

VIRGILIO RODRÍGUEZ VÁZQUEZ

Doctor en Derecho
Universidad de Vigo

RESPONSABILIDAD PENAL EN EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES MÉDICO-SANITARIAS

**Crterios para delimitar la responsabilidad
penal en supuestos de intervención conjunta
de los profesionales sanitarios**

FUNDACIÓN RAFAEL DEL PINO

Marcial Pons

MADRID | BARCELONA | BUENOS AIRES | SÃO PAULO

2012

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
PRESENTACIÓN , por <i>Amadeo Petitbò</i>	13
PRÓLOGO , por <i>Javier de Vicente Remesal</i>	17
NOTA PREVIA	21
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	23
INTRODUCCIÓN	29

PRIMERA PARTE

LA MEDICINA ANTE EL DERECHO

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL SANITARIO Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN	35
1. LA MEDICINA Y LA RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO A LO LARGO DE LA HISTORIA	35
2. EL GRADO DE EXIGENCIA DE RESPONSABILIDAD EN EL ÁMBITO MÉDICO: ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN	41
A) La situación en Francia, Reino Unido, EEUU, Alemania, Portugal y España	41
B) Causas del incremento de las demandas contra los profesionales sanitarios	53
3. REGULACIÓN DE LA ACTIVIDAD SANITARIA EN EL DERECHO PENAL ESPAÑOL	58
A) La actividad sanitaria en el Código Penal español	58
B) La imprudencia profesional: antecedentes legislativos, naturaleza y justificación de la inhabilitación profesional	62

	<u>Pág.</u>
4. PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD POR PARTE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y CONSECUENCIAS EN LA ACTIVIDAD MÉDICA	69
5. CONCLUSIONES	72

SEGUNDA PARTE
LA IMPRUDENCIA EN LA ACTIVIDAD
MÉDICO-SANITARIA

CAPÍTULO II. EL ELEMENTO NUCLEAR DE LA IMPRUDENCIA: LA INFRACCIÓN DEL DEBER DE CUIDADO. EVOLUCIÓN DOGMÁTICA, ASPECTOS GENERALES Y PARTICULARIDADES DE SU DETERMINACIÓN EN EL ÁMBITO MÉDICO	75
1. CONCEPTO DE DEBER DE CUIDADO. EVOLUCIÓN DOGMÁTICA	75
2. LAS FUENTES DEL DEBER DE CUIDADO: EL VALOR DE LAS NORMAS EXTRAPENALES O REGLAS DEL TRÁFICO	82
A) Introducción: reglas de cuidado en determinados ámbitos de actividad.....	82
B) Concepto, fundamento, naturaleza y formas de las reglas de cuidado .	83
C) Valor jurídico-penal de las reglas de cuidado	87
3. LA DETERMINACIÓN DEL DEBER DE CUIDADO EN EL ÁMBITO MÉDICO-SANITARIO: CONCEPTO, NATURALEZA Y VALOR DE LA <i>LEX ARTIS</i>	98
A) Concepto de <i>lex artis</i>	98
B) Naturaleza de las reglas incluidas en la <i>lex artis</i>	104
C) <i>Lex artis</i> y libertad de método.....	126
D) Contenido de la <i>lex artis</i>	131
E) Valor de la <i>lex artis</i> en la determinación del deber de cuidado en la actividad médica.....	135
4. LAS CAPACIDADES Y CONOCIMIENTOS DEL SUJETO ACTIVO. ESPECIAL VALORACIÓN EN LA ACTIVIDAD MÉDICO-SANITARIA.....	155
A) Concepto objetivo del deber de cuidado.....	158
B) Concepto subjetivo del deber de cuidado	161
C) Posiciones intermedias sobre el contenido del deber de cuidado.	166
5. LA PREVISIBILIDAD COMO PRESUPUESTO DEL DEBER DE CUIDADO: EVOLUCIÓN DOGMÁTICA, CONCEPTO, FUNCIÓN Y CONTENIDO	177
CAPÍTULO III. EL DEBER DE CUIDADO EN LA INTERVENCIÓN DE VARIOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD. CRITERIOS SUPLEMENTARIOS PARA SU DELIMITACIÓN: DIVISIÓN DEL TRABAJO Y PRINCIPIO DE CONFIANZA	183

	<u>Pág.</u>
1. EL PRINCIPIO DE DIVISIÓN DEL TRABAJO EN LA ACTIVIDAD MÉDICO-SANITARIA. FORMAS DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPO: HORIZONTAL Y VERTICAL	183
A) Origen, naturaleza y evolución del principio de división del trabajo	183
B) Formas de división del trabajo: horizontal y vertical. Criterios de clasificación.....	188
C) Crítica a la posición que adopta el criterio de la formación académica ..	198
D) Crítica a quienes abandonan el criterio de la formación académica..	202
2. EL PRINCIPIO DE CONFIANZA. ORIGEN Y EVOLUCIÓN. FUNCIÓN Y UBICACIÓN. NATURALEZA Y FUNDAMENTO	216
A) Enunciado general. Origen y evolución: del tráfico viario al ámbito médico-sanitario.....	216
B) Función y ubicación sistemática del principio de confianza en el delito imprudente	222
C) Naturaleza y fundamento del principio de confianza	224
D) Eficacia del principio de confianza: extensión y límites a su aplicación.....	237
3. OPERATIVIDAD DEL PRINCIPIO DE CONFIANZA EN LA ACTIVIDAD MÉDICO-SANITARIA: DISTINCIÓN ENTRE INTERVENCIÓN SUCESIVA E INTERVENCIÓN SIMULTÁNEA. EL TRABAJO EN GRUPO Y EL EQUIPO MÉDICO-SANITARIO.....	250
4. CONTENIDO Y ALCANCE DEL PRINCIPIO DE CONFIANZA EN LA ACTIVIDAD MÉDICO-SANITARIA	259
A) Alcance del principio de confianza en los casos de división horizontal del trabajo.....	259
B) Alcance del principio de confianza en los casos de división vertical del trabajo.....	279

