

Carles Martin-Fumadó<sup>1,2</sup>, Josep Arimany-Manso<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Responsabilidad Profesional.

Colegio oficial de Médicos de Barcelona, Barcelona, España.

<sup>2</sup>Cátedra de Responsabilidad Profesional Médica y Medicina Legal.

Universidad Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

E-mail: carles.martin@comb.cat



Carles Martin-Fumadó

## Responsabilidad profesional médica y Medicina Estética

### RESUMEN

La medicina estética y cosmética es hoy en día un área específica en gran auge dentro del ejercicio de la medicina. Desde el punto de vista médico-legal existen algunos aspectos de enorme interés para el médico que son en gran medida desconocidos, pero que condicionan de manera significativa el ejercicio profesional. Además, existen algunos aspectos concretos de la medicina estética que deben abordarse desde el ámbito médico-legal. De hecho, profundizar en el conocimiento de la praxis médica y en concreto de la responsabilidad profesional médica permite un ejercicio profesional más seguro, tanto desde el punto de vista del paciente, como del profesional.

Se abordan los conceptos básicos de responsabilidad profesional médica y de seguridad clínica, la obligación de resultados o de medios que se le exige al profesional en el caso de la medicina estética, los aspectos de relevancia respecto a la Ley de Autonomía del Paciente y el consentimiento informado para el ejercicio de la medicina estética y cosmética, así como situaciones derivadas de las reclamaciones médicas, como son la estrategia de mejora conocida como Aprender del error y el denominado Síndrome Clínico Judicial, un síndrome reactivo característico sufrido por los profesionales como consecuencia de la interposición de una reclamación por presunta responsabilidad profesional médica, de manera análoga a la denominada segunda víctima tras un error médico.

Por otro lado, también se abordan aspectos prácticos y de gran actualidad del ejercicio de la medicina estética como el uso clínico de la fotografía así como, finalmente, unas recomendaciones prácticas generales para evitar una reclamación.

**Palabras clave.** Malpraxis; lex artis; reclamaciones; responsabilidad profesional médica; síndrome clínico judicial; fotografía médica.

### ABSTRACT

Aesthetic and cosmetic medicine is nowadays a specific area in great boom within the practice of medicine. From the medico-legal point of view, there are some aspects of great interest to the professional that are largely unknown but that significantly influence professional practice. In addition, there are some specific areas of aesthetic medicine that must be addressed from the medical-legal field. In fact, deepening knowledge of medical practice and in particular professional liability allows a more secure professional exercise of medicine, both from the point of view of the patient and the professional.

The basic concepts of professional liability and patient safety are described, the legal obligation of results or adequate measures that are required in case of aesthetic medicine, aspects of relevance as informed consent, as well as situations arising from medical claims, such as the strategy known as Learning from error and the so-called Clinical Judicial Syndrome, a characteristic reactive syndrome suffered by professionals as a consequence of a claim for alleged professional liability, analogous to the so-called second victim after a medical error.

On the other hand, practical and highly topical aspects of the practice of aesthetic medicine are also addressed, such as the clinical use of photography as well as, finally, some general practical recommendations to avoid a claim.

**Keywords.** Malpractice, standard of care; claims; professional liability; post traumatic stress disorder; medical photography.

## RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA Y SEGURIDAD CLÍNICA

El ejercicio de la medicina ha experimentado en las últimas décadas un profundo cambio, desde una situación en la que imperaba una medicina paternalista basada en el principio de beneficencia hacia un ejercicio profesional donde prevalece el principio de autonomía del paciente. En consecuencia, la medicina ha pasado de ser, en palabras de Sir Cyril Chantler, simple, poco efectiva y relativamente segura a convertirse en muy efectiva, pero compleja y potencialmente peligrosa<sup>1</sup>. Por otro lado, la medicina estética y cosmética es hoy en día un área específica en gran auge dentro del ejercicio de la medicina.

En consecuencia, en este contexto, la seguridad clínica o del paciente y la responsabilidad profesional médica (RPM) son, hoy en día, preocupaciones de primer orden en el ejercicio de la medicina en general y de la medicina estética y cosmética en particular.

La seguridad del paciente, desde Charles Vincent<sup>2</sup> hasta nuestros días, se define como el conjunto de actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos producidos como consecuencia de que el proceso de atención a la salud ha ido adquiriendo paulatinamente importancia dentro de los fundamentos del ejercicio de la medicina actual, donde existe una constante evolución médica, científica y tecnológica; lo que requiere a los profesionales médicos un permanente esfuerzo para asumir un estándar de buena praxis médica<sup>3</sup>.

