



Prolegómenos. Derechos y Valores

ISSN: 0121-182X

derechos.valores@umng.edu.co

Universidad Militar Nueva Granada

Colombia

Fernández Sessarego, Carlos

La relación jurídica del médico con el paciente

Prolegómenos. Derechos y Valores, vol. X, núm. 20, julio-diciembre, 2007, pp. 89-115

Universidad Militar Nueva Granada

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87602005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LA RELACIÓN JURÍDICA DEL MÉDICO CON EL PACIENTE*

Carlos Fernández Sessarego**
Colegio de Abogados de Lima (Perú)

Fecha de recepción: 4 de octubre de 2007.

Fecha de aceptación: 15 de noviembre de 2007.

Resumen

La relación entre el médico y el paciente es compleja, abarca diferentes facetas, se desarrolla en múltiples modalidades. Ello obliga a considerarla en diversos planos, como son el humano, el profesional, el jurídico, el de la confianza y la fe del paciente frente al médico, entre otros.

Palabras clave

Responsabilidad médica, relación jurídica médico – paciente, ética, examen médico.

LEGAL RELATIONS BETWEEN M.D. PHYSICIANS AND PATIENTS

Abstract

Relations between M.D. physicians and patients are complex, cover wide variety of aspects, and take place in multiple fashions. This article considers these relationships in different levels, to discuss legal issues related with medical responsibility, among others.

Key words

Medical responsibility, M.D. physician – patient legal relations, ethics, medical examination.

* El artículo corresponde a los resultados de la investigación sobre "Derecho Médico" iniciada por el autor en el año 2005.

** Profesor Emérito de la Universidad Nacional de San Marcos y Ordinario Principal de la Universidad Católica. Correo electrónico: fsessarego@speedy.com.pe

1. DIVERSAS PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE

1.1 Complejidad de la relación médico-paciente

La relación entre el médico y el paciente se ha ido enriqueciendo y complicando con el tiempo por la acción de diversos factores, unos humanos, otros técnicos. Así, la masificación imperante en la actualidad en el tratamiento médico del paciente y el asombroso avance científico y tecnológico son, entre otros, elementos gravitantes en dicha relación.

No obstante, no podemos limitar la complicación existente en la relación entre el médico y el paciente a sólo los hechos anteriormente señalados, es decir, al fenómeno de la masificación contemporánea o al prodigioso desarrollo de la ciencia y la tecnología médicas. A ellos debemos añadir la complejidad que representa la aparición de diversas organizaciones empresariales prestadoras de servicios médicos en casi todos los países, en mayor o menor grado, públicas o privadas. Este nuevo fenómeno ha traído como consecuencia que quede casi relegada a un segundo plano la relación directa entre el médico y el paciente, la que se producía cuando éste acudía al consultorio del médico de su confianza para lograr la curación de sus dolencias psicosomáticas. Esta relación directa entre el médico y el paciente es, en nuestros días, la más infrecuente. Lo que actualmente acontece es que ella se produce entre el paciente y las mencionadas empresas prestadoras de salud y, a través de ellas, con los médicos que le prestan sus servicios profesionales. Esta situación trae como consecuencia que, a menudo, el paciente no identifica plenamente al médico tratante. No llega necesariamente a conocerle, lo cual, por lo general, no permite que deposite en él su fe y su confianza.

La relación médico-paciente es rica en matices, compleja, cargada de un especial sentido de humanidad. Las prestaciones nacidas de dicha

relación jurídica poseen una notoria riqueza y variedad¹. Los deberes propios de la profesión médica, la manera en que los actos médicos se deben cumplir frente al paciente, pueden ser infinitamente variables². La relación entre el médico y el paciente, además, hunde sus raíces en tiempos remotos y se prolonga a través del tiempo hasta llegar a los umbrales de un nuevo milenio. En este tránsito temporal dicha relación nos muestra en la actualidad una nueva faz, la que contrasta, notablemente, con aquella que presentaba hasta no hace mucho tiempo. De ahí que sea un tema muy complejo, que debe ser afrontado con sensatez y sensibilidad.

1.2 Niveles en que se desenvuelve la relación médico-paciente

La relación médico-paciente se desarrolla en dos niveles perfectamente diferenciados. En el primero, los sujetos de la relación jurídica son el médico, de una parte, y el paciente, de la otra. Se trata de una relación de conductas humanas intersubjetivas, donde cada uno de dichos sujetos cumple un determinado rol en cuanto titular de derechos y de deberes. Cada uno está instalado, por consiguiente, en una determinada "situación jurídica subjetiva".

En un segundo nivel, la relación jurídica se despliega, cada vez con mayor intensidad, entre el paciente y el establecimiento de salud al cual recurre el enfermo. Dicho establecimiento se constituye como una empresa, es decir, como una organización de personas, donde cada una de éstas cumple una específica función. La empresa médica, tanto pública como privada, cualquiera sea su modalidad, tiene a su cargo diversas prestaciones de salud.

Existe en la actualidad una multiplicidad de empresas profesionales dedicadas a la prestación de servicios de atención médico-sanitaria.

Dentro de esta vasta gama de establecimientos de salud se hallan los hospitales del Estado, de diversa magnitud, así como las postas médicas que, se supone, prestan atención médica gratuita a los indigentes y a las personas de escasos recursos económicos. De otro lado, se encuentran los establecimientos sanitarios de la seguridad social (u obras sociales) destinados a los sectores de personas aseguradas que realizan trabajos dependientes, tanto obreros como empleados y jubilados o cesantes. Otro tipo de establecimientos sanitarios son las clínicas privadas, que atienden a muy amplios sectores de la población, las que se hallan organizadas como empresas cuyos accionistas o propietarios pueden ser médicos o personas ajenas a la profesión, o pueden también estar integradas tanto por unos como por los otros.

Dentro del sector privado, aparte de las mencionadas clínicas, se presentan otras diversas organizaciones empresariales de prestación de servicios médico-sanitarios como es el caso de las empresas prestadoras de salud o los centros de medicina prepaga. A ellos habría que agregar otro tipo de establecimientos sanitarios como son los institutos médicos con finalidades profesionales específicas, los sanatorios, las casas de reposo, los centros de atención geriátrica y otras modalidades empresariales que persiguen similares fines.

En el primer nivel antes mencionado, los sujetos de dicha relación, es decir, el médico y el paciente, asumen alternativamente roles activos y pasivos. Cada uno es, al mismo tiempo, acreedor y deudor de una determinada prestación. Frente al derecho de uno de ellos se alza el deber del otro y viceversa. Así, el paciente tiene el derecho de recibir de parte del facultativo asistencia médica y, simultáneamente, asume el correlativo deber de retribuirle por ella, mientras que el médico tiene el derecho a percibir un honorario y, al mismo tiempo, el deber de prestar el correspondiente servicio de atención médica.

Además de lo expresado en el párrafo precedente, debe también tenerse presente que al

¹ Mosset Iturraspe, Jorge y Lorenzetti, Ricardo, *Contratos médicos*, Editorial La Rocca, Buenos Aires, 1991, pág. 60.

² Fernández Costales, Javier, *El contrato de servicios médicos*, Civitas, Madrid, 1988, pág. 69 y sgts.

derecho subjetivo del cual es titular cada uno de dichos sujetos de la relación jurídica, es decir, médico y paciente, le corresponde a cada uno de ellos, simultáneamente, un determinado deber. Viceversa, el deber de cada uno de ellos contiene un cierto derecho. Ello, en cuanto no hay derechos absolutos. Cada derecho está limitado por un doble deber, uno genérico y otro específico. El genérico consiste en que el ejercicio de todo derecho subjetivo conlleva el deber de no dañar al otro. El deber específico es el propio de cada figura jurídica, el que es propio de la naturaleza de cada derecho en especial³. Es decir, cada uno de dichos sujetos de la relación jurídica médico-paciente asume, así, una cierta posición o “situación jurídica subjetiva”, la cual se expresa en un plexo de derechos y deberes propios de cada sujeto.

1.3 Las variantes en el tiempo de la relación médico-paciente

La relación médico-paciente no ha sido la misma a través de la historia. Ella ha variado con el transcurso de tiempo, pues de una relación directa e inmediata entre el médico y el paciente se ha pasado a otra de carácter masivo, propia de la organización social que prevalece en nuestros días. En la actualidad, por lo general y tal como se ha apuntado, la relación entre el médico y su paciente se transforma en mediata, desde que entre ellos se interpone el establecimiento de salud, la empresa médica, que resulta ser el otro sujeto de derecho de dicha relación. La masificación social ha influido en sentido negativo en la relación entre el médico y el paciente pues la atención médica, por lo general, ha desmejorado de modo ostensible en las últimas décadas del siglo XX no obstante el sorprendente desarrollo científico y tecnológico alcanzado por la medicina.

³ Así, el derecho subjetivo al nombre, del cual es titular cada persona - que supone que nadie puede contestarlo, ni discutirlo, ni usurarlo - conlleva simultáneamente un deber específico para su titular como es el de no cambiarlo. Ello, en cuanto los demás tienen el derecho de identificarnos, *prima facie*, mediante nuestro nombre.

Durante siglos el paciente tuvo una visión casi mítica del médico. Lo consideraba como una especie de sacerdote. Depositaba en él toda su confianza, nunca discutía el resultado de una intervención. Si ella era negativa, la resignación era el sentimiento que experimentaba el enfermo. No se tiene noticias de reclamos o de acciones judiciales interpuestas frente a casos de clara responsabilidad médica. El cuadro es distinto en los tiempos que corren. A él nos referiremos en las páginas siguientes.

Son varios los factores que, interactuando, han contribuido a dicho cambio. No obstante, existe en la relación médico-paciente una línea de continuidad en el tiempo, ciertos perfiles que siempre han existido, nítidos o desdibujados, que han sido y son constantes, aunque hayan sufrido alteraciones más o menos profundas en el curso de la historia.

La relación médico-paciente puede abordarse, al menos, desde cuatro perspectivas complementarias entre sí. Ellas, como se ha señalado, son la humana, la profesional, la de la fe -que tiene en la confianza su principal ingrediente- y la jurídica⁴. Todas ellas se sustentan en la especial calidad existencial del ser humano. La relación médico-paciente ostenta unos atributos tan peculiares que le confiere una identidad específica, la que la distancia de otros tipos de relaciones humanas.

2. EL PACIENTE EN CUANTO SER HUMANO

2.1 El necesario conocimiento de la estructura existencial del ser humano

El sacerdote, el médico y el jurista, para desempeñar a plenitud y fructíferamente su actividad profesional, deben conocer al ser humano, es decir, al sujeto de sus preocupaciones y de sus

⁴ García Blásquez, Manuel y Molinos Cobo, Juan J., *Manual práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica*, segunda edición, Editorial Comares, Granada, 1997, pág. 139.

cuidados. Mal se puede atender y servir al ser humano si no se conoce su naturaleza, su estructura existencial, su especial calidad ontológica, hasta donde ello es posible a la altura de los conocimientos que sobre él se poseen en el umbral del siglo XXI.

El ser humano ocupa el centro de la preferente atención de sacerdotes, médicos y abogados. Por ello, un buen médico debe conocer a su paciente en lo que él es, como una unidad psicosomática sustentada en su libertad. De ahí que resulte cierto que “sólo conociendo al enfermo se podrá saber de su enfermedad” o que “no existen enfermedades sino enfermos”. En el trasfondo de la compleja relación entre el médico y el paciente debe haber amor al prójimo o, expresado en palabras en uso, debe vivenciarse en ella el valor de la solidaridad.

El médico nunca debe perder de vista que el paciente es un ser humano constituido, como está dicho, por “una unidad psicosomática que se sustenta en la libertad”. Libertad que constituye su propio ser. Cada ser humano es un ente unitario, único, idéntico a sí mismo, no intercambiable. Una identidad que se encuentra instalada en el genoma humano, que se hace ostensible en el instante mismo de la concepción⁵ mediante una exclusiva clave genética y que se forja, consolida y despliega en el tiempo según el libre desarrollo de la personalidad de acuerdo con un determinado “proyecto de vida”. Todos los seres humanos son iguales, están dotados de la misma estructura psicosomática que se sustenta en la libertad, mas no hay dos seres humanos idénticos. De ahí que no existan dos biografías idénticas. La existencia de cada persona es una aventura única, intransferible, un universo de posibilidades, de opciones, a partir de las cuales, y por ser libre, proyecta su vida. En ello reside la dignidad de la persona humana.

⁵ El instante de la concepción es el de la *singamia*, es decir, aquél en el cual se produce la fusión de los núcleos del espermatozoide y del óvulo. A partir de este momento nos encontramos frente a un embrionario ser humano viviente. Todo lo que viene después es el proceso natural de la vida humana.