TERCERA PARTE

**AUTORÍA Y PARTICIPACIÓN IMPRUDENTE
EN LA ACTIVIDAD MÉDICO-SANITARIA**

INTRODUCCIÓN. EXPOSICIÓN PREVIA Y JUSTIFICACIÓN DE LA UBICACIÓN SISTEMÁTICA DE ESTA PARTE DE LA INVESTIGACIÓN	303
CAPÍTULO IV. APROXIMACIÓN A LAS DIFERENTES POSICIONES DOCTRINALES SOBRE LA AUTORÍA Y LA PARTICIPACIÓN IMPRUDENTE Y TOMA DE POSTURA.....	311
1. ESTADO DE LA CUESTIÓN EN LA DOCTRINA ESPECIALIZADA EN DERECHO PENAL MÉDICO.....	311
2. EXPOSICIÓN DE LAS DIFERENTES POSICIONES DOCTRINALES ACERCA DE LA AUTORÍA Y LA PARTICIPACIÓN	318

	<u>Pág.</u>
A) Concepto unitario de autor vs. concepto restrictivo de autor	318
B) El concepto extensivo de autor y las primeras teorías diferenciadoras	325
C) Las teorías diferenciadoras desarrolladas en el marco del concepto restrictivo de autor	329
3. EL CONCEPTO DE AUTOR EN EL CÓDIGO PENAL ESPAÑOL	360
CAPÍTULO V. LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE LA DETERMINACIÓN OBJETIVA Y POSITIVA DEL HECHO A SUPUESTOS DEL ÁMBITO MÉDICO	373
1. INTRODUCCIÓN. LA APLICACIÓN DEL CRITERIO DE LA DETERMINACIÓN POSITIVA Y OBJETIVA DEL HECHO A LAS DIFERENTES FORMAS DE AUTORÍA	373
2. LA COAUTORÍA IMPRUDENTE. REQUISITOS GENERALES Y APLICACIÓN AL ÁMBITO SANITARIO	376
A) El «principio de división del trabajo» médico-sanitario y la coautoría imprudente	376
B) La coautoría imprudente desde la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho.....	383
3. LA AUTORÍA MEDIATA EN EL DELITO IMPRUDENTE	406
A) Admisión de la autoría mediata en el delito imprudente	406
B) Reflexión previa: la autoría mediata y su aplicación en la actividad sanitaria	410
C) Estructura de la autoría mediata imprudente.....	411
4. LA AUTORÍA IMPRUDENTE EN LA ACTIVIDAD SANITARIA A TRAVÉS DE LA JURISPRUDENCIA ESPAÑOLA. ESTADO DE LA CUESTIÓN, ANÁLISIS Y VALORACIÓN CRÍTICA.....	420
A) Supuestos en los que intervienen un médico y una enfermera	422
B) Supuestos en los que intervienen un médico especialista y un MIR .	426
C) Supuestos en los que intervienen un cirujano y una enfermera circulante y/o instrumentista (casos de olvido de material quirúrgico en el cuerpo del paciente)	428
D) Supuestos en los que intervienen un cirujano y un anestesista.....	438
E) Supuestos de intervención de ginecólogo y comadrona (asistencia a partos).....	447
F) Supuestos de intervención de cirujano, anestesista, médico analista y otros (caso de transfusiones sanguíneas).....	451
CONCLUSIONES.....	457
BIBLIOGRAFÍA.....	469

PRESENTACIÓN

En las últimas décadas, las demandas por presuntas negligencias médicas se han incrementado en todos los Órdenes jurisdiccionales, incluido el penal. Las causas de este incremento son diversas. Por una parte, ha tenido lugar una modificación en la relación médico-paciente, transitando desde un modelo paternalista en el que el paciente asumía un rol absolutamente pasivo, a un modelo en el que el paciente ha ido tomando, paso a paso, conciencia de sus derechos como financiador de un servicio. Por otra, el desarrollo y la modernización de la medicina ha mejorado su eficacia en la lucha contra la enfermedad con el lógico incremento en el gasto. Pero, al mismo tiempo, ambos factores han fomentado la aparición de nuevos riesgos derivados de la utilización de técnicas más agresivas y de la necesidad del trabajo en equipo. Además, no se debe desdeñar el papel de los medios de comunicación que, con frecuencia, dan a conocer noticias relativas a las exigencias de responsabilidad en el ámbito de actuación de la medicina. A estas razones hay que añadir los efectos potenciales del marco normativo vigente actualmente en España. Ciñéndonos al orden penal, que es en el que se enmarca la investigación que se presenta, conviene advertir que el Código Penal actual tipifica como delitos imprudentes conductas que tienen una especial incidencia en el ámbito sanitario: piénsese en los casos de homicidio, aborto o lesiones, por ejemplo.

Esta realidad fáctica y normativa ha generado una resaltable preocupación entre los profesionales de la medicina que se ha traducido en la adopción de diversas medidas entre las cuales pueden destacarse las siguientes: el ejercicio de la «medicina defensiva», el abandono de ciertas especialidades médicas o la suscripción masiva de seguros de responsabilidad

civil, por citar algunos ejemplos. A su vez, estas decisiones han tenido repercusiones de índole económica. Como ejemplos pueden mencionarse el incremento experimentado en las primas de los seguros de responsabilidad civil de los profesionales sanitarios o el incremento de las indemnizaciones impuestas a las compañías aseguradoras o los centros sanitarios, sean éstos públicos o privados.

Con este marco de referencia, la investigación desarrollada por el profesor Virgilio RODRÍGUEZ VÁZQUEZ, de cuyos juicios no es responsable la **Fundación Rafael del Pino**, analiza y valora la actividad de los profesionales sanitarios en aquellos casos que puedan presentar relevancia jurídico-penal por afectar a la vida o a la salud de los pacientes, fundamentalmente, a través de conductas susceptibles de ser calificadas como imprudentes. Su principal objetivo es el establecimiento de los criterios que permitan delimitar la responsabilidad penal en supuestos de intervención conjunta de varios profesionales sanitarios, tratando de llegar a soluciones justas, coherentes y que proporcionen seguridad jurídica tanto a los operadores jurídicos como a los propios profesionales sanitarios.

Lo dicho hasta aquí explicaría por sí mismo el apoyo de la **Fundación Rafael del Pino** a la presente investigación. Pero cabe añadir que el profesor RODRÍGUEZ VÁZQUEZ se hizo merecedor de dicho apoyo desde el momento en que, en el ya lejano año 2005, obtuvo el **Premio Investiga** concedido por la **Fundación Rafael del Pino** al mejor proyecto de tesis doctoral presentado ese año para los ámbitos de las ciencias económicas, jurídicas y sociales. A partir de entonces, con el apoyo de la **Fundación**, el profesor RODRÍGUEZ VÁZQUEZ ha desarrollado aquel proyecto dando lugar a artículos científicos y participaciones en congresos y seminarios. Y, no menos relevante, ha dado lugar a su tesis doctoral dirigida por el profesor Javier DE VICENTE REMESAL, culminando, finalmente, en la presente monografía.