Según el modelo del queso suizo de Reason<sup>4</sup>, los eventos adversos suceden habitualmente por múltiples factores alineados que superan las diferentes barreras o defensas creadas para evitar el error. Afortunadamente para la prevención de los mismos, la revisión del sistema y de sus defensas permite identificar los errores.

Por otro lado, la RPM se define como la obligación del médico de reparar las consecuencias de los actos, omisiones y errores cometidos en el ejercicio de su profesión que hayan causado un daño o perjuicio, siempre que no se hayan puesto los medios necesarios o el cuidado debido en la asistencia de un paciente, ya sea por negligencia en su conducta o por incumplimiento de la *lex artis*<sup>5</sup>. Dicho de otra manera, el médico responderá por un ejercicio de la medicina que no se ajuste al concepto jurídico de *lex artis*, entendido el mismo como sinónimo de técnica correcta o como el conjunto de reglas técnicas a las que se ha de ajustar el ejercicio de una actividad<sup>6</sup>.

La *lex artis* médica será valorada de acuerdo con las circunstancias concretas del caso, de manera individualizada. Así se valorará lo que se denomina *lex artis ad hoc*, que ha sido definida por la jurisprudencia y la doctrina mayoritaria como «el criterio valorativo para

calibrar la diligencia exigible en cualquier acto o tratamiento médico, que comporte no solo el cumplimiento formal y protocolario de las técnicas previstas, aceptadas generalmente por la ciencia médica y adecuadas a una buena praxis, sino la aplicación de estas técnicas con la atención y precisión exigibles de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención según su naturaleza, teniendo en cuenta la especialización del autor, la complejidad y la trascendencia vital para el paciente» (Sentencia 555/2009 de la Sala 1ª de lo Civil del Tribunal Supremo de 8 de julio de 2009, fundamento jurídico segundo, recurso 2508/2004)<sup>7</sup>. Así pues, a la hora de valorar la RPM, el criterio de la *lex artis* médica es de obligada consideración a efectos de declarar la eventual responsabilidad que corresponda<sup>8</sup>.

## RPM Y OBLIGACIÓN DE RESULTADOS

Ahondando en lo expuesto hasta ahora, en Medicina Estética, así como en cualquier otro campo de la medicina, no se puede ofrecer una garantía de éxito del acto médico, por lo que el médico sólo puede asumir una obligación de medios, y no de resultados, estando pues obligado a la correcta aplicación de la *lex artis*, pero no al resultado satisfactorio<sup>6</sup>.

Por lo tanto, la responsabilidad del médico se vinculará, cuando esto suceda, al hecho de no haber puesto a disposición del paciente los medios adecuados, de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes en cada procedimiento y no al resultado obtenido<sup>9</sup>.

Debe tenerse en cuenta, por otro lado, que la obligación de medios comprende diversos aspectos del acto médico: la adecuada información al paciente, o en su caso a sus referentes, y la utilización de todos los medios que se conozcan de acuerdo con las circunstancias relacionadas con el enfermo para su diagnóstico y tratamiento, incluido el seguimiento hasta el alta<sup>6</sup>.

Hay que advertir en este punto que clásicamente existía una diferenciación en cuanto a una exigencia de medios contra una exigencia de resultados entre la medicina satisfactiva o voluntaria y la medicina curativa, necesaria o asistencial, la primera de las cuales es aquella en que el interesado acude al médico no para la mejora de una dolencia patológica, sino para la mejora de su aspecto físico o estético o para la transformación de una actividad biológica como la sexual<sup>10</sup>.

Así pues, clásicamente, se asumía un plus de responsabilidad que obligaba a la obtención de un buen resultado en medicina satisfactiva. Ahora bien, actualmente, los tribunales ya se han manifestado de manera repetida sobre la obligación general de medios y no de resultados para ambos tipos de medicina.

