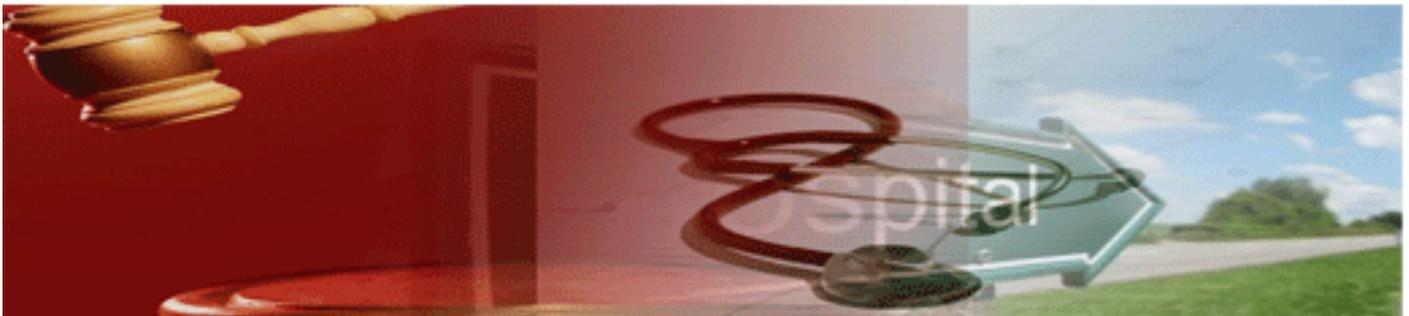


6.6 Responsabilidad penal en el ámbito de la asistencia sanitaria. Casos clínicos-jurídicos¹.

1 Este tema es complemento práctico del Tema..... con el objetivo de completar de forma práctica sus contenidos.



In causa ius esse positum (ALFENO, D. 9.2.52.2). (“La solución justa depende del caso).

Autor: José María Antequera Vinagre.

*Profesor de Derecho Sanitario y Bioética.
Escuela Nacional de Sanidad*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Antequera Vinagre JM. Responsabilidad penal en el ámbito de la asistencia sanitaria. Casos clínicos-jurídicos . [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013 [consultado día mes año]. Tema 6.6. Disponible en: dirección url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



1. INTRODUCCIÓN A SESIONES CLÍNICOS-JURÍDICAS EN EL ÁMBITO DE LA RESPONSABILIDAD PENAL.

Sin duda cuando en el ámbito sanitario aparece en los medios de información una sentencia de la jurisdicción penal se genera una evidente preocupación y nerviosismo; esto tiene su origen porque está muy anclada la asociación daño sanitario con responsa-

bilidad penal, lo que en mayoría de los supuestos no se produce. La complejidad de la asistencia sanitaria exige que los profesionales sanitarios tengan una avanzada e intensa formación en los

aspectos básicos, naturaleza, principios y figuras delictivas del ordenamiento jurídico penal; esta mayor aproximación no potenciaría "medicina defensiva" sino que minimizaría en impacto y las consecuencias de ésta.

1. *Introducción a sesiones clínicos-jurídicas en el ámbito de la responsabilidad penal.*

2. *El miedo a la consecuencia del error. No todo daño sanitario tiene relevancia penal. Principio de intervención mínima*

3. *Mini-sesión clínico-jurídica. Delito de Lesiones por imprudencia grave. Contexto de ausencia de Consentimiento Informado*

4. *Mini-sesión clínico-jurídica. Responsabilidad del equipo sanitaria. Principio de confianza y medicina en equipo.*

5. *Mini-Sesión Clínico Jurídica. Secreto Profesional: Divulgación de secretos. Artículo 199 del Código Penal*

Este mini-tema tiene como objetivo completar el tema del Profesor Sergio Gallego Riestra de responsabilidad penal en la asistencia sanitaria mediante el método de las Sesiones Clínico-Jurídicas para ampliar de forma práctica los conceptos avanzados de forma previa; el objetivo es que el profesional puede extraer herramientas útiles para su práctica profesional actual. Se analizarán varios casos de imprudencia profesional con resultado de lesiones y una de secreto profesional por ser la casuística mayor en la práctica judicial.