El autor ha llevado a cabo este trabajo de investigación de forma rigurosa y metódica en tres centros destacados. En primer lugar, en su universidad de origen, la Universidad de Vigo, donde forma parte de un grupo de investigación, liderado por su director de tesis, dedicado desde hace años, al Derecho médico; en segundo lugar, en la Universidad de Göttingen, donde pasó un curso académico; y, en tercer lugar, en la Universidad de Coimbra, centro de referencia en la materia analizada. El ambiente intelectual y el rigor científico de estas organizaciones universitarias han contribuido de forma decisiva a la redacción del presente trabajo.

En pocas palabras, puede sostenerse que el resultado de la investigación llevada a cabo es un libro sólido, original y útil, porque, además de estar bien fundamentado, ofrece una aplicación práctica no sólo a juristas

sino también a profesionales de la sanidad. La revisión de aspectos dogmáticos esenciales del Derecho penal, las referencias al Derecho comparado, la recopilación, sistematización y análisis de una abundantísima jurisprudencia y, finalmente, los criterios propuestos por el autor para delimitar la responsabilidad penal de los profesionales sanitarios, conducen a la conclusión de que esta obra contribuye a mejorar el conocimiento que se tenía sobre las cuestiones aquí tratadas. Y, a su vez, abre nuevos horizontes para la investigación, tan necesaria en los momentos actuales.

Por todo ello, el profesor Virgilio RODRÍGUEZ VÁZQUEZ y el director de su tesis doctoral, deben ser objeto de parabienes por la dedicación, el esfuerzo realizado, los resultados alcanzados y, sobre todo, por haber cumplido, de esta forma, aunque con un justificado retraso —algo normal en el contexto universitario— el objetivo inicialmente propuesto.

Amadeo PETITBÒ

Director de la Fundación Rafael del Pino

PRÓLOGO

El día en que el autor de este libro leyó su tesis doctoral en la Universidad de Vigo, obteniendo con ella el premio extraordinario de doctorado, fue para mí —como supongo para todos en relación con sus discípulos— de gran satisfacción y orgullo. Esos mismos sentimientos se renuevan ahora en el momento de prologar esta obra, fruto de aquella tesis, del Dr. Virgilio RODRÍGUEZ VÁZQUEZ, actualmente profesor contratado doctor en la mencionada Universidad. Aprovecho aquí para agradecer su publicación a la **Fundación Rafael del Pino**, así como el hecho de haberle concedido en su momento el premio Investiga 2005, como mejor proyecto nacional de tesis doctoral relacionado con los campos de la Economía y el Derecho.

En el tratamiento de este tema —relativo a la responsabilidad penal en el ejercicio de las actividades médico sanitarias y, en particular, a los criterios para delimitar dicha responsabilidad en supuestos de intervención conjunta de los profesionales sanitarios, esto es, en el trabajo en equipo—, el Dr. RODRÍGUEZ VÁZQUEZ demuestra, por una parte, el dominio de un método de investigación riguroso y, por otra, el conocimiento profundo de cuestiones nucleares de la parte general del Derecho penal, aspectos estos imprescindibles para culminar con éxito la investigación.

Tratándose de un tema en que la bibliografía es inabarcable —y no sólo en lo que concierne a cuestiones específicas de responsabilidad médica, sino también y quizá fundamentalmente en la que afecta a esas previas cuestiones nucleares imprescindibles: imprudencia y autoría y participación—, el rigor metodológico exige una adecuada y nada fácil

selección en todos esos campos, basada en la conexión con el objeto central de estudio. Otro tanto sucede con la abundantísima jurisprudencia, cuya localización y selección requieren dedicar mucho tiempo, debido a que por dicho objeto de estudio no se puede contar con una sistematización previa, ni siquiera aproximada. El dominio del método investigador se manifiesta asimismo en la forma en que el autor expone, cuando es necesario y en la medida en que lo es, las referencias históricas, el Derecho comparado y las posiciones de la doctrina y la jurisprudencia. Esto es, no de forma inconexa, sino agrupándolas y diferenciándolas sistemáticamente. Finalmente, en las cuestiones centrales, respecto de las cuales el autor toma posición en todas ellas, suele combinarse el análisis dogmático y político-criminal.

El tema central, referido a los criterios para delimitar la responsabilidad en supuestos de intervención conjunta de profesionales sanitarios, se introduce con un primer capítulo relativo a los antecedentes históricos y al estado actual de la cuestión en el Derecho comparado, pero seleccionando en él únicamente lo que constituyen los aspectos centrales de la discusión posterior y anticipando así la normativa comparada en la que fundamentar, en algunos casos *lege ferenda* (por ejemplo, sobre la base de la tipificación, en algunos ordenamientos jurídicos extranjeros, del delito de tratamiento médico arbitrario) su posición ante las discrepancias interpretativas en la doctrina y en la jurisprudencia españolas. Si bien dichas referencias históricas y de Derecho comparado son muy necesarias, de lo que no cabe duda es que las aportaciones que se pudiesen hacer a ese tema central requiere necesariamente, como he indicado, el análisis previo y detenido de dos cuestiones nucleares de la parte general del Derecho penal: la imprudencia, por una parte, y la delimitación entre autoría y participación, por otra. Teniendo en cuenta que casi todos los supuestos de responsabilidad médica lo son por imprudencia y que el ejercicio de la medicina moderna prácticamente no puede llevarse a cabo individualmente, sino en equipo, se entiende por sí mismo la necesidad de abordar previamente dichas cuestiones nucleares. Y el Dr. RODRÍGUEZ VÁZQUEZ lo hace de una forma excelente, tomando posición en todas ellas aun reconociendo en algunos casos la dificultad de la que mantiene, en atención a los argumentos de otras alternativas posibles.