La inherente dignidad de la persona humana debe ser siempre respetada por el médico al encontrarse frente a un paciente, por modesto, humilde o ignorante que sea. La rutina o la carencia, mayor o menor, de sensibilidad no deben empañar los ojos del médico al extremo que vea ante sí, como paciente, no a un sujeto libre y digno sino a un objeto, a una cosa manipulable, a un ente de menor jerarquía ontológica. El ser humano no es un objeto más en el Universo. Por ello, no puede, en ningún caso, ser “cosificado”. De ahí que el reconocimiento pleno de la inherente dignidad de la persona se constituya en la actitud natural y normal del médico frente a cualquier paciente, por lo que los principios éticos deben regir permanentemente esta especial relación.

Carlos Gherzi incide en la especial responsabilidad que, en atención a lo expresado, asume el médico cuando se relaciona con un paciente. Al respecto, sostiene que “no debemos olvidar que el destinatario del acto medical es el ser humano, en su cuerpo y mente; de allí que, bajo esta circunstancia, la consideración de la conducta del profesional tienda a juzgarse con un rigor muy especial”⁶. Como se aprecia, el autor propone que el médico sea tratado con mayor severidad que cualquier otro ciudadano responsable. Ello se justifica, nos dice, en función de su específica actividad, la misma que está dirigida a curar o salvar la vida del hombre. Deberíamos agregar a lo dicho lo que todos sabemos y que a veces, por sabido, se olvida. Y es que el médico fue formado y se capacitó y preparó para ello. El médico es consciente que es ese el sentido de su ministerio, que en él se sustenta su vocación y su destino. Ello significa “ser médico”.

Concretando normativamente lo anteriormente bosquejado, la Ley General de Salud del Perú, N° 26842, establece en el inciso a) de su artículo 15° que toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho: “*Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad*”. La perso-

⁶ Gherzi, Carlos, *Responsabilidad por prestación médica asistencial*, Hammurabi, Buenos Aires, 1987, pág. 42.

nalidad es la “manera de ser” de cada persona, tal cual se proyecta en el mundo exterior, con sus virtudes y defectos, con sus atributos y sus limitaciones. Es decir, tal cual se presenta ante la mirada de los demás. La dignidad, como está dicho, se sustenta en la calidad ontológica de la persona en cuanto ser libre e idéntica a sí misma, única y no estandarizada. La intimidad es el ámbito de la vida privada, que no interesa a los demás, que está excluida de su conocimiento, por lo que debe ser protegida frente a cualquier tipo de intrusión indebida y perturbadora.

Si hubiéramos tenido la oportunidad de redactar el mencionado inciso a) del artículo 15° de la Ley General de Salud, por razones de jerarquía e importancia, hubiésemos colocado sistemáticamente en primer lugar a la dignidad, que se sustenta en la libertad -por lo que es lo sustantivo-, para luego referirnos a la personalidad, que es su manifestación exterior y, para concluir, situaríamos a la intimidad que es uno de los derechos de la persona.

De conformidad con lo que establece el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, la misión de la profesión médica es preservar la salud y, cuando ello no es posible, aliviar las dolencias y, en todos los casos, consolar a los pacientes y familiares. Este objetivo “se fundamenta en el respeto a las personas y la dignidad humana”. Los principios éticos impregnan toda la relación médico-paciente. En la consecución de dicho objetivo se sustenta, por consiguiente, esta relación. De ahí que, como lo señala dicho Código, “el decoro, la honestidad, el altruismo y la integridad moral, constituyen normas que condicionan y gobiernan la conducta de los médicos y exaltan su idealismo a los planos más elevados de la vida en comunidad”. El idealismo es el polo opuesto al absoluto pragmatismo.

Es importante destacar que la misión del médico, en la dimensión humana, no se reduce, como lo señala el citado Código, a sólo curar o aliviar enfermedades sino, también, a “con-

solar” al paciente y a sus familiares. Consolar, como lo indica el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia, significa “aliviar la pena o aflicción de uno”. Ello supone que la labor del médico trasciende su función estrictamente técnica y profesional para elevarse a un plano espiritual.

En la relación de consulta y para los efectos de procedimientos o tratamientos, el paciente es merecedor de parte del médico de un trato al más alto nivel ético y de respeto a su dignidad humana. Ello, con independencia del ascendiente que, por sus conocimientos, ocupa el médico en dicha relación.

2.2 El desequilibrio existente en la relación médico-paciente

Es dable advertir un desequilibrio en la relación entre el médico y el paciente en cuanto al poder que ostenta el primero frente al segundo, el que se sustenta en su específico saber. Existe un evidente desnivel cognoscitivo entre el médico y el paciente. Este poder coloca al médico en una posición privilegiada pues, en muchos casos, debido precisamente a ese saber, ejerce su capacidad de determinar el comportamiento del paciente. Este saber es una decisiva forma de poder que el médico tiene que utilizar atendiendo siempre a lo que más conviene al paciente. Ello hace cada vez más imperativo el deber del médico de informar al paciente sobre los alcances de su enfermedad en todos sus aspectos, es decir, en cuanto al diagnóstico, la terapia y el pronóstico, a fin de que la decisión que adopte el paciente, sobre la base de dicha previa información, pueda ser libre, sin que el poder del médico actúe en forma determinante sobre su opción.

Ser respetuoso de la dignidad de la persona humana se traduce fundamentalmente en el respeto, de parte del médico, de la libre decisión informada del paciente en cuanto a aceptar o rechazar un determinado tratamiento médico-quirúrgico, así como proteger su vida, su salud, su identidad, su intimidad.

Finalmente, el médico debe tener siempre presente que el ser humano es una unidad inescindible, por lo que no sólo se debe tratar el cuerpo, en sentido estricto, o la psique, sino también la dimensión espiritual que se sustenta en la libertad. El médico, por consiguiente, no se enfrenta tan sólo al soma o la psique sino a una unidad de la que no se puede escindir su dimensión espiritual. El hombre, diríamos, es “una sola pieza”.

3. RELACIÓN HUMANA MÉDICO-PACIENTE

Entre el médico y el paciente se establece una relación entre dos seres humanos, de carácter personal, donde la conjugación de la personalidad del uno con la del otro va a constituir el punto de preliminar sintonía para un ulterior entendimiento. Es el impacto del momento inicial de dicha relación el que gravita, generalmente, en su futuro desarrollo. La simpatía que en el paciente pueda despertar la cordial figura del médico que tiene ante sí ha de repercutir, de alguna manera, en el curso del tratamiento médico. Simpatía que puede depender, en muchos casos, de la afabilidad y buen trato que dispense el médico al paciente, de la atención que le dedique, de su paciencia para escucharle. En este sentido, la primera impresión es muy importante y, a menudo, difícil de modificar con el transcurso del tiempo. Una relación cordial, serena, relativamente optimista, según el caso, ha de contribuir al buen entendimiento entre el paciente y el médico. Si fuere así, se habrá instituido una sintonía afectiva de importancia en la relación humana médico-paciente. Ello contribuirá a la serenidad del paciente y a la mayor dosis de confianza que otorgará a “su” médico.

3.1 El deber y la actitud del médico

Una actitud de parte del médico hosca, dura, displicente, indiferente, fría lindando con lo inhumano, no motivará positivamente al paciente. Mucho depende, en este caso, de la personalidad del médico o de su capacidad de entrega.

Una actitud más bien negativa de parte del facultativo no contribuirá, en la medida de lo deseable, a que la relación entre ellos sea fluida, cargada de simpatía y hasta de afecto y gratitud. Por el contrario, dicha relación aparecerá más bien distante y poco grata. Ello no facilitará la relación humana que se entreteje entre el médico y su paciente y, de algún modo, repercutirá desfavorablemente en el tratamiento y afectará, en alguna medida, la confianza que el paciente debería depositar en el médico.

La relación médico-paciente se establece, por lo general, sobre la base de una desigualdad de condiciones psicofísicas y morales, siendo el paciente la parte más débil de ella ya que, aquejado de un mal, con frecuencia “tiene restringida su capacidad de normal relación social”. Dentro de esta relación, el médico está obligado a entender y disculpar “una actitud a veces desconsiderada o poco elegante por parte del paciente”. La tolerancia, suprema virtud en las relaciones humanas, debería primar en estas difíciles pero comprensibles circunstancias.

En la relación entre el médico y el paciente, el primero debe tratar al segundo con lealtad, decoro, destreza, dedicación, cortesía, oportunidad y con profundo respeto a la dignidad humana. En la mencionada relación, el médico debe demostrar una intachable conducta y debe conducir tanto el interrogatorio al paciente como el examen clínico, las indicaciones terapéuticas, recomendaciones y sugerencias, cuidando siempre el estricto cumplimiento de las normas éticas y la moral. Así lo dispone, por lo demás, el referido Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.

El tacto, la delicadeza y la cordialidad, “todo no exento de firmeza y autoridad”, deben ser empleados apropiadamente por el médico de conformidad con varios elementos como son la naturaleza del paciente, el carácter de la enfermedad y las circunstancias particulares del caso. Como señala Yungano, uno de los ingredientes esenciales de la relación humana entre el facultativo y el paciente está constituido por

la seriedad y la sinceridad del médico en mérito a la específica función que desempeña, teniendo siempre muy en cuenta tales elementos esenciales⁷.

Debemos reconocer que la relación entre el médico y el paciente requiere de respeto mutuo, comprensión, confianza, tiempo para el diálogo y el conocimiento de la personalidad del otro. En variados casos, no resulta ser tarea fácil. La relación médico - paciente “no es siempre franca, abierta, cordial”. Ello es lamentable y no condice con las normas éticas que la regulan.

El médico, entre otras virtudes, debe ser tolerante y solidario con el enfermo. La tolerancia permite ser comprensivo de ciertas actitudes discordantes o majaderas de algunos pacientes, con su explicable estado de nerviosismo, de desequilibrio emocional. De otro lado, el médico debe ser solidario con el paciente. Como señala el Código de Ética y Deontología que venimos citando, *“la solidaridad es un principio inherente a nuestra organización social, se expresa como un afán de ayuda mutua y encuentra en el acto médico una forma de realización que permite una relación horizontal con el paciente y con la sociedad que afirma nuestros valores y refuerza el tejido social”*.

El médico, como acotábamos, debe saber escuchar al paciente, debe hacer a menudo un esfuerzo para establecer con él una buena comunicación. Sabemos que ello no siempre es fácil. Por el contrario, el agobiante trabajo de ciertos médicos les impide cumplir a cabalidad con esta actitud. El problema de la masificación de la atención médica gravita negativamente en este sentido.

Una buena relación humana entre el médico y su paciente se constituye como una base segura para un buen entendimiento entre ambos, lo que contribuirá a obtener los mejores resultados en la intervención médica que se practique. Ella

favorecerá la creación de un ambiente de simpatía y recíproca confianza, lo que no sólo contribuirá positivamente al éxito del tratamiento sino que, además, reforzará el flanco psíquico del paciente.

3.2 El comportamiento del paciente

El paciente, por su parte y dentro de sus posibilidades, debe contribuir a la construcción de una armoniosa relación humana con el médico. En este sentido no debe rechazar toda la ayuda que le ofrece el médico así como tampoco debe asumir una “postura servil, de cuasi obsecuencia, de completa dependencia”. El paciente debe eliminar los prejuicios que conducen a la desconfianza, a las reservas, a la reticencia, a las suspicacias, a descreer infundadamente del médico. Sin la colaboración del paciente muy poco es lo que puede hacer el médico. Muchos de los fracasos que se advierten encuentran su razón en dichas actitudes⁸.

4. RELACIÓN PROFESIONAL MÉDICO-PACIENTE

4.1 Modalidades de la relación profesional médico-paciente

Son varias las vías por las cuales, en la actualidad, se relacionan profesionalmente el médico y el paciente. En términos generales, las más comunes se generan en forma directa con el médico tratante o con un equipo médico o valiéndose de la intermediación de un establecimiento de salud o de una empresa prestadora de servicios médico-sanitarios.

El médico y el paciente se relacionan profesionalmente cuando éste se dirige directamente a un determinado médico solicitándole sus cuidados, requiriéndole la curación de algún mal psicosomático que le aqueja. Hasta no hace mucho tiempo esta era la forma habitual de relación profesional entre el médico y el pacien-

⁷ Yungano, Arturo Ricardo, *Cuestiones civiles*, en “Responsabilidad de los Médicos”, segunda edición, Editorial Universidad, Buenos Aires, 1986. pág. 87.