En este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo (TS), de fecha 27/09/2010<sup>11</sup>, cuyo ponente fue José Antonio Seijas Quintana, fue clave: “La distinción entre obligación de medios y de resultados no es posible mantener en el ejercicio de la actividad médica, salvo que el resultado se pacte o se garantice, incluso en los supuestos más próximos a la llamada medicina voluntaria que a la necesaria o asistencial, cuyas diferencias tampoco aparecen muy claras en los hechos, sobre todo a partir de la asunción del derecho a la salud como una condición de bienestar en sus aspectos psíquico y social, y no sólo físico. La obligación del médico es poner a disposición del paciente los medios adecuados, y en especial ofrecerle la información necesaria, en los términos que exige la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, vigente en el momento de los hechos, teniendo en cuenta que los médicos actúan sobre personas, con o sin alteraciones de la salud, y que la intervención médica está sujeta, como todas, al componente aleatorio propio de la misma, por lo que los riesgos o complicaciones que se pueden derivar de las distintas técnicas de cirugía utilizadas, especialmente la estética, son los mismos que los que resultan de cualquier otro tipo de cirugía: hemorragias, infecciones, cicatrización patológica o problemas con la anestesia, etc. Lo contrario supone poner a cargo del médico una responsabilidad de naturaleza objetiva en cuanto se le responsabiliza exclusivamente por el resultado alcanzado en la realización del acto médico, equiparando el daño al resultado no querido ni esperado, ni menos aun garantizado, por esta intervención, al margen de cualquier valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad, que, en definitiva, le impediría demostrar la existencia de una actitud médica perfectamente ajustada a la *lex artis*”.

En resumen, lo que inicialmente se apuntó como una ausencia de respuestas absolutas en la doctrina sobre medicina curativa y medicina satisfactoria y la obligación de medios y obligación de resultados, en el que según los casos y las circunstancias concurrentes se señalaba que había lugar para matices<sup>10</sup>, se ha transformado con el paso de los años en una uniformidad general en la inexigibilidad de resultados centrada en la obligatoriedad de una información más detallada.

### LA LEY DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En medicina estética, algunos pacientes pueden tener una visión irreal de los posibles resultados, debido a las campañas de publicidad engañosas o por el mal asesoramiento de su médico. La mejor forma de mejorar, aún más, el nivel de satisfacción de los pacientes es aportándoles una información detallada sobre la estrategia, procedimientos y potenciales resultados de un tratamiento<sup>12</sup>.

De hecho, según la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME), siete de cada diez reclamaciones en medicina estética se deben, precisamente, a la falta de información previa al tratamiento.

Así pues, en algunas circunstancias, y de manera muy relevante en el caso de medicina estética, se reclama un defecto de información en la actuación médica llevada a cabo. El médico tiene la obligación de informar al paciente durante todo el proceso asistencial sobre el tratamiento, sus riesgos y complicaciones, y las alternativas terapéuticas.

Tanto la legislación autonómica como la nacional, mediante la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>13</sup>, establecen que el consentimiento por regla general será verbal; sin embargo, deberá prestarse por escrito en determinados casos que se describen de forma genérica como: «intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente». Esta información es importante que se recoja en el documento de consentimiento informado (DCI) que se entregará al paciente, con suficiente antelación a la cirugía o el tratamiento para que pueda considerar con tiempo suficiente si rechaza o acepta el tratamiento. El DCI será la prueba de que esta información se ha trasladado al paciente.

El paciente que debe someterse a una intervención quirúrgica o procedimiento médico invasivo debe estar informado previamente, verbalmente y mediante el documento de consentimiento informado, como exige la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente, de todos los riesgos, complicaciones y alternativas al tratamiento. Si en este acto surge algún tipo de complicación que no estuviera informada en el documento de consentimiento informado, o bien el médico no pudiera demostrar que se ha dado esta información, aunque haya sido de manera verbal, entonces la indemnización consistirá en cuantificar la pérdida de oportunidad del paciente en escoger la intervención sin tener conocimiento de ciertos riesgos y complicaciones. La jurisprudencia establece que la indemnización por falta de información deberá limitarse al daño moral, que tiene origen en la pérdida de oportunidad, y no aquel que corresponda a las secuelas originadas por la intervención quirúrgica a la que se ha sometido. Sigue afirmando que el daño que se ha de poner a cargo del facultativo no es el resultado de una intervención defectuosa si se ha descartado una negligencia de los hechos, por lo que el daño que fundamentará esta responsabilidad será el que resulte de haberse omitido una información adecuada, ya que no ha podido escoger con todo el conocimiento.

Así pues, tal y como ha sido expuesto, el respeto por el derecho a decidir del enfermo es un principio legal fundamental en la asistencia sanitaria, cuya importancia reconocen los profesionales de la sanidad<sup>12</sup>. Este derecho se ejerce a través del consentimiento informado, el procedimiento por el cual el paciente, debidamente informado y competente, decide libremente entre las opciones clínicas disponibles<sup>12</sup>.