En el ámbito de la imprudencia en la actividad médico-sanitaria se analiza detenidamente en este trabajo el significado y alcance de la denominada *lex artis* y su relevancia para la determinación de la infracción del deber de cuidado como elemento nuclear de la imprudencia. La actuación conforme a la *lex artis*, o en contra de ella (en cuyo concepto, en mi opinión, se integran no sólo las reglas técnicas, sino también

las relativas al consentimiento informado) no implica, respectivamente, por sí misma y de forma automática, la actuación conforme o contraria al deber objetivo de cuidado. Como cualquier otra regla de cuidado o norma del tráfico posee un valor indiciario a tales efectos, de mayor o menor relevancia en atención a las características de dichas normas y a otros posibles factores concurrentes (urgencia, complejidad, medios disponibles, etc.) en el caso concreto. Es lo que ha dado lugar a acuñar la expresión *lex artis ad hoc*, si bien entiendo que dicha especificación es innecesaria, pues para la determinación de la responsabilidad penal todo ha de basarse necesariamente en una valoración *ad hoc*. El Dr. RODRÍGUEZ VÁZQUEZ concluye este análisis de la imprudencia abordando en profundidad dos cuestiones que son esenciales en el ámbito médico: la división del trabajo y el principio de confianza, como criterios suplementarios para la delimitación del deber de cuidado en la intervención de varios profesionales de la sanidad.

En lo que se refiere a la otra gran cuestión nuclear previa, absolutamente necesaria para el análisis del tema central de la tesis, el autor pone de manifiesto una vez más su dominio de la parte general del Derecho penal, pues en una cuestión como ésta, tan amplia y tan debatida en la doctrina (y en la que, por cierto, cuenta con excelentes aportaciones en su escuela, en particular del Prof. LUZÓN PEÑA y del Prof. DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO), expone muy correctamente las diferentes posiciones doctrinales acerca de la autoría y participación con vistas a la posterior toma de posición sobre su aplicación en el ámbito médico y más concretamente en la delimitación de la responsabilidad en el trabajo en equipo. Tras el análisis de los diferentes conceptos de autor, se decanta a favor de la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho.

Con estos sólidos cimientos aborda, finalmente, la calificación de las distintas formas de intervención en el trabajo médico en equipo y las posibles responsabilidades penales derivadas de ello, analizando el amplísimo material jurisprudencial que aporta. Lleva así a cabo la difícil delimitación, en el hecho imprudente, de los supuestos de coautoría, autoría accesoria, autoría mediata y autoría directa unipersonal, siguiendo una sistemática, muy correcta, en la que diferencia los supuestos en atención a los profesionales sanitarios (médico, anestesista, enfermera, comadrona, etc.) que intervienen en ellos.

Creo, por tanto, que el rigor y contenido científico de esta obra merece la felicitación a su autor. Desde luego, constituye para mí, como dije al principio, una gran satisfacción y orgullo; pero no sólo por la obra en sí, como éxito en la culminación de la importante fase del doctorado, sino también porque el Dr. RODRÍGUEZ VÁZQUEZ, respondiendo a las líneas tra-

zadas por mi maestro, es un ejemplo más, en las nuevas generaciones, de una escuela plenamente dedicada, con rigor y calidad, a la docencia e investigación universitarias, lo cual, desgraciadamente, es cada vez más difícil y menos habitual.

Vigo, 29 de marzo de 2011.

Javier DE VICENTE REMESAL

NOTA PREVIA

El contenido de este libro coincide con el núcleo de mi tesis doctoral que bajo el título de *Responsabilidad penal en el ejercicio de actividades médico-sanitarias* defendí el día 24 de julio de 2008, en la Universidad de Vigo ante un Tribunal presidido por el Prof. Dr. Dr. h. c. Diego-Manuel LUZÓN PEÑA y compuesto por los Profs. Dres. José Manuel LORENZO SALGADO, Agustín JORGE BARREIRO, Miguel DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO y José Manuel PAREDES CASTAÑÓN. La tesis recibió por unanimidad la máxima calificación de «Sobresaliente *cum laude*». A todos ellos quiero agradecerles nuevamente sus análisis, observaciones y sugerencias que he procurado tener en cuenta, dentro de lo posible, en la redacción final del presente trabajo.

La tesis recibió el Premio Extraordinario de Doctorado de la Universidad de Vigo en el curso 2007/2008.

En esta publicación cristaliza el trabajo dedicado durante años a la investigación en mi tesis, proceso de construcción en el que han intervenido directa o indirectamente personas e instituciones a las que deseo manifestar mi más sincero agradecimiento.

A la Universidad de Vigo, cuyas becas ampararon este estudio, por ser, sobre todo, inspiración.

A la **Fundación Rafael del Pino**, que en el año 2005 me otorgó el Premio Investiga, proporcionándome el apoyo económico y el respaldo necesario para poder materializar con éxito mi proyecto de tesis. Agradezco el trato exquisito y las atenciones que desde entonces me han dispensado los miembros de la Fundación y, en particular, su Director, don Amadeo PETITBÓ JUAN, cuyo compromiso hace posible esta publicación.

A mis compañeros del Área de Derecho penal de la Universidad de Vigo, especialmente a las Profs. Dras. Inma VALEIJE ÁLVAREZ y Marta GARCÍA MOSQUERA, por su presencia constante y por permitirme debatir con ellas cuestiones centrales de mi tesis. A los compañeros de Escuela, por acogerme y hacerme partícipe desde el primer momento en el extraordinario vivero de ideas jurídico-penales que aquélla representa.

Al Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Hans Ludwig SCHREIBER por recibirme en el *Abteilung für Arzt- und Arzneimittelrecht* (actualmente, *Zentrum für Medizinrecht*) de la Universidad de Göttingen, al Prof. Dr. Henning ROSENAU por su trato cordial y sus consejos científicos, así como al Prof. Dr. Kai AMBOS por su hospitalidad. Ellos, junto con las personas con quienes entablé amistad en aquella Universidad, hicieron que el maravilloso año que viví en Alemania llegase a ser un punto de inflexión definitivo en lo personal y en lo académico.

A los miembros del *Centro de Direito Biomédico* de la Universidad de Coimbra, con quienes, una vez finalizada la tesis, contrasté lo aprendido y seguí aprendiendo a lo largo del curso 2008/2009, gracias a una beca postdoctoral del Parlamento de Galicia. En particular, quisiera mencionar al Prof. Dr. Guilherme DE OLIVEIRA, director del citado Instituto, así como al Prof. Dr. Manuel DA COSTA ANDRADE, Catedrático de Derecho penal.