⁸ Mosset Iturraspe, Jorge y Lorenzetti, Ricardo, *Contratos médicos*, ob. cit., pág. 80.

te. Menos frecuente es la relación fortuita, es decir, cuando el médico, sin ser buscado por el paciente y sin contar con su asentimiento, debe atenderlo en un caso de urgencia donde el enfermo se encuentra inconsciente o no está, por cualquier otra causa, en condiciones de prestar un consentimiento válido. Otra hipótesis es aquella en la cual la relación surge en cumplimiento de la ley como, por ejemplo, en el caso de tratamientos sanitarios obligatorios.

Puede ocurrir, asimismo, que el paciente haya contratado con un establecimiento de salud ya sea público o privado y que, en virtud de esta situación, entre en contacto con el médico. En el primer caso, se trata de instituciones estatales dedicadas a la seguridad social de dependientes de empresas o de empleadores en general. Es también posible que la relación se inicie en mérito a la ejecución de un contrato de seguro, por ser dependiente de una empresa que cuenta con un médico al servicio de su personal. Algunos tipos de seguro de salud se contratan con empresas dedicadas a asegurar la salud, por lo que el paciente puede dirigirse a cualquier establecimiento de salud o a un médico particular en busca de atención sanitaria. En otros casos la relación se produce por haber contratado una cobertura de su salud con un determinado establecimiento sanitario, es decir, con una cierta clínica privada.

La relación profesional médico-paciente, ya sea que éste se dirija directamente en busca de un determinado médico o acuda a un establecimiento de salud, se sustenta en la decisión del paciente de recurrir a los conocimientos del médico para curar su enfermedad, para aliviarla, o, al menos, para obtener un determinado certificado relacionado con su estado de salud.

4.2 La verdad en la relación médico-paciente

La relación entre el médico y el paciente se basa, como todo acto de la vida humana, en la verdad. El paciente no debe ocultar, engañar, exagerar, disimular o encubrir de algún modo

lo relacionado con los síntomas de su mal o en cuanto a sus antecedentes médicos, es decir, a las enfermedades o intervenciones que haya sido sometido en el pasado o aquellas que recuerde hayan padecido sus progenitores. Como apuntan García Blásquez y Molinos Cobo, “de la veracidad y objetividad del enfermo puede depender muchas veces el tipo de resultado final”. La verdad es, así, un ingrediente básico en la relación profesional médico-paciente.

El médico, por su parte, debe formular al paciente todas las preguntas que considere indispensables, según la práctica común, para confeccionar una historia clínica completa y veraz. Esclarecer a plenitud, sin lagunas o vacíos, los antecedentes del enfermo resulta una tarea indispensable para poder efectuar un diagnóstico preciso. Las exploraciones que sobre el paciente deba efectuar el médico serán sólo las necesarias y en los lugares adecuados, transmitiendo al paciente seguridad y confianza. En esta fase se requiere del médico, para el éxito de la exploración, “prudencia, exquisita delicadeza y gran comprensión tanto para no herir la sensibilidad del explorado como para conseguir la adecuada colaboración, consciente o inconsciente de éste”⁹.

4.3 Características del examen médico

El examen del enfermo, además de reunir las notas antes señaladas, debe ser prolongado, repetido, profundo y técnico. En cuanto al primer requisito, debe entenderse que el tiempo que el médico dedica a la exploración debe ser el necesario, el adecuado, el suficiente para el conocimiento del paciente y para recibir de éste las explicaciones y los antecedentes del caso. El examen debe ser también repetido, ya sea en la misma entrevista o en consultas o visitas posteriores. La exploración debe ser profunda, es decir, minuciosa, completa, sin descuidar ningún aspecto relacionado con el caso, a fin de

⁹ García Blásquez, Manuel y Molinos Cobo, Juan J., *Manual práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica*, ob. cit., pág. 141.

conseguir la mayor información posible tanto cualitativa como cuantitativa. Finalmente, el aspecto técnico debe permitir al médico aplicar sus calificados conocimientos profesionales obtenidos no sólo durante su aprendizaje universitario sino sobre la base de sus experiencias posteriores y su permanente actualización. En este sentido, el médico debe saber “qué es lo que debe examinar, cómo hacerlo, qué debe buscar y qué cabe esperar”¹⁰. El médico, además, debe seguir de cerca la evolución del caso.

4.4 El deber del médico de informar al paciente sobre los alcances de su enfermedad

La relación profesional consistente en una consulta médica concluye con la información que ha de proporcionar el médico al paciente sobre “su diagnóstico, pronóstico, tratamiento, observación de vida, justificación de pruebas diagnósticas complementarias que pueden suponer mayor riesgo o importe económico”, así como todo lo demás que considere oportuno hacer de conocimiento del paciente. La información debe ser lo más completa posible, de acuerdo con las circunstancias, reflejando la verdad en cuanto a su contenido. Informar al paciente es un deber insoslayable del médico que se sustenta en su correlato, que es el derecho que tiene el paciente a ser informado con la verdad. Este es el principio, la regla, no obstante lo cual caben algunas específicas excepciones.

Un grave problema ético-jurídico se suele presentar, en algunos casos, en el instante de la relación en la que el médico debe informar al paciente sobre su enfermedad, tal como se ha especificado en el párrafo anterior. El problema se suscita en cuanto a saber si el médico está obligado o no a decirle a su paciente la realidad de su mal cuando éste se encuentra en situaciones muy críticas. Por ejemplo, si el facultativo estaría obligado a informar a su paciente que padece de un cáncer avanzado que, según

su pronóstico, no tiene cura. Consideramos que el asunto merece un tratamiento breve y preliminar.

Es de rigor preguntarse, en el caso del ejemplo propuesto, si la obligación del médico de decir la verdad, de ser honesto en su relación con el paciente, lo compromete a informarle sobre la dura verdad de su mal. Si bien el paciente tiene el derecho a conocer toda la verdad sobre su enfermedad, se trata de una situación que, en la práctica, es difícil de resolver. En ciertos casos, podría decirle de una sola vez, con el tino y la delicadeza que la situación exige, toda la verdad. Pero, en otros, dada la peculiar personalidad del paciente, el transmitirle una información negativa en extremo podría agravar el estado de su salud, deprimirlo, provocar un derrumbe moral, sumirlo en angustia existencial y hasta inducirlo a pensar en el suicidio. De otro lado, ocultarle la verdad sobre su enfermedad le impediría buscar otras fuentes de curación de su mal, como acudir en consulta con otros especialistas o centros de prestigio mundial con la esperanza de encontrar un remedio total o, al menos, parcial para el mal que le aqueja.

No decirle la verdad al paciente puede perjudicarle también en lo que concierne a la organización de su vida y de sus asuntos en los probables días que le restan de existencia. Ello, en beneficio tanto propio como de su familia. Sabiendo que no le queda mucho tiempo de vida el enfermo puede poner en orden sus asuntos personales, cumplir algún deseo importante, realizar alguna gestión especial, en suma.

En el caso propuesto, el médico debe actuar en función de las características de la personalidad del paciente y de las circunstancias. El principio que no puede soslayarse, como se ha remarcado, es el deber del médico de comunicar al paciente todo lo referente al diagnóstico y al pronóstico de la enfermedad. Sin embargo, en el caso que la personalidad o el estado del enfermo impidiese, según criterio del facultativo, que se le comunique de modo directo toda la información referente a su mal, el médico podría optar por

¹⁰ Yungano, Arturo Ricardo, *Cuestiones civiles* en “Responsabilidad profesional de los médicos”, ob. cit., pág. 88.

informar primero a los familiares o allegados, si los hubiere, y tratar con ellos para proceder de común acuerdo y, si fuere el caso, no transmitir la verdad al paciente si ello pudiese afectarlo gravemente.

Existe además, en caso que el médico no estuviere seguro de la conveniencia o no de informar directamente al paciente, la alternativa de preguntarle, con la sagacidad que el caso reclama, si desea conocer la verdad sobre su enfermedad. En esta hipótesis, el paciente podría responder si quiere o no conocer esta verdad. En esta situación será el propio paciente, conociendo el grado de su fortaleza anímica, quien adopte una decisión al respecto. En cualquier caso, el médico deberá actuar con sagacidad, tino, prudencia, para no afectar psíquicamente al paciente cuando esta situación podría ser un factor negativo, gravemente perturbador, en el proceso de recuperación de la salud del enfermo.

4.5 La percepción de los honorarios profesionales

Terminada la información pertinente, el médico estará en condiciones de percibir sus honorarios por la consulta o, si se tratase de un tratamiento o de una intervención quirúrgica, aquellos que se hubieren pactado en su momento. En cualquier caso, el médico no sólo debe atender la salud del paciente sino también sus intereses económicos tanto en la oportunidad de hacer efectivos sus honorarios como en lo atinente a la prescripción de pruebas complementarias, las que podrían evitarse, total o parcialmente, si no fuesen absolutamente indispensables para la formulación de un diagnóstico acertado. En esta hipótesis podrían buscarse otras alternativas que, siendo de similar eficacia diagnóstica o terapéutica, resulten menos costosas. En todo caso, el médico debe conducir su actuación en función de la condición económica del paciente tanto en lo concerniente al cobro de honorarios como al tratamiento que deba prescribir, escogiendo aquél que sea menos oneroso y esté al alcance de las posibilidades económicas del enfermo, si ello fuere posible.

La actividad profesional del médico debe registrarse, en todo momento, por las reglas éticas pertinentes, aplicando todos sus conocimientos y diligencia en el proceso de recuperación de la salud del paciente. Su vocación de servicio debe hacerse presente en toda oportunidad.

5. FE Y CONFIANZA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Una tercera modalidad en la relación médico-paciente es aquella referente a la confianza que el primero despierta, o debe despertar, en el segundo. Toda relación médico-paciente suele desenvolverse dentro de un marco en el cual la fe del paciente en las calidades humana y profesional del médico preside la relación. Esta fe, esta recíproca confianza entre el médico y el paciente, contribuye a obtener los mejores resultados en el proceso de tratamiento del enfermo. La confianza en el profesional, sea éste médico o abogado, resulta ser un elemento de gran importancia en la relación con sus clientes que, en ciertas especiales circunstancias, puede llegar a ser más importante que las calidades científicas y técnicas del profesional.

Puede sostenerse que la doctrina y la jurisprudencia comparada están concordes en que la relación entre el médico y su paciente se sustenta en la confianza. Esta regla traduce la costumbre y la tradición que históricamente ha imperado en esta materia. Si todo contrato se sustenta en la confianza, con mayor razón aquél en el que está en juego la salud y la vida del ser humano. De ahí que se pueda aludir a una confianza general en la que se está seguro y se da por cierto que las personas actuarán de buena fe, de modo razonable, con transparencia en su comportamiento. Esta es la confianza que se encuentra en el trasfondo de todo contrato. Pero, al lado de esta confianza general encontramos una confianza especial, que es la que posee un deudor en particular, la que es superior a la confianza promedio, es decir, a la general. Esta última, la especial, es la confianza que el enfermo deposita en el médico tratante.

Dicha relación de confianza se solía conocer antaño como aquella tradicional actitud del paciente que expresaba, con sencillez y espontaneidad, su “fe en el médico”, en un “determinado” médico. El paciente acudía, generalmente, donde el profesional que le merecía fe, que le inspiraba seguridad y confianza. Era el tradicional médico de familia. En otros casos, en los que el paciente por diversas circunstancias no conocía personalmente al médico, después de una primera entrevista o consulta, aquél podía experimentar similar sensación de fe o confianza en el facultativo.

La relación de fe o confianza entre el paciente y el médico reconoce en su origen varias fuentes como son la razón, la intuición, la experiencia, el instinto. Esta relación de confianza es, a menudo y como anotábamos, un requisito previo para lograr la plena eficacia de un determinado tratamiento. Existen pacientes que conocen a un médico por primera vez y, sin saber siquiera si es acertado o no el tratamiento prescrito, al salir de la consulta expresan que “le han tomado mucha fe”¹¹. En esta hipótesis, la fe surge espontáneamente, como producto de una relación humana y profesional “afectiva y sintonizante donde el paciente ve en el médico, incluso de un modo empírico, el agente idóneo para su curación”. Se trata, a menudo, sobre la base de lo expuesto, más que de una reacción enteramente racional, de una creencia, de un auténtico acto de fe de parte del paciente sustentado, con frecuencia, en el trato cálido y paciente, transido de humanidad, que pudo haberle otorgado el médico. Estamos, por lo tanto, ante una reacción originariamente de carácter subjetivo.

La confianza que deposita el paciente en su médico, como bien lo precisa Savatier, “no es una confianza banal, sino se trata de la confianza de un ignorante en un sabio, de un ser humano en su consejero íntimo, de un profano en un ini-

ciado”¹². Estos son, sintéticamente y en líneas generales, los ingredientes principales de la confianza del paciente en su médico tratante.

