especialista en Medicina Legal y Forense, en Medicina del Trabajo y Especialista Universitario en Valoración del Daño Corporal.

¿Y qué recuerdo guardas de aquellos profesores que más han influido en tu formación?

Cuando se acumulan los años resulta difícil concretar aquellos maestros, mejor que profesores, que han sabido dejar su huella y sería injusto si no citara a quienes me proporcionaron las bases intelectuales y de pensamiento sobre las que se estructuró todo lo demás: Dña. Dolores Zuasti Casanova, maestra nacional, vecina nuestra a cuya casa acudía diariamente, que fue quien me enseñó a leer y a escribir y me transmitió los conocimientos propios de la enseñanza básica; Lanza Diego que dirigió el ingreso en los estudios medios; Antonio Magariños, jefe de estudios del Instituto y Ortiz Muñoz, médico y docente que supo hacerme ver lo fascinantes de la Biología del cuerpo humano; Eduardo Granda, director espiritual del Instituto que nos transmitió el concepto de la ética, de la bondad y de las relaciones sociales; Chavarri que nos enseñó a disfrutar y paladear la música clásica y el magnífico plantel de profesores de Educación Física que nos enseñaron los valores deportivos y la sana competitividad en la época de creación del Estudiantes Club. Labor ésta y espíritu que luego continuamos durante la licenciatura, al frente de la organización del distrito universitario y en los Juegos Universitarios y organizando el club de esgrima de la Facultad.

En el área médica muchas son las personalidades que admiramos, en quienes nos fijamos y tratamos de copiar. En la Facultad fueron Corral, Orts Llorca, Gómez Oliveros, Castro, Velázquez, Bermejillo, Schüller, Ortiz Vázquez, Gay, y De la Fuente.

Y ya en la vertiente propiamente médico legal...

En el área medicolegal habría que citar a todos los miembros de la Cátedra y de la Escuela de quienes aprendí lo poco que sé, pero especialmente quiero mencionar a Royo Villanova, Aznar, los hermanos Ladrón de Guevara, Muñoz Tuero, Velasco Escassi, Fer-

« Desgraciadamente la estructura de las especialidades médicas en España y la organización burocrática de la Medicina Legal y la Medicina Forense dificultan extraordinariamente su desarrollo. Padecemos la separación de la organización de la Medicina Legal, fundamentalmente docente, de la organización forense que agrupaba a los profesionales forenses, ambas formas con dependencia y organizaciones administrativas distintas »



« Hoy nos encontramos con la paradoja de que para ser profesional no se necesita la formación especializada y no existe la especialización como fase previa a la profesionalización del médico. Hoy la especialización depende de Sanidad, la Medicina docente de Educación y el ejercicio profesional del área de Justicia. A Sanidad no le produce ventajas asumir la especialidad y las áreas docentes se limitan a la enseñanza de las bases científicas y el área de justicia a resolver sus problemas y casuística judicial »

nández Martín, maestro de la Anatomía Tanatológica o Peiró, experto en Deontología Médica, y de quien fui asistente en la Cátedra de Medicina Legal.

Por último, fuera de ella tuve ocasión de conocer al célebre Pericot y a Emiliano Aguirre, éste en sus primeros momentos, con el que pude realizar un curso completo sobre Antropología evolutiva en el Círculo Castiglione de Madrid, probablemente el más brillante de cuantos he recibido, absolutamente inolvidable, y que me permite considerarme como uno de sus discípulos. En aquellos días aún llegué a participar en las últimas sesiones científicas que impartió Maraño, que fueron realmente sensacionales.

Luego has alcanzado la Cátedra de Medicina Legal en la Universidad de Valencia, que has ocupado largos años hasta la jubilación.

Valencia siempre fue para mí un objetivo. En esa Universidad gané la oposición y obtuve la titularidad como Profesor Adjunto en Madrid y, posteriormente el nivel de Catedrático de aquella universidad, desde 1990 hasta mi jubilación

La Facultad de Medicina de Valencia presentó considerables diferencias con la metodología y el estilo de la Complutense. No me costó particularmente adaptarme, pero tuve que hacerlo para desenvolverme en el ámbito de una Escuela de Medicina Forense creada por mis predecesores Peset Aleixandre, López Gómez, y Gisbert Calabuig, que siempre había sido competitiva con la de la Complutense de Madrid, de tal modo que inicialmente experimenté la sensación del rechazo a un advenedizo.

Me adapté al modo de ser del valenciano, al sistema organizativo departamental de aquella universidad y conseguí crear el grupo docente apoyado en la competencia profesional de todos sus miembros y mi reconocimiento tácito del liderazgo intelectual del Prof. Gisbert, que falleció estando yo al frente de la Cátedra. Posteriormente, gracias a la introducción de la figura del alumno interno, que nos permitió incorporar personas ilusionadas e interesadas por la materia medicolegal, y la colaboración de los profesores titulares se consiguió un grupo activo y competente que me honré en presidir. Prueba de esta integración fue mi nombramiento como Secretario de la Facultad durante cinco años, la creación de nuevos laboratorios y las numerosas reuniones científicas que propuso Valencia.

¿Con qué otras Universidades has colaborado?

A lo largo de mi trabajo he podido darme cuenta de la importancia y la necesidad que se tiene de la docencia Medicolegal en los más variados foros. Por eso he sido requerido en muchas ocasiones por buena parte de las universidades españolas. A "bote pronto" recuerdo haber colaborado con las Universidades de Oviedo, Santander, la Universidad del País Vasco, las dos universidades de Barcelona, las de Lérida, Zaragoza, Salamanca, Valladolid, Autónoma de Madrid, Castellón, Elche, Alicante, Católica de Valencia, Católica de Murcia, SEK de Ávila o Las Palmas. Todo ello en forma de cursos, conferencias y colaboraciones, tanto en unidades de Medicina Legal como para explicar Criminología Medicolegal y Criminalística en los departamentos y unidades policiales docentes.



En tu larga trayectoria profesional has intervenido en casos de gran relevancia pública, como el tristemente célebre de las niñas de Alcasser...

Actualmente puedo presentar un dossier justificativo de unos 2300 informes periciales. Naturalmente en esta casuística cabe y hay de todo. Sin embargo determinados informes tienen un atractivo especial que se busca periódicamente tras el morbo o la anécdota curiosa, sin valor propiamente científico, ni siquiera divulgativo, por eso no soy partidario de volver sobre ellos.

Otro campo por el que te has interesado ha sido la Bioética...

En efecto, primero con Peiró y Ladrón de Guevara tuve que desarrollar la Deontología Médica como parte de la Medicina Legal; posteriormente Arredondo y Gafo me llevaron a desarrollar la materia como asignatura de Doctorado con un gran interés por los alumnos y colegas en ejercicio. Cuando me incorporé a Valencia impulsé en lo posible la Deontología Médica dentro del programa. Posteriormente la irrupción de la Bioética, que inicialmente se planteó como una forma de ejercicio y planteamiento de la medicina, supuso la oferta de múltiples foros necesitados de criterios éticos que me ocuparon y llenaron muchas horas de actividad profesional docente.

La especialidad de Medicina Legal pasa por momentos complicados, ¿cómo valoras su situación?

La especialidad pasa por momentos de máximo esplendor. Desgraciadamente la estructura de las especialidades médicas en España y la organización burocrática de la Medicina Legal y la Medicina Forense dificultan extraordinariamente su desarrollo.

Padecemos y arrastramos la organización inicial que planteó Mata en su momento, separando la organización de la Medicina Legal, fundamentalmente docente, de la organización forense que agrupaba a los profesionales forenses, ambas formas con dependencia y organizaciones administrativas distintas. Desde aquel momento la historia de la Medicina Legal y de la Medicina Forense en España se traduce en un enfrentamiento entre ambas, en que una y otros tratan de absorber a la otra con argumentos tan diversos como personajes en una y otra.