Mi mayor agradecimiento es para el Prof. Dr. Javier DE VICENTE REMESAL, mi director de tesis, mi maestro, a quien le debo la oportunidad de iniciar la carrera académica y el apoyo permanente a lo largo de estos años. En este proceso de creación me ha transmitido la necesidad de optar por el rigor científico, la pasión por las ciencias penales y el valor de la Universidad. Me ha demostrado su compromiso, su magistral dirección y su tolerancia respecto a aquellos puntos de la tesis sobre los que manteníamos posturas divergentes. Por todo ello, y por su humanidad, cercanía y sencillez ha sido y es un privilegio trabajar a su lado.

Además, el Prof. Dr. DE VICENTE REMESAL fue, entre los años 2005 y 2008, el investigador principal del proyecto de investigación *Derecho sanitario: convergencia de principios de responsabilidad médico-sanitaria en el marco de la Unión Europea* (Xunta de Galicia), en el que se fraguó mi tesis doctoral.

Por último, quiero agradecer a mi familia su absoluta confianza y su compañía incondicional en esta travesía; ésta es también vuestra parada.

INTRODUCCIÓN

En el orden penal han ido aumentando progresivamente las demandas por presuntas imprudencias médicas con resultados lesivos para el paciente. Por otra parte, el CP actual tipifica como delitos imprudentes conductas que tienen una especial incidencia en el ámbito sanitario: homicidio, aborto, lesiones, lesiones al feto. Esta realidad fáctica y normativa ha generado una preocupación entre los profesionales de la medicina, que se ha traducido en la adopción de diversas medidas preventivo-asegurativas: ejercicio de la «medicina defensiva», abandono de ciertas especialidades médicas, suscripción masiva de seguros de responsabilidad civil. Esta realidad justifica el desarrollo del presente trabajo, en el que se analiza y valora la actividad de los profesionales sanitarios en aquellos casos que puedan presentar relevancia jurídico-penal por afectar a la vida o a la salud del paciente, fundamentalmente, a través de conductas imprudentes.

Pero el interés de esta investigación se ve acrecentado por los elementos que caracterizan la actividad objeto de análisis cuando se enfrentan a ellos las tradicionales categorías dogmáticas de la teoría del delito. A la complejidad técnica de la actividad sanitaria y la posible influencia de múltiples factores en la producción de un resultado lesivo —paciente, enfermedad, estado del conocimiento, recursos disponibles—, se añade el hecho de que la medicina actual exige, por diversas razones, la intervención de una pluralidad de profesionales que interactúan sucesiva o simultáneamente en relación con un mismo paciente o un mismo acto médico. Este hecho conlleva importantes dificultades cuando se trata de aclarar la responsabilidad penal por resultados lesivos que corresponde a cada uno de los profesionales sanitarios que colaboran en un mismo acto médico. El

principal objetivo de este trabajo es proporcionar criterios generales que permitan delimitar la responsabilidad penal de los profesionales sanitarios en este «nuevo» contexto: la medicina en grupo o en equipo. Lo cual exige, en primer lugar, estudiar las principales categorías y elementos del delito (imprudente), decidiendo en aquellos casos (que son la mayoría) en los que existen diferentes posturas doctrinales sobre su función y significado, la que se adopta y por qué. En segundo lugar, aplicar a la práctica médica dichas categorías con los significados adoptados y valorar los resultados que se obtienen. Y en tercer lugar, sintetizar los criterios que, en mi opinión, proporcionan una solución más coherente y más ajustada a los principios del Derecho penal para resolver los casos problemáticos.

La primera parte de este trabajo ofrece una sintética visión histórica de la responsabilidad penal del médico, desde sus orígenes hasta nuestros días. A continuación se presenta la percepción que la doctrina, los profesionales sanitarios y los pacientes poseen del estado de la cuestión en la actualidad. Desde la mayoría de las ópticas analizadas se coincide en señalar que nos encontramos ante un incremento extraordinario de las reclamaciones de los profesionales sanitarios por presuntas imprudencias en el ejercicio de su actividad, tanto en España, como en países de la UE y en EEUU. Se concluye que en la segunda década del siglo xx comienza a producirse un aumento de las demandas, también por vía penal, que se plantean contra los profesionales sanitarios. Es necesario indagar, por tanto, en las razones de dicho incremento y en las consecuencias que ha provocado en el profesional de la sanidad. En esta misma línea se analiza la situación del profesional sanitario, en especial del médico, en el CP vigente, particularmente en relación con delitos imprudentes que pueden tener especial incidencia en la actividad médica y la pena de inhabilitación profesional que pueden acarrear.

En la segunda parte se aborda un punto central de la investigación. Concretamente se dedica al análisis y estudio en profundidad del deber de cuidado, elemento nuclear del tipo imprudente. Para ello se realiza una aproximación a la teoría del delito imprudente y a su evolución histórica. A continuación se estudia el proceso de concreción del deber de cuidado, comenzando con una exposición detallada de las «reglas de cuidado» en general (significado, contenido, función y valor jurídicopenal) y en particular de aquellas que operan en la actividad médico-sanitaria, conocidas comúnmente bajo la expresión *lex artis*. Se trata de dar respuesta a cuestiones como la naturaleza de las reglas que la integran —y en relación con este punto, el papel del deber de información y el consentimiento del paciente—, su contenido y su relación con el principio de la «libertad de método» y, sobre todo, su valor jurídico-penal, lo cual tiene que ver direc-

tamente con su clasificación. Pero la valoración penal de una conducta no debe ser el resultado de una simple comparación entre ésta y aquellas reglas de cuidado. Es necesario referir el análisis al juicio del hombre medio ideal o, en nuestro caso, del profesional medio ideal. De esto me ocupo en los siguientes epígrafes.

A continuación se lleva a cabo un análisis en profundidad de la práctica médica en la actualidad, concretamente en relación con la «nueva» realidad a la que se hacía referencia líneas atrás. Hoy, la medicina se desarrolla en grupo o en equipo, con la intervención de una pluralidad de profesionales. Esto obliga a releer el tipo imprudente teniendo en cuenta dos principios fundamentales: el principio de división del trabajo y el principio de confianza. En esta parte del trabajo se desarrolla en primer lugar el significado y función del principio de división del trabajo, y su relevancia de cara a la delimitación de la responsabilidad penal en supuestos de intervención conjunta de varios profesionales. En este sentido presenta especial interés la distinción entre división horizontal y vertical. En segundo lugar se estudia el principio de confianza desde su origen y evolución, pasando por su fundamento dogmático, su aplicación jurisprudencial en diversos sectores de actividad, hasta las diferentes posiciones doctrinales acerca de su valor y función en relación con la delimitación de la responsabilidad penal en la actividad médico-sanitaria.