Las Sesiones Clínico-Jurídicas se estructura en Exposición del Caso y Reflexiones extraídas del contenido de la Sentencias analizadas y adaptadas para una mejor comprensión.

2. EL MIEDO A LA CONSECUENCIA DEL ERROR. NO TODO DAÑO SANITARIO TIENE RELEVANCIA PENAL. PRINCIPIO DE INTERVENCIÓN MINIMA. (Sentencia audiencia provincial de Zaragoza de 25 de mayo del 2012).

Es frecuente que la inmensa mayoría de los profesionales sani-

tarios consideren que todo "error", "daño sanitario" o "evento adverso" genere responsabilidad penal; esto no es cierto, porque en el ámbito del derecho penal existe el denominado "principio de intervención mínima" como filtro muy exigente para la imputación penal de un profesional sanitario. A continuación se expone de forma esquemática la visión penal de la imprudencia médica:

Existe un cuerpo de doctrina jurisprudencial extenso y pormenorizado respecto a la llamada imprudencia médica . Que se puede resumir en lo siguiente:

- 1) Que, por regla general, el error en el diagnóstico no es tipificable como infracción penal, salvo que por su entidad y dimensiones constituya una equivocación inexcusable.
- 2) Queda también fuera del ámbito penal por la misma razón, la falta de pericia cuando ésta no sea de naturaleza extraordinaria o excepcional.
- 3) Que la determinación de la responsabilidad médica ha de hacerse en contemplación de las situaciones concretas y específicas sometidas al enjuiciamiento penal huyendo de todo tipo de generalizaciones.¹

Por ello hay que poner de relieve que la imprudencia nace cuando el tratamiento médico o quirúrgico incide en comportamientos descuidados, de abandono y de omisión del cuidado exigible, atendidas las circunstancias del lugar, tiempo, personas, naturaleza de la lesión o enfermedad, que olvidando la "lex artis" conduzcan a resultados lesivos para las personas.

Dicha interpretación de las diferencias entre la culpa penal y la civil se ha de llevar a cabo en directa relación con la reiterada Jurisprudencia de nuestro Tribunal Supremo que:

- proclama la intervención mínima a del Derecho Penal para la resolución de conflictos humanos, porque en caso contrario se estaría criminalizando conductas que no son encuadrables en el ámbito del derecho punitivo, atribuyén-

¹ El contexto es fundamental para que surja la responsabilidad pena; mediante la denominada "lex artis ad hoc" se puede enjuiciar la conducta del profesional en atención a las circunstancias concretas del caso.

dosele a éste un carácter extensivo que es contrario a la Constitución.

El mencionado principio de intervención mínima impone el reconocimiento indiscutible de que no toda culpa tiene relevancia penal, por lo que no toda imprudencia o negligencia, cualquiera fuese el resultado lesivo, debe ser incardinada, sin más, en el ámbito criminal-

No existen unos criterios precisos para distinguir la culpa civil de la penal diferenciándose en la intensidad de la infracción del deber objetivo de cuidado y por ende de la omisión de la diligencia debida. Desde esta perspectiva ha de señalarse que solo las más groseras de las infracciones la dejación de los más elementales deberes de cuidado o protección merecen la salvaguardia o protección del orden jurisdiccional penal.

Este mismo criterio ha sido seguido por la Audiencia Provincial de Madrid, Sentencia de 10 de Abril del 2012, en un caso de un menor con cerebritis:

En el referido Informe se hace una exposición de la evolución del proceso, así como un estudio acerca de lo que es la mastoiditis aguda y la cerebritis.

Se llega a la conclusión de que Jesús Ángel fue valorado en el servicio de pediatría en principio por dolor torácico, realizándose protocolo para descartar neumonía, dándose el alta con el diagnóstico de síndrome febril sin foco aparente con aumento leve de transaminasas. Acude un mes más tarde a urgencias por cefalea, se cumple el protocolo de la sociedad española de pediatría, con una rigurosa exploración médica, administrándose analgesia oral y cede el dolor. Acude de nuevo a los tres días por persistencia de cefalea, se realiza prueba de imagen diagnosticando cerebritis tardía, absceso parenquimatoso de localización parietotemporal izquierda con trombosis dural ipsilateral y mastoiditis patológica ótica izquierda. Engrosamiento mucoso de los senos esfenoidal izquierdo y maxilar derecho. Se lleva a cabo traslado hospitalario a la UCI pediátrica del Hospital de La Paz para valoración y tratamiento.