Hoy nos encontramos con la paradoja de que para ser profesional no se necesita la formación especializada y no existe la especialización como fase previa a la profesionalización del médico. Hoy la especialización depende de Sanidad, la Medicina docente de Educación y el ejercicio profesional del área de Justicia. A Sanidad no le produce ventajas asumir la especialidad y las áreas docentes se limitan a la enseñanza de las bases científicas y el área de justicia a resolver sus problemas y casuística judicial.

Influye también la característica de nuestra medicina Legal y Forense, desarrollada sobre esquemas de hace dos siglos; el médico que debe ejercer una pericia, tiene que ser omnisciente porque tiene que enseñar o enfrentarse a toda la medicina y a todas las especialidades porque la Medicina Legal, como señaló el Prof. Maestre «es el universo mundo» y precisa de la subespecialización como ocurre en otros países; de ahí que en Europa no se reconozca la

«*Influye la característica de nuestra Medicina Legal y Forense, desarrollada sobre esquemas de hace dos siglos; el médico que debe ejercer una pericia, tiene que ser omnisciente porque tiene que enseñar o enfrentarse a toda la Medicina y a todas las especialidades y precisa de la subespecialización como ocurre en otros países; de ahí que en Europa no se reconozca la especialidad en Medicina Legal y Forense*»



« Al no existir titulación válida y reglamentada, el ejercicio profesional de la Medicina Legal aparece disgregado e incongruente, carente de vocación. Hoy la Medicina Legal y Forense, es la especialidad en la que aterrizan médicos que no han encontrado acomodo en el examen MIR y en la Sanidad, o confluyen universitarios con otras especialidades complementarias pero que carecen de la unidad de pensamiento propio de nuestra disciplina »

especialidad en Medicina Legal y Forense.

Naturalmente, al no existir titulación válida y reglamentada, el ejercicio profesional aparece disgregado e incongruente, carente de vocación. Hoy la Medicina Legal y Forense, es la especialidad en la que aterrizan médicos que no han encontrado acomodo en el examen MIR y en la Sanidad, o confluyen universitarios con otras especialidades complementarias pero que carecen de la unidad de pensamiento propio de nuestra disciplina. Hoy existen profesores de Medicina Legal, a todos los niveles que permite nuestra legislación; existe un cuerpo de profesionales que configuran el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses al que se accede por concurso; como consecuencia de los vaivenes inconexos organizativos existen médicos especialistas, capacitados para el ejercicio profesional; los Colegios de Médicos han creado sus propias listas de especialistas; en la pericia judicial el ordenamiento jurídico permite el nombramiento del perito, según las propuestas que se le hagan y según su leal saber y entender. A este caos organizativo deben sumarse los peritos titulados por las universidades y por diversos organismos y entidades, que aceptan los jueces y magistrados.

Lamentablemente, a estas figuras debe sumarse el desinterés de la Administración por organizar este desaguisado. Personalmente puedo dar fe que en los periodos en que fui secretario y presidente la Comisión Nacional de la Especialidad no pudimos sentar en una misma mesa a los directores generales de Sanidad, de Educación y de Justicia ni a las asociaciones sindicales y culturales vinculadas con la Medicina Legal y Forense.

Todo lo que indicas supone importantes obstáculos y dificultades a su progreso...

Dentro del caos organizativo que caracteriza a nuestra especialidad es muy difícil que se estructure una especialidad con criterios de continuidad. Nos salva la brillante individualidad del español que con pocos medios, sin fuentes bibliográficas y con solo su tesón se encuentra al nivel más alto que pueda exigirse en el contexto internacional, pero son brillantes exhalaciones de personalidades concretas en un medio mediocre. No es un área preferente, no se facilita la concurrencia a reuniones y congresos, no existen bibliotecas ni fondos de consulta apropiados, tampoco órganos donde publicar o manifestarse y los que existen lo son también debido al empecinamiento de minorías que trabajan por la ciencia a «contracorriente».

¿Cómo valoras el grado de colaboración existente entre la Medicina Forense y la Medicina Legal?

Medicina Legal y Medicina Forense, que deberían ser lo mismo, según el concepto español, son unidades opuestas y sin coordinación, salvando los pocos casos que están en la mente de todos. Mientras no desaparezcan las áreas de poder y los «taifas» organizativos y mientras no se produzca una vigorosa reforma organizativa solo cabe esperar la brillante intervención o la idea genial de un médico brillante.

La Criminología ha sido una de tus principales ocupaciones, con dilatada labor docente en universidades y cuerpos de seguridad, conferencias,



pertenencia a organismos como la Sociedad Española de Criminología o la Société Intern. Criminologie, miembro del Instituto de Criminología de Madrid y la Sociedad de Ciencias Criminales y Medicina Legal de Tucumán (Argentina), publicaciones....

Es la consecuencia de mi formación especializada y la necesidad social de desarrollar estos campo del saber. Como es sabido, existe la Criminología medicolegal que no debe confundirse con la Criminalística. La primera se enseña y desarrolla en los Institutos de Criminología, generalmente vinculados a las unidades universitarias de Derecho Penal; la segunda es propia de los laboratorios de Medicina Legal y de Policía Científica.

Corría el año 1967 cuando el Profesor Aznar me propuso colaborar con él en la enseñanza de la Criminología en el Instituto de la Facultad de Derecho, en Madrid. Desde entonces la enseñanza de la Criminología, los factores condicionantes del delito, Policía Científica o Medicina Legal aplicada han sido una constante en docencia, ya sea en institutos de Criminología (Complutense, País Vasco, Castellón, Alicante y Valencia), organismos policiales (Escuela Especial de la Guardia Civil, Escuela Superior de Policía, Instituto de Estudios Policiales) o jurídicos como el Instituto de Estudios judiciales, antes Escuela Judicial.

La Criminalística ha sido, en realidad, con la Tanatología mi súper especialidad. Desde que me designaron como Jefe de la Sección de Investigación, en 1968, en mi formación previa hasta que ocupé la cátedra de Valencia en 1990, mi actividad preferente fue la Criminalística medicolegal, a través de los informes e investigaciones desarrolladas en la Escuela de Medicina Legal y en los cursos preparatorios para la policía en su fase de formación científica.

Y actualmente continúas trabajando en este campo en la Universidad Camilo José Cela y en el CEU...

Así es. Una vez jubilado me aceptaron como profesor colaborador ambas instituciones y en ese concepto enseñé Medicina Legal y Forense y Bioantropología a los alumnos de Criminología.

Estás ocupado en organizar lo que será, en la localidad de Tielmes, un Museo de Criminología, dependiente de la Comunidad de Madrid ¿qué nos puedes decir sobre el mismo y los fondos que van a integrarlo?

En realidad colaboro en la organización desde el punto de vista del ordenamiento general y la organización de un área de Antropología, como profesor que soy de esta materia en el Departamento de Criminología de la Universidad Camilo José Cela.

Cuando me jubilé, la Universidad de Valencia ordenó que se eliminasen o destruyesen las colecciones óseas que se habían acumulado al crear el Laboratorio de Antropología Forense y Paleopatología. Se perdieron preciosas colecciones en el «saqueo» subsiguiente pero, pese a todo, quedaron muchos restos óseos humanos, procedentes de pericias judiciales no reclamadas, colecciones arqueológicas pendientes de estudiar y aportaciones particulares que traje a Madrid, antes de que fueran destruidas, para concluir los estudios pendientes y utilizarlas para que los alumnos de Criminología pudieran hacer prácticas.