Más allá de los desacertados mitos existentes en torno al DCI<sup>14</sup>, una adecuada información al paciente sobre los riesgos y las alternativas posibles es esencial<sup>15, 16</sup>. Se ha señalado que la praxis y los estándares actuales de consentimiento informado a menudo no resultan de utilidad al paciente, y suponen riesgos innecesarios en materia de responsabilidad profesional médica para los profesionales<sup>17, 18</sup>. Si bien la información al paciente ha de ser individualizada, se recomienda el desarrollo experto de modelos personalizables de DCI, aumentando las garantías para pacientes y profesionales, como el que realizan las comisiones designadas a tal efecto por las comunidades autónomas<sup>19</sup> o las Sociedades Científicas<sup>20</sup>, habiéndose utilizado judicialmente como estándar de información adecuada<sup>21, 22</sup>. El DCI, incluido en la *lex artis*, se considera también un elemento de seguridad clínica. El acceso y disponibilidad de dichos DCI es básico, dado que garantiza la autonomía del paciente y puede servir de soporte para los profesionales<sup>23</sup>.

Por otro lado, está demostrado que mejorar la comunicación con el paciente contribuye a reducir errores, lo que refuerza el papel de los programas para incrementar la seguridad que fomentan un papel más activo del paciente<sup>24</sup>. De hecho, la falta de una explicación, o de una disculpa al paciente, si fuera apropiada, puede ser muy mal valorada por éste y, en algunos casos, puede convertirse en un poderoso estímulo para presentar una reclamación. En este sentido, cabe destacar una vez más el enorme valor de la historia clínica (también la informatizada) como documento clínico, asistencial, investigador y docente pero también como elemento fundamental en el ámbito médico-legal. El consentimiento informado, figura de gran trascendencia ética, médica y legal, es un derecho del paciente, incluido en el acto médico y forma parte del proceso de comunicación médico-paciente.

Un aspecto pendiente de mejora dentro del ámbito del consentimiento informado es todo lo relativo al mismo en el caso de los menores de edad que se someten en cirugía o medicina estética. Una reciente revisión al respecto<sup>25</sup>, ha puesto de manifiesto que en España no existe una normativa específica nacional sobre las intervenciones quirúrgicas con finalidad estética en menores de edad en la que se regule además de los derechos de la personalidad del menor, el derecho a la información clínica, el consen-

tamiento informado en intervenciones quirúrgicas «satisfactivas» o voluntarias, los requisitos en la valoración de la madurez psicológica, los de los centros sanitarios donde se practiquen las intervenciones quirúrgicas, la creación de un registro de dichas intervenciones...

## APRENDER DEL ERROR

Desde hace años, existen publicaciones a nivel internacional basadas en análisis de reclamaciones, incluso en la exposición de casos concretos que ilustran los riesgos de la asistencia, como herramienta formativa para los facultativos.

Desde nuestra perspectiva, el sistema de aseguramiento de la responsabilidad profesional médica debe cubrir de manera óptima y eficaz los posibles defectos de praxis de los profesionales, pero también debe promover mejoras en materia de seguridad clínica basadas en la mejor evidencia científica disponible<sup>26</sup>. Esta evidencia científica proviene necesariamente de la investigación y, si bien sólo un pequeño porcentaje de los hechos adversos en medicina dan lugar a reclamaciones y el porcentaje de reclamaciones basadas en eventos adversos previsibles es desconocido, el análisis de reclamaciones es una posible fuente para aprender del error y está claramente infra explotadas<sup>27</sup>.

De manera análoga a experiencias de otros países, el análisis de las reclamaciones médicas es una fuente muy importante de datos para prevenir futuras reclamaciones. Lo que podemos aprender a partir del análisis de reclamaciones resulta especialmente relevante para aquellas áreas de más litigiosidad o unos índices más altos de responsabilidad profesional médica. Un análisis de los resultados deberían permitir identificar tanto áreas en las que el nivel de la asistencia prestada no alcanza los estándares exigibles (con posibles recomendaciones en materia de seguridad clínica), áreas de riesgo especial por el trato jurídico que reciben (con aspectos jurisprudenciales de aplicación frecuente en este ámbito), así como áreas en las que la insatisfacción del paciente resulta frecuente aunque la praxis sea correcta (con una frecuencia elevada de reclamación y bajos índices de responsabilidad profesional).

La caracterización del fenómeno de las reclamaciones por presunta responsabilidad profesional permite guiar la implementación de programas de calidad que incluyan medidas de seguridad clínica específicas derivadas de los resultados obtenidos, así como insistir en los aspectos jurídicos y médico legales de relevancia para la asistencia.

