

Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención

Dr. Hugo Rodríguez Almada¹

Resumen

La mayoría de los reclamos por responsabilidad médica derivan del mal manejo de unos pocos aspectos del acto médico.

Se definen como aspectos críticos en responsabilidad médica un conjunto de categorías relacionadas con el acto médico, cuya falla estimula la formulación de reclamos y demandas judiciales, justificadas o no.

Los aspectos críticos de mayor importancia son: relación médico-paciente, lex artis, historia clínica y consentimiento médico.

Los reclamos por responsabilidad médica no suelen originarse en un error técnico sino en el fracaso de la relación médico-paciente.

Lex artis es el criterio clave para determinar si existió responsabilidad médica y en él cada vez cobran más valor los aspectos éticos del acto médico.

La historia clínica integra el acto médico y la cantidad y calidad de lo registrado es decisivo para determinar la adecuación a lex artis.

En nuestro país, la práctica médica en materia de consentimiento está rezagada respecto de la doctrina, la jurisprudencia y la normativa, dando lugar a hipótesis de responsabilidad médica.

Se concluye que, independientemente de la complejidad jurídica de la cuestión de la responsabilidad médica, es posible orientar la prevención desde una perspectiva estrictamente médica.

Palabras clave: Responsabilidad legal.

Introducción

La responsabilidad jurídica surgida de su actuación profesional es una preocupación de los médicos a nivel universal. En nuestro país, a partir de 1988, desde las organizaciones médicas se han desarrollado esfuerzos interdis-

ciplinarlos orientados para mejorar su comprensión y proponer medidas de prevención⁽¹⁻⁹⁾.

Además de las repercusiones individuales sobre pacientes y médicos, el fenómeno de los reclamos por responsabilidad médica incide en la práctica asistencial, la relación médico-paciente y las economías institucionales (medicina defensiva, pólizas de seguros, conciliaciones, liquidaciones de sentencias judiciales)⁽⁷⁻²¹⁾.

La responsabilidad profesional es un terreno jurídico de singular complejidad y dinamismo, y está en pleno desarrollo teórico. Problemas como la naturaleza de la obligación surgida del contrato asistencial (de medios, de resultado, de seguridad), la existencia de la responsabilidad objetiva (sin culpa), el régimen de la responsabilidad (aquiliana o contractual), entre muchas otras cuestiones, reciben soluciones doctrinarias y jurisprudenciales diver-

Médico legista. Médico forense del Poder Judicial. República Oriental del Uruguay.

Institución: Sociedad Iberoamericana de Derecho Médico.

Correspondencia: Dr. Hugo Rodríguez Almada

Br. Artigas 1515 C.P. 11200 Montevideo-Uruguay

hrodrigu@mednet.org.uy

Recibido: 20/10/00.

Aceptado: 30/03/01.

sas en el derecho comparado^(8,9,22-25). Esta realidad genera una sensación de inseguridad entre los médicos, lo que se agrava por la incompreensión –por razones de formación– de las categorías manejadas por el derecho y por la existencia de una “*racionalidad diferente*” entre médicos y abogados⁽²⁶⁾.

Aspectos críticos en responsabilidad médica

Sin perjuicio de lo anterior, la experiencia mundial, muy particularmente en el área iberoamericana, enseña que la gran mayoría de las reclamaciones por responsabilidad médica se vincula a un inadecuado manejo de unos pocos aspectos del acto médico. Por ello parece de utilidad para el médico práctico, tanto para la comprensión del fenómeno como a los efectos de su prevención, la introducción del concepto de *aspectos críticos en responsabilidad médica*, entendidos como *un conjunto de categorías relacionadas con el acto médico, estrechamente vinculadas entre sí, cuya falla estimula la formulación de reclamos y demandas judiciales, independientemente de resultar o no justificados*^(8,9).

Sin pretender otorgarle un carácter taxativo, no hay duda de que relación médico-paciente, *lex artis*, la historia clínica y el consentimiento médico son aspectos críticos de la mayor importancia práctica.