« Medicina Legal y Medicina Forense, que deberían ser lo mismo, según el concepto español, son unidades opuestas y sin coordinación, salvando los pocos casos que están en la mente de todos. Mientras no desaparezcan las áreas de poder y los «taifas» organizativas y mientras no se produzca una vigorosa reforma organizativa solo cabe esperar la brillante intervención o la idea genial de un médico brillante »



De esas colecciones se me ha pedido que elabore una muestra antropológica para su exhibición en el futuro Museo de Tielmes, según los esquemas que presenté, como comisario, a la exposición «Iter Criminis» que subvencionó el Ayuntamiento de Madrid.

Durante el curso pasado conté con dos becarias a las que entrené en la valoración antropológica y paleopatológica, y dos estudiantes de Biología con formación Antropológica y durante el actual me han proporcionado otra becaria más que permiten estructurar un equipo suficiente para la Pericia Antropológica y Antropométrica y para la selección y ordenación del museo, al que se ha unido mi mujer, M^a. T. Ramos.

« El «Sudario de Oviedo» se sometió al procedimiento propio de la investigación criminal más escrupulosa, como debe hacerse con los indicios biológicos demostrativos de una posible muerte violenta, tanto desde el punto de vista estático como dinámico.

Durante todos estos años cerca de cuarenta investigadores han generado una investigación modélica sin que en ningún caso haya aparecido incongruencia o indicios de posibles manipulaciones que se opongan a los datos históricos, arqueológicos o escriturísticos conocidos. »

En otro orden, has participado en importantes también estudios científicos sobre el Sudario de Oviedo, ¿cómo empezó tu interés sobre tan preciada reliquia?

Hace ya más de veinte años en que, siendo Jefe de la Sección de Investigación Criminal de la Escuela de Medicina Legal, recibí una carta del Cabildo de la Catedral de Oviedo en la que sucintamente me exponían que en la citada Catedral se veneraba, entre otras muchas, una reliquia que según la tradición era el lienzo que había estado sobre la cabeza de Jesús y al que se refería el Evangelio de San Juan en el capítulo 20. Había llegado un sacerdote romano que había recomendado que se estudiara científicamente debido a las semejanzas que tenía con la célebre sábana Santa de Turín y me escribían por indicación de un competente hematólogo de Oviedo por tratarse de posibles manchas de sangre muy antiguas. Acepté y me integraron en un equipo multidisciplinar, encargado del estudio hematológico forense de la reliquia. Desde entonces colaboro con ese equipo que ha analizado el lienzo desde todos los posibles ángulos y especialidades: físicas, químicas, fotográficas, textiles, palinológicas... y médicas.

Desde el punto de vista medicolegal pudo demostrarse que se trataba de una tela de lino, muy antigua que presentaba manchas de sangre humana del grupo AB, que había estado colocada sobre una cabeza de un cadáver masculino, normalmente constituido con cabello y barba largos y que había sufrido un considerable maltrato, hasta la muerte, y se ha podido reproducir hasta sus características bioantropológicas personales. En resumen, se sometió la tela al procedimiento propio de la Investigación Criminal más escrupulosa, como debe hacerse con los indicios biológicos demostrativos de una posible muerte violenta, tanto desde el punto de vista estático como dinámico.

Durante todos estos años cerca de cuarenta investigadores han generado una investigación modélica sin que en ningún caso haya aparecido incongruencia o indicios de posibles manipulaciones que se opongan a los datos históricos, arqueológicos o escriturísticos conocidos.

Los hallazgos encontrados han sido considerados en numerosas reuniones, publicaciones, foros de discusión y en dos congresos internacionales.

También eres Vicepresidente del Centro Español de Sindonología, y has estudiado desde una perspectiva médica la Sábana Santa.



Mi interés está relacionado con la investigación medicolegal del Sudario de Oviedo. Comoquiera que el equipo de investigación precisaba de apoyo institucional y éste lo proporcionó el Centro Español de Sindonología de Valencia y como complemento al estudio de Oviedo surgió la necesidad de realizar estudios paralelos sobre las reliquias existentes en el mundo que la tradición achaca a Jesucristo y entre ellas, naturalmente la Sindone turinesa. Con resultados auténticamente sorprendentes.

Incluso, has postulado el tiempo transcurrido entre la muerte y la formación de la imagen en la Sábana Santa, en base a la rigidez cadavérica

La Sindone (Sábana) tiene la imagen de un cadáver masculino muy lesionado y su estudio me llevó a conclusiones de carácter medicolegal. Así estudiamos sobre ella la naturaleza y características de las lesiones en relación a una posible muerte por crucifixión; el diagnóstico cierto de muerte, al tratarse de un cadáver intensamente rígido, el momento en que se produjo la citada imagen y, últimamente, la valoración crítica de posibles imágenes óseas y viscerales, hasta ahora no descritas.

¿Y que interés te ha llevado a ocuparte de la figura del maquis?

La propia investigación médico forense: cuando se me solicitó el estudio y la recuperación de cadáveres originados en nuestra Guerra Civil, en uno u otro bando. Los «maquis», por su trayectoria y las características de sus enfrentamientos, proporcionan un material especial interesante desde el punto de vista de nuestra especialidad. He tenido el honor de colaborar con el doctor de Llano en la redacción de un libro sobre «el maquis».

La Antropología y la Paleopatología son otros de tus campos preferidos, y de hecho organizaste el laboratorio de Antropología Forense y Paleopatología en la Universidad de Valencia

También se trata de un campo de investigación al que llegué por mi formación y en buena medida por casualidad. Durante mi formación en la Escuela de Medicina Legal tuve que enfrentarme a casos que debían resolverse aplicando los principios y metodología propios de la Antropología Forense. Además, la citada escuela siempre contó con profesores especializados en esa materia, desde que Pérez de Barradas inició sus cursos de doctorado en la Facultad de Medicina. Los nombres de Maestre, Piga Pascual, Lecha Marzo y Claudio y Blas Aznar han ligado su ejercicio profesional con sonados casos vinculados a la identificación antropológica.

Cuando nos trasladamos desde la antigua Facultad de Medicina de San Carlos al pabellón VI de la Facultad en la Ciudad Universitaria, con el material científico que pudo salvarse habilitamos un a modo de Museo de antigüedades y curiosidades medicolegales. Posteriormente se constituyó por Rubio Fuentes, bajo la dirección de Muñoz Tuero, el laboratorio de Antropología Forense que luego Reverte amplió, creo las colecciones precursoras del Museo de su nombre y el laboratorio que dirige Sánchez actualmente.

Cuando me incorporé a la cátedra de Valencia nos encontramos con unos locales abandonados, sin medios para la investigación propia, con una negativa por parte de los órganos de gobierno para

« Desde el punto de vista medicolegal pudo demostrarse que el «Sudario de la catedral de Oviedo» se trataba de una tela de lino, muy antigua que presentaba manchas de sangre humana del grupo AB, que había estado colocada sobre una cabeza de un cadáver masculino, normalmente constituido con cabello y barba largos y que había sufrido un considerable maltrato, hasta la muerte, y se ha podido reproducir hasta sus características bioantropológicas personales »



« La Paleopatología constituye un área de conocimiento moderna, consecuencia de los avances realizados en los últimos años por la Antropología, la Arqueología, la Paleontología y la misma Medicina. En la actualidad todos los países científicamente avanzados disponen de asociaciones de profesionales de todas estas ramas dedicadas a conocer, a través de los restos de todo tipo que han dejado nuestros antepasados, su «modus vivendi» bajo el término común de Paleopatología »

proporcionar ninguna dotación complementaria. Uno de los vicerrectores, ante mi presión, me refirió que el Ministerio de Educación concedía dotaciones para la instalación de un despacho para los nuevos profesores. Comoquiera que no precisaba un despacho de «relumbrón» y la dotación era pequeña me decidí por montar un laboratorio de Antropología forense que no precisa sino un utillaje común fácil de adquirir en las ferreterías convencionales. Posteriormente, a través de convocatorias para alumnos internos, configuramos un equipo altamente especializado que acabó siendo un referente en la investigación antropológica y paleopatológica. Fruto de aquel excelente equipo son los numerosos trabajos que jalonan la bibliografía española y los nombres que hoy son de obligada consulta o la publicación del libro a que te referiste antes.