Como anota el propio Savatier, el médico tiene la obligación de aconsejar al paciente, de aclarar todas sus dudas, de responder, dentro de lo posible y conveniente, a todas sus inquietudes y preguntas. Esta obligación deriva, precisamente, de la relación de confianza entre el paciente y el médico. En este sentido cuando el paciente se dirige al médico no sólo busca una asistencia de carácter técnico sino que también desea encontrar un socorro humano¹³.

Ataz López asimila el consejo que el médico proporciona al paciente a una “propuesta terapéutica”. Así, nos dice, cuando el médico le aconseja al paciente dejar de fumar, pero sin llegar a prescribírselo, “no está haciendo otra cosa que proponiendo al paciente un tratamiento, al mismo tiempo que indicándole que dicho tratamiento, si bien es conveniente para su salud, no es urgente o no es totalmente necesario”¹⁴. No obstante la atinada observación formulada por Ataz López, consideramos que no siempre el consejo que un médico ofrece a su paciente se reduce, estricta y necesariamente, a constituirse como una “propuesta terapéutica” ya que pueden existir consejos que comprendan otros hábitos o aspectos de la vida del paciente ajenos al cuidado que el médico brinda al paciente afectado de una determinada enfermedad. Claro está que, en sentido amplio, todo consejo dado a un paciente proveniente de un médico, en cuanto tiene que ver con la salud, podría calificarse como un matiz del tratamiento terapéutico.

En la actualidad, donde en gran medida la medicina se ha despersonalizado tanto a causa del proceso de masificación al que asistimos como

¹¹ García Blásquez, Manuel y Molinos Cobo, Juan J., *Manual práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica*, ob. cit. pág. 143.

¹² Savatier, Rene, *L'origine et le développement du droit des professions liberales*, en “Archives de Philosophie du Droit”, 1953-54, pág. 46.

¹³ Savatier, Jean, *La profession liberale. Etude juridique et pratique*, Paris, 1947, pág. 278-279.

¹⁴ Ataz López, Joaquín, *Los médicos y la responsabilidad civil*, Editorial Montecorvo, Madrid, 1985, pág. 176.

al de una tecnología altamente sofisticada, la relación de confianza entre el médico y el paciente tiende a disminuir, a debilitarse o, simplemente, a casi no producirse o a desaparecer. Ello, en cuanto el paciente, en la mayoría de las oportunidades, no acude donde el médico por la fe que éste le inspira sino porque está obligado - por un derecho de prestación social adquirido o por un determinado contrato de atención médica celebrado con un establecimiento de salud - a someterse a un médico o a un grupo o equipo médico que no ha escogido de antemano. La relación de fe y confianza se ha visto así conmocionada y, como se ha advertido, “hemos pasado al paciente anónimo o, lo que es peor, al médico anónimo”.

No obstante la situación antes descrita, se hace necesario encontrar los mecanismos necesarios para que, sin menoscabo del progreso de la técnica y del avance de la ciencia, se intente recuperar, en la medida que lo permitan las circunstancias y dentro de lo posible, aquella relación de confianza “como presupuesto esencial del quehacer médico”.

6. RELACIÓN ÉTICO-JURÍDICA DEL MÉDICO CON EL PACIENTE

Si bien la relación médico-paciente hunde sus más profundas raíces en la ética, ella también, como cualquier otra relación interhumana, está regida por el derecho. Cabe recordar a este propósito que no existe relación humana que sea indiferente al derecho. Toda conducta humana intersubjetiva es susceptible de ser valorada jurídicamente y, como consecuencia de ello, determinar si es justa o injusta, si está permitida o está prohibida. Las normas, consuetudinarias o legales, recogen esta valoración previa de un comportamiento humano. De ahí que el juez, en defecto de norma que regule el caso que se le propone, debe necesariamente decidir, pronunciar sentencia, valiéndose para ello de los principios generales del derecho, de su propia vivencia axiológica del caso, sin perder de vista, en última instancia, el axioma jurídico que expresa “que lo que no está prohibido está permi-

tido, salvo que se atente contra el orden público o las buenas costumbres”.

6.1 Aspectos éticos de la relación médico-paciente

Los diversos aspectos éticos de la relación médico-paciente están contemplados en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, del 05 de octubre del 2000. En el Título I, Declaración de Principios, se expresa que: “*La Ética médica orienta la conducta de los médicos hacia el bien, busca lo correcto, lo ideal y la excelencia. La deontología médica regula los deberes de los médicos*”.

En el mismo Título I se declara que el mencionado Código “*constituye el conjunto de preceptos de carácter moral que aseguran una práctica honesta y una conducta honorable a todos y cada uno de los miembros de la profesión médica*”. Se establece que dichos preceptos rigen para todos los colegiados “*y concierne al ámbito de la moral individual y ética personal y social del médico*”.

6.2 Aspectos jurídicos de la relación médico-paciente

La relación jurídica entre el médico y el paciente admite, como se ha anotado, múltiples formas, “habiendo llegado a un grado tal de complejidad que el paciente no puede identificar con quién ha contratado y el jurista se desorienta sobre quiénes se vincularon”¹⁵. Así, la relación puede ser directa entre el paciente y un determinado médico o entre el paciente y una agrupación de médicos asociados en un Instituto o Centro médico especializado. El paciente puede pasar de manos de un médico a otro especializado en su dolencia o ser sometido a interconsultas entre médicos o, en casos graves o difíciles, el diagnóstico puede ser practicado o confirmado por una junta médica.

La relación entre el paciente y un determinado médico asume, por lo general, una cierta for-

¹⁵ Lorenzetti, Ricardo, *Responsabilidad civil de los médicos*, Tomo I, Rubinzal-Culzoni, Buenos Aires, 1997, pág. 309.

ma contractual aunque ella suele ser comúnmente tácita, carente de un contenido normativo expreso. Aparece así, a simple vista, como “menesteroso de contenido normativo”. Cabe señalar al respecto que “las partes no discuten las probables cláusulas que la jurisprudencia ha admitido como contenidas en el negocio”. Es decir, que en la relación contractual médico-paciente existe un amplio contenido implícito¹⁶.

La relación del paciente con el médico puede transitar - y es actualmente lo más frecuente - a través de varias otras vías como un establecimiento de salud público, una clínica privada, una empresa prestadora de servicios médicos, una empresa de medicina prepaga. Toda esta gama de posibilidades y otras imaginables permiten sostener que “lejos de presentar una sustancia compacta y homogénea, la actividad médica genera múltiples interrelaciones, algunas de ellas genuinamente originales, lo que convierte la materia en reacia a las pretensiones ordenadoras del jurista dogmático”¹⁷. Es decir, para el jurista clásico, tradicional, amante de las clasificaciones a imagen y semejanza de las ciencias naturales. Nos referimos a un jurista decimonónico que aún no ha comprendido que el derecho es, primariamente, vida humana social. Vida humana que es la “materia prima” sobre la cual actúa el jurista para regularla valiosamente con la pretensión que en las relaciones interhumanas se vivencien valores tales como la justicia, la solidaridad, la seguridad, la paz.

La relación médico-paciente está regulada mediante diversos dispositivos del ordenamiento jurídico nacional. La Constitución Política enuncia los derechos fundamentales de la persona y, por consiguiente del paciente, como son el derecho a la vida, a la integridad psicosomática, al libre desarrollo de la libertad, a la identidad, a la intimidad, a la igualdad ante la ley, a que los bancos de datos no suministren

informaciones que afecten la intimidad de la persona, a guardar el secreto profesional, a la protección de su salud, entre otros derechos de rango constitucional vinculados con la relación entre el médico, los establecimientos de salud y sus pacientes¹⁸.

Se debe tener en cuenta que tratándose de los derechos de la persona, que constituyen el núcleo de los derechos humanos, el artículo 3° de la Constitución de 1993 dispone que no existe un número cerrado en cuanto a estos derechos se refiere¹⁹. Es decir, que más allá de aquellos derechos enunciados en la Constitución, desarrollados en el Código Civil o en cualquier otro dispositivo legal del ordenamiento jurídico positivo nacional, el juez tendrá en cuenta, para su debida protección, aquellos intereses existenciales o derechos naturales inherentes a la dignidad misma de la persona.

En el artículo 5° del Código Civil peruano de 1984²⁰ encontramos tanto el tratamiento de los derechos de la persona como las normas aplicables en los casos de inexecución de las obligaciones y las referidas a la responsabilidad extracontractual²¹.

La ley N° 26842, Ley General de Salud del 15 de julio de 1997, regula todo lo concerniente

¹⁶ Lorenzetti, Ricardo, *Responsabilidad civil de los médicos*, Tomo I, ob.cit., pág. 312.

¹⁷ Lorenzetti, Ricardo, *Responsabilidad civil de los médicos*, Tomo I, ob. cit., pág. 308.

¹⁸ Los derechos fundamentales de la persona (derechos humanos) se encuentran regulados en el inciso 1 del artículo 2° de la Constitución peruana de 1993.

¹⁹ El artículo 3° de la Constitución de 1993 enuncia que la enumeración de los derechos establecidos en la Constitución no excluye a “otros de naturaleza análoga o que se fundan en la dignidad del hombre”.

²⁰ En el artículo 5° del Código Civil se protegen los derechos fundamentales a la vida, la libertad, la integridad psicosomática el honor y “los demás inherentes a la persona humana”. La Comisión encargada de la elaboración del Proyecto de Ley de Enmiendas al Código Civil aprobó en 1997 la inclusión en el artículo 5° de los derechos a la identidad y a la salud. Este último derecho está regulado en el artículo 7° de la Constitución.

²¹ En el artículo 1985° del Código Civil peruano se considera la reparación de las consecuencias, tanto extra-patrimoniales como patrimoniales, ocasionadas a la persona. Es decir, lo que se conoce como el “daño a la persona” cuya mayor expresión es el “daño al proyecto de vida”.

a la salud, a las relaciones entre los médicos y sus pacientes, a sus deberes y derechos. Aparte de las disposiciones materia de la mencionada Ley General de Salud existen diversos decretos supremos, resoluciones ministeriales y ordenanzas municipales que se refieren a aspectos concretos vinculados con la protección de la salud.

7. SECUENCIAS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Alpa²² enumera las secuencias o fases que se observan en la relación médico-paciente. El autor las califica de estereotipadas, arbitrarias, poco significativas cuando no fuera de lugar y, por lo tanto, poco útiles desde un punto de vista formal. No obstante lo expresado, considera que ellas son simples y que adquieren relevancia cuando se llega a la realidad de la relación misma entre el médico y el paciente. Dicho autor, luego de estas precisiones preliminares señala las siguientes secuencias por las que atraviesa el proceso de relación entre el médico y el paciente:

a) El primer contacto médico-paciente se configura por la información que el médico debe recoger del paciente sobre sus antecedentes de salud, tanto personales como familiares, así como sobre la enfermedad que lo aqueja. Para ello deberá contar, necesariamente, con la colaboración del paciente y, si estuviere en un estado de incapacidad, con la de sus familiares más cercanos o con la de sus representantes legales. El paciente responderá el cuestionario de preguntas que le formule el médico y dará cuenta de los síntomas de su enfermedad. El médico procederá, dentro de lo posible, a controlar tanto la exactitud de la información recibida como que ella esté completa así como a guardar reserva sobre la misma.

En el actual ejercicio masivo de la medicina, donde largas filas de enfermos esperan por ho-

ras y hasta por días un turno para ser atendidos en los establecimientos públicos de salud o de la seguridad social, el médico se siente abrumado por la cantidad de pacientes que tiene que atender en una mañana. En esta situación es explicable que resulte muy difícil y, a veces imposible, escuchar al enfermo durante el tiempo necesario para que el médico obtenga toda la información que en cada caso resulta ser relevante. El reto que no se afronta suficientemente, al menos en los países emergentes, es el de solucionar esta insuficiencia en la atención médica social. La responsabilidad del Estado es, consecuentemente, grave desde que una de sus tareas básicas es la atención de la salud y la educación, pilares fundamentales en los que sustenta el desarrollo de un país²³.

Se incide en la importancia de mantener el secreto relativo a la intimidad del paciente aunque la información se halle en bancos de datos. Considera Alpa que, en ciertas circunstancias muy especiales, dichos datos, como se ha señalado en precedencia, no deben ser proporcionados al paciente cuando el médico estime que no se encuentra en condiciones de afrontar la realidad de la situación “de modo sereno y sin prejuicio alguno”. El autor cita un caso en que se reveló a la esposa el estado mental del paciente, lo que fue determinante para que aquélla solicitara su separación.

El facultativo, sobre la base de toda la información recibida, debe proceder a un cuidadoso examen del estado del paciente a fin de indicar, si fuere el caso, los análisis o pruebas complementarias que fueren necesarias para un lograr o confirmar el diagnóstico. Puede también re-

²² Alpa, Guido, *La responsabilità medica*, en “Responsabilità Civile e Previdenza”, vol. LXIV, N° 2, marzo-abril, 1999, pág. 323 y sgts.

