

## Aspectos médico-legales del SAHS. Responsabilidad civil

---

El examen de la responsabilidad civil se configura como una de las cuestiones que mayor interés suscita entre los ciudadanos —y en consecuencia entre los juristas—, pues es una realidad incuestionable que en la sociedad actual, tanto en el ámbito de nuestra vida cotidiana como en el de nuestras respectivas actividades profesionales, las cuestiones vinculadas a la determinación de la “responsabilidad civil” son las que dan origen a un mayor número de procedimientos judiciales y, por tanto, a un mayor número de resoluciones dictadas por los diversos tribunales de nuestra geografía, como puede constatarse mediante la mera introducción de la voz “*responsabilidad civil*” en cualquiera de las bases de datos de contenido jurídico.

Ha de tenerse presente, además, que junto a los artículos 1101 —relativo a la responsabilidad contractual— y concordantes, así como los artículos 1902 a 1910 —relativos a la responsabilidad extracontractual— todos ellos del Código Civil, destaca la existencia de normas especiales (1) que tienen también por objeto la regulación de la materia; es igualmente abundante la bibliografía que se ocupa de su estudio desde sus más variadas perspectivas, lo que hace extraordinariamente difícil hacer una tarea de síntesis de lo que, desde la perspectiva del Derecho, implica la información existente en materia de responsabilidad.

En este marco de interés generalizado sobre este tema, y en el escenario de la problemática que presenta el síndrome de la apnea obstructiva en relación con la actividad cotidiana de los sujetos que padecen esta enfermedad no resulta, por tanto, extraño, el interés de los profesionales médicos que se ocupan del tratamiento de las enfermedades del sueño por conocer los aspectos de la responsabilidad propia y de sus pacientes, pues han tenido ocasión de detectar una problemática que les afecta de manera específica y a la que hoy por hoy —y salvo excepciones— es ajena la bibliografía jurídica, quizá como consecuencia del desconocimiento que se tiene desde el derecho del síndrome de la apnea obstructiva del sueño, pero que, por razón de su trascendencia, merece ser objeto de investigación y de análisis, en la medida en que puede desencadenar consecuencias no sólo sobre el sujeto que las padece sino también, eventualmente, sobre terceros.

La determinación de la responsabilidad del médico cuando un paciente presenta una complicación (p. ej., un infarto o un accidente) mientras está en la lista de

espera para ser visitado en la consulta o en el hospital —por razón de la existencia de tales listas en toda la geografía nacional—, o mientras está esperando que se le practique la prueba de sueño, o tras su realización entre tanto se realizan los informes; o cuando se identifica un paciente portador de un SAHS severo que tiene una profesión de riesgo (conductor de autobús escolar, o que maneja maquinaria peligrosa) que se niega a ser tratado o a cumplir el tratamiento; o la problemática para garantizar el secreto profesional entre el médico y el paciente protegiendo al mismo tiempo a la población y al propio paciente; o el hecho de que la normativa en materia de circulación de vehículos de motor establezca limitaciones a los pacientes con SAHS para conducir a menos que el especialista de sueño certifique que puede hacerlo, o la problemática que se genera si el enfermo tiene un accidente de circulación o laboral, o la problemática del seguro... son todas ellas cuestiones de interés para el jurista, que revelan la conveniencia de abordar la problemática desde la doble perspectiva de la responsabilidad del enfermo y del profesional médico.

### La responsabilidad del paciente

En el escenario de la responsabilidad extracontractual que resulta del artículo 1902 del Código Civil se sitúa la de cualquier individuo que por razón de una acción u omisión culposa causa un daño a otro, mediando culpa o negligencia, lo que le hace responsable de los daños y perjuicios ocasionados, y por tanto, también, la de los sujetos que padecen SAHS, sea cual sea su actividad profesional y el ámbito en el que el eventual hecho dañoso pueda producirse —ya laboral como consecuencia del uso de maquinaria peligrosa, ya por el propio riesgo personal que entrañe la actividad (obrero de la construcción que realiza su actividad sobre un andamio), ya como consecuencia de un accidente de circulación, o en su vida cotidiana.

En la realidad se produce con cierta frecuencia —y por eso es merecedor de ser objeto de análisis— el caso del paciente con SAHS severo, conductor profesional o habitual, que debe ser tratado y que se niega a recibir el tratamiento por las implicaciones de todo orden que conlleva. Esta situación genera dudas a los profesionales médicos en orden a su propia actuación, pues encuentran límites en el secreto profesional y en la norma-

(1) La Ley de Contrato de Seguro de 8 de octubre de 1980, La Ley 26/1984, de 19 de Julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, La Ley 22/1994 sobre Responsabilidad Civil por los daños causados por productos defectuosos, Decreto 632/1968 de 21 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley 122/1962 de 24 de diciembre sobre Responsabilidad Civil y Seguro de la Circulación de Vehículos a Motor modificado por Ley 30/1995 de 8 de noviembre de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, La Ley 38/99 de Ordenación de la Edificación, entre otras.

tiva de protección de datos para poner este hecho en conocimiento del empresario, si el enfermo es un trabajador asalariado, o de la autoridad administrativa correspondiente, y al propio tiempo son conscientes de la peligrosidad que puede entrañar esta actitud del enfermo, para sí mismo y para terceros.