Se informa que en todo momento se han cumplido los protocolos establecidos por la Sociedad Española de Pediatría, se han dado las recomendaciones pertinentes al alta, así como los signos de urgencia con la recomendación de consultar nuevamente si estos se presentan.

En este caso en todo momento se llevó un control y continua información a los familiares si bien la familia entendió que se había producido una demora asistencial; con dichos datos el Tribunal aplicando el principio de intervención mínima y la estructura jurisprudencia de la imprudencia médica archivó el caso. En esta Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid se indica que se ha de ser riguroso a la hora de enjuiciar la responsabilidad penal sanitaria porque una concepción muy extensiva, además de ir contra la filosofía constitucional, iría en contra de la innovación en el ámbito de la medicina.

3. MINI-SESIÓN CLÍNICO-JURIDICA. Delito de Lesiones por imprudencia grave. Contexto de ausencia de Consentimiento Informado (CI). Sentencia Audiencia Provincial de Murcia de 3 de Abril del 2012².

Datos clínicos jurídicos para la sesión:

"Que el día 16 de noviembre de 2005, Cecilia ingresó en la Clínica Z de Murcia para someterse a una dermolipectomía y una prótesis mamaria subcutánea bilateral con anestesia general que le practicó, sin haber prestado el debido consentimiento informado, el acusado Felix, mayor de edad y ejecutoriamente condenado en sentencia firme de 30 de marzo de 1993 por delito de imprudencia temeraria, y en sentencia firme de 11 de enero de 1995 por conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas, intervención que le produjo con posterioridad una trombosis venosa completa de todo el sistema venoso

² En primera instancia se le CONDENÓ al acusado de un delito imprudencia grave del art. 152.1º y 3º CP a la pena de cinco meses de prisión, accesoria de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión por tiempo de tres años y abono de costas incluyendo las de la acusación particular

femoroplopiteo izquierdo, que requirió para su curación tratamiento médico, tardando en sanar 214 días, estando impedida durante 133 días, necesitando 3 días de hospitalización, produciéndole como secuelas síndrome postflebítico moderado en miembro inferior izquierdo. El acusado no realizó a la presente historial preoperatorio y postoperatorio, ni adoptó las medidas profilácticas necesarias para evitar o disminuir la trombosis venosa producida, sobre todo teniendo en cuenta que existía un factor de riesgo por la ingesta de anticonceptivos orales por Cecilia. El acusado tenía concertado seguro de responsabilidad civil con la Compañía Zurich. Cecilia fue intervenida en la Clínica Z en virtud del convenio que el acusado mantenía con la citada Clínica para la realización de dicha intervención quirúrgica, facilitándole al mismo quirófano y habitación, así como el personal preciso para la preparación y seguimiento de la misma hasta que se produjere el alta hospitalaria." El resultado lesivo: síndrome posflebítico moderado en miembro inferior izquierdo³.

Reflexiones de interés:

Sobre la falta de consentimiento informado en dicha intervención quirúrgica (la hoja de CI no está en la historia clínica). Hay que reconocer que el consentimiento informado al paciente no es requisito del tipo penal por el que se condena; de ahí que cuando falte sea irrelevante para construir jurídicamente una posible imprudencia médica profesional. La posible falta del consentimiento informado, caso de haberse producido, no es un elemento que integre la figura de la imprudencia sino que se trata de un factor que pudiera afectar a la relación contractual que se da entre el paciente y los facultativos que lo atienden, o que puede servir para configurar una posible infracción de las normas deontológicas de la profesión médica o incluso una solitaria responsabilidad civil. La posible falta de información sobre los riesgos de la intervención médico quirúrgica llevada a cabo con un determinado paciente no afecta a la intervención médica