Este aprendizaje sería fundamental atendiendo a la enorme complejidad científica que en este momento supone el ejercicio de la medicina estética, que requiere una formación muy específica, amplia, de calidad y universitaria; máxime cuando la base científica (obje-

tivada por la evidencia) en que deben basarse sus tratamientos han de garantizar eficacia y seguridad. Además, hay una gran cantidad de especialidades implicadas, dado el creciente envejecimiento de la población y la cronificación de muchas patologías, antes mortales, donde los pacientes también desean mejorar su calidad de vida y su imagen, evitando estigmatizaciones. Los especialistas que atienden estas patologías no incluyen en su formación la mejora estética por estar fuera del Sistema Nacional de Salud (SNS); sin embargo, un gran número de ciudadanos (superior al 30%) recurren a tratamientos estéticos, con un crecimiento exponencial en la última década<sup>28</sup>.

### SÍNDROME CLÍNICO JUDICIAL

En otro orden de cosas, es bien conocido que el riesgo de reclamación por defecto de praxis, de manera análoga al concepto de segunda víctima tras un error médico<sup>29</sup>, supone una importante preocupación en los facultativos<sup>30</sup>, también en nuestro medio. La litigiosidad resulta extremadamente estresante y conlleva una respuesta física, emocional y conductual inevitable<sup>31,32</sup>. En los profesionales se ha descrito el denominado síndrome clínico judicial (SCJ) o síndrome de estrés por mala praxis, un síndrome clínico psicofísico que puede convertirse en crónico, irreversible y difícil de tratar.

El médico puede vivir una reclamación de formas muy diferentes, como un error propio producto de su falta de competencia, con la consiguiente afectación de su autoestima, o bien como algo externo, fruto de la excepcionalidad de las circunstancias, de la mala suerte, de un defecto organizativo, del agotamiento por las exigencias laborales o emocionales o incluso del azar<sup>33</sup>. La gravedad de los síntomas es variable, con formas subclínicas o clínicas leves, moderadas o graves<sup>34</sup>.

El SCJ contempla todos los síntomas que aparecen durante todas las fases del procedimiento, desde que se recibe la reclamación (interposición de la misma, citación y notificación de investigación), los sucesivos pasos (resolución, mediación, declaraciones, audiencias, juicio, etc.) e incluso tras su finalización<sup>35</sup>. El proceso judicial pone en marcha diferentes mecanismos de adaptación, con cierto grado de afectación psico-emocional ante lo que no conoce, no se domina y depende de terceros<sup>35</sup>. La mayoría presenta manifestaciones compatibles con estrés agudo o crónico<sup>59</sup>. Los estudios empíricos describen que el 88,7-97% de los facultativos experimenta algún tipo de daño tras una reclamación<sup>36,37</sup>. Fileni registró como sintomatología más frecuente la ansiedad (63,8%), seguida de la ira (61,0%), la desesperanza (39,0%), la decepción (32,4%), la angustia (32,4%), los sentimientos de humillación (19,0%) y la culpa (10,5%)<sup>37</sup>.

Estudios al respecto realizados en nuestro contexto ponen de manifiesto que los síntomas relacionados con la ira y el estado de ánimo son frecuentes tras una reclamación por RPM y que con frecuencia la experiencia sufrida afectó a la situación personal, familiar, a la vida social y a la conducta profesional de los afectados. Dichas reclamaciones conllevaron de manera significativa cambios importantes en la práctica clínica futura<sup>38</sup>.

Así pues, la prevención primaria del SCJ parte de una correcta asistencia, con mejoras en la gestión del riesgo, la formación con programas obligatorios de calidad y actualización en temas de responsabilidad impartidos por especialistas, así como el adecuado aseguramiento de la responsabilidad profesional<sup>39</sup>.

El mero conocimiento de la existencia del síndrome clínico judicial así como la idoneidad de su tratamiento puede ser de mucha utilidad de cara a paliar los posibles efectos del mismo.

### USO DE LA FOTOGRAFÍA CLÍNICA EN MEDICINA ESTÉTICA Y COSMÉTICA

El uso de la fotografía en las especialidades médicas con gran carga visual, como la medicina estética y cosmética, la traumatología, la oftalmología, la cirugía plástica o la dermatología<sup>40,41</sup>, ya sea con fines de diagnóstico, de seguimiento clínico-asistencial o con fines docentes y de transferencia del conocimiento, es ineludible en la actualidad<sup>42</sup>.

El ordenamiento jurídico vigente en España dispone de múltiples textos legales y normativas de distinto rango, que son de aplicación en el caso del uso de la fotografía médica. En cualquier caso, puede afirmarse desde el punto de vista jurídico que existen dos sustratos distintos de protección de la ley que deben ser valorados. Por un lado, debe considerarse la protección del derecho fundamental a la propia imagen y por otro, la protección de los datos de carácter personal.