Desgraciadamente tras mi jubilación y concluidos los trabajos y convocatoria del Congreso de Paleopatología que se celebró en Morella, la Universidad clausuró el laboratorio y sus componentes se distribuyeron por otras unidades docentes e Institutos

Cuentas con numerosas publicaciones sobre paleopatología, ¿cómo valoras el nivel de esta especialidad en España?

La Paleopatología constituye un área de conocimiento moderna, consecuencia de los avances realizados en los últimos años por la Antropología, la Arqueología, la Paleontología y la misma Medicina. En la actualidad todos los países científicamente avanzados disponen de asociaciones de profesionales de todas estas ramas dedicadas a conocer, a través de los restos de todo tipo que han dejado nuestros antepasados, su «modus vivendi» bajo el término común de Paleopatología.

Nuestro nivel puede calificarse de excelente no sólo por formar parte de la Sociedad científica de Paleopatología más numerosa del mundo, sino porque nuestras reuniones bianuales proporcionan el más amplio y completo conjunto de investigaciones científicas.

Has escrito y colaborado en numerosos tratados sobre Medicina legal, como tu manual sobre Identificación Antropológica Policial y Forense...

En efecto cuento con una bibliografía considerable fruto de un trabajo sistemático y del tiempo que me ha hecho viejo. Cuento con una treintena de libros y más de treinta capítulos en libros y publicaciones de Medicina Legal, Criminalística, Policía Científica, Sexología, Toxicología, Bioética, Antropología y Paleopatología.

Tú esposa, María Teresa Ramos, también se ha dedicado a la Medicina Legal...

Me encanta que saques el tema. María Teresa fue compañera de curso durante la licenciatura, se hizo pediatra y puericultora y tras unos años de ejercicio se pasó con armas y bagajes a la Medicina Legal y Forense que se desarrollaba en Madrid. Trabajamos juntos, sobre todo en el campo de la Policía Científica y la Criminalística, y permaneció dedicada a la Medicina Legal en Madrid en la época en que me trasladé a Valencia, lo que nos transformó en un matrimonio de fin de semana. Fue la primera especialista en Medicina Legal y Forense de España y probablemente la primera especialista en grafopsicología forense. Continuó dirigiendo la Sección



y los cursos de Investigación Criminal de la Escuela de Medicina Legal, hasta que una vez jubilados ambos volvimos al trabajo común, en la Universidad Camilo José Cela.

Por último, ¿qué le pides a este recién estrenado 2011?

Lo que vengo deseando desde siempre: que se ocupen de la Medicina Legal y Forense personas competentes, vocacionales y vocacionadas, perfectamente especializadas y que se estimule la investigación rabiosamente actualizada y dotada adecuadamente.

Doctor en Medicina y Cirugía por la UCM, Diplomado en Sanidad (1967), Especialista en Medicina Legal y Forense (1970), Titulado en Medicina del Trabajo (1975), Especialista Universitario en Valoración del Daño Corporal., 1989. Diplomado en 54 cursos (área Clínica, Antropología Forense, Sexología, Toxicología e Investigación Criminal y Forense).

Colaborador de la Cátedra de Medicina Legal (1966-1968), Profesor Ayudante (1968-1973). Ayudante de la Sección de Antropología del Museo Etnológico de Madrid (1970). Profesor Adjunto, Encargado de Curso y Titular (1973-1990). Profesor de Criminalística y Toxicología provisional en la Facultad de Medicina de Santander (1970-1972). Catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Valencia (1990-2004). Actualmente Profesor de Medicina Legal del Departamento de Criminología en la Universidad Camilo José Cela y el CEU.

Profesor del Instituto de Criminología de la Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia Enseñanza de postgrado (1991-2006), Profesor del Instituto de Criminología de Madrid (1968-1990). Prof. Invitado de la Escuela Judicial de Madrid, del Instituto de Criminología de Alicante, del Instituto de Criminología de Castellón y del Instituto de Criminología del País Vasco.

Profesor Jefe de la Sección de Investigación Criminal de la Escuela de Medicina Legal de Madrid (1973-1990). Prof. Escuela Especial de la Guardia Civil (1968-90). Prof. Invitado del Instituto de Estudios de la Policía y de la Escuela Superior de Policía de Avila, del Instituto Superior de Policía, de la Academia de Policía de Avila y del Instituto Valenciano de Seguridad Pública.

Profesor de Deontología en la UCM (1986-1990). Profesor de Bioética del Master de la Universidad Católica de Valencia.

Profesor de Toxicología Clínica de la Facultad de Medicina de Valencia. Profesor y Director del Master sobre Dependencias de la Universidad de Valencia.

Miembro de la Soc. Esp. Criminología. Fundador, Societe Intern. Criminologie, Soc. Esp. Genética Humana, Soc. Esp. Medicina Legal y Forense, ANMF, Asoc. Amigos de la Arqueología, Soc. Esp. de Grafología, Soc. Esp. de Toxicología, Acad. Internac. Med. Legal y Social, Soc. Esp. de Científicos, Soc. Latinoamericana de Criminalística, Soc. Esp. de Grafopsicología, Sociodrogalcohol, Soc. Esp. de Educación Médica, Soc. Esp. de Técnicos especialistas en Fotografía científica, Soc. Esp. de Paleopatología, Europ Ass. of Palaeopathology, Asoc. De Profrs titulares, As. Esp. De Catedráticos de Universidad, Soc. Esp. Valoración del Daño Corporal, Id. Valenciana de Valoración del Daño Corporal, Soc. Esp. De Bioética, Soc. Valenciana de Bioética, Soc. Esp. Medicina de los Seguros, Circulo Hispano-francés de Grafología, Soc. Iberoamericana de Derecho Médico. SIDEME, Sociedad Española de Antropología y Odontología Forense

Vicesecretario y secretario de la Facultad de Medicina en la UCM y en la Universidad de Valencia. Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Legal y Forense.

Cruz de la orden al mérito policial, Orden al Mérito del Cuerpo de la Guardia Civil, Comendador de la Orden del mérito Civil, Medalla de bronce de la UCM, Prendedor de Oro de la UCM. Socio de Honor de ANUE.

Miembro Correspondiente de INFORM. (Wichita, Kansas) y de la Soc. de CC. Criminales y Medicina Legal de Tucuman (Argentina). Miembro corresponsal del Clearing-House for on going research in cancer epidemiology de Lyon. Académico correspondiente de la Academia Catalana de Ciencias Naturales. Miembro colaborador de FUNDID. Miembro de honor de la Soc. Esp. de Grafopsicología. Miembro de Honor del Instituto de Criminología de Madrid.

Autor de 81 libros y capítulos de libros y de 230 artículos.