³ *"trombosis venosa completa de todo el sistema venoso femoroplopiteo izquierdo, que requirió para su curación tratamiento médico, tardando en sanar 214 días, estando impedida durante 133 días, necesitando 3 días de hospitalización, produciéndole como secuelas síndrome postflebítico moderado en miembro inferior izquierdo"*

habida, ni a la forma de practicarla, ni a los deberes de cuidado o cautela que deben presidir la aplicación de la *lex artis* en el caso de que se trate, ni representa la constatación de una práctica negligente, ni guarda relación causal con el resultado producido. La imprudencia grave profesional, en este caso médica, se construye a partir de la intensidad en el descuido de la norma de cuidado exigible en términos de un individuo de tipo medio pero no con la mayor o menor información al paciente de los riesgos de la intervención o tratamiento al que se va a someter.

La medicina no es una ciencia exacta. En el caso concreto de la culpa médica se ha reconocido en la doctrina de esta Sala que no la constituye un mero error científico o de diagnóstico, salvo cuando constituyen un error cuantitativa o cualitativamente de extrema gravedad, ni cuando no se poseen unos conocimientos de extraordinaria y muy calificada especialización, y para evaluarla se encarece señaladamente que se tengan en consideración las circunstancias de cada caso concreto, con lo que se determinan grandes dificultades porque la ciencia médica no es una ciencia de exactitudes matemáticas y los conocimientos diagnósticos y de remedios están sometidos a cambios constantes determinados en gran medida por los avances científicos en la materia”

No se tomaron las cautelas necesarias para la intervención quirúrgica. En este caso concreto la imprudencia grave se configura no por un único acto u omisión médica aislados sino por el conjunto de las omisiones habidas del deber de cuidado que debió presidir la intervención del acusado durante todas las fases de su propia actuación profesional y que simbolizan su despreocupación más absoluta y clamorosa por la suerte que pudiera correr su paciente, pues ni preparó previamente la intervención llevada a cabo con el preoperatorio correspondiente ni adoptó las medidas necesarias de seguimiento y control adecuados con posterioridad a dicha intervención quirúrgica ni tomó precauciones de ningún tipo para evitar o disminuir la trombosis venosa producida, que era previsible que se produjera, ni tuvo en cuenta un factor de riesgo que concurría en este caso como era la ingesta de anticonceptivos por vía oral por parte de la mujer que finalmente resultó seriamente lesionada a resultas de su mala intervención; y todo ello en el marco de una operación con anestesia general. Todo ese conjunto de omisiones e infraccio-

nes del deber de cuidado que regiría cualquier intervención profesional de un médico de tipo medio, no una sola omisión, es lo que, a juicio de la sala, lleva a apreciar la importante intensidad de la imprudencia del acusado y, por tanto, a la consideración de grave de la conducta omisiva del mismo como equivalente a la antigua imprudencia temeraria. No hablamos de error en el diagnóstico sino de una muy deficiente aplicación de la *lex artis* antes, durante y después de la intervención quirúrgica practicada por el acusado con olvido o desatención flagrante e inexplicable de importantes deberes y factores de riesgo que concurrían en este caso.

La imprudencia médico profesional aquí cometida resulta de un plus de culpa del acusado a resultas de la importante transgresión llevada a cabo por su parte de elementales deberes técnicos propios de su profesión que muchos ciudadanos ajenos a la propia ciencia médica entenderían como absolutamente necesarios ante cualquier intervención quirúrgica con anestesia general, y cuya dejación brutal de normas elementales de la *lex artis* convirtió su ejercicio profesional, en su caso y con su reiterada conducta omisiva, en ciertamente peligrosa e incompatible racionalmente con el ejercicio normal de dicha profesión médica. Si hablamos de una intervención quirúrgica con anestesia general y no hay preoperatorio, tampoco instrucciones o control para el postoperatorio, y además no se adoptan medidas que eviten o disminuyan una trombosis venosa que puede producirse y de hecho se produce como consecuencia de la propia intervención médica llevada a cabo en este caso y si, además, se prescinde de los riesgos que arrastraba la propia paciente, tal como proclaman los hechos probados, se entenderá que es fácil concluir con todo ello que no hablamos de una simple imprudencia leve sino de una negligencia verdaderamente intensa o grave pues no es fácil imaginar un médico que interviene quirúrgicamente a una persona en una operación con anestesia general con tal cúmulo de despropósitos profesionales como los que aquí se han dado, que al final resultan grotescos e inexplicables en un profesional médico de tipo medio.