²³ Es inaceptable que en países emergentes como el Perú el presupuesto dedicado a las Fuerzas Armadas sea ostensiblemente más elevado que los destinados a la educación y la salud. Somos del parecer que es necesario que esta situación varíe razonablemente de acuerdo con las circunstancias reinantes. La gran utopía es llegar al desarme de todos los Estados latinoamericanos y la constitución de una fuerza multinacional para afrontar conflictos internos de gran envergadura en los que estén comprometidos los derechos humanos o indeseables e improbables conflictos fronterizos.

currir, si lo estimase conveniente, al médico que lo ha atendido en precedencia o al médico de familia, si lo hubiere, a fin de recabar la información que considerase necesaria.

b) En un segundo momento de la relación médico-paciente se llevan a cabo, si fuere necesario, contactos sucesivos del médico con el paciente y se procede luego a la formulación del diagnóstico. Según Alpa, la jurisprudencia italiana se muestra muy severa al apreciar el comportamiento del médico en el momento del diagnóstico. Al efecto cita, a modo de ejemplo, un caso que fue resuelto por el Tribunal de Torino en el que se responsabilizó por culpa grave al personal médico perteneciente a la sección de emergencias de un hospital de la ciudad por no haber procedido de inmediato a formular el diagnóstico de un paciente que fue llevado a ese lugar en busca de atención médica. A pesar que se trataba de un caso que requería de un rápido diagnóstico, éste se retardó indebidamente con grave culpa de parte del personal médico de emergencia. Mientras se esperaba la formulación del diagnóstico, dicho personal médico suministró al paciente medicamentos que resultaron dañinos dentro de su estado de salud. Ello motivó la explicable responsabilidad del mencionado personal médico-sanitario.

Se debe tener en cuenta un hecho que, por lo general, se pasa por alto. Nos referimos al caso en que el médico, para la formulación del diagnóstico, recurre a aparatos más o menos sofisticados. Si tales máquinas no funcionan debidamente, ¿se puede adosar al médico la responsabilidad por haber efectuado un diagnóstico equivocado? La respuesta, según Alpa, debe ser positiva, pues controlar que los aparatos se encuentren en óptimas condiciones de funcionamiento es, según recientes orientaciones jurisprudenciales, responsabilidad del médico que se vale de ellas. En cualquier caso, cabe la acción de regreso contra el fabricante o el distribuidor o vendedor del aparato.

En relación con el problema antes mencionado, cabe efectuar una distinción entre el caso en el

cual el profesional liberal, que responde de su propia organización en cuanto sus dependientes directos son los que tienen a su cuidado el mantenimiento de los aparatos en uso, y aquél otro en el que el médico actúa dentro de una estructura sanitaria pública o privada. En esta última situación, el médico emplea instrumentos o aparatos que deberían haber sido controlados por terceros ajenos a la organización del profesional liberal. En estos casos el establecimiento de salud es corresponsable por los daños producidos con ocasión del empleo de dichos aparatos en mal estado de conservación o inoperantes.

c) En una tercera secuencia de la relación médico-paciente, luego de haberse formulado el diagnóstico, se produce la intervención del médico consistente en proponer al paciente una determinada terapia o una operación quirúrgica. En ambas situaciones se deberá obtener el previo consentimiento informado del paciente, hecho que se reviste de la mayor importancia. El consentimiento no puede ser presunto y debe ser otorgado por la persona que goza de un pleno estado de conciencia.

d) Una fase sucesiva a la anteriormente mencionada es la de la terapia en sí misma, que comprende la administración de medicamentos y el empleo de máquinas o aparatos con la misma finalidad terapéutica.

e) Otras secuencias que han de considerarse, aunque de modo arbitrario, son aquellas de la intervención del médico por la vida (procreación, aborto, inseminación artificial) y por la muerte (ensañamiento terapéutico, experimentación, eutanasia).

8. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

No es nuestra intención en esta oportunidad historiar la evolución en el tiempo de la relación médico-paciente ni su consiguiente regulación jurídica. Ello nos llevaría a revisar, por ejemplo, cómo era jurídicamente tratada la ac-

tividad médica en el Código Hammurabi, en la Lex Aquilia, en el Digesto Romano, en el Fuego Juzgo y en la legislación moderna y contemporánea. Por el contrario, nuestro propósito es limitarnos a poner en evidencia la evolución de la actividad médica en la modernidad, a fin de precisar cómo es que ella se ha producido e indagar por las causas de los cambios experimentados en la relación médico-paciente en el desarrollo histórico.

No obstante, a título puramente referencial, bastaría citar que en Persia se autorizaba el ejercicio de la actividad médica como profesión después de haber tratado a tres enfermos pobres sin que muriese ninguno de ellos. Se distinguían tres clases de médicos: los que atendían con plegarias, los que empleaban hierbas y los que practicaban intervenciones cruentas. Los honorarios reconocían una gradación y se pagaban en especie, mediante una vaca, un caballo, un burro u otro bien²⁴.

El poderoso y espléndido imperio babilónico conoció, mucho más de lo que hoy podemos imaginar, los secretos de la medicina. Los científicos babilónicos eran poseedores de fuerzas magnéticas, las mismas que sabían emplear en su actividad terapéutica. La ciencia de los médicos-sacerdotes se encontraba registrada en los miles de volúmenes de la extraordinaria y legendaria Universidad de Alejandría, la cual, como se sabe, fue incendiada por Justiniano. Los conocimientos de los babilónicos fueron heredados sucesivamente por los egipcios y por los griegos.

El Código Hammurabi, que data del 1728 a.J.C., dedicaba cerca de diez artículos, de los 282 que contenía, al tratamiento de la responsabilidad del médico actuante en dicho nivel histórico. Así, para citar tan sólo una eventualidad, el Código establecía que: “*Si un médico abre a alguien una gran herida con el cuchillo de bronce y*

lo mata, o si vacía a alguien una cavidad con el cuchillo de bronce y lo deja sin ojo, se le deberán cortar las manos”. En otras hipótesis se llegaba a condenar a muerte al médico.

La severidad de las sanciones antes señaladas nos resultan del todo sorprendentes, por extrañas, en nuestros días. Comprendemos, a partir de este ejemplo, los cambios suscitados en la mentalidad de la sociedad humana desde aquellos tiempos hasta los que nos ha tocado vivir en el inicio de un nuevo siglo. Percibimos cómo ella ha evolucionado en los miles de años que nos separan del tiempo de la vigencia de dicho Código, el cual rigió en gran parte de la Antigüedad. Ciertamente que, en otras hipótesis de menor gravedad que la reseñada, el Código Hammurabi establecía sanciones económicas en favor de los perjudicados por el accionar del médico.

En Egipto se formaron colegios secretos de médicos, los cuales, si se ajustaban a las reglas y fórmulas establecidas y admitidas, no incurrieran en responsabilidad cualquiera fuera el destino del enfermo. De apartarse de dichas normas, el médico era pasible de sanciones severas, las que llegaban hasta la aplicación de la pena de muerte.

En Grecia, el origen del médico es mitológico, remontándose al Dios Apolo. Los Asclepiades, descendientes de Esculapio, conformaron, como en Egipto, comunidades o colegios médicos que se establecieron en las vecindades de los santuarios. Estaban expresamente prohibidos el aborto, la castración, el abusar de la debilidad de las mujeres. Era obligatorio guardar el secreto profesional, cuya violación era sancionada.

En Roma la medicina tenía un carácter mágico, de ahí que se estimaba que la enfermedad era una cuestión sobrenatural. Sin embargo esta concepción fue diluyéndose con el tiempo. Desde el punto de vista jurídico, se consideraba que la relación médico-paciente era una modalidad de la *locatio operarum*, es decir, de un arrendamiento de obra. Dentro de éste, se distinguían los *operae liberales*, que eran los servicios difíciles de precisar en dinero, como es el caso de aque-

²⁴ Yungano, Arturo Ricardo, *Cuestiones civiles*, en el libro “Responsabilidad profesional de los médicos”, de autores varios, ob. cit., pág. 28.

llos prestados por los profesionales en general y, dentro de ellos, por los médicos en particular. En un texto de Ulpiano en el *Digesto* se sostiene que “*así como no debe imputársele al médico la suerte de la mortalidad; así debe imputársele lo que cometió por impericia: el delito del que engaña a los hombres en el peligro, no debe quedar sin castigo bajo el pretexto de la fragilidad humana*”.

La llegada de los médicos griegos a Roma - que se produjo a instancias de los romanos que enfrentaban una pestilencia en el año 239 a. de C. - significó un notorio cambio, una evidente transformación en las relaciones entre los médicos y los pacientes. Como nos lo recuerda Lorenzetti citando a Ihering, estos médicos eran “ricos en ciencia, muy diestros, tenían los bolsillos vacíos y el estómago gritando hambre. La necesidad les hizo desafiar el perjuicio romano: se hicieron pagar la enseñanza que daban”²⁵.

En el Imperio habían tres categorías de médicos. Ellos eran los esclavos, comprados por las familias, los funcionarios del Estado, que cuidaban de los gladiadores y de los soldados, y los médicos de la corte que a veces cumplían un destino político. A partir de este momento se produce un cambio que, dejando atrás una medicina del todo animista, nos introduce en una medicina embrionariamente científica con la aparición de diversas escuelas como la metódica, la patogénica, la ecléctica, entre otras, contando con la presencia de maestros como Galeno, Celso, Plinio y Dioscórides²⁶.

Los médicos conservaron una situación de privilegio al extremo que César, en el año 46 a. de C., les concedió a los extranjeros la ciudadanía romana y Adriano, en el año 117 d. de C., les eximió del pago de impuestos. De otro lado, percibían honorarios por su actividad otorgándoseles la extraordinaria *cognitio* del Pretor que implicaba el reconocimiento de un *status* espe-

cial del profesional²⁷. Estos hechos son demostrativos de la importancia social que tenían los médicos durante el Imperio.

El cambio en la situación de los médicos significó, sin embargo y de otro lado, un mayor rigor al juzgar su actuación profesional. Esta actitud se tradujo en penas severas tales como la deportación o la decapitación de los médicos causantes de la muerte a sus pacientes, como lo determinaba la Ley Cornelia, o la responsabilidad por daños producida por la impericia, como lo precisaba la Ley Aquiliana²⁸.

La tradición romanista contraria a la contratación, con las distorsiones antes reseñadas, recién se modificaría radicalmente con el surgimiento de la sociedad industrial. Mientras ello no se produjo, la relación médico-profesional se consideraba como un mandato. Los juristas franceses del siglo XIX sostenían que si se encarga a una persona un trabajo manual existiría una locación de obra o de servicio, según el caso, mientras que si se le encomienda un trabajo intelectual nos hallamos frente a un mandato. Como el mandato era gratuito, el mandatario no percibía ninguna remuneración, no existía un precio atribuible al trabajo intelectual desde que éste era inestimable y, por lo tanto, inapreciable en dinero. El médico recibía un honorario (*numis* u *honorarium*) que, en el sentido asignado por los romanos, era una dádiva (*numera*), distinto del precio (*merces*), el mismo que se asignaba de acuerdo con las costumbres imperantes en la región donde se ejercía la profesión.

9. EVOLUCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

Para precisar la evolución experimentada en lo concerniente a la responsabilidad médica, es suficiente dejar constancia que, en la actualidad, ella se plantea en términos muy diver-

²⁵ Lorenzetti, Ricardo, *Responsabilidad civil de los médicos*, Tomo I, ob. cit., pág. 19.

²⁶ Lorenzetti, Ricardo, *Responsabilidad civil de los médicos*, Tomo I, ob. cit., pág. 20.

²⁷ Lorenzetti, Ricardo, *Responsabilidad civil de los médicos*, Tomo I, ob. cit., pág. 20.

²⁸ Mosset Iturraspe, Jorge, *Responsabilidad civil del médico*, Astrea, Buenos Aires, 1979, pág. 65.

sos de aquellos que eran corrientes cuarenta o treinta años atrás del inicio de un nuevo milenio. Menos obvio y menos claro que lo señalado, resulta saber el porqué o la razón de lo que sucedió para que se produjera este significativo y rápido cambio en lo atinente a la responsabilidad del médico²⁹. En un ensayo escrito en 1998, Castronovo sostiene que una revisión de la jurisprudencia italiana sobre el particular parece no dejar duda que, en los tiempos que corren, a diferencia de lo que ocurría en un pasado no lejano, se registra una mayor propensión de los jueces a considerar la existencia de responsabilidad civil en casos de daños producidos a raíz de una intervención médica³⁰. Daños que, en un pasado no lejano, no eran objeto de reclamo judicial pues ellos se atribuían al destino, a la fatalidad, a la voluntad divina.