« Nuestro nivel en Paleopatología puede calificarse de excelente, no sólo por formar parte de la Sociedad científica de Paleopatología más numerosa del mundo, sino porque nuestras reuniones bianuales proporcionan el más amplio y completo conjunto de investigaciones científicas »



Próxima convocatoria del curso Capacitación en Tanatopraxia y Sanidad Mortuoria

Duración: 100 horas

4 Módulos de 15 horas presenciales

2 Prácticas en Tanatorio: 10 horas

Campus virtual: 30 horas

Requisitos:

Licenciado en Medicina

Técnico de Anatomía Patológica

Personal de Empresas Funerarias, con al menos un año de vinculación laboral con la empresa

Lugar:

Facultad de Medicina. Escuela de Medicina Legal y Forense de Madrid. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Horario:

Viernes de 9.00 a 20.00 horas

Sábados de 9.00 a 14.00 horas

Importe: 2.750 euros

Número de alumnos: Máximo de 25 alumnos

Dirección:

Dr. Andrés Santiago Sáez

Dr. José Antonio Sánchez Sánchez

Coordinación:

D. Ricardo Salto Gómez

Dra. M^a Elena Albarrán Juan

Secretaría Científica:

Juan Carlos Iglesias Rodríguez

Secretaría Técnica:

Para obtener información y realizar la preinscripción llamar a los siguientes teléfonos

Carmen Fernández Meneses: 91 330 32 54

Concepción Braña Noval: 91 394 14 67

Organiza:

Escuela de Medicina Legal y Forense de Madrid.

Universidad Complutense de Madrid

Colaboran:

Empresa Mixta de Servicios Funerarios (Madrid)

Pracasamor (Madrid)

Unidad de Sanidad Mortuoria (Hospital Clínico

San Carlos de Madrid)

Fundación Universidad - Empresa. UCM

Temario:

Módulo I: Anatomía y Tanatología

Módulo II: Técnicas de Tanatopraxia

Módulo III: Sanidad Mortuoria

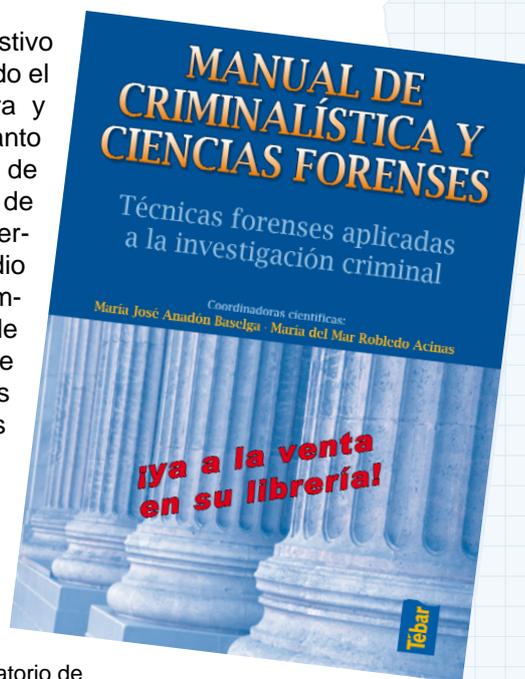
Módulo IV: Protección Medio Ambiental y Prevención de Riesgos Laborales



Manual de criminalística y ciencias forenses. Técnicas forenses aplicadas a la investigación criminal

Este manual es una obra de gran utilidad dirigida tanto a los profesionales de esta área como a los estudiantes que se acercan al mundo de la Medicina Legal. Su lectura les ofrecerá las claves para comprender un mundo tan interesante y diverso como es el de la investigación en el campo de la criminalística.

Este volumen es el trabajo más completo y exhaustivo sobre esta área que se ha escrito en español, siendo el resultado de la nutrida experiencia investigadora y docente de un importante grupo de profesores tanto de la Universidad Complutense de Madrid como de otras universidades. En este Manual se presentan, de forma ilustrada y a color, rutinas científicas tan diversas como el estudio forense de fibras o el estudio pericial de suelos. Toda esta serie de tareas comparten el mismo objetivo: ayudar a la resolución de casos criminales y, a tal fin, en este manual se muestran desde las técnicas clásicas aún vigentes hasta las más modernas, donde se incorporan las últimas tecnologías.



Coordinadoras científicas:

Dra. M^ª José Anadón Baselga, directora del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid

Dra. M^ª del Mar Robledo Acinas, directora del Laboratorio de Antropología

Forense y Criminalística. Escuela de Medicina Legal y Forense. Universidad Complutense de Madrid

Contenido:

1. Antropología forense. Investigación criminal en restos óseos
2. Odontostomatología forense. El papel del odontólogo en la investigación criminal
3. Toxicología forense I. Intoxicaciones por alcohol etílico
4. Toxicología forense II. Intoxicaciones por drogas de abuso
5. Sexología médico-legal. Delitos contra la libertad sexual: agresiones sexuales, abusos sexuales y violación
6. Estudio forense de fibras
7. Estudio forense de pelos
8. Estudio pericial de suelos
9. Palinología y entomología forense
10. Grandes catástrofes. Ordenamiento legal, tipos de accidente y plan general de actuación. El equipo de necroidentificación
11. El ADN en las Ciencias Forenses
12. Tipos de polimorfismo y aplicaciones forenses
13. Tanatología
14. Estudio médico-forense de las contusiones, caídas y precipitaciones
15. Lesiones producidas por armas blancas
16. Peritación y anatomía orientada a la medicina forense. Toma y envío de muestras
17. Levantamiento del cadáver
18. Patología forense I. Heridas por armas de fuego
19. Patología forense II. Ahorcaduras, estrangulaciones, sumersiones y



- sofocaciones
20. Investigación de los accidentes de tráfico
21. Psiquiatría forense: simulación y disimulación de enfermedades y lesiones.
Trastornos de la personalidad. Toxicomanías

Ficha técnica

Editorial Tébar. 508 páginas
Formato 16,5 x 24 cm a todos color, con decenas de fotografías y esquemas
ISBN: 978-84-7360-338-6
Precio: 44,10 euros

Jornadas y congresos

18 - 21 de mayo de 2011

XXV Congreso de la Sociedad Española de Anatomía Patológica y División Española de la Academia Internacional de Patología (SEAP-IAP) — XX Congreso de la Sociedad Española de Citología (SEC) — I Congreso de la Sociedad Española de Patología Forense (SEPAF) «Consolidando puentes»

Zaragoza (España)

Zaragoza acogerá durante cuatro días de mayo a los mayores expertos nacionales de Anatomía Patológica y Citología. Estos congresos, aunque con entidad propia cada uno de ellos, se complementan hasta el punto de abarcar todos los aspectos de interés de este colectivo médico. Dado que se trata de tres citas paralelas con un amplio programa cada una, es imposible recoger en estas páginas su programa completo.

Programa preliminar de actividades de la SEAP-IAP (resumen):

La Patología en los albores del siglo XXI – Lesiones de partes blandas superficiales – Técnica histológica – Patología digital – Aplicaciones prácticas del control de calidad en Patología – Patrones en neuropatología quirúrgica – Cáncer de origen desconocido – Avances en patología digestiva – Patología del peritoneo y del retroperitoneo – Historia de la Patología en España – De Cajal a las instituciones sanitarias de la Seguridad Social – ¿cómo resolver los problemas comunes en Uropatología? – Patología mamaria – Autopsias – Paleopatología – Patología neoplásica pulmonar – Neoplasias hereditarias – Neuropatología de las enfermedades neurodegenerativas – Anatomía patológica: del aprendizaje a la práctica – Nefropatología – Avances en patología pulmonar pediátrica – Sarcomas uterinos – Biomarcadores en cáncer de pulmón, cáncer de colon y otros – Curso de patología hematológica – Patología infecciosa – Miscelánea de patología ginecológica – Patología de los tumores óseos

Programa preliminar de actividades de la SEC (resumen)

Tiroides – Riñón y vías urinarias – Partes blandas y hueso – Hígado y vías biliares – Pediátrico – Citología intraoperatoria – Respiratorio y pleura – Ginecología – Cabeza y cuello