En relación a la protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen está regulada por la Ley Orgánica 1/1982<sup>43</sup>. Respecto al segundo de los supuestos, el de la protección de datos de carácter personal, ha habido recientemente modificaciones legislativas que condicionan la manera de obtener y exhibir las fotografías médicas. Dichas modificaciones resultan de la reciente aprobación del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) de la Unión Europea 2016/679<sup>44</sup>, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos, normativa de obligada aplicación desde el 25 de mayo de 2018 y la adaptación a dicha norma de la legislación española mediante la derogación de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de

Protección de Datos de Carácter Personal, y su sustitución inmediata por la Ley Orgánica 3/2018<sup>45</sup>, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Así pues, respecto al análisis del uso de la fotografía en medicina estética debe distinguirse dos situaciones distintas. En primer lugar, la obtención o toma de fotografías y su incorporación a la historia clínica del paciente y en segundo lugar, la posible exhibición de la fotografía con fines docentes o de publicación científica, una situación que no tiene porqué suceder siempre.

Respecto a la toma u obtención de fotografías no se plantean demasiadas dudas jurídicas en tanto en cuanto la fotografía es un elemento más en la historia clínica del paciente.

Por otro lado, respecto a la exhibición con fines docentes o de publicación científica de una fotografía obtenida como resultado de la actividad profesional debemos distinguir dos circunstancias en función de si la fotografía no permite identificar al paciente (directamente a partir de la propia fotografía ni indirectamente gracias a la información adicional aportada en el momento de la exhibición de la fotografía) o si el paciente puede ser identificado. Tan solo en el segundo de estos supuestos, cuando la fotografía permite identificar al paciente, aunque lo sea a partir de información adicional, debemos disponer de la autorización expresa para dicha exhibición, siendo necesariamente que la misma sea absolutamente específica (indicando la fotografía o fotografías en concreto a la que se refiere la autorización) y la finalidad autorizada de manera concreta (docencia, publicación científica, etc.).

Finalmente se recomienda, en los casos en los que el profesional dude de si la fotografía permite identificar al paciente, dada la relativa indefinición de dicho concepto introducido en la legislación, que en el momento de la obtención, si se prevé la exhibición de la fotografía, se solicite la correspondiente autorización.

## RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA EVITAR UNA RECLAMACIÓN

A pesar de que la mayoría de reclamaciones concluyen sin la concurrencia de ningún tipo de RPM, es innegable la necesidad de implementar medidas contribuyentes a mejorar la seguridad clínica del paciente y la seguridad jurídica de los profesionales.

Así, las áreas o procedimientos considerados de riesgo merecen una atención especial en materia de seguridad clínica y es necesario implementar acciones que incluyan una especial atención a la relación y la comunicación entre el médico y el paciente, el adecuado cumplimiento de la documentación clínica, la gestión de conflictos y las medidas de formación a la población y al paciente.

Aprender del error mediante el análisis de la casuística en reclamaciones por RPM es una opción que permite desarrollar actuaciones en materia de seguridad del paciente que contribuyen a minimizar los eventos adversos, protege a los pacientes ante posibles prácticas defectuosas y ayuda a los médicos a implementar mejoras en su praxis a fin de actuar con seguridad jurídica para reducir el riesgo de que se presenten situaciones con un resultado negativo de su ejercicio y conlleven posibles reclamaciones por responsabilidad profesional.

Así pues, del análisis de la casuística de reclamaciones por RPM en nuestro contexto, se pueden extraer una serie de recomendaciones para evitar una reclamación por presunta responsabilidad profesional médica<sup>46</sup>:

1. Hay que actuar siempre con competencia técnica en el marco de una buena relación y comunicación entre el médico y el paciente.
2. Debe prestarse especial atención a la relación médico-paciente, máxime cuando se sospeche la existencia de alguna personalidad de base patológica en el paciente.
3. El uso de guías de práctica clínica con alto nivel de evidencia científica es un elemento clave de seguridad clínica.
4. La formación continuada, la actualización periódica de los conocimientos y habilidades ante los cambios continuos de la medicina es fundamental para el correcto ejercicio de la profesión médica.
5. Hay que promover el uso de herramientas protocolizadas que aseguren el cumplimiento de medidas de seguridad clínica (listas de comprobación o de verificación, protocolos, etc.).
6. Hay que priorizar las exploraciones y tratamientos que supongan un riesgo menor para el paciente y evitar las que supongan riesgos innecesarios.
7. La información facilitada a los pacientes debe ser clara, real y objetiva, sin generar falsas expectativas. Este proceso de información debe quedar bien registrado en el historial clínico, cumpliendo la legislación vigente en materia de autonomía del paciente y obtener, cuando sea necesario, el correspondiente documento de consentimiento informado (DCI).
8. Hay que ser conscientes de que el historial clínico es el documento crucial para la valoración de la praxis médica, por lo que es indispensable que sea completo y que incluya el curso clínico, las pruebas complementarias, los DCI y la argumentación clínica de las decisiones tomadas durante todo el proceso asistencial.