Relación médico-paciente

Los reclamos por real o presunta responsabilidad médica generalmente tienen origen en una ruptura de la relación médico-paciente, antes que en un daño o un error médico inexcusable.

Para referir a la relación médico-paciente también se han ensayado expresiones como *relación equipo de salud-paciente-familia* o, simplemente, *relación clínica*, para expresar la complejidad de un vínculo en que inciden otros actores, como el personal no médico o la familia^(3,27).

Cualquiera sea la denominación elegida, esta relación se ha visto afectada por las transformaciones experimentadas en los aspectos organizativos de la asistencia médica, así como por profundos cambios culturales en los actores del proceso asistencial y sus relaciones recíprocas^(8,9,27-31). Todo ello ha contribuido a un proceso de cambio de paradigma, que tiende a desplazarse desde el *paternalismo* a la *autonomía*, aunque algunos autores proponen la idea de la *relación responsable* como síntesis de esos dos modelos antagónicos referidos⁽³²⁾.

Es así que el trato adecuado, la buena comunicación, la información suficiente, el consentimiento médico y el respeto al conjunto de los derechos del paciente son elementos claves en la prevención de los reclamos por responsabilidad médica^(33,34).

Lex artis

La *lex artis* (ley del arte) constituye el criterio clave para determinar la existencia o no de responsabilidad médica, de tal modo que en el centro argumental y probatorio de los juicios de responsabilidad médica se ubica la cuestión de si hubo cumplimiento o apartamiento de ella⁽³⁵⁻³⁷⁾.

Esta categoría refiere a la ejecución del acto médico en el marco de los criterios y procederes admitidos en un determinado tiempo y lugar, es decir, en una situación históricamente concreta (*lex artis ad hoc*)⁽²⁷⁾. Así entendida, se comprende su estrecha y natural vinculación con la educación médica continua^(33,34,38).

No se trata de valorar cómo hubiera actuado el mejor médico en las condiciones ideales, ni siquiera si el acto médico se corresponde con lo propugnado por la escuela mayoritaria.

El concepto de *lex artis* se ha venido impregnando cada vez más de componentes éticos y es insoluble de la idea de una buena relación médico-paciente, por lo que no basta el cumplimiento de los aspectos estrictamente técnicos del acto médico^(8,9,27,35).

Como ejemplo de lo anterior, véase que un procedimiento quirúrgico de coordinación correctamente indicado, oportuna y técnicamente bien ejecutado, no se ajustará a *lex artis* si no se cumplió con el deber de la información (riesgos, alternativas terapéuticas, etcétera), es decir si el médico no contó con un consentimiento válido. Como tampoco se podrá afirmar que se actuó de acuerdo a *lex artis* si no se registró adecuadamente el procedimiento en la historia clínica o si se infringió el principio ético y jurídico de la confidencialidad^(8,9,27).

En suma: a medida que la autonomía de los pacientes gana terreno, en la valoración de la *lex artis* pasan a cobrar creciente importancia la observancia de los derechos de aquellos.

La historia clínica

Fue definida por Laín Entralgo como “*el documento fundamental y elemental del saber médico, en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico para obtener el diagnóstico, el tratamiento y la posible curación de la enfermedad*”⁽³⁹⁾.

Es un documento de singular importancia en la valoración de la responsabilidad médica, ya que “*es el reflejo de todas las actuaciones médico-sanitarias con el paciente, de toda la relación profesional sanitario-paciente y de todos los conocimientos, medios y actuaciones médicas que se ponen a su disposición*”⁽⁴⁰⁾.

Galán Cortés la conceptúa como la “*biografía patológica de la persona, esto es, la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que ostenta un valor fun-*

damental a la hora de juzgar la actuación del profesional sanitario”. De tal forma que en este documento se refleja, no sólo el acto médico propiamente dicho, sino el cumplimiento de ineludibles deberes del médico como prestar asistencia, informar o recabar el consentimiento⁽²⁷⁾.

Pero antes que por su importancia medicolegal, la historia clínica resulta imprescindible en lo asistencial, como medio de comunicación. Y en este rol ha acompañado las modificaciones organizativo-administrativas (complejización y socialización del acto médico) y culturales (cambio del paradigma hegemónico en la relación médico-paciente) sufridas por la asistencia médica en las últimas décadas^(9,41,42). La multiplicidad de personal que actúa directa o indirectamente en la asistencia de un paciente (médico, paramédico y aún administrativo) ha llevado a replantear el significado y alcance del secreto médico, incorporando los conceptos de *secreto compartido* y *secreto derivado*^(40,43,44).

En el contexto del modelo anterior (relación médico-paciente directa y biunívoca) la historia clínica oficiaba como medio de comunicación en un sentido longitudinal, a modo de ayuda-memoria para el médico. En la realidad actual, la historia clínica mantiene su vigencia de ayuda-memoria para el médico, pero incorpora un trascendente valor como medio de comunicación en un sentido transversal, permitiendo la comunicación entre las muchas personas que intervienen en la asistencia de un paciente en un momento determinado.

Es así que el adecuado registro pasa a formar parte del acto médico y, por ello, se constituye en un criterio de *lex artis*. En este sentido, la cantidad y calidad de lo registrado informa sobre la calidad de aquel del acto médico^(9,37).

La historia clínica es entonces un documento medicolegal complejo, que refleja los cambios acaecidos en las formas de la prestación asistencial y, en su condición de medio de comunicación, constituye condición necesaria para la asistencia médica, criterio de *lex artis* y aspecto crítico de la responsabilidad médica.

Por su importancia teórica y práctica en la responsabilidad médica, se reseñarán algunos aspectos de la historia clínica de interés medicolegal.

a) La propiedad

El Código de Ética Médica del Sindicato Médico del Uruguay dice que “*el médico tiene el deber y el derecho de registrar el acto médico en una historia clínica, que pertenece al paciente pero que quedará bajo su custodia o bajo la de la institución a la que el médico pertenece*” (art.16, num. 2).

En términos estrictamente jurídicos, la cuestión de la propiedad de la historia clínica es sumamente compleja^(9,27,40-42). Aunque no hay dudas de que el paciente es el

legítimo propietario de la información contenida en la historia clínica, por concernirle en forma personal y directa, el soporte material del documento es suministrado por la institución asistencial, quien tiene el deber de su custodia y es responsable de su presentación en caso de reclamo judicial⁽⁹⁾. Tal interpretación se adapta al derecho positivo uruguayo (artículo 42 del Decreto 258/92): “*El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y obtener una copia de la misma, a sus expensas*”. (Decreto 258/92, art. 42).

Por último, no menos importante es el enfoque del problema de la propiedad intelectual por parte del autor ya que la historia clínica no es un mero registro de datos, sino un producto de elaboración intelectual, que justifica tal análisis^(9,27,41,44,45).

b) El acceso y confidencialidad

Aunque parece obvia la legitimidad del conocimiento por parte del paciente, “*generalmente, los pacientes no tienen libre acceso a la historia clínica, pues los establecimientos asistenciales y los profesionales de la salud no son muy adictos a permitir la lectura de estos documentos por parte de los enfermos*”⁽⁴²⁾. Esta legitimidad no debería trasladarse mecánicamente a parientes y allegados, si bien en determinados situaciones los representantes legales del paciente podrán solicitarla con motivos fundados⁽²⁷⁾.

El personal (médico y no médico) tiene derecho a acceder a la historia clínica. Y con fines estadísticos, de investigación, docencia o de control de calidad, la institución podrá acceder al contenido de las historias, en el supuesto de una utilización anónima de la información recabada^(9,43,46).

Los jueces penales podrán solicitar las historias clínicas cuando ellas constituyan medios de prueba en casos a su cargo^(9,27,47). En un sentido análogo, el Decreto 288/81 impone que se entregue fotocopia de la historia clínica de los fallecidos que pasen a la Morgue Judicial⁽⁴⁶⁾.