Programa preliminar de actividades de la SEPAF



Neuropatología forense – Patología pediátrica forense – Investigación médico-forense de las muertes sospechosas – De malpraxis

Premios:

Premio Santiago Ramón y Cajal – Premio Pío del Río Hortega – Premio Enrique Merino – Premio Alberto Anaya – Premio Jorge Francisco Tello – Premios científicos patrocinados por la industria

Más información:

Secretaría técnica:
Meeting Pharma
c/ Teodora Lamadrid, 52, Esc E, Entlo 2ª. 08022 Barcelona
www.meetingpharma.com
Contacto: Sr Juan Francisco Fuentes
Teléfono: 934703513. Fax: 932116412
jffuentes@meetingpharma.com
SEAP www.seap.es
seap@seap.es
SEC www.secitologia.org
secretariasec@secitologia.org
SEPAF www.sepaf.net78.net
sepaf1@gmail.com

26 y 27 de mayo de 2011

Congreso Nacional de Responsabilidad Médica 2011

Santiago de Compostela (España)

La Asociación Española de Defensa Médica promueve y patrocina el I Congreso Nacional de Responsabilidad Médica que se celebrará en Santiago de Compostela, entre los días 26 y 27 de mayo.

Debido a la gran inquietud y profunda preocupación de los profesionales médicos ante el incremento en el número de demandas por responsabilidad profesional, la Asociación promotora ha considerado conveniente la organización de un Congreso en la que tanto médicos como centros sanitarios compartirán sus conocimientos sobre derechos, obligaciones y consecuencias jurídicas de sus respectivas actividades profesionales. Asimismo, con este congreso los profesionales del derecho podrán profundizar en el conocimiento de una especialidad tan amplia y compleja como la responsabilidad profesional en el ejercicio de la medicina. Este Congreso constituye por tanto, un encuentro profesional al más alto nivel dirigido a un amplio abanico de grupos de interés, fundamentalmente a médicos que desarrollan su actividad profesional tanto en la sanidad privada como en la pública, centros sanitarios y hospitalarios, representantes de las Administraciones públicas, personas del mundo docente y universitario, magistrados, jueces, fiscales, abogados y, en general, a cualquier persona que por motivos profesionales o personales, quiera conocer todas las cuestiones relacionadas con la responsabilidad médica.

Este congreso contendrá los siguientes bloques temáticos que se desarrollarán a través de conferencias, mesas redondas, talleres de trabajo y comunicaciones libres:

- La prestación de asistencia sanitaria en condiciones de seguridad para el profesional médico: implementación de adecuados niveles de seguridad y eficacia. Métodos y sistemas que contribuyen a minimizar errores médicos.

actualidad cursos análisis de imagen jornadas y congresos libros

miscelánea



- Seguridad del paciente: responsabilidad en enfermedades nosocomiales. Deficiencias asistenciales. Registro de eventos adversos. Gestión de riesgos clínicos.
- Sanidad privada: las condenas por responsabilidad civil médica. Fundamentación jurídica.
- Responsabilidad médica y obligación de resultados en medicina satisfactiva. Cirugía plástica, estética y reparadora.
- Responsabilidad del dentista. Publicidad y franquicias.
- Diagnóstico genético preimplantacional y avances en reproducción asistida: implicaciones éticas y jurídicas.
- Problemática en algunas especialidades médicas: ginecología y obstetricia. Wrongful birth y wrongful life.
- Ética y responsabilidad en la investigación biomédica.
- Cuestiones de bioética: tecnología genética y limitación terapéutica.
- Biobancos. Fármaco-genética y biotecnología aplicada a los medicamentos.
- Responsabilidad penal del médico. La pena de inhabilitación profesional.
- Responsabilidad de centros e instituciones sanitarias. Responsabilidad patrimonial. Alcance del derecho de repetición.
- Agresiones al personal sanitario: ¿se puede evitar la violencia laboral?. El delito de atentado.
- La cuantificación económica del daño: prueba pericial y valoración del daño corporal.
- Derechos y obligaciones del médico. El deber de información y el consentimiento informado. Casos especiales: menores e incapaces.
- Protección de datos. Historia clínica electrónica.
- Límites del seguro de responsabilidad civil. Libre elección de profesionales.
- Límites de responsabilidad en los seguros privados de asistencia sanitaria.
- La responsabilidad del trabajo en equipo.
- Responsabilidad por productos defectuosos.
- Responsabilidad por pérdida de oportunidad.
- La formación del médico responsable. Responsabilidad de la universidad.
- Protocolos médicos y buena práctica clínica: valoración jurídica.
- Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios: alcance y límites.
- Protección del derecho al honor y a la propia imagen. Publicidad injuriosa.
- El impacto psicológico de una demanda sobre el médico. Valoración pericial del daño al facultativo.
- Solución extrajudicial de una reclamación: mediación y arbitraje.

Más información:

www.responsabilidadmedica.es/

Secretaría técnica:

Medical Law Spain, S.L.

Apartado correos 904.

36201 VIGO (Pontevedra)

Tel: 902 00 29 26 - 902 00 29 26

Fax: 902 00 28 91

secretaria@medicalawglobal.es

26 - 28 de julio de 2011

XIX Congreso Español de Toxicología

Vigo (España)

La Asociación Española de Toxicología organiza el próximo mes de julio el XIX Congreso Español de Toxicología, que se celebrará en el Centro Social Novacaixagalicia de Vigo.



Áreas temáticas:

Evaluación del riesgo toxicológico
Genotoxicidad y carcinogénesis
Mecanismos de acción tóxica a nivel molecular, celular y fisiológico
Cronotoxicología
Seguridad alimentaria, biocidas, metales, toxinas marinas,
residuos de medicamentos de uso veterinario
Toxicología clínica, enfermedades emergentes relacionadas con
la exposición a agentes tóxicos
Toxicología farmacéutica
Toxicología forense
Toxicología laboral, tecnopatías y prevención
Toxicología medioambiental y ecotoxicología
Toxicología veterinaria
Nanotoxicología
Toxicología in vitro
Drogas de abuso
Técnicas analíticas en toxicología
Docencia en Toxicología

Mesa redonda de Seguridad Alimentaria

Un problema de contaminación natural: el flúor en las aguas de consumo de la isla de Tenerife. Arturo Hardisson (Universidad de La Laguna) – Evaluación del riesgo de la presencia de Bisfenol-A en los alimentos – Investigación de residuos de medicamentos en alimentos de origen animal

Mesa Redonda de Toxicología Forense: Interpretación de resultados analíticos post-mortem

Interpretación de resultados de la muestra de sangre post-mortem. Estrategias alternativas – Criterios cualitativos y cuantitativos en toxicología post-mortem – Importancia de la toxicogenómica en la interpretación de los resultados post-mortem – Criterios de calidad en la interpretación toxicológica post-mortem

Mesa Redonda de Toxicología Ambiental

La evaluación de los riesgos toxicológicos de los productos fitosanitarios. Situación actual y perspectivas – Toxicidad de compuestos orgánicos: alternativas sostenibles – Efectos de contaminantes acuáticos en peces: Alteraciones metabólicas y neuroendocrinas derivadas de la exposición a hidrocarburos aromáticos policíclicos en teleósteos

Mesa Redonda de Métodos Alternativos y Toxicología Experimental:

La prohibición del ensayo de ingredientes cosméticos en animales en 2013 – Legislación Actual y previsible sobre productos cosméticos – Evaluación de la seguridad de productos cosméticos – El REACH también afecta a los productos cosméticos – Disponibilidad de alternativas en la evaluación de cosméticos