9. Según las normas deontológicas de la profesión médica hay que guardar el secreto profesional, mantener una buena colaboración con otros profesionales sanitarios y evitar los comentarios negativos hacia ellos.
10. Hay que adquirir conocimientos en asuntos médico-legales que afecten nuestro ejercicio profesional.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1). Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet*. 1999;353:1178-81.
- (2). Vincent C, Amalberti R. Seguridad del Paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. Editorial Modus Laborandi, S. L., Madrid. 2016.
- (3). Arimany-Manso J, Martin-Fumadó C. La importancia de la seguridad clínica. *Med Clin (Barc)*. 2017;148:405-7.
- (4). Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768-70.
- (5). Aspectos medico-legales de la responsabilidad profesional. Medallo-Muñiz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:152-6.
- (6). Clos-Masó D, Gómez-Durán EL. Los seguros de responsabilidad civil profesional médica. En S. E. Obstetricia, Problemas Jurídicos en Ginecología y Obstetricia (p. 25-38). 2013. Madrid: SEGO.
- (7). Sentencia de la sala Civil del Tribunal Supremo. Resolución 555/2009, de 08/07/2009. STS 4673/2009-ECLI: ES:TS:2009:4673.
- (8). Criterios medicolegales en la valoración de la responsabilidad profesional médica Pujol-Robinat A, Martin-Fumadó C, Giménez-Pérez D, Medallo-Muñiz J. *Rev Esp Med Legal*. 2013;39:135-141.
- (9). Reclamaciones por presunta negligencia relacionadas con endoscopia digestiva. Análisis de una casuística de 22 años. Bruguera M, Viger M, Bruguera R, Benet J, Arimany J. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34:248-53.
- (10). Estudio jurisprudencial en medicina satisfactiva. Andreu Tena E, Azparren Lucas A, Donat Laporta E. *Rev Esp Med Legal* 2013;39:162-7.
- (11). Sentencia de la sala Civil del Tribunal Supremo. Resolución 583/2010, de 27/09/2010. STS 4725/2010-ECLI: ES:TS:2010:4725.
- (12). Recurso web. Disponible en: [https://www.consalud.es/profesionales/la-responsabilidad-del-medico-estetico\\_53547\\_102.html](https://www.consalud.es/profesionales/la-responsabilidad-del-medico-estetico_53547_102.html) Acceso el 17/06/2019.
- (13). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. p. 40126-40132.
- (14). Simón P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29:29-40.
- (15). Giraldo P, Comas M, Sala M. Información al paciente a través del consentimiento informado. *Med Clin (Barc)*. 2015;145:89-90.
- (16). Solsona Durán JF, Sala Serra M, Alamo Junquera D, García Caselles MP. El consentimiento informado en un hospital universitario: evaluación de 291 consentimientos informados y de la opinión de médicos y pacientes. *Rev Clin Esp*. 2011;211:167-8.
- (17). Simón P. Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. *An Sist San Navar*. 2007;30:191-8.
- (18). Gómez-Durán EL, Saigí-Ullastre U, Bruguera-Villagrasa R, Arimany-Manso J. Sobre la desviación del espíritu del consentimiento informado y otras reflexiones de interés en los ensayos clínicos. *Med Clin (Barc)*. 2013;141:558-9.
- (19). Martínez Morel HR, Nebot Marzal CM, Sánchez Torres S, Ortí Lucas RM. El riesgo de infección nosocomial en los documentos de consentimiento informado. *Gac Sanit*. 2013;27:381-3.
- (20). Arimany-Manso J, Clos-Masó D, Benet-Travé J, Gómez-Durán EL. El defecto de información en las reclamaciones por responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc)*. 2015;20:92-3.
- (21). Arimany-Manso J. La responsabilidad profesional en cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:788-90.
- (22). Bori G, Gómez-Durán EL, Combalá A, Trilla A, Arimany-Manso J. Seguridad clínica y reclamaciones por responsabilidad profesional en cirugía ortopédica y traumatología. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2016;60:89-98.