De la lectura de estas reflexiones extraídas del contenido de la sentencia se puede aprehender y entender la naturaleza de la responsabilidad penal de la responsabilidad sanitaria.

4. MINI-SESIÓN CLÍNICO-JURÍDICA. RESPONSABILIDAD DEL EQUIPO SANITARIA. PRINCIPIO DE CONFIANZA Y MEDICINA EN EQUIPO.

Datos clínico-jurídicos para la sesión.

“ el día 27 de mayo de 1994, el acusado, Luis, mayor de edad y sin antecedentes penales, actuando como cirujano en el Hospital Z efectuó una histerectomía a Rocío en el curso de la cual perforó la vejiga de la paciente introduciendo en su interior, una gasa que no fue extraída al final de la operación.

En dicha operación quirúrgica intervenía como enfermera instrumentista la también acusada Luisa, mayor de edad y sin antecedentes penales, quien entregaba las gasas al médico y que al final de la operación efectuó el recuento de las no utilizadas.

Por su parte el acusado Miguel, mayor de edad y sin antecedentes penales, actuó como enfermero circulante efectuando el recuento de las gasas utilizadas, vertidas a un recipiente por el médico al final de la operación.

El acusado Gregorio, mayor de edad y sin antecedentes penales, era el jefe de servicio del hospital Virgen de la Salud en el momento de los hechos dando el visto bueno al alta de la paciente.

Al padecer infecciones, hematuria e incontinencia urinarias intensas a partir de agosto y después de haber sido tratada con antibióticos por su médico de cabecera, la Sra. Rocío vuelve a visitar al Sr. Gregorio el 30.11.94 quién la deriva al servicio de Urología, efectuándosele el 21-2-95 una ecografía abdominal donde se revela la existencia de una calcificación intravesical.

Previamente en 16 de febrero, el Sr. Donato (médico al que acude particularmente la paciente), ya había apreciado en la vejiga un cuerpo extraño sólido que resultó ser una gasa y que fue ex-

traída finalmente el 24-2-95 a través de una segunda intervención realizada por los doctores Augusto e Juan Antonio.

El período de curación de la paciente que transcurre desde la primera operación hasta el alta definitiva de la segunda intervención es de 309 días estando 35 de ellos totalmente incapacitada para la realización de sus ocupaciones habituales. Sufrió como secuela una cicatriz quirúrgica de unos 15 cm. suprapúbica con deformidad en región hipogástrica”.-

Algunas reflexiones de interés:

Adaptando la doctrina que precede al hecho enjuiciado y co-honestado con los hechos que aquí se dan por probados, es evidente que el olvido padecido por el facultativo recurrente no puede integrar un delito imprudente sino una falta de la misma clase. Ciertamente es que se produjo el olvido de una gasa quirúrgica en la vejiga de la paciente, si bien no se puede imputar directa y exclusivamente el mismo al cirujano, sino que a su existencia concurren otras concausas que le pudieron inducir a error, cual son que se practicara el recuento de gasas y el mismo fuera normal, puesto que en caso contrario y según la unánime testimonial al respecto, se acude a los radiólogos, que con un aparato portátil realizan una placa y no se cierra el campo operatorio hasta conocer el resultado; por lo que el facultativo cerro en la creencia de que no las había en la cavidad, tratándose de un error inducido, pero del que, finalmente es responsable, en cuanto por su superior supervisión tiene la obligación de cerciorarse de todos los extremos atinentes a la praxis operatoria, por lo que ese posible -y en la sentencia, resaltado error- no puede alcanzarle y eximirle de responsabilidad, aunque sí atenuarla.