Sin perjuicio de lo anterior, se acepta como una justa causa de relevamiento del secreto profesional la situación en la que un médico hace uso de esa información para defenderse de una demanda por presunta responsabilidad médica. Dentro de este criterio, podría aceptarse la entrega a la sede judicial de la historia clínica bajo custodia del médico⁽⁹⁾. El Código de Ética Médica del Sindicato Médico del Uruguay menciona como causa válida de revelación de secreto profesional la hipótesis de “*defensa legal del médico contra acusación del propio paciente*” (art. 22, num. 5).

En cualquier otro caso en que se plantee el acceso a la historia clínica se debería privilegiar el derecho a la intimidad.

c) Eficacia probatoria

Es claro el alto valor probatorio de la historia clínica en un juicio de responsabilidad médica, tanto como que la imposibilidad de la institución de suministrarla por extravío puede interpretarse como una conducta generadora de culpa, lo mismo que si no existe o se confeccionó en forma negligente^(27,40).

El interés probatorio de la historia clínica radica en medida en el momento en que fue confeccionada, esto es, antes de conumada la reclamación. Por ello, en la mayoría de los casos, la existencia de una historia clínica bien confeccionada servirá para descartar la pretendida malpraxis, pese a ser un documento generalmente elaborado e incluso custodiado por la parte demandada^(22,49). También puede surgir de ella la prueba irrefutable de la culpa médica (impericia, imprudencia, negligencia)⁽⁵⁰⁾. Y es en este sentido que algunos autores han entendido que si de la historia clínica surge prueba en contra del médico, ello equivale para algunos autores una “*confesión anticipada y por escrito*” (Lorenzetti), criterio no admitido pacíficamente (Galán Cortés)^(27,51).

Consentimiento médico

Es uno los aspectos críticos en materia de responsabilidad médica, lo que en buena medida obedece a que la práctica y la cultura médicas en este campo, en nuestros países, van muy rezagadas respecto de la doctrina, la jurisprudencia e incluso al propio derecho positivo.

No se trata de simple una formalidad de valor en la prevención de reclamaciones sino que constituye un derecho esencial del paciente y una obligación ética y legal para el médico⁽⁵²⁾.

Como bien se ha escrito, el consentimiento “*es un presupuesto de la lex artis y, por lo tanto, un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad*”^(27,53,54).

Es un *acto clínico*, parte indisoluble del acto médico; el deber de informar en el contexto de la relación médico-paciente no puede ser sustituido por un acto meramente formal o de carácter administrativo^(9,27).

En su origen, el consentimiento es una categoría jurídica del ámbito del derecho civil, siendo ajeno a la tradición médica, si bien en la actualidad constituye un presupuesto esencial de la relación médico-paciente. Por ello se le considera “*una de las últimas aportaciones a la teoría de los derechos humanos*”⁽⁵³⁾.

a) Titular del derecho a consentir

Es la propia persona y requiere capacidad de juicio, quedando excluidos quienes estén privados de ella por razo-

nes transitorias o permanentes. La capacidad de juicio requerida no es otra que la necesaria para tomar una decisión acorde con el sistema de valores del individuo. En situaciones excepcionales serán los familiares directos o sus representantes legales aquellos a quienes se les transfiera la capacidad de decidir^(9,27,53).

Aunque los niños y adolescentes no tienen capacidad civil, el consentimiento médico tiene un fuerte componente ético que trasciende el análisis de los requisitos jurídicos de validación. Cada vez se afianza más el concepto del derecho de quienes no alcanzaron la mayoría de edad a ser informados y a participar en la toma de las decisiones.

En ese sentido, la Convención sobre los Derechos del Niño establece que “*los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño*” (art. 12, n.1).