Se ha especulado profusamente sobre las causas de esta nueva situación en lo tocante a la relación entre médicos y pacientes, en la cual estos últimos emprenden, generalmente y contrariamente a lo que acontecía en el pasado, un inusual seguimiento de la actividad del médico cuestionando frecuentemente sus actitudes y comportamientos. Y es que, como señala Ricardo de Ángel Yagüez, “el hombre de hoy no está dispuesto a aceptar que sus calamidades son cosa del destino y que como tales han de sufrirlas”. En los años que corren los pacientes no se resignan “ante el daño que viene de una consulta, de un laboratorio o de la mesa de operaciones”³¹.

Es casi un lugar común encontrar señaladas en las primeras páginas de las obras que en la actualidad tratan sobre la responsabilidad de los médicos, con preocupación no exenta de sorpresa,

cómo el tema de la responsabilidad médica ocupa cada vez mayor espacio en los medios de comunicación social de diversos países, mayormente de aquellos desarrollados. Esta situación no se presentaba en tiempos no muy lejanos. Así, en 1989, Yzquierdo Tolsada señalaba sobre el particular que “desde hace algunos años resulta difícil hallar un periódico o diario de cualquier país occidental que no contenga alguna noticia sobre condena de daños y perjuicios causados por profesionales de la ingeniería, del periodismo, la arquitectura, la farmacia y, sobre todo, la cirugía”³².

10. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL PASADO INMEDIATO

Hasta hace poco la medicina y el médico han tenido en el mundo un significado casi mítico, a veces lindante con la superstición en torno a la actividad de curar en las sociedades primitivas. La muerte y las enfermedades, dentro de este contexto, eran juzgadas, tal como se ha apuntado, como decisiones del destino, infortunios que tienen su origen en los secretos y misteriosos designios divinos³³. Yzquierdo Tolsada confirma lo dicho cuando sostiene que no es de extrañar que la medicina tuviera en las sociedades primitivas algo de sagrado.

Hasta no hace mucho, por la razón antes expuesta, sólo se demandaba al médico cuando el daño aparecía en forma “clara e inmediata”. En caso contrario, “la resignación de la víctima era toda la respuesta que acertaba a dar un estado de la conciencia popular que acostumbrara tener del caso fortuito una visión amplísima y casi teológica: ha habido daño por que lo ha querido Dios”³⁴. Como señala el mismo autor, los médicos eran personas a las que acudía el pueblo en busca de cura para sus males “con

²⁹ Castronovo, Carlo, *Profili della responsabilità medica*, en “Studi in onore di Pietro Rescigno, Giuffrè, Milano, 1998, pág. 119.

³⁰ Castronovo, Carlo, *Profili della responsabilità medica*, ob. cit., pág. 118.

³¹ De Ángel Yagüez, Ricardo, *La responsabilidad civil de los profesionales y de las administraciones sanitarias*, en “La responsabilidad de los profesionales de las administraciones sanitarias”. Actas del Segundo Congreso “Derecho y Salud”, Junta de Andalucía en Granada, Sevilla, 1994. pág. 39.

³² Yzquierdo Tolsada, Mariano, *La responsabilidad civil del profesional liberal*, en “Derecho Privado”, Libro Homenaje a Alberto J. Bueres, Editorial Hammurabi, Buenos Aires, 2001, pág. 1.

³³ De Ángel Yagüez, Ricardo, *La responsabilidad de los profesionales y de las administraciones sanitarias*, ob. cit., pág. 39.

³⁴ Yzquierdo Tolsada, Mariano, *La responsabilidad civil del profesional liberal*, ob. cit., pág. 2.

más fe en su sabiduría que conciencia de sus limitaciones”³⁵. Savatier incide también en esta imagen del médico cuando nos dice que en el facultativo, al igual que en el jurista, en el poeta o en el notario, “se dieron cita atributos mágicos y sagrados a la vez”. Virtudes que, actualmente, sólo conserva el sacerdote “representante de un mundo espiritual e invisible”³⁶.

En el pasado se atribuía al médico las calidades que son propias del sacerdocio. En el nivel histórico en el que nos encontramos se ha ido reduciendo o desdibujando progresivamente esa nota sagrada con la que era nimbado el profesional médico. La ciencia de hoy ya no aparece como mística, secreta o misteriosa, sino como un conjunto de conocimientos, en continua evolución, que posee, en mayor o menor grado, determinada persona que ejerce una profesión liberal. No obstante, como observa Savatier, quien ejerce una profesión recibe una cantidad de atributos y calidades propias de una personalidad confidente³⁷.

La imagen o figura del médico de familia o médico de “cabecera” - como también se le suele designar - prácticamente ha desaparecido. Este era el médico de confianza, casi amigo o decididamente amigo de la familia, a quien se recurría en cualquier momento y hora del día o de la noche en busca de apoyo y de consejo. Era el facultativo que acudía presuroso, malecón en mano, ante el llamado del paciente o de su familia. El médico de “cabecera” tenía un contacto íntimo con el paciente y su entorno familiar, era el amigo respetado y querido. El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia se refiere precisamente al médico “de cabecera” como “al que asiste especialmente y de continuo al enfermo”³⁸. Este médico era el depositario de la confianza familiar y,

a menudo, conocía muchas de las intimidades personales del paciente y de su familia.

Del médico de familia, amigo y confidente, podríamos afirmar que en el presente nivel histórico se encuentra casi al borde de su extinción. Para los que peinamos canas apenas nos queda de él un grato y reconocido recuerdo. Y, si bien ello es lamentable, resulta ser un hecho irremediable en el mundo actual. La relación médico-paciente, en gran medida, se ha despersonalizado. Un número o un código reemplazan, con frecuencia, a nuestros propios nombres cuando asumimos la calidad de pacientes o de “usuarios” de los servicios sanitarios. Somos atendidos por médicos que no hemos escogido o acudimos donde especialistas que tampoco conocemos.

En los tiempos que corren, como señala Yungano, muchos se quejan de la desaparición del médico de familia pero, al mismo tiempo se preguntan, “¿podría éste - romántico solitario - solucionar por sí solo los problemas actuales?” Cabe reconocer, dice el autor, “que su figura, su personalidad y su actividad fueron brillantes y eficaces en otra época; actualmente la transformación va hacia un servicio en equipo, dada la alta complejidad de los medios auxiliares de diagnóstico y por eso, también, debe extenderse la responsabilidad a todos los que de un modo u otro intervienen en la asistencia y tratamiento del paciente creándose, entonces, una forma de responsabilidad solidaria”. Debe reconocerse, también, que la medicina experimenta un avance arrollador que, a veces, supera la actividad del médico tradicional³⁹.

Gregorio Marañón, con “absoluta buena fe” según Vásquez Ferreyra, toma partido en favor del médico frente a los reclamos del paciente cuando afirma que “el enfermo debe aceptar un margen de inconvenientes y de peligros derivados de los errores de la Medicina y del médico

³⁵ Yzquierdo Tolsada, Mariano, *La responsabilidad civil del profesional liberal*, ob. cit., pág. 3.

³⁶ Savatier, *L'origine et le développement du Droit des professions libérales*, ob. cit., pág. 47.

³⁷ Savatier, *L'origine et le développement du droit des professions libérales*, ob. cit., pág. 46.

³⁸ Diccionario de la Lengua Española, 2001, pág. 1477.

³⁹ Yungano, Arturo Ricardo, *Consecuencias civiles en el libro “Responsabilidad profesional de los médicos”*, ob. cit., pág. 53.

mismo como un hecho fatal, como acepta la enfermedad misma". Y, dirigiéndose al juez, señala que cuando atiende una reclamación de este género "cometerá la más atroz injusticia si condena de plano al médico que ignora los diagnósticos y los tratamientos elementales y no a los profesores que le dieron el título, capacitándole para ejercer, con tan exiguo caudal de conocimientos, la Medicina"⁴⁰. No es ésta, sin embargo, la opinión mayoritaria de la doctrina sobre el tema de la relación médico-paciente. Ella se inclina, más bien, por lograr un justo equilibrio entre los intereses contrapuestos, en caso de conflicto, entre el profesional y la víctima, cierta o supuesta. Así Vásquez Ferreyra, al comentar las expresiones de Marañón, antes glosadas, observa qué "lejos estamos de aquella época"⁴¹. En efecto, esa etapa ha sido históricamente superada.

Dentro de la tónica que imperaba mayoritariamente en la primera mitad del siglo XX, Marañón manifiesta que, por varias razones, casi nunca puede exigirse a un médico responsabilidad por insuficiencia técnica. Entre ellas señala que la Medicina es una ciencia inexacta, que se encuentra "todavía en los comienzos de su evolución propiamente científica". Esta situación ha de perdurar en el futuro "porque cuando llegue el día en que conozcamos las causas de todas las enfermedades - hoy en su mayor parte ignoradas - y aun cuando lleguemos a saber el medio específico de combatir cada una de estas causas, existirá siempre el factor reaccional del individuo enfermo, infortunadamente variable e imposible de acomodar a previas normas". De ahí que, según Marañón, dicho factor reaccional convierte ahora y siempre "todo tratamiento, aun el más rigurosamente exacto, en un azar, cuyo margen de posibilidades de error

se puede, a fuerza de estudio y perspicacia, disminuir, pero nunca eliminar"⁴².

11. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL PRESENTE NIVEL HISTÓRICO

En 1998, Castronovo, desde la perspectiva italiana comprueba que principalmente, en virtud de las noticias que se difunden a diario por diversos medios de comunicación que unen al mundo del siglo XX y del XXI en el que nos hallamos instalados, la sociedad de nuestro tiempo se ha convertido en una sociedad inquisitorial. Soporta cada vez menos un resultado negativo o, en todo caso, se muestra disconforme con el esperado por obra de un profesional o de un equipo de profesionales así como que dicho resultado "quede envuelto en el misterio de los iniciados, de quién, precisamente, como profesional, desarrolla su obra a través de conocimientos específicos por definición ignorados o en todo caso no plenamente controlables por quien no participa de la misma". Si bien el paciente no pretende sustituir al profesional para valorar su intervención así como la idoneidad de sus resultados, suele solicitar que mediante un juzgamiento o una apreciación, otros profesionales comprueben y declaren si el resultado infausto o no deseado pudo haberse evitado⁴³.

Los autores que en otras latitudes han desarrollado el tema de la responsabilidad civil del médico se siguen preguntando, como lo hemos señalado y con razón, por las causas del sorprendente y hasta dramático aumento de las demandas judiciales por daños causados por los profesionales médicos y, en especial, por los cirujanos, los anestesiólogos o por todo un equipo médico. Yzquierdo Tolsada inquiere, al respecto, si ocurre acaso que en la sociedad actual los profesionales liberales son más negligentes que los de hace un siglo o si hoy día es fatalmente

⁴⁰ Marañón, Gregorio, en el prólogo de la obra de Benzo Cano, *La responsabilidad profesional del médico*, Madrid, 1944, pág. 9 y sgts., citado por Mariano Yzquierdo Tolsada en el libro referido en la nota 10.

⁴¹ Vásquez Ferreyra, Roberto, *Prueba de la culpa médica*, primera edición colombiana de Diké, Medellín, 1995, pág. 40.

⁴² Marañón, Gregorio, *Vocación y ética y otros ensayos*, Espasa Calpe, Buenos Aires, 1946, pág. 103 y sgts, citado por Vásquez Ferreyra en *Prueba de la culpa médica*, edición colombiana, pág. 41-42.

⁴³ Castronovo, Carlo, *Profili della responsabilità medica*, ob. cit., pág. 118-119.

constante el descuido, la impericia y la negligencia. El autor se interroga sobre la razón por la cual en los Estados Unidos, a finales de la década de los años ochenta del siglo XX, existían alrededor de seiscientos cincuenta mil abogados especializados en el derecho de daños. Se pregunta, también, sobre el por qué todos los años suben las primas de seguros de responsabilidad civil profesional⁴⁴.

En respuesta a tantas y justificadas interrogantes podemos comprobar que de aquel tiempo en que el médico era un mito hasta nuestros días mucho es lo que ha cambiado en el mundo. El médico ha dejado de tener, precisamente, ese carácter mítico que hundía sus raíces en la historia y la tradición mientras que la medicina perdió el halo de superstición que la rodeaba. El médico dejó de ser, en la mayoría de los casos, el profesional en quien se confía ciegamente, en cuyas manos se deja, en términos absolutos, el cuidado de la salud. Generalmente, ya no es más el amigo y hasta el confidente de nuestras intimidades o que, tal vez, nos conoce desde temprana edad o está vinculado desde larga data a los miembros de la familia. La relación entre el médico y el paciente era en otros tiempos, y como se ha señalado, honda, personal y hasta afectiva.