Esto es así en cuanto en las intervenciones quirúrgicas ya no se actúa aisladamente, sino en un amplio equipo (cirujano principal, dos médicos ayudantes, anestesista, enfermero ayudante y circulante), que en su actuación es interdependiente, si bien la responsabilidad y dirección final están en manos del cirujano, por lo que a él le alcanza esa supervisión final, sin perjuicio de que en el caso concreto -y como aquí ocurre- se le pueda inducir a error por la normalidad en la operación que le hacen ver sus

ayudantes, lo que le hace confiarse y la negligencia que por tal circunstancia comete no puede encuadrarse en la más grave o temeraria, puesto que esa conducta omisiva debe ser tildada de temeraria (STS. 14.2.91), "..... cuando en el tratamiento efectuado al paciente se incida en conductas descuidadas de las que resulte un proceder irreflexivo, la falta de adopción de cautelas de generalizado uso o la ausencia de pruebas, investigaciones o verificaciones precisas como imprescindibles para seguir el curso en el estado del paciente, aunque entonces el reproche de culpabilidad viene dado en estos casos no tanto por el error, si lo hubiere, sino por la dejación, el abandono, la negligencia, ...

En efecto, la medicina moderna y, en especial la Cirugía, en cuanto su ejercicio requiere la intervención de varios especialistas y auxiliares sanitarios, se ha convertido en una actividad a desarrollar en grupo o en equipo; en la actualidad, la realización de una intervención quirúrgica exige la participación de médicos especialistas- como son el cirujano, el anestesista, el cardiólogo- y de auxiliares sanitarios como ayudantes, enfermeras o ATS. Este nuevo fenómeno de la medicina en equipo exige tanto en el ámbito jurídico como en el sanitario la necesidad de delimitar las respectivas responsabilidades, normalmente imprudentes, de los diversos miembros del equipo y, en este sentido la dogmática penal ha encontrado y postulado ciertos criterios que permiten tal separación de responsabilidades de los intervinientes en una actividad como es la cirugía, que se desarrolla en régimen de equipo, tales principios o criterios son: el principio de confianza y el principio de división del trabajo.

El principio de confianza, trasladado a este campo desde el ámbito de aplicación del derecho de la circulación, donde expresamente se le reconoce, supone a estos efectos que el cirujano puede, en principio, confiar en que sus colaboradores (anestesista, cardiólogo, ATS...) se comportarán diligentemente, salvo que en el caso concreto circunstancias especiales, tales como descuidos graves, ineptitud o falta de cualificación reconocibles, le hagan pensar lo contrario; y así las cosas, cuando no se apreció en el transcurso de una intervención quirúrgica incidencia importante (que lógicamente no tendría que haber sido ocultada de haber efectivamente sucedido), el equipo actúa dentro de lo que se podría denominar "normalidad operativa", y dentro ese principio de confianza aludido, las operaciones mecánicas finales, en la

ausencia de incidente notables, son mucho más relajadas que cuando existieron incidencias, y por ello la imprudencia que comete el médico (no examinar el campo operatorio una vez concluida la intervención y antes de suturar), cuando sus ayudantes no le ponen de manifiesto anomalía alguna, se degrada en virtud de esa misma confianza que le crean sus colaboradores, máxime en supuestos, como el presente, en que se produce el olvido de una gasa por un descuido en el recuento, y de este descuido es responsable el acusado porque es obligación genérica mismo el comprobar que no queda ningún cuerpo extraño en el interior de la cavidad intervenida salvo que se trate de un cuerpo extraño introducido de propósito con fines curativos, como prótesis, material de sutura u otro.

En toda intervención quirúrgica en la que se precise utilización de gasas es obligado proceder al recuento de las mismas antes del cierre de la cavidad intervenida, y que el médico debe cerciorarse de que no queda ninguna gasa en el interior del cuerpo del paciente; siendo el recuento un método para prevenir el descuido de alguna de las gasas utilizadas en el interior del cuerpo, porque las gasas adquieren las características propias del medio y se impregnan de la sangre y materia orgánica de tal manera que es extremadamente complicado distinguirla en el interior del campo operativo; y el cirujano, como responsable máximo de la intervención, es quien debe ejercer el control directo sobre el recuento de las gasas, sin que la posible responsabilidad de otros intervinientes en la operación, médico ayudante y personal sanitario auxiliar, pueda exculparle, por lo que indemostrado quien fuera la persona que erró al contar las gasas que le correspondían, el descuido en el recuento le es imputable, y por ello debe ser condenado como autor de una falta de imprudencia leve.