Finalmente, en los casos de división del trabajo en los que decae el principio de confianza para alguno de los intervinientes ante la infracción del deber de cuidado de un tercero que con ellos interactúa, se afirma también la infracción del deber de cuidado de quien confía y, por tanto, se puede llegar a producir una concurrencia de imprudencias (de dos o más sujetos) respecto a un mismo resultado. Llegados a este punto la delimitación de la responsabilidad penal vendrá dada por el concepto de autor que se asuma. El objetivo de la tercera parte de la investigación es identificar el concepto de autor asumido, explicando las razones que llevan a su elección, y aplicarlo al análisis de los casos prácticos, extraídos de la jurisprudencia, en el ámbito médico-sanitario.

Se cierra el trabajo con unas conclusiones que pretenden ser una síntesis de las tomas de postura adoptadas en cada uno de los capítulos. Soy consciente de que quedan al margen del estudio otras categorías jurídico-penales, así como numerosos aspectos de la actividad médico-sanitaria que merecen una especial atención, pero su análisis en profundidad superaría con mucho las pretensiones de este trabajo, por lo que han de dejarse para investigaciones futuras.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL SANITARIO Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

1. LA MEDICINA Y LA RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO A LO LARGO DE LA HISTORIA

Hoy en día parece inevitable comenzar un estudio sobre Derecho y Medicina reproduciendo una frase que, con distintas formulaciones, aparece en las monografías y artículos más recientes sobre el tema, y que vendría a señalar que «en los últimos años se ha incrementado de forma sensible la exigencia de responsabilidad a los profesionales sanitarios por los menoscabos causados al paciente con ocasión del ejercicio de su profesión»¹. Esta afirmación, por una parte, alerta ya al lector sobre la ac-

¹ Ésta es una formulación personal de una idea que aparece reflejada, como digo, de distintas maneras en la mayoría de las monografías y artículos que se han escrito en los últimos años sobre cuestiones relativas a la responsabilidad penal, civil y administrativa, de los profesionales de la salud y de las instituciones sanitarias. En España, entre otros, Agustín JORGE BARREIRO, *Actividad médico-quirúrgica*, 1990, 13; GARCÍA BLÁZQUEZ y MOLINOS COBO, *Manual*, 2.^a, 1997, 13; MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, *Sanitario*, 3.^a, 1997, 27; CARRASCO CÓMEZ, *Responsabilidad médica y psiquiátrica*, 2.^a, 1998, 40; FERNÁNDEZ HIERRO, *Sistema*, 5.^a, 2007, 1; HAVA GARCÍA, *La imprudencia médica*, 2001, 11; PLAZA PENEDÉS, *Responsabilidad médica y hospitalaria*, 2002, 17; GÓMEZ RIVERO, *Responsabilidad*, 2.^a, 2008, 19; VILLACAMPA ESTIARTE, *Atribución*, 2003, 17. En Portugal, DA SILVA CORDEIRO, *Responsabilidade médica*, 2002, 197. En Francia, AKIDA, *La responsabilité pénale des médecins*, 1994, 1; PENNEAU, *La responsabilité du médecin*, 3.^a, 2004, 2; WELSCH, *Responsabilité du médecin*, 2000, 4. En el Reino Unido, MERRY y MCCALL SMITH, *Medicine and the law*,

tualidad del tema que se le presenta a continuación y, por otra, está justificando de entrada y en términos generales la elección de aquél como objeto de estudio por el investigador. Pero al mismo tiempo pone de manifiesto que el problema de fondo, a saber, la «exigencia de responsabilidad a los profesionales sanitarios» no es una cuestión novedosa², aunque el creciente interés de los últimos tiempos así nos lo hiciese creer. Un breve repaso de la historia de la medicina, centrándonos en la relación entre el médico y el Derecho, nos dará una visión aproximada de la evolución de este campo jurídico (el Derecho médico) desde tiempos remotos hasta hoy.

La medicina comienza a dar sus primeros pasos en el Neolítico, en los «pueblos primitivos» que ocupan la tierra entre los años 10000 y 5000 a.C. La visión inicial del médico se inspira, dentro de las culturas occidentales, en la imagen de un «sanador especializado», maestro de fuerzas sobrenaturales y detentador de poderes y saberes, complementados con una «farmacia» a base de hierbas medicinales. Este *medicine-man* o chamán se caracteriza por acceder al oficio por vía hereditaria y por hallarse en estrecha conexión con las prácticas religiosas de su grupo, ocupando, por tanto, una posición distinguida y llegando a percibir algunas veces honorarios por la prestación de sus servicios³. La fuerte sacralización de la actividad curativa y de todo lo relacionado con la enfermedad convierte al «médico» en un ser intocable, exento de responsabilidad que, en todo caso, corresponde a los dioses.

Los primeros avances de la medicina, identificando el síntoma en sí mismo y no como manifestación de una impureza moral⁴, es decir, abandonando la interpretación de la enfermedad desde el punto de vista religioso, determinan una progresiva, aunque lentísima, desacralización del médico, y paralelamente la exigencia de responsabilidad personal por los errores fatales sobre el paciente⁵. Este proceso tiene lugar en el seno de la cultura asirio-babilónica, desarrollada en Mesopotamia, entre el año 4000 y el 539 a.C. Precisamente, es en la segunda mitad del Imperio babilónico cuando por primera vez se exige formalmente responsabilidad al

2001, 1; JONES, *Medical negligence*, 4.^a, 2008, 6; QUICK, *MedLRev.*, 2006-14, 25 ss. En Alemania, KATZENMEIER, *Arzthaftung*, 2002, 40 ss.; ULSENHEIMER, *Arztstrafrecht*, 4.^a, 2008, 1 ss.

² BONIFACIO, NERI y MUCIACCIA, *La responsabilità professionale medica*, 2001, 11. Son ilustrativas las palabras con las que comienzan estos autores su monografía: «El problema de la responsabilidad del médico por los errores cometidos en el ejercicio de su actividad se pierde en la noche de los tiempos, y a pesar de que esto no está plenamente documentado, es fácil deducir que es una cuestión tan antigua como lo es el ejercicio de la medicina».

³ LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, 1994, 8 ss.; BARQUÍN, *Historia*, 8.^a, 1994, 7 ss.

⁴ LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, 1994, 16.

⁵ Una vinculación ésta, de lo divino con lo médico, que se mantuvo con mayor o menor intensidad a lo largo de la historia. Así, DE OLIVEIRA, *Temas de Direito da Medicina*, 2.^a, 2005, 91 ss.; en el mismo sentido, DA SILVA CORDEIRO, *Responsabilidade médica*, 2002, 198.

médico por los errores cometidos en el ejercicio profesional, a través de los preceptos contenidos en el Código de Hammurabi, vigente en torno al 1800 a.C. De los 282 preceptos que contiene este cuerpo legal, entre nueve y trece artículos están dedicados a regular diferentes aspectos de la profesión médica. Junto a los artículos que se ocupan de regular la relación médico-paciente, la actividad de los veterinarios y los honorarios, presentan un especial interés aquellos en que se contemplan las «penas» a que podían verse sometidos los médicos en determinados casos. Así, el precepto 219 disponía: «Si un médico ha tratado una herida grave al esclavo de un plebeyo con el punzón de bronce y lo ha matado devolverá esclavo por esclavo»; y el 220: «Si ha abierto la nube con la lanceta de bronce y destruido el ojo, pagará en plata la mitad del precio del esclavo». La consecuencia penal se agravaba cuando la infortunada actuación del médico recaía en un hombre libre, estableciendo el precepto 218 que «Si un médico ha tratado a un hombre libre de una herida grave con la lanceta de bronce y ha hecho morir al hombre, o si ha abierto la nube del hombre con la lanceta de bronce y destruye el ojo del hombre, se le cortarán las manos». Se reconoce así la existencia de faltas que pueden ser cometidas por el médico y la sanción que aquella lleva aparejada. Las explicaciones sobrenaturales van dejando su lugar al conocimiento, la experiencia y la responsabilidad del médico. Coetáneo al Imperio babilónico es el desarrollo del Antiguo Egipto, destacando en lo que se refiere a los avances médicos a partir del 1900 a.C. Aunque la medicina sigue siendo ejercida por sacerdotes, sanadores cuya principal misión es establecer una relación entre el enfermo y la divinidad, van apareciendo médicos laicos especializados en distintas dolencias. El mayor nivel científico lleva aparejado un incremento de las obligaciones y responsabilidades de los médicos⁶.

La medicina griega constituye una suerte de revolución de esta disciplina científica. En un periodo amplio, que abarca desde el s. VI a.C. hasta el IV d.C., puesto que el Imperio romano absorbe la medicina griega, se produce el paso definitivo de una medicina meramente empírica, con tintes mágicos y divinos, a una medicina eminentemente técnica, basada en la experimentación y el estudio racional, aplicando un método científico. En este largo periodo de tiempo se pueden distinguir diferentes etapas, caracterizadas cada una de ellas por el dominio de una determinada escuela médica y constantes avances en el saber médico. La profesión médica y quienes la ejercían gozaban de una gran consideración social. Su ejercicio era libre y existían distintos tipos de médicos en función del grado de formación adquirida y del lugar en que practicaban la profesión (médicos técnicamente formados —de escuela—, «médicos públicos» —contratados

⁶ FERNÁNDEZ HIERRO, *Sistema*, 5.^a, 2007, 6; WELSCH, *Responsabilité du médecin*, 2000, 2.

por la ciudad para el cumplimiento de funciones asistenciales o forenses, «esclavos médicos» —que bajo la dirección de un superior practicaban la medicina en las formas más rudas y atendían a los más pobres—, los médicos contratados para cometidos especiales —en los teatros, milicias, después en Roma, en el circo, médicos de los gladiadores—⁷. Entre todos los profesionales de la medicina destacan dos nombres. Por una parte HIPÓCRATES, que vivió en el s. IV a.C., conocido posteriormente como «padre de la medicina»⁸, cuya obra más popular es el *Juramento Hipocrático*, con la que se abre este periodo extraordinario para la medicina universal. Por otra parte, GALENO, que vive durante el s. II d.C., con una obra personal con la que se adentra en todos los campos del saber médico y que recoge toda la tradición de la medicina griega, desde sus orígenes hasta el momento final que coincide, precisamente, con su muerte. Si desde el punto de vista de la ciencia médica no se puede distinguir entre la cultura griega y romana (puesto que la segunda no es más que una continuidad de la primera, de manera que siguen siendo griegos los que ejercen y, sobre todo, investigan y contribuyen a los avances más importantes) algo distinto ocurre en el plano jurídico. En lo tocante a la responsabilidad del médico hay un cambio sensible con el paso de la Grecia clásica a la consolidación del Imperio romano. No obstante, no se puede perder de vista la contribución de los primeros en este aspecto. Si decíamos que el Código de Hammurabi constituyó el primer gran hito normativo en relación con la responsabilidad médica, parece que el segundo documento más importante, desde un punto de vista cronológico, es el *Juramento Hipocrático*. Éste posee normas de naturaleza ética. No es una norma jurídica, aunque sí ha tenido una influencia a lo largo de la historia en la determinación de la responsabilidad del médico. Actualmente sigue constituyendo la base deontológica universal del ejercicio profesional de la medicina. Algunas de las reglas de responsabilidad médica en Grecia son recogidas por PLATÓN y ARISTÓTELES. En el Derecho romano se contemplan normas relativas a la responsabilidad del médico por conductas negligentes que causen un daño en el paciente. En este sentido destacan: Instituciones, Libro IV, Títulos III al VII y Digesto, 9, 2, 7, 8.

Ya en la Edad Media sobresalen en el desarrollo de la medicina los árabes AVICENA y AVERROES, cuyas vidas se suceden en el tiempo desde el s. X al XII, y el judío MAIMÓNIDES, que vive durante el s. XII⁹. Este último, además de llevar a cabo estudios estrictamente médicos, elabora un código deontológico al estilo de HIPÓCRATES cuya repercusión llega hasta

⁷ Vid. BARQUÍN, *Historia*, 8.^a, 1994, 121, 169.