Lo cierto es, como apunta Ataz López, que cada vez menos los enfermos o sus parientes se conforman ante los fracasos de la medicina y, cuando no se obtiene la curación deseada, se busca por parte del paciente a un responsable a quien atribuirle el perjuicio sufrido⁴⁵.

La situación en la que se encuentra en la actualidad la relación entre el médico y el paciente es sintetizada por Alpa cuando reconoce que, hace no mucho tiempo atrás, se hacía patente un régimen de contemporización de los intereses en juego “del cual emergía un sustancial

favor por el médico, en cuanto que, ejercitando una profesión liberal, propia de una ciencia práctica en la que no existen certezas, el resultado al cual tendía la prestación se consideraba necesariamente sólo como tendencial y las eventuales negligencias o impericias debían valorarse según la medida de la dificultad de la prestación”. Es decir, “si ésta resultaba difícil, el médico respondía sólo en caso de culpa grave o dolo, pero no de culpa leve, y raramente por culpa media al igual que los otros ejercientes de una profesión, liberal o no”.

Contrastando con la situación referida en el párrafo precedente, el propio Alpa nos describe la situación actual cuando manifiesta que hoy “la cuestión se ha convertido en una más compleja” que aquélla de hace un tiempo. Ello se debe, según su parecer, a múltiples factores como la evolución de la misma profesión liberal, cuyo ejercicio es menos “personal”; con una “relación menos inmediata entre médico y paciente; por los estadios cada vez más avanzados de los descubrimientos médicos y técnicos y, por tanto, de la posibilidad de recurrir, más fácilmente que un tiempo atrás, a procedimientos terapéuticos más elaborados, más articulados, aunque si alguna vez más inciertos; por el empleo de máquinas, frecuentemente muy sofisticadas, inherentes sea para el diagnóstico, sea para la terapia y la prevención; por el tentativo de llevar la investigación y la curación hasta el límite de la experimentación, para los casos en los cuales la medicina corriente no tiene remedios pero sí fármacos, o procedimientos terapéuticos descubiertos hace poco que permiten mejorar las condiciones del paciente, hacer desaparecer un rápido deterioro de sus condiciones de salud, o simplemente prolongar su precaria vida”.

Encontramos, por lo demás, que la responsabilidad médica se inserta dentro de un proceso de evolución de la responsabilidad civil, en el cual la víctima de un daño ha adquirido conciencia de que tiene el derecho a que las consecuencias del mismo sean reparadas adecuadamente. Esta nueva concepción se centra en que la responsabilidad subjetiva, fundada únicamente en

⁴⁴ Yzquierdo Tolsada, Mariano, *La responsabilidad civil del profesional liberal*, ob. cit., pág. 1.

⁴⁵ Ataz López, Joaquín, *Los médicos y la responsabilidad civil*, ob. cit., pág. 19.

la culpa del agente, va cediendo su lugar de privilegio a otros factores de atribución como son la responsabilidad objetiva, el riesgo del obrar del agente como el peligro generado por ciertos objetos o cosas que el ser humano emplea en su actividad cotidiana al ritmo del avance de la ciencia y de la técnica así como la responsabilidad sustentada en un factor seguridad y en la equidad.

La nueva visión de la responsabilidad civil no coloca prioritariamente el acento en el responsable o agente del daño sino en la víctima, con la convicción, cada vez más acentuada y generalizada, que todo daño injusto debe ser resarcido. Esta óptica ha llevado a forjar una nueva expresión para sustituir a la tradicional de “responsabilidad civil” por la de “derecho de daños”. Este cambio a nivel lingüístico pretende reflejar esta nueva actitud, donde lo más importante es que la víctima no quede sin reparación por el daño sufrido. Por lo demás, este planteamiento se inspira en una concepción personalista del derecho, dentro de la cual el ser humano es su centro y su eje.

A los factores antes enumerados, Alpa agrega otros que advierte en la experiencia italiana, pero que tienen validez en otros muchos países, como son “el emerger de nuevas exigencias, ya sea en el campo estético, ya sea en el campo de la procreación, teniendo en consideración requerimientos de intervención médica inherentes a tratamientos preparatorios o curativos, que hace un tiempo no eran ni siquiera imaginables; por la “publicización del sector sanitario, con la intervención de personal administrativo, con la intervención de personal no médico en las decisiones y en las opciones, con las limitaciones (aun en la prescripción de fármacos) que evidencian algunos de los aspectos del servicio sanitario nacional, con sus disfunciones, sus lentitudes y sus contradicciones; por la mayor conciencia de los derechos de la persona, en particular, del derecho a la salud...”.

La nueva y áspera complejidad referida por Guido Alpa en los párrafos precedentes per-

mite, según sus propias palabras, el que se concluya que, observando la situación actual - “no con los ojos del jurista formalista, sino más bien con los del jurista que hace profesión de realismo”-, se deba plantear la cuestión de si “las categorías usuales a las cuales se adscribe la responsabilidad del médico sean siempre hoy las apropiadas, y cuáles eventuales modificaciones, es decir, hacia cuáles prospectivas puedan moverse las fronteras de esta profesión y por tanto las fronteras de las obligaciones que el médico, en el ejercicio de su profesión, inevitablemente asume”⁴⁶.

En esta nueva situación, tal como se ha apuntado, el médico casi nunca se elige libremente por el paciente y suele ocurrir, además, que con frecuencia sean varios los galenos tratantes. La atención médica se ha convertido, de este modo y en muchas ocasiones, en un acto colectivo que se cumple a través de una infraestructura técnica altamente sofisticada. El médico, dentro de esta realidad, es impuesto por la estructura hospitalaria y se le considera como miembro de un equipo. La atención hospitalaria tiende a despersonalizar la relación entre el médico y el paciente. La confianza del paciente, dentro de este contexto, suele disminuir y, en algunos casos, hasta desaparecer. La relación médico-paciente ha sufrido, de este modo, un vuelco impresionante que, en cierta medida, explica el notorio aumento de las demandas dirigidas contra los centros hospitalarios y los médicos, reclamando por las consecuencias o perjuicios de los daños experimentados por una negligente o equivocada atención sanitaria.

El distanciamiento producido en los últimos tiempos entre el paciente y el médico en el ámbito de la fría y frecuentemente despersonalizada atención hospitalaria ha hecho que, como comentamos, desaparezca, en gran medida, la tradicional confianza - a veces casi mítica - que el paciente y su entorno familiar tenían tradicionalmente en el médico de familia. “La disolu-

⁴⁶ Alpa, Guido, *La responsabilità medica*, ob. cit., pág. 316-317.

ción de los lazos de intimidad y personalismo que unían la antigua relación médico-paciente provoca una sensación de cosificación en el enfermo que no deja de tener un impacto en el plano psíquico”. Esta sensación despierta en el paciente una consciente sensación de inferioridad frente a todos los conocimientos y recursos que posee y maneja el médico⁴⁷.

Toda esta nueva situación trae como consecuencia que el paciente carezca de impedimentos y pierda las inhibiciones que tenía en el pasado para reclamar ante los tribunales de justicia por cualquier daño que se le pudiera haber causado por un error, una impericia o una negligencia del médico o del cirujano tratante. Es decir, de una persona que generalmente desconoce o no ubica y a la cual no le liga ningún vínculo de confianza o de afecto.

Como señala Galán Cortés, en la medicina actual se atisba una fractura en la relación médico paciente donde el primero ha pasado a ser “pieza de un sistema” que no experimenta “seguridad personal en su quehacer, sino temor ante el hábito en la atención diaria, impotencia al no poder ejercer debidamente su profesión, angustia ante las penurias económicas y desazón al observar cómo, paulatinamente, se va alejando de los ideales universitarios del ejercicio profesional”. El cuadro que nos describe el autor lo lleva a sostener que todo este “peligroso entramado nos conduce, en último término, a la “cosificación” del paciente, transformándose esa relación humana y personal, en una relación fría, distante, “en serie”, aséptica y mecanizada, en la que los lazos íntimos entre el galeno y el enfermo se han debilitado, perdiéndose de vista valores que hacían a la esencia de aquella relación, con un incremento paralelo de las acciones resarcitorias de daños y perjuicios contra los profesionales sanitarios, que antes resultaban excepcionales”⁴⁸.

Tiene razón Galán Cortés cuando, refiriéndose a la relación médico-paciente, sostiene que en el nivel histórico en el cual nos encontramos se han perdido de vista, han dejado de ser vivenciados, “valores que hacían a la esencia de aquella relación”. En verdad, la comprobación del autor en cuanto a la relación médico-paciente se puede hacer extensiva, en general, a las relaciones interhumanas de nuestra época. Basta, para ello, tomar conocimiento, a través de los medios de comunicación, del nivel de corrupción a que se ha llegado en el mundo actual. Ello ha llevado a una cada vez más generalizada desconfianza en el accionar de los miembros de una determinada comunidad, de la que no están ausentes los médicos. De otro lado, los pacientes han tomado conciencia de sus derechos y, al mismo tiempo, han perdido sus tradicionales inhibiciones para denunciar cualquier acto de negligencia o impericia del o de los médicos tratantes.

El fenómeno de la masificación que padece la sociedad contemporánea ha hecho perder de vista en no pocos casos, como lo hemos remarcado y como se suele sostener con acierto, que no existen enfermedades sino enfermos. Este proceso de gradual deshumanización de la medicina se caracteriza por el anonimato que cubre la identidad del médico o médicos tratantes, generalmente no identificables por el paciente y de los cuales recibe, con frecuencia, tan sólo prescripciones o recetas con relaciones de medicamentos, pero sin obtener del médico una necesaria información sobre su caso. De esta situación deriva una creciente incomunicación entre el paciente y el médico y una desinformación del primero en cuanto al diagnóstico y a la prognosis de su enfermedad. El médico, en muchos casos, se limita a entregar al paciente, como está dicho, una receta para la adquisición de fármacos que éste deberá utilizar, pero sin obtener del galeno una adecuada información de su enfermedad y sobre cuáles son los efectos de los medicamentos prescritos.

Lorenzetti corrobora todo lo anteriormente dicho cuando expresa que el médico actual “ya

⁴⁷ Lorenzetti, Ricardo, *Responsabilidad civil de los médicos*, Tomo I, ob. cit., pág. 31.

⁴⁸ Galán Cortés, Julio César, *Aspectos legales de la relación clínica*, Jarpyo Editores, Madrid, 2000. pág. 10.

no se enfrenta con un paciente sino con una masa de ellos". Es así que en una tarde el médico se ve obligado a atender "veinte o más casos, lo que ocasiona una reducción del tiempo material dedicado a cada uno"⁴⁹. Finalmente, sintetizando toda esta situación, el autor concluye expresando que "en la sociedad contemporánea la situación social del médico se ha deteriorado sustancialmente en términos comparativos con el periodo anterior". Dejó de ser, como se ha apuntado, el médico de familia para convertirse en el médico de las empresas, los seguros, las mutuales, la seguridad social, el Estado⁵⁰.

Como conclusión de todo lo anteriormente registrado si bien en tiempos lejanos, tal como lo hemos anotado, la figura del médico era casi mítica, en la actualidad la pérdida de la confianza y del respeto que se observa en importantes sectores frente a la actuación de los médicos y el alejamiento de estos con el paciente, hace que éste último, a diferencia de lo que acontecía en el pasado, se halle dispuesto a pedirle cuentas sobre su actuación y resultados de su intervención, a solicitarle explicaciones, a conocer los detalles de su enfermedad. El paciente ya no se resigna cuando sufre un daño como consecuencia de una determinada terapia o de una intervención quirúrgica. Dejó de considerar que el daño producido es una fatalidad, un designio divino. Por el contrario, frente a las consecuencias del daño a su persona pretende no sólo explicaciones sino una adecuada reparación. De este modo, el enfermo centra en el médico tratante o en el cirujano que tuvieron a su cargo una determinada intervención, la responsabilidad por las consecuencias de cualquier daño que hubiese sufrido.

El hombre común y corriente de nuestros días no asume, por lo general, una actitud pasiva ante el daño proveniente de las consecuencias de un desacertado diagnóstico, de un errado tratamiento, de un defectuoso análisis de labo-

ratorio o de aquel proveniente de una mesa de operaciones o de una anestesia mal administrada. El enfermo y su familia inquietan sobre todos los aspectos del proceder del médico, consultan con otros especialistas sobre el probable origen del daño sufrido. El paciente y su familia indagan sobre los más pequeños o aparentemente insignificantes detalles de la conducta o actuación del profesional médico así como sobre la del establecimiento de salud donde recibió atención sanitaria. El paciente, cuando ha sido víctima de un daño, desea saber si éste se debe a una impericia o negligencia del médico o, más bien, a otras causas a él no imputables.