Cuando los padres de un menor se opongan a un tratamiento, con lo que pongan en peligro su vida o salud, el médico debería poner en conocimiento del juez competente⁽²⁷⁾.

b) La oportunidad

Debe ser previo al acto médico y, además, debe ser mantenido a lo largo de todo el proceso, ya que es esencialmente revocable, sin que para ello sea necesaria ninguna clase de formalidad, bastando sólo la voluntad del titular^(9,27).

c) La información

La información es obligatoria en toda actuación médica, aún en aquellas en que no se exige el consentimiento por tratarse de tratamientos impuestos por la ley. Es, a la vez, un elemento decisivo para apreciar la validez del consentimiento, siendo la cuestión de la información un problema cualitativo y no cuantitativo.

La información debe ser la razonable para tomar una decisión válida y auténtica (acorde a los valores del individuo)⁽⁵³⁾. Debe comprender, entonces, todo lo que sea razonable para influir en una decisión de esas características y debe ser ofrecida en una forma y en lenguaje inteligible para el paciente, esto es, de acuerdo a su nivel cultural y sus posibilidades de comprenderla. En este sentido, “*el consentimiento se extenderá, en cuanto a su validez y eficacia, hasta donde haya sido informado*”⁽²⁷⁾.

d) La forma

Si bien el consentimiento es en su origen una categoría

del derecho civil, al instalarse en la medicina adquiere un gran componente ético integrado a la relación médico-paciente. Es decir, es un acto clínico, un componente de la *lex artis* y no una fórmula administrativa⁽⁹⁾.

En principio, el consentimiento no requiere ninguna clase formalidad. “*Es un contrato consensual (puede estipularse verbalmente)*”⁽⁵⁵⁾.

Es frecuente la confusión conceptual entre *consentimiento informado* y *consentimiento firmado*, ni la errónea creencia de que la firma de un formulario de consentimiento pone al médico al resguardo de reclamaciones. Sin embargo, un formulario de consentimiento firmado por el paciente en nada limita la responsabilidad médica si existió culpa en la actuación profesional^(9,56). Por el contrario, un acto médico correctamente realizado y consentido por el paciente excepcionalmente dará lugar a reclamaciones y no determinará responsabilidad profesional, independientemente de la existencia de un formulario firmado.

Aunque es aconsejable la firma del consentimiento médico para aquellos procedimientos más riesgosos o invasivos, esta no sustituye la información y se vuelve absolutamente irrelevante en ausencia de aquella⁽²⁷⁾. En todo caso, el proceso de información y consentimiento debe ser registrado en la historia clínica ya que se acepta que la carga de la prueba de la información le corresponde al médico^(9,27).

En suma, como ya se expresó, el consentimiento médico integra la *lex artis* y ninguna discusión sobre sus aspectos formales puede olvidar que su valor es en tanto resultado de una buena relación clínica, en el marco del respecto a la autonomía, los valores y el derecho a una decisión consciente del paciente.

Conclusiones

Existe un conjunto de categorías vinculadas al acto médico cuyo fracaso estimula la formulación de reclamaciones, por lo que constituyen aspectos críticos de la responsabilidad médica.

Dentro de ellos se ubican la relación médico-paciente, la *lex artis*, la historia clínica y el consentimiento médico.

En consecuencia, aunque la responsabilidad médica es una cuestión jurídica de enorme complejidad técnica y en pleno desarrollo teórico, su prevención puede abordarse exclusivamente desde la óptica del mejoramiento del acto médico.

Summary

Claims related to medical responsibility come mainly from inadequate management of a few aspects of the medical act.

Critical aspects in medical responsibility are defined as a group of categories related to a medical act whose failure leads to litigation and judicial proceedings that could be justified or not.

Major critical aspects are: clinician-patient relationship, *lex artis*, clinical history, and medical consent.

Litigation for medical responsibility does not originate from a technique mistake but in a clinician-patient relationship's failure.

Lex artis is the clue criterion to determine whether medical responsibility has occurred. Ethical aspects of medical act gain increasingly more importance in *lex artis*.