5. MINI-SESIÓN CLÍNICO JURÍDICA. Secreto Profesional: Divulgación de secretos.⁴ Artículo 199⁵ del Código Penal.

⁴ Sentencia Tribunal Supremo (Sala 2ª) de 4 de abril del 2001.

⁵ Artículo 199.1. El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.2. El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.

A continuación se exponen unos hechos ocurridos en un centro sanitario en el que una Médico comenta un dato sanitario relevante a una tercera persona ajena a la relación médico-paciente:

“Que la acusada Carmen, prestaba sus servicios como especialista neuróloga y en concepto de médico residente en el Hospital General dependiente de la Diputación Provincial desde 1992. Que en los primeros días del mes de diciembre de 1996, fueron solicitados sus servicios profesionales, a fin de prestar asistencia neurológica a Cristina, la que estaba ingresada en la Sección de Ginecología, dado el estado de gestación en que se encontraba. Que al visitar la acusada a la paciente, ésta reconoció a aquella por razones de proceder sus familias de la pequeña localidad de la provincia de Cuenca. Por la doctora y acusada, se tuvo que examinar el historial clínico de la paciente en la que constaba entre otras circunstancias trascendentes, como antecedentes quirúrgico “la existencia de dos interrupciones legales de embarazo”, circunstancia ésta que fue manifestada a su madre la que a la primera ocasión, en el pueblo, indicó a la hermana de la gestante el hecho, ya conocido por ésta, del estado de gravidez actual y la precedente existencia de dos anteriores interrupciones legales”.

Los datos son muy ilustrativos del contexto en el que la Neuróloga transmite dicha información “a su madre” y ésta “a la hermana de la paciente”, sin duda una situación de casi “mesacamilla”; es importante destacar que para que concurra el delito de revelación de secreto no exige una generalidad de personas que lo conozcan, basta unas circunstancias tan simples y sencillas. La condena en este caso fue de 1 año de prisión, multa de 12 meses a razón de 60 €/día, a 2 años de inhabilitación profesional y a abonar 12.000 € a la paciente.

El Tribunal Supremo indica⁶:

El hecho probado es subsumible en el art. 199.2 del Código penal . Este delito protege la intimidad y la privacidad como manifestaciones del libre desarrollo de la personalidad y de la dignidad de las personas.

⁶ *En cursiva añadido del Autor Minitema.*

Se trata de un delito especial propio, con el elemento especial de autoría derivado de la exigencia de que el autor sea profesional, esto es que realice una actividad con carácter público y jurídicamente reglamentada. La acción consiste en divulgar secretos de otra persona con incumplimiento de su obligación de sigilo, tal obligación viene impuesta por el ordenamiento⁷, Ley General de Sanidad 14/86, de 25 de abril, cuyo artículo 10.3 establece el derecho de los ciudadanos tienen derecho "a la confidencialidad de toda la información relacionado con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias" y concurrente en el historial clínico-sanitario, en el que deben "quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica" (art. 6.1). En este sentido, la STC 37/8

La acción típica consiste en divulgar los secretos de una persona entendida como la acción de comunicar por cualquier medio, sin que se requiera que se realice a una pluralidad de personas toda vez que la lesión al bien jurídico intimidad se produce con independencia del número de personas que tenga el conocimiento. Por secreto ha de entenderse lo concerniente a la esfera de la intimidad, que es sólo conocido por su titular o por quien él determine. Para diferenciar la conducta típica de la mera indiscreción es necesario que lo comunicado afecte a la esfera de la intimidad que el titular quiere defender. Por ello se ha tratado de reducir el contenido del secreto a aquellos extremos afectantes a la intimidad que tengan cierta relevancia jurídica, relevancia que, sin duda, alcanza el hecho comunicado pues lesiona la existencia de un ámbito propio y reservado frente a la acción y conocimiento de los demás, necesario -según las pautas de nuestra cultura- para mantener una calidad mínima de vida humana.

⁷ Esta obligación se amplía en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y en la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.