

ÍNDICE SISTEMÁTICO

PRÓLOGO	17
1 . INTRODUCCIÓN	21
2 . NATURALEZA JURÍDICA DE LA RESPONSABILIDAD SANITARIA	25
2.1. RESPONSABILIDAD DE MEDIOS	27
2.1.1. Actuación conforme a la <i>lex artis</i>	28
2.1.2. Existencia de daño desproporcionado	31
2.1.3. Existencia de nexo causal	33
2.1.4. Explicación del médico	35
2.2. TIPOLOGÍA DE ACTUACIONES SANITARIAS CONTRARIAS A LA <i>LEX ARTIS</i>	37
2.2.1. Teoría de la pérdida de la oportunidad	37
2.2.2. Incorrecta valoración de los riesgos derivados de la actuación sanitaria o de la sintomatología	40
2.2.3. Incorrecta práctica de la intervención	40
2.2.4. Incorrecta práctica en el seguimiento de la patología	41
2.2.5. Negligencia en la actuación del facultativo	41
2.2.6. Ausencia del médico responsable	41
2.3. TIPOLOGÍA DE ACTUACIONES SANITARIAS ACORDES A LA <i>LEX ARTIS</i>	42
2.3.1. No vulneración de la teoría de la oportunidad	42
2.3.2. Producción de un daño calificado de normal o posible	44

2.3.3.	Producción de un daño inesperado o no propio de la patología tratada	45
2.3.4.	No acreditación del nexo causal entre actuación sanitaria y resultado	46
2.3.5.	Prioridad respecto de una intervención concreta frente al tratamiento de otra patología.	46
2.3.6.	Daño resultante no de la actuación sanitaria, sino de una dolencia previa	47
2.3.7.	Aplicación de nuevos tratamientos	47
3 .	RESPONSABILIDAD SANITARIA DE OBJETIVOS	49
3.1.	EXCEPCIONES A LA REGLA GENERAL DE LA RESPONSABILIDAD SANITARIA. MEDICINA SATISFACTIVA O VOLUNTARIA.	51
3.2.	SUPUESTOS DE RESPONSABILIDAD OBJETIVA	53
3.2.1.	Supuestos de incorrecta intervención quirúrgica	54
3.2.2.	Supuestos de incorrecta valoración médica.	54
3.2.3.	Tardanza en el diagnostico o tratamiento de la patología.	55
3.3.	SUPUESTOS DE INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD OBJETIVA.	55
3.3.1.	Resultados no imputables a la actividad del facultativo	55
3.3.2.	Por riesgos propios de las intervenciones sanitarias e informados.	56
3.3.3.	No acreditación del nexo causal.	56
4 .	EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	57
4.1.	DEBER Y DERECHO DE INFORMACIÓN LEGALMENTE RECONOCIDO	59
4.1.1.	Contenido de la información.	62
4.1.2.	Responsables del deber de información	64
4.1.3.	Forma y tiempo de la transmisión de la información	65
4.1.4.	Amplitud de la información	69

4.1.5.	Carácter personalizado de la información	70
4.1.6.	Titular del derecho a la información	71
4.1.7.	Decisión del paciente	73
4.1.8.	Manifestación del consentimiento	74
4.2.	SUPUESTOS DE RESPONSABILIDAD DEL FACULTATIVO .	77
4.2.1.	Responsabilidad común a las diferentes modalidades de actuación sanitaria	78
4.2.2.	Responsabilidad en la asistencia sanitaria curativa .	79
4.2.3.	Responsabilidad en la asistencia sanitaria satisfactiva	80
4.2.4.	Responsabilidad en la asistencia sanitaria paliativa o de conservación	82
4.2.5.	Incorrecta práctica del consentimiento informado. .	82
4.3.	SUPUESTOS DE INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL FACULTATIVO	83
5 .	LA PRUEBA EN LOS PROCESOS DE RESPONSABILIDAD SANITARIA	85
5.1.	PUNTO DE PARTIDA: REGLAS GENERALES DE LA CARGA DE LA PRUEBA EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL	87
5.1.1.	Distribución de la carga de la prueba	87
5.1.2.	Excepciones a la distribución de la carga de la prueba	90
	A) Reconocimiento legal expreso de las excepciones	91
	B) Principio de disponibilidad y facilidad probatoria	93
5.2.	TRASLACIÓN DE LAS DISPOSICIONES DE LA CARGA DE LA PRUEBA A LOS PROCESOS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA	98
6 .	PRIMER ESCENARIO. APLICACIÓN DE LAS REGLAS GENERALES	103