Clinical history composes the medical act; both quality and quantity of the clinical history report are decisive to determine the adequacy to *lex artis*.

In Uruguay, medical practice in terms of consent is behind jurisprudence and legal rules, arousing hypothesis of medical responsibility.

It is possible to orientate prevention from a medical perspective, independently of the judicial complexity surrounding medical responsibility.

Résumé

La plupart des plaintes par responsabilité médicale sont dûes au mauvais maneiement de quelques aspects de l'action médicale.

On définit comme *aspects critiques en responsabilité médicale* un ensemble de catégories liées à l'action médicale, dont l'erreur stimule la formulation de réclamations et de plaintes judiciaires, justifiées ou pas.

Les aspects critiques les plus importants sont: relation médecin-patient, *lex artis*, histoire clinique et consentement médical.

Les plaintes par responsabilité médicale n'ont pas leur origine dans une erreur technique mais dans l'échec du lien médecin-patient.

Lex artis c'est le critère pour déterminer s'il y a eu responsabilité médicale; les aspects étiques de l'action médicale y ont une place de plus plus importante.

L'histoire clinique intègre l'action médicale et la quantité et la qualité du relèvement sont décisifs pour déterminer l'adéquation au *lex artis*.

Dans notre pays, la pratique médicale en ce qui concerne le consentement est à la traîne par rapport à la doctrine, la jurisprudence et les normes, ce qui entraîne des hypothèses de responsabilité médicale.

Bref, indépendamment de la complexité juridique de la responsabilité médicale, il est possible d'orienter la prévention depuis une perspective strictement médicale.