Como se desprende de lo hasta aquí expuesto en relación con la historia reciente de la responsabilidad del médico ello nos obliga a mantener una actitud de absoluta objetividad, de equilibrio, de comprensión de cada caso a fin de determinar sus precisos alcances tanto en lo referente a las consecuencias de los daños sufridos por la víctima como en relación con el comportamiento del médico. El delicado asunto de la responsabilidad civil del médico debe ser asumido, por consiguiente, con serenidad, sin apasionamiento, con el único sentimiento de hacer prevalecer la justicia y, en algunos casos, la equidad. No es, ciertamente, tarea fácil la que se propone. Ello, porque se requiere para la concreta plasmación de esta actitud de jueces capaces y sensibles, conocedores de la compleja naturaleza humana, lo que, lamentablemente, no es común en los tiempos que corren.

Como lo hemos señalado, es acertado, por objetivo, el enfoque que tiene Ricardo De Ángel Yagüez en cuanto al tema de la responsabilidad civil del médico cuando sostiene que "yo no creo que el médico tenga que gozar de una patente de impunidad que a otros ciudadanos o profesionales no asiste, pero estimo fundada la opinión de que aquél debe responder sólo en la medida en que cabalmente acredite su impericia o su falta de cuidado"⁵¹. En este sentido, Mar-

⁴⁹ Lorenzetti, Ricardo, *Responsabilidad civil de los médicos*, Tomo I, ob. cit., pág. 23.

⁵⁰ Lorenzetti, Ricardo, *Responsabilidad civil de los médicos*, Tomo I, ob. cit., pág. 28.

⁵¹ De Ángel Yagüez, Ricardo, *La responsabilidad de los profesionales y de las administraciones sanitarias*, ob. cit., pág. 41.

cella Fortino considera que, de acuerdo con el propósito de los que redactaron el Código civil italiano de 1942, no debería “ni, de una parte, constreñir las iniciativas del profesional bajo el temor de represalias en caso de falta de éxito del tratamiento o de la intervención quirúrgica ni, de la otra, ser indulgentes ante una responsabilidad del profesional”⁵².

Tamayo Jaramillo asume una actitud que podemos matizar como de mayor equilibrio frente al médico que aquella mostrada por otros autores, como es el caso de Carlos Gherzi. El profesor colombiano sostiene al respecto que está de acuerdo en el sentido que el profesional médico “no tiene por qué solicitar un tratamiento mejor que el que se da al conductor del taxi, al sastre o al joyero o al que realiza cualquier trabajo, cualquier profesión”⁵³. Pero, a continuación, agrega que no se adhiere a la posición que generaliza el principio de la presunción de culpa, involucrando en él a los médicos.

Geneviève Viney describe con acierto nuestra compleja actitud frente al tema de la responsabilidad civil del médico, cuando pone de manifiesto los sentimientos encontrados que nos suelen embargar cuando tenemos que juzgar la responsabilidad civil de un médico. Así, ella dice que el “hecho que el deudor sea un profesional incita a la severidad, en tanto que la dificultad y el alea de la actividad ejercida intercede a menudo en sentido inverso”.

En el mismo sentido se pronuncia Guillermo A. Borda al decir que “los jueces deben meritarse prudentemente, en cada caso, la conducta seguida por el profesional y hacerlo o no responsable de sus errores, apreciando su conducta sin excesivo rigor, pero también sin excesiva

lenidad”⁵⁴. Es decir, reitera el equilibrio y la prudencia que debe tener el juez al resolver una materia tan delicada, por humana, como es el de la responsabilidad del médico si se tiene en cuenta tanto el daño a la víctima como el alea propia de ciertas intervenciones en el curso de la actividad médica.

12. MECANISMO PSICOLÓGICO DEL TRASLADO DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

De Ángel Yagüez estima que en la actitud del paciente ante el comportamiento del médico puede estar presente un signo de los tiempos en el sentido que el hombre tiene “una marcada propensión (a la que probablemente no es ajena la educación que recibe) a considerar que siempre tiene que haber *alguien* (otro, no uno mismo) responsable de todos los males y aun de las pequeñas contrariedades que lo afligen”. De ahí que “trasladar a otro la causa de las adversidades que la vida depara es siempre para el hombre una gran tentación, y pienso - dice De Ángel Yagüez - que en la actualidad procura hacerlo en cuanto puede”⁵⁵. El paciente no puede admitir, generalmente que, por ejemplo, una intervención quirúrgica no tenga el éxito esperado por causas ajenas a la actividad del cirujano interviniente. Para el paciente, en muchas situaciones, el alea propia de la actividad médica le es desconocida así como, también, en ciertos casos, no acepta la existencia de imponderables o complicaciones que no encuentren su origen en la actividad misma del cirujano.

En el mismo sentido se pronuncia Castronovo. El profesor de la Universidad de Milán observa que la responsabilidad médica es el fruto de un modo de sentir, por lo demás dominante en nuestras sociedades, que consiste en la identifi-

⁵² Fortino, Marcella, *La responsabilidad civile del professionista*, Giuffrè, Milano, 1984, pág. 1.

⁵³ Tamayo Jaramillo, Javier, opinión vertida en una Mesa Redonda sostenida con ocasión de recordarse los diez años de vigencia del Código civil peruano de 1984. Se halla publicada en el volumen “Los diez años del Código civil peruano: balance y perspectivas”, Tomo II, Universidad de Lima, Lima, pág. 469.

⁵⁴ Borda, Guillermo A., *Un tema controvertido: la responsabilidad civil de los médicos*, en “Las responsabilidades profesionales”, libro de homenaje a Luis O. Andorno, Platense, La Plata, 1992, pág. 337.

⁵⁵ De Ángel Yagüez, Ricardo, *La responsabilidad de los profesionales y de las administraciones sanitarias*, ob. cit., pág. 39.

cación del daño sufrido con un hecho “a imputar a otros”. Esta reacción “ha sustituido casi completamente en el común sentir de las gentes a aquello que una vez se conocía como resignación”⁵⁶.

De Ángel al mencionar el “traslado” de la culpa al médico por cualquier infortunio ha incidido, sin duda, en una cuestión que es inherente al ser humano cual es el “mecanismo psicológico” que en él actúa y que es conocido como “traslado psicológico de responsabilidades”. Decimos que es inherente al ser humano si consideramos que éste es ontológicamente libre. La libertad es el ser mismo del hombre, lo que lo diferencia de los demás seres de la naturaleza. Estamos condenados a ser libres. Somos libres o, simplemente, no somos. Nuestra existencia es la existencia de la libertad, que es el centro del espíritu. Pero - y aquí nos conectamos con el argumento traído a colación por De Ángel Yagüez - el que el ser humano sea libre supone que tiene la capacidad de decidir, por sí mismo, en las más importantes y definitorias cuestiones de su vida. Ser libre es poder decidir para proyectar y actuar. Pero esta libertad que somos nos hace responsables de aquellas decisiones que, en tanto libres, hemos adoptado sin intervención ajena. Es decir, por nosotros mismos.

Ser libre es, por tanto y en su más honda acepción, ser responsable. Somos responsables de las decisiones que hemos tomado por nosotros mismos. La responsabilidad nos coloca frente a la angustia de ser libres, de no poder soportar, cuando nos equivocamos, el sentirnos “culpables” de aquella decisión. Esta situación no sólo es incómoda, sino que frecuentemente aterra al ser humano. De ahí que no tolere ser responsable de ninguna decisión que suponga asumir una responsabilidad. Por el mecanismo psicológico de transferencia de culpa la persona desplaza en cabeza ajena la decisión por él asumida. El ser humano transfiere a los progenitores, a los profesores, al jefe, a los amigos, a

la sociedad en general, el haber adoptado una decisión equivocada, contraproducente. Se elimina así el insoportable peso de vivenciar la propia responsabilidad. Es decir, vivir con el sentimiento de culpa.

Es seguramente en virtud de dicho mecanismo psicológico que se explica, por la calidad ontológica de ser libre y responsable del hombre, que De Ángel Yagüez considere que, a veces, el paciente se deje llevar por la tentación de aplicar este mecanismo de transferencia de culpa y trasladarla, sin más, al médico o al cirujano tratante o a sus respectivos equipos por el daño que padece. Es, sin duda, una tentación a la que subconscientemente puede recurrir el paciente que no se resigna a admitir que, en ciertos casos, no siempre la culpa del daño la tiene el médico sino que ella puede recaer en otros factores como, por ejemplo, la misma condición psicosomática del paciente.

CONCLUSIÓN

En todo caso, la realidad nos muestra que en la actualidad, al margen del mencionado desplazamiento de la culpa, los casos de responsabilidad de los médicos por negligencia o impericia han ido en aumento. Ello se comprueba mediante una simple lectura de los medios de comunicación que, con frecuencia, se refieren a casos en los que el médico aparece como responsable de una inadecuada atención al paciente, al extremo que, en algunas situaciones - que no son ciertamente creadas por la imaginación -, se nos informa que el cirujano dejó una gasa o una pinza en el estómago del paciente y hasta apreciamos las respectivas imágenes a través de la televisión. Tal vez esta lamentable situación se deba a la pérdida del vivenciamiento de valores en la sociedad contemporánea, situación que es consecuencia de la ausencia de una sólida formación tanto en el hogar como en la Universidad, así como al mal ejemplo ofrecido por ciertas personas que ocupan posiciones destacables y notorias en el gobierno del Estado o de la comunidad, como la de algunos de los propios profesores, todos los cuales olvidan el

⁵⁶ Castronovo, Carlo, *Profili della responsabilità medica*, ob. cit., pág. 118.

rol que les corresponde de ser paradigmas en la sociedad a la que pertenecen.

BIBLIOGRAFÍA

Alpa, Guido, *La responsabilità medica*, en “Responsabilità Civile e Previdenza”, vol. LXIV, N° 2, marzo-abril, 1999.

Ataz López, Joaquín, *Los médicos y la responsabilidad civil*, Editorial Montecorvo, Madrid, 1985.

Borda, Guillermo A., *Un tema controvertido: la responsabilidad civil de los médicos*, en “Las responsabilidades profesionales”, libro de homenaje a Luis O. Andorno, Platense, La Plata, 1992.

Castronovo, Carlo, *Profilo della responsabilità medica*, en “Studi in onore di Pietro Rescigno”, Giuffré, Milano, 1998.

De Angel Yagüez, Ricardo, *La responsabilidad civil de los profesionales y de las administraciones sanitarias*, en “La responsabilidad de los profesionales de las administraciones sanitarias”. Actas del Segundo Congreso “Derecho y Salud”, Junta de Andalucía en Granada, Sevilla, 1994.

Diccionario de la Lengua Española, 2001.

Fernández Costales, Javier, *El contrato de servicios médicos*, Civitas, Madrid, 1988.

Fortino, Marcella, *La responsabilità civile del professionista*, Giuffré, Milano, 1984.

Galán Cortés, Julio César, *Aspectos legales de la relación clínica*, Jarpyo Editores, Madrid, 2000.

García Blásquez, Manuel y Molinos Cobo, Juan J., *Manual práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica*, segunda edición, Editorial Comares, Granada, 1997.

Gherssi, Carlos, *Responsabilidad por prestación médico asistencial*, Hammurabi, Buenos Aires, 1987.

Lorenzetti, Ricardo, *Responsabilidad civil de los médicos*, Tomo I, Rubinzal-Culzoni, Buenos Aires, 1997.

Marañón, Gregorio, en el prólogo de la obra de Benzo Cano, *La responsabilidad profesional del médico*, Madrid, 1944.

Marañón, Gregorio, *Vocación y ética y otros ensayos*, Espasa Calpe, Buenos Aires, 1946.

Mosset Iturraspe, Jorge y Lorenzetti, Ricardo, *Contratos médicos*, Editorial La Rocca, Buenos Aires, 1991.

Mosset Iturraspe, Jorge, *Responsabilidad civil del médico*, Astrea, Buenos Aires, 1979.

Savatier, Rene, *L'origine et le developpement du droit des professions liberales*, en “Archives de Philosophie du Droit”, 1953-54.

Savatier, Jean, *La profession liberale. Etude juridique et pratique*, Paris, 1947.

Vásquez Ferreyra, Roberto, *Prueba de la culpa médica*, primera edición colombiana de Díké, Medellín, 1995.

Yungano, Arturo Ricardo, *Cuestiones civiles*, en “Responsabilidad de los Médicos”, segunda edición, Editorial Universidad, Buenos Aires, 1986.

Yzquierdo Tolsada, Mariano, *La responsabilidad civil del profesional liberal*, en “Derecho Privado”, Libro Homenaje a Alberto J. Bueres, Editorial Hammurabi, Buenos Aires, 2001.