6.1. LA CARGA DE LA PRUEBA LE CORRESPONDE AL DEMANDANTE	105
6.2. MOTIVOS POR LOS QUE SE EXCLUYE LA INVERSIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA EN LOS PROCESOS DE RESPONSABILIDAD SANITARIA	108
6.3. ELEMENTOS QUE DEBEN SER PROBADOS POR EL DEMANDANTE	113
7 . SEGUNDO ESCENARIO. EXCEPCIONES A LA ATRIBUCIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA AL DEMANDANTE-PACIENTE. INVERSIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA.	125
7.1. RESPONSABILIDAD MÉDICA DERIVADA DE LA MEDICINA SATISFACTIVA.	128
7.2. RESPONSABILIDAD MÉDICA POR DAÑO DESPROPORCIONAL	134
7.2.1. Causa de la inversión de la carga de la prueba . . .	134
7.2.2. Definición de daño desproporcional	138
7.2.3. Presunción de la culpa del profesional sanitario . . .	140
7.2.4. Exigencia de explicación del facultativo	143
7.2.5. Extremos que debe probar el facultativo	148
7.2.6. Consecuencias de la acreditación o no de la correcta actuación del sanitario	153
7.3. DEBER DE INFORMACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS Y RIESGOS DE LA ACTIVIDAD SANITARIA	155
8 . TERCER ESCENARIO. APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE FACILIDAD Y DISPONIBILIDAD PROBATORIA.	165
9 . EN CONTRA DE LA GENERALIZACIÓN DE LA INVERSIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA	175
9.1. PELIGRO DE LA GENERALIZACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE FACILIDAD Y DISPONIBILIDAD PROBATORIA	177
9.2. SENTIDO REAL DE LOS PRINCIPIOS DE FACILIDAD Y DISPONIBILIDAD PROBATORIA	180

9.3. RIESGOS DE UNA INVERSIÓN GENERALIZADA DE LA CARGA DE LA PRUEBA.....	188
9.4. DOSIS DE PRUEBA DE NECESARIA ACREDITACIÓN POR LAS PARTES.....	191
9.5. ¿REALMENTE EXISTE ASIMETRÍA PROCESAL?.....	196
9.6. IGUALDAD DE ACCESO A LAS FUENTES DE PRUEBA: SITUACIÓN DE NORMALIDAD PROCESAL.....	198
9.7. DESIGUALDAD DE ACCESO A LAS FUENTES DE PRUEBA: SITUACIÓN DE ANORMALIDAD PROCESAL.....	203
10 . RESPONSABILIDAD PROBATORIA DEL DEMANDANTE: EQUILIBRIO DE LA ASIMETRÍA PROBATORIA.....	219
11 . INVERSIÓN NORMATIVA VERSUS INVERSIÓN JUDICIAL DE LA CARGA DE LA PRUEBA.....	235
12 . LA RELEVANCIA DE LA DILIGENCIA PRELIMINAR DEL ARTÍCULO 256.1.5.º BIS LEC: PETICIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	245
12.1. FINALIDAD DE LA DILIGENCIA PRELIMINAR.....	247
12.2. EL PAPEL ORIENTADOR DE LAS DILIGENCIAS PRELIMINARES EN LA VIABILIDAD DE LA ACCIÓN JUDICIAL....	253
12.3. LA INTRODUCCIÓN DEL HISTORIAL CLÍNICO EN EL PROCESO Y SU VALOR COMO FUTURA PRUEBA DOCUMENTAL.....	255
12.4. HISTORIAL CLÍNICO Y PRUEBA PERICIAL.....	260
BIBLIOGRAFÍA.....	263
COLECCIÓN «PROBÁTICA Y DERECHO PROBATORIO».....	277