Bibliografía

1. **Sindicato Médico del Uruguay.** Jornadas sobre Responsabilidad Médica (1988). Montevideo: SMU, 1988: 100.
2. **Sindicato Médico del Uruguay.** II Jornadas de Responsabilidad Médica (1996). Montevideo: SMU, 1998: 179.
3. **Sindicato Médico del Uruguay.** I Jornadas de Prevención de la Malpraxis Médica (1992). Montevideo: SMU, 1992: 215.
4. **Sindicato Médico del Uruguay.** Bioética y legislación. Tomo I. (1993). Montevideo: SMU, 1995: 228.
5. **Sindicato Médico del Uruguay.** Bioética y legislación. Tomo II. (1993). Montevideo: SMU, 1995: 192.
6. **Adriasola G.** Responsabilidad médica y Ley Penal. Montevideo: Del Foro, 1998: 110.
7. **Sindicato Médico del Uruguay.** III Jornadas de Responsabilidad Médica (1998). Montevideo: SMU, 1999: 180.
8. **Rodríguez H, Curbelo M, de Pena M, Panizza R.** Nociones sobre responsabilidad médica. Curso de Formación Sindical. Montevideo: SMU, 1999: 20.
9. **Rodríguez H.** Responsabilidad médica: nociones básicas, responsabilidad penal, aspectos críticos. II Curso de Formación Sindical. Montevideo: SMU, 2000: 40.
10. **Rivero Serrano O.** Los riesgos de la medicina defensiva en una sociedad en proceso de cambio. In: Comisión Nacional de Arbitraje Médico: Memoria del IV Simposio Internacional CONAMED (1999). México: CONAMED, 2000: 87-92.
11. **Barreda I.** La medicina defensiva: tendencias y experiencias en el ámbito europeo e internacional. In: Comisión Nacional de Arbitraje Médico: Memoria del IV Simposio Internacional CONAMED (1999). México: CONAMED, 2000: 93-6.
12. **Fajardo Ortiz G.** Medicina defensiva y globalización: Los retos de la medicina mexicana. In: Comisión Nacional de Arbitraje Médico: Memoria del IV Simposio Internacional CONAMED (1999). México: CONAMED, 2000: 104-8.
13. **Lozano Alcázar J.** La actualización permanente del conocimiento como medio para combatir la medicina defensiva. In: Comisión Nacional de Arbitraje Médico: Memoria del IV Simposio Internacional CONAMED (1999). México: CONAMED, 2000: 111-5.
14. **Gasparrini E.** Nadie está seguro de estar seguro por tener seguro. In: Sindicato Médico del Uruguay: III Jornadas de Responsabilidad Médica (1998). Montevideo: SMU, 1999: 67-70.
15. **Turnes A.** El seguro de responsabilidad civil profesional del SMU. Evaluación y perspectivas. In: Sindicato Médico del Uruguay: III Jornadas de Responsabilidad Médica (1998). Montevideo: SMU, 1999: 161-75.
16. **Panetta A.** El seguro desde el punto de vista contractual. In: Sindicato Médico del Uruguay: III Jornadas de Responsabilidad Médica (1998). Montevideo: SMU, 1999: 179-84.
17. **Apothleloz A.** El seguro es un contrato muy técnico. In: Sindicato Médico del Uruguay: III Jornadas de Responsabilidad Médica (1998). Montevideo: SMU, 1999: 191-4.
18. **Sánchez Calero F.** El aseguramiento de la responsabilidad del médico: límites. In: Asociación Española de Derecho Sanitario: IV Congreso nacional de Derecho S (1998). Madrid: Fundación Mapfre, 1998: 59-68.
19. **Domínguez Ventura JM.** Nuevos rumbos en la Sala 1ª del tribunal Supremo: su necesaria incidencia en el ejercicio de la profesión sanitaria. In: Asociación Española de Derecho Sanitario: IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario (1998). Madrid: Fundación Mapfre, 1998: 307-9.
20. **Roig Serrano M.** El seguro de responsabilidad civil de los servicios públicos sanitarios. In: Asociación Española de Derecho Sanitario: IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario (1998). Madrid: Fundación Mapfre, 1998: 311-4.
21. **Vázquez Ferreyra R.** Prueba de la culpa médica. Buenos Aires: Hammurabi, 1991: 202.
22. **Szafir D, Venturini B.** Responsabilidad médica en el Mercosur. Montevideo: FCU, 1997: 516.
23. **Galán Cortés JC.** La responsabilidad civil del médico. Madrid: Jarypo editores, 1999: 232.
24. **Szafir D, Venturini B.** Responsabilidad civil de los centros asistenciales. Montevideo: FCU, 1989.
25. **Gamarra J.** Responsabilidad civil médica. 1. Montevideo: FCU, 1999.
26. **Fernández GD.** El delito de omisión de asistencia aplicado a la actividad médica. In: Sindicato Médico del Uruguay: II Jornadas de Responsabilidad Médica (1996). Montevideo: SMU, 1998: 57-60.
27. **Galán Cortés JC.** Aspectos legales de la relación clínica. Madrid: Jarypo, 2000: 166.
28. **Rotondo MT.** Introducción a los distintos momentos de la relación equipo de salud-paciente. In: Sindicato Médico del Uruguay: I Jornadas de Prevención de la Malpraxis Médica (1992). Montevideo: SMU, 1992: 19-23.
29. **Gómez Haedo C.** Momento ético. In: Sindicato Médico del Uruguay: I Jornadas de Prevención de la Malpraxis Médica (1992). Montevideo: SMU, 1992: 27-34.
30. **González Menéndez R.** La nueva dimensión de la relación médico-paciente en nuestros días. In: Ramón Acosta JR (ed.): Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela, 1997: 105-11.
31. **Gentile Ramos I.** Relación médico paciente. In: Departamento de Medicina Legal: Medicina legal. 2ª ed. Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1995: 181-92.
32. **Pereira LA.** Erro dos pacientes. In: Conselho Regional de Medicina de estado de Rio Grande do Sul: Fórum do erro (1999). Rio Grande do Sul: CREMERS, 1999: 129-35.
33. **Meirelles Gomes JC, Veloso de França G.** Erro médico. In: Conselho Federal de Medicina: Iniciação a Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
34. **Meirelles Gomes JC.** Erro médico: Reflexoes. Bioética 1994; 2: 139-46.
35. **Montano P.** La Responsabilidad penal de los médicos. Montevideo: Jurídicas Amalio M. Fernández, 1986.
36. **Montano P, Berro G, Mesa G.** Responsabilidad penal de los médicos. In: Departamento de Medicina Legal: Medicina legal. 2ª ed. Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1995: 295-308.
37. **Cairoli Martínez M.** Malpraxis y responsabilidad penal de los médicos. In: Sindicato Médico del Uruguay: I Jornadas de Prevención de la Malpraxis Médica (1992). Montevideo: SMU, 1992: 37-40.
38. **Gentile Ramos I.** Educación Médica Continua. In: Sindicato Médico del Uruguay: I Jornadas de Prevención de la Malpraxis Médica (1992). Montevideo: SMU, 1992: 93-6.
39. **Laín Entralgo P.** La historia clínica. 3ª ed. Madrid: Tricastela, 1998: 776 pp.
40. **Criado Del Río MT.** Aspectos médico-legales de la historia clínica. Madrid: Colex, 1999.
41. **Rodríguez H, De Pena M.** La historia clínica en la medicina pre-hospitalaria. In: Sindicato Médico del Uruguay: II Jornadas de Responsabilidad Médica (1996). Montevideo: SMU, 1998: 237-41.
42. **Vázquez Ferreyra R.** Historia clínica. Problemas jurídicos. In: Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. Buenos Aires: Hammurabi, 1992: 222-38.
43. **Francisconi CF, Goldim JR.** Aspectos Bioéticos da Confidencialidade e Privacidade. In: Conselho Federal de Me-