Mesa Redonda de Toxicología Veterinaria

La implicación de la profesión veterinaria en la problemática de las dioxinas en los animales de granja – Riesgo de intoxicaciones secundarias (humanas y animales) en la aplicación de rodenticidas y topicidas – Problemática del uso del diclofenaco en veterinaria y su relación con el declive de las poblaciones de buitres asiáticos –

Simposio de Toxicología Laboral

Biomonitorización en Toxicología Laboral – Desarrollo y aplicación de biomarcadores en Toxicología Ocupacional – Exposome: una poderosa herramienta para evaluar la exposición laboral a tóxicos –

Más información:

Secretaría técnica

Abramar Lufthansa City Center
Calle Reconquista, 3 – 36201 Vigo
Contacto: Zaira Rodríguez
Tlf.: 98 644 7060 98 644 7060
Fax: 98 644 9717
congresos@abramar.com



28 al 30 de septiembre de 2011

VII Congreso Iberoamericano de Derecho Médico (Responsabilidad Profesional e Institucional Médica - Consentimiento Informado - Pericias médico-legales - Seguridad del Paciente)

Santiago de Chile (Chile)

La Sociedad Iberoamericana de Derecho Médico, la Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales y la Fundación Fernando Fueyo Laneri organizarán, de forma conjunta, el VII Congreso Iberoamericano de Derecho Médico, que tendrá lugar en Santiago de Chile los días 28, 29 y 30 de septiembre de 2011. [La Sociedad Iberoamericana de Derecho Médico (SIDEME) fundada el año 2000 y con sede en la ciudad Montevideo (Uruguay), siendo una de las entidades más relevantes en Iberoamérica en el ámbito del Derecho médico, cuya finalidad es favorecer, mediante las actividades que realiza, la promoción y difusión de los estudios relativos al derecho médico y de la salud, promover y difundir la formación y perfeccionamiento de especialistas en esta rama jurídica y favorecer contactos e intercambios científicos interdisciplinarios entre las diversas personas e instituciones interesadas en el derecho médico y de la salud].

Conferencias y paneles:

Los actuales desafíos en materia de responsabilidad profesional e institucional en salud – La culpa en la responsabilidad médica: apreciación y prueba – Evolución de los derechos de los pacientes y su impacto en el acto médicosanitario – La objeción de conciencia del profesional sanitario y los derechos del paciente – Consentimiento Informado. Cuestiones sobre su contenido, incumplimiento, causalidad y valoración del daño (panel) – Vulnerabilidad jurídica del acto médico-sanitario en países con desarrollo del Derecho Médico-Sanitario – Contribución de las pericias médico legales en los casos de responsabilidad profesional en salud (panel) – La penalización del acto médico-sanitario. Fundamentos, tendencias y experiencias (panel) – La valoración del daño corporal, daño moral y la pérdida de oportunidad en la responsabilidad profesional e institucional en salud (panel) – Implicancias ético-jurídicas de la investigación médica y uso de tecnología en tratamientos médicos (panel) – La Historia clínica y los registros clínicos electrónicos. Cuestiones relativas a la protección de datos, su acceso y titularidad – El error médico. Una visión desde la Medicina – Ética de la abogacía en cuestiones de responsabilidad médica – La Seguridad del paciente al día. Avances y dificultades – Medios alternos de solución de conflictos en el ámbito de la atención en salud. La experiencia chilena (panel) – Eventos adversos y judicialización de la Medicina. (Presentación conjunta Facultades Derecho y Medicina de la conclusiones del Proyecto Bicentenario)

Más información:

<http://www.uv.es/fevepa/sideme7.pdf>

Otras citas de interés

5 - 9 DE FEBRERO DE 2011

CLC 2011. 17th Commonwealth Law Conference
Hyderabad (India)



+ www.commonwealthlaw2011.org
<http://www.congresos.net/clc-2011-17th-commonwealth-law-conference>

16 - 23 DE ABRIL DE 2011

Matterhorn - Europe Oceania Medical & Legal Conference
Cervino (Italia) y Zermatt (Suiza)

25 DE ABRIL A 3 DE MAYO DE 2011

Pan Europe Pacific Medical & Legal Conference
Venecia (Italia)

22 - 29 DE MAYO DE 2011

Pacific Rim Medical & Legal Conference
Port Douglas, Queensland (QLD) (Australia)

22 - 29 DE MAYO DE 2011

Pacific Rim Dental & Legal Conference
Port Douglas, Queensland (QLD) (Australia)

16 - 23 DE JUNIO DE 2011

USA Pacific Rim Medical & Legal Conference
San Francisco (Estados Unidos)

26 DE JUNIO - 5 DE JULIO DE 2011

Europe Asia Medical & Legal Conference
Positano. Isla de Capri (Italia)

26 DE JUNIO - 5 DE JULIO DE 2011

Europe Asia Dental & Legal Conference
Positano. Isla de Capri (Italia)
9 - 17 de julio de 2011
East West Medical & Legal Conference
Estambul - Gallipoli (Turquía)

9 - 17 DE JULIO DE 2011

East West Dental & Legal Conference
Estambul - Gallipoli (Turquía)

20 - 27 DE JULIO DE 2011

Britain Pacific Medical & Legal Conference
Londres (Gran Bretaña)

20 - 27 DE JULIO DE 2011

Britain Pacific Dental & Legal Conference
Londres (Gran Bretaña)

+ www.conferences21.com
PTY Ltd. Educación Continua Profesional

actualidad cursos análisis de imagen jornadas y congresos libros

miscelánea



ABN 58 008 642 779 - PO Box 843 - New Farm
Queensland 4005, Australia
Teléfono +617 3254 3331 - Fax +617 3254 3332
Email info@conferences21.com

+ www.conferences21.com
Conference director: Lorenzo Boccabella Barrister-at-Law
PO Box 843 - New Farm - QLD 4005 - AUSTRALIA
Ph: (07) 3254 3331 - Fax: (07) 3254 3332
e-mail: info@educationcpe.com
a5771bce93e200c36f7cd9dfd0e5deaa&id=eb163727917cbba1eea208541a643e74
pkchattopadhyay@amity.edu
rksharma@gmail.com

5 - 7 DE MAYO DE 2011

Congreso Nacional Sociedad de psiquiatría
Montevideo (Uruguay)
+ Secretaría del Congreso PERSPECTIVA IC&T
Río Negro 1380 Piso 5. Montevideo, Uruguay
Tel.: + 598 2900 0520 / + 598 2900 0520
Fax: + 598 2900 0520 int. 21
info@congresospu2011.com.uy

24-27 DE MAYO DE 2011

3rd International Symposium on Trace Elements and Health
Murcia
+ Carmen Martínez Graciá (mamen@tracel2011.com)
Tel.: +34 868 88 8263 / +34 868 88 8263
Carmen Frontela Saseta (carmenfr@tracel2011.com)
Tel.: +34 868 88 7985 / +34 868 88 7985

9 - 16 DE OCTUBRE DE 2011

Medical Ethics & Legal Medicine. 7-night Mediterranean Cruise Conference
Crucero por el Mediterráneo desde Barcelona (EE.UU.)
+ Continuing Education, Inc.
5700 4th St. N
St Petersburg FL
33703-2256
1-800-422-0711

NORMAS PARA LOS AUTORES DE COLABORACIONES

Basadas en las «normas uniformes para los originales enviados a las revistas biomédicas», redactadas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

REVISTA DE LA ESCUELA DE MEDICINA LEGAL

(REML) es una revista de educación continuada que persigue informar y formar a los profesionales de la Medicina Legal y Forense, sobre los aspectos más actuales de esta disciplina. Por ello publica artículos de revisión y actualización sobre los más variados aspectos de las distintas áreas de la Medicina Legal y Forense. La información y contenido de sus distintas secciones se fundamentará en estudios serios y objetivos y se apoyará siempre en el más completo rigor científico. Se publicará en texto escrito y en formato digital. Todas sus secciones se editarán en lengua castellana, pero existe la posibilidad, si el autor o autora del artículo así lo indica, de publicarlo en cualquier otro idioma en la versión digital; para ello el autor debe enviar el manuscrito traducido y responsabilizarse de dicha traducción.