⁸ LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, 1994, 60; WELSCH, *Responsabilité du médecin*, 2000, 2.

⁹ Sobre ello, ampliamente, BARQUÍN, *Historia*, 8.^a, 1994, 194 ss.

nuestros días. El desarrollo experimentado por la medicina en la cultura árabe contrasta con el empobrecimiento al que se ve sometida esta rama científica en Europa durante la Alta Edad Media (del s. v al s. xi)¹⁰. En esta etapa los monasterios fueron los lugares donde se conservó el saber médico, con escasos avances científicos, y con un cierto retroceso respecto a épocas anteriores en lo que a la concepción del profesional médico se refiere. Esta última afirmación se entenderá al constatar que el «sacerdote médico» va a prevalecer sobre el médico seglar. Si bien con unas características distintas a aquellas que marcaban el ejercicio de la medicina en las culturas arcaicas¹¹, vuelve a vincularse esta profesión a lo religioso¹². No obstante, seguían existiendo médicos seculares que constituían una clase organizada a partir del s. viii y a los que resultaban de aplicación las disposiciones contenidas en las *Leges Wisigothorum*. Esta degradación llega a su fin con la fundación y posterior consolidación de las universidades medievales, desde el s. xii en adelante, en las que las facultades de Medicina se convierten junto con las de Teología, Derecho y Artes en uno de los cuatro pilares de la institución. Señala LAÍN ENTRALGO que «la actitud del legislador medieval ante la responsabilidad profesional del médico no fue precisamente suave. Heredando el espíritu y casi la letra de las *Leges Wisigothorum*, dice el Fuero Juzgo: “*Si algún físico sangrare algún ome libre, si enflaqueciere por la sangría, el físico debe pechar C e L sueldos. E si muriere, metan al físico en poder de los parientes que fagan del lo que quisieren. E si el siervo enflaqueciere o muriere por sangría, entregue (el médico) otro tal siervo a su sennor*”. Con una descripción más amplia y minuciosa de los posibles errores profesionales del médico, según el mismo tenor se expresan las Partidas (Séptima Partida, Título VIII, Ley VI). No todo el monte era orégano, bien se ve, en el ejercicio medieval de la medicina»¹³.

A partir del s. xiii se puede decir que el médico inicia un auténtico proceso de profesionalización. El hombre de la Baja Edad Media se seculariza, desaparece el médico eclesiástico, y se impone progresivamente la razón en la explicación de la enfermedad. Durante el Renacimiento (ss. xv y xvi) y hasta la Ilustración (s. xviii), el médico se forma en las universi-

¹⁰ Sobre ello, BONIFACIO, NERI y MUCIACCIA, *La responsabilità professionale medica*, 2001, 15.

¹¹ *Vid.*, *supra*, p. 36.

¹² DE OLIVEIRA, *Temas de Direito da Medicina*, 2.^a, 2005, 92, señala que «el médico era también un *professo*, del verbo *profiteor* que significaba prometer, confesar públicamente, al mismo tiempo que significaba una consagración pública y social reservada a pocas actividades (el sacerdocio, el gobierno y la medicina); consagración que adquirió en la Edad Media un sentido nítidamente religioso. El médico era, pues, alguien que desempeñaba una profesión que se distinguía de las simples ocupaciones o artes mecánicas y que lo situaba en los niveles más altos de la jerarquía social»; en el mismo sentido, BARQUÍN, *Historia*, 8.^a, 1994, 171 ss.

¹³ LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, 1994, 240.

dades, produciéndose el auge de la enseñanza anatómica, docencia quirúrgica, botánica y lecciones clínicas y anatomoclínicas¹⁴. En este periodo histórico nacen en Europa, a la par del movimiento burgués, las primeras «Cofradías» y «Colegios» médicos cuya finalidad inicial era suplir ciertos déficits de la enseñanza universitaria y mejorar el grado de formación del médico.

Ya en el s. XIX y comienzos del s. XX el ejercicio de la medicina va adquiriendo una serie de características que se mantienen en la actualidad y que tienen una especial importancia desde el punto de vista del Derecho. Entre todas ellas me voy a referir a dos. Es en ese momento cuando empiezan a proliferar las «especialidades médicas», debido, fundamentalmente, al considerable volumen del saber médico¹⁵. Por otra parte, el desarrollo técnico y científico de la medicina da lugar a que se incrementen las exigencias sociales sobre la tarea profesional del médico¹⁶, es decir, se espera que cure la enfermedad, por lo que junto con una progresiva mejoría en su estatus se produce un incremento de la presión social sobre su ejercicio profesional. Respecto a la regulación de la responsabilidad médica, el proceso de codificación tiene como repercusión fundamental la desaparición de disposiciones legales específicamente dirigidas al profesional sanitario. Su responsabilidad se determinará conforme a las reglas generales que rigen para los demás ciudadanos y para las demás profesiones. No obstante, en la legislación penal se incluyen determinados delitos pensados especialmente para quienes ejercen una profesión sanitaria, como ocurre, por ejemplo, con el aborto¹⁷.

Por último, a partir de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) interesa destacar aquí un fenómeno que se da en la medicina occidental y que también ha tenido y tiene efectos importantes respecto a la responsabilidad de los profesionales sanitarios: el uso generalizado de la asistencia sanitaria¹⁸, lo que supone un aumento importante de actos médicos y requiere del profesional sanitario una intervención más rápida.

¹⁴ Sobre ello, más ampliamente, LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, 1994, 379; BARQUÍN, *Historia*, 8.ª, 1994, 206 ss.

¹⁵ LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, 1994, 504.

¹⁶ LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, 1994, 539, observa al respecto: «Desde que la medicina se hace técnica, tres son los motivos que esencialmente integran el rol social del médico: la sociedad espera de éste la curación de las enfermedades, la prevención del enfermar y cierto saber científico acerca de lo que es el hombre. Pues bien, a lo largo del s. XIX, esa triple expectativa se intensifica extraordinariamente, porque el médico cura mucho más y con seguridad mucho mayor, va ampliando considerablemente sus posibilidades preventivas».

¹⁷ En este mismo sentido, pero refiriéndose al Derecho civil, FERNÁNDEZ HIERRO, *Sistema*, 5.ª, 2007, 9; WELSCH, *Responsabilité du médecin*, 2000, 2.

¹⁸ Sobre el desarrollo de la medicina en el s. XX, LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, 1994, 671 ss.