- dicina: Iniciação a Bioética. Brasília: CFM, 1998: 269-84.
44. **Gisbert Calabuig JA, Castellano Arroyo M.** El secreto médico. Confidencialidad e historia clínica. In: Gisbert Calabuig: Medicina Legal y Toxicología. 5ª edición. Barcelona: Masson, 1998.
 45. **Bofarull PiugdenoIes JI.** Historia clínica. Valoración médico-legal. Valencia: Valenciana, 1987.
 46. **Ricciardi N, Berro G, Borges F, Pintos I.** Documentos médico-legales. In: Departamento de Medicina Legal: Medicina Legal, 2ª ed. Montevideo: Oficina del Libro, 1995: 277-81.
 47. **Arias Valverde O.** El secreto médico en Costa Rica. Medicina Legal de Costa Rica 1990; 7(2): 45-9.
 48. **Luna Maldonado A.** Problemas médico legales del manejo de la historia clínica. Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal 2000; 1: 39-47.
 49. **Rodríguez H, Grille A, Mederos D.** Responsabilidad civil derivada del acto médico. In: Sindicato Médico del Uruguay: II Jornadas de Responsabilidad Médica (1996). Montevideo: SMU, 1998: 205-15.
 50. **Berro G, Lucas H, D'Attole A.** La Pericia Médico Legal y otros medios probatorios. IX Jornadas de Derecho Procesal. Montevideo: Universidad, 1997: 195-207.
 51. **Lorenzetti R.** Responsabilidad civil de los médicos. Santa Fe: Rubinzal-Culzoni, 1986: 330.
 52. **Castaño P.** El consentimiento informado en la responsabilidad médica. Bogotá: Temis, 1997: 461.
 53. **Galán Cortés JC.** La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Rev Med Uruguay 1999; 15: 5-12.
 54. **Galán Cortés JC.** El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios. Madrid: Colex, 1997: 162.
 55. **Sosa Aguerre T.** Relación vinculante entre médico y paciente: el consentimiento. In: Sindicato Médico del Uruguay: II Jornadas de Responsabilidad Médica (1996). Montevideo: SMU, 1998: 147-52.
 56. **Zuccherino MR.** La praxis médica en la actualidad (legislación, doctrina y jurisprudencia). Buenos Aires: Despalma, 1994: 204.