Los trabajos deben ser inéditos y no estar en fase de publicación, o haberse publicado, en ninguna otra revista. Se redactarán siguiendo las instrucciones a los autores que se describen más abajo y se remitirán en papel y soporte digital (diskette, cd, o cualquier otro soporte) a:

Dr. D. Andrés Santiago Sáez

Escuela de Medicina Legal
Facultad de Medicina
Universidad Complutense
28040 Madrid
drsantiago@med.ucm.es

Los manuscritos se acompañarán de una carta en la que se especificará que el trabajo no ha sido publicado, ni está en fase de publicación, en ninguna otra revista.

Los trabajos deben atenerse a las secciones de la revista, ajustarse en su confección a las normas dadas más abajo y redactarse en forma clara y concisa. Una vez aceptados, quedan como propiedad de los editores y no podrán ser reimpresos si autorización de los mismos. Asimismo, los editores se reservan el derecho de realizar los cambios necesarios para conseguir una mayor homogeneidad en lo referente a la corrección, expresión y claridad idiomática de los mismos. El sistema de evaluación del artículo es el doble ciego, es decir, el evaluador desconoce el nombre y procedencia del autor, y el autor recibe las críticas de forma anónima. Se corregirá por dos miembros del comité científico, comunicando las recomendaciones a la dirección de la revista y esta a los autores para su posterior modificación.

La Redacción acusará recibo de los originales. En el plazo más breve posible comunicará a sus autores la aceptación o no del trabajo, la fecha aproximada de su publicación y la sugerencia de posibles modificaciones. La responsabilidad del contenido de los trabajos recaerá exclusivamente sobre los autores que los firman.

Artículos originales

Portada: Contendrá el título del trabajo en letras mayúsculas, iniciales del nombre de cada autor seguidas del o de los apellidos; departamento, servicio y centro en el que se ha realizado.

Nombre y dirección del responsable de la correspondencia, indicando asimismo el e-mail.

Texto: El texto del trabajo debe iniciarse en hojas aparte y redactarse siguiendo la siguiente secuencia: introducción, material y método, resultados, discusión y conclusiones.

Resumen: Se iniciará su redacción en hoja aparte y su extensión no será superior a las 200 palabras. El resumen debe de constar de las siguientes partes: propósito de la investigación, precedentes básicos, hallazgos y conclusiones principales.

Palabras clave: de 5 a 10. Deben usarse los términos de la lista de términos médicos del Index Medicus. La lista puede obtenerse en la siguiente dirección <http://www.nlm.nih.gov> Si no hay un término

adecuado en una lista se utilizará un término actual.

Iconografía: Las tablas, figuras, cuadros, gráficas, esquemas, diagramas, fotografías, etc., deben numerarse con números ordinales, utilizando, tanto en el texto como en su título, la palabra completa «sin abreviaturas» (V.G.: tabla 1, figura 3). Se enviarán los originales y no fotocopia. Las tablas llevarán su título (a continuación del número correspondiente) en su parte superior. Las figuras, cuadros, gráficas, esquemas, diagramas y fotografías portarán su título a continuación del número correspondiente en su parte inferior. Cada uno de estos materiales iconográficos se remitirá en una hoja independiente, así como en formato digital (jpeg, tif).

Las obras o artículos citados que dispongan de número doi deberán incluirlo en su referencia bibliográfica (E):

Apellidos, Nombre: Título del artículo, Revista, volumen, año. doi: xxxx; <http://dx.doi.org/xxxx>

La publicación en papel será en blanco y negro, admitiéndose en la publicación digital el color. El número de fotografías que se publicarán en la edición en papel de la revista queda a decisión de los editores, publicándose en su totalidad en la versión digital.

Ética

Cuando se informe experimentos realizados en seres humanos hay que incidir si están de acuerdo con las normas éticas del comité responsable y con la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983 y Convenio de Oviedo de 2000. No deben identificarse nombre de los pacientes, iniciales y los números de la historia. Hay que garantizar el anonimato y en caso de duda obtener el Consentimiento Informado del paciente por escrito.

Requisitos técnicos para el manuscrito

Letra: arial 12

Doble espacio

Seguir la secuencia: portada, resumen, palabras clave, texto, agradecimientos, referencias, cuadros (cada uno en página aparte), leyendas.

Ilustraciones: fotografías sin montar.

Máximo: 15 páginas

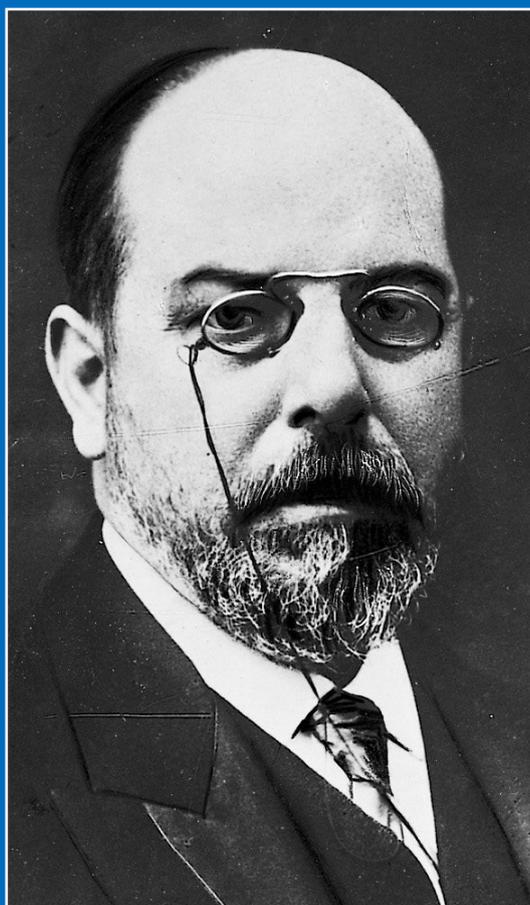
Bibliografía

Las citas bibliográficas deben numerarse consecutivamente en el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto. Se identificarán las referencias en el texto, las tablas y los epígrafes mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias que se citan únicamente en las tablas o epígrafes de figuras deben numerarse según la secuencia establecida por la primera identificación en el texto de la tabla o figura concreta de que se trate.

Se utilizará el estilo de los ejemplos que se indican a continuación, que se basa en los formatos empleados por la U.S. National Library of Medicine (NLM) en Index Medicus. Los títulos de las revistas deben abreviarse según el estilo utilizado en Index Medicus. Consúltese la List of Journals Indexed in Index Medicus que se publica anualmente como publicación separada de la biblioteca y en una lista incluida en el número de enero de Index Medicus. La relación puede obtenerse también a través de la web de la biblioteca en: <http://www.nlm.nih.gov>

En caso de duda para referencias utilizar las normas publicadas en: **Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación de revistas biomédicas.**

Existen varias webs que incluyen actualmente este documento. Para citar la versión más reciente de los «Requisitos de uniformidad» es preciso asegurarse de citar una versión publicada el 1 de enero de 1997 o posterior.



Tomás Mestre Pérez
fundador de la Escuela de Medicina Legal

LA REVISTA ESTA INCLUIDA EN LAS SIGUIENTES BASES DE DATOS:
EL PORTAL DE REVISTAS DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID (FEBRERO 2010)
LATINDEX (MARZO 2010)