- (23). Gómez-Durán EL, Ferran-Ballús B, Torrent Jansà L, Martin-Fumadó C, Arimany-Mansó J. Accesibilidad a documentos de consentimiento informado a través de las sociedades científicas. *Rev Esp Med Legal*. 2016;42:67-71.
- (24). La comunicación del error médico. Consecuencias éticas y medicolegales. Martin-Fumadó C, Morlans M, Torralba F, Arimany-Mansó J. *Med Clin (Barc)*. 2019 Mar 1;152:195-9.
- (25). Rodríguez Parrilla MC. El consentimiento informado de los menores de edad en cirugía estética: situación actual legislativa. *Rev Esp Med Legal*. 2018;44:176-81.
- (26). Gómez-Durán EL, Martin-Fumadó C, Arimany-Mansó J. From professional medical responsibility to clinical safety. *Aten Primaria*. 2014;46:110-1.
- (27). Gómez-Durán EL, Martin-Fumadó C, Arimany-Mansó J. Legal medicine contributions to patient safety. From ascertainment and evaluation to research in medical liability. *Int J Legal Med*. 2013;127:1051-3.
- (28). Recurso web. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/petra-vega-estetica/> Acta Sanitaria Acceso el 11/06/2019.
- (29). Gómez-Durán EL, Tolchinsky G, Martin-Fumadó C, Arimany-Mansó J. Neglecting the "second victim" will not help harmed patients or improve patient safety. *BMJ*. 2019 May 17;365:l2167.
- (30). Arimany-Mansó J, Vizcaíno M, Gómez-Durán EL. Clinical judicial syndrome: The impact of judicial proceedings on physician. *Med Clin (Barc)*. 2018;151:156-60.
- (31). Charles SC, Wilbert JR, Kennedy EC. Physicians' self-reports of reactions to mal-practice litigation. *Am J Psychiatry*. 1984;141:563-5.
- (32). Charles SC, Wilbert JR, Franke KJ. Sued and nonsued physicians' self-reported reactions to malpractice litigation. *Am J Psychiatry*. 1985;142:437-40.
- (33). Agrest A. Clinical judicial syndrome. *Medicina (B Aires)*. 2012;27:185-6.
- (34). Hurtado-Hoyo E, Gutiérrez Zaldívar H, Iraola N, Rodríguez A. El síndrome clínico judicial. *Rev Asoc Med Argent*. 2006;119:8-16.
- (35). Santoro E. Clinical-judicial syndrome: How a doctor becomes a patient through general indifference. *Updates Surg*. 2014;66:173-5.
- (36). Charles SC, Pyskoty CE, Nelson A. Physicians on trial—Self-reported reactions to malpractice trials. *West J Med*. 1988;148:358-60.
- (37). Fileni A, Magnavita N, Mammi F, Mandoliti G, Lucà F, Magnavita G, et al. Mal-practice stress syndrome in radiologists and radiotherapists: Perceived causes and consequences. *Radiol Med*. 2007;112:1069-84.
- (38). Gómez-Durán EL, Vizcaíno-Rakosnik M, Martin-Fumadó C, Klamburg J, Padrós-Selma J, Arimany-Mansó J. Physicians as second victims after a malpractice claim: An important issue in need of attention. *J Healthc Qual Res*. 2018;33:284-9.
- (39). Young P, Finn BC, Pellegrini D, Bruetman JE, Young DR, Trimarchi H. Clinical judicial syndrome. *Medicina (B Aires)*. 2011;71:501-2.
- (40). Taberner R. Fotografía médica: la asignatura pendiente de los dermatólogos. *Actas Dermosifiliogr. Actas Dermosifiliogr*. 2019;110:89.
- (41). Arimany Mansó J, Martin Fumadó C, Mascaró Ballester JM. La dermatología y sus aspectos medicolegales: seguridad clínica y dermatología. *Actas Dermosifiliogr*. 2019;110:20-7.
- (42). Arimany Mansó J, Taberner Ferrer R, Pidevall I, Mascaró Ballester JM, Martin-Fumadó C. Implicaciones bioéticas y médico-legales del uso de la fotografía en dermatología. *Actas Dermosifiliograf*. 2019. IN PRESS.
- (43). Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. BOE núm. 115, de 14 de mayo de 1982. p. 12546-12548.
- (44). Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). «DOUE» núm. 119, de 4 de mayo de 2016, p. 1-88.
- (45). Ley 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE núm. 294, de 6 de diciembre de 2018. p. 119788-119857.
- (46). Arimany-Mansó J, Gómez-Durán EL. Conclusions i recomanacions per a evitar reclamacions. En: Responsabilitat professional mèdica i seguretat clínica. CCMC, 2019.