La actitud que debe adoptar el profesional médico ante estas circunstancias es la de facilitar al sujeto la adecuada información acerca de las graves consecuencias que pueden derivarse de la negativa a seguir el correspondiente tratamiento para superar la enfermedad, así como el riesgo que asume personalmente y la situación de riesgo que adopta frente a los demás, determinante, incluso, del nacimiento de responsabilidad penal, tal y como ha tenido ocasión de señalar Jiménez Díaz en un estudio doctrinal acerca de los trastornos del sueño y su incidencia en el marco de la responsabilidad penal (2).

Cabe plantear la posibilidad muy alambicada, difícil de darse en la vida real, de que en casos extremos de riesgo grave e inminente, el médico pueda estar obligado a denunciar conforme a los Artículos 259 y 262 (3) de la Ley de Enjuiciamiento Criminal cuando conociera que el sujeto que padezca SAHS realiza una actividad que, por razón de esa enfermedad, pudiera ser constitutiva de un delito doloso, como es el caso del Artículo 381 (4) del Código Penal.

Por otra parte, y a efectos de decidir —en atención a las circunstancias concretas del caso— si procede o no la baja laboral del enfermo, no cabe desconocer el hecho de la existencia de resoluciones en el ámbito laboral en las que se ha valorado, a efectos de declaración de incapacidad, o de invalidez, el padecimiento por el trabajador del síndrome de apnea obstructiva del sueño, como es el caso de la sentencia de la Sala de lo social del Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de la Comunidad Valenciana de 16 de noviembre de

2004 (5), o la del TSJ de Castilla-La Mancha de 10 de noviembre de 2004, en la que se parte de la necesaria individualización de cada caso concreto a efectos de enjuiciamiento —pues no es posible una generalización de soluciones homogéneas—, valorando en cada caso la capacidad laboral residual, y teniendo en cuenta que la realización de una actividad laboral “... no debe implicar un incremento del riesgo físico, propio o ajeno, ni de compañeros de trabajo o de terceros, conforme se ha señalado en diversas sentencias de esta misma Sala... , según deriva de los artículos 4,2,d ET, y 14 y 15 de la vigente Ley de prevención de Riesgos laborales de 8-11-95...” (6) o, finalmente, por indicar una más, la del TSJ de Andalucía (sede Málaga) de 30 de septiembre de 2004 relativa a un conductor de autobús en la que a efectos de la declaración de Invalidez Permanente en grado de Incapacidad Permanente Total para su profesión habitual se valoraron como deficiencias más significativas: “EPOC con HRBE, obstrucción leve-moderada. Probable SAOS pendiente de estudio. Hemangioma en cuerpo vertebral de C-7”.

Sin perjuicio de lo indicado anteriormente, y pensando en una acción u omisión del enfermo, determinante de un resultado dañoso que permita el ejercicio de una acción de responsabilidad civil, podemos encontrarnos ante diferentes situaciones.

La primera estaría determinada por el hecho de que fuera el propio sujeto quien sufriera la consecuencia de la acción (p. ej., su fallecimiento o daños personales sufridos en el marco de un accidente laboral o como consecuencia de un accidente de circulación). Sería posible que la persona —empleador o tercero— frente al que se pudiera dirigir la acción de responsabilidad pudiera invocar —y el tribunal apreciar— la *culpa exclusiva de la víctima*, o la valoración de la presencia de una eventual concurrencia de conductas culposas entre los diversos

(2) Jiménez Díaz, María José. “Los trastornos del Sueño como causa de ausencia de acción penal” Diario La Ley, 1998, Ref. D- 245. Tomo 5. La expresada Profesora de Derecho Penal de la Universidad de Granada indica en relación a la hipersomnolencia diurna y precisamente en relación con la realización de la actividad de la conducción de vehículos a motor que: “Si la persona que conduce en ese estado se duerme y provoca un accidente en el que hay heridos, muertos, o en definitiva, algún resultado delictivo, se le podría exigir responsabilidad criminal a través de la fórmula de la *actio libera in causa* imprudente. Ello siempre que pueda determinarse la existencia de un comportamiento negligente por su parte, lo que sería posible si, por ejemplo, el sujeto pudo advertir que sobrevenía el sueño pero en lugar de parar el vehículo y descansar convenientemente hasta que pasara la hipersomnolencia continuó con la marcha, durante cuyo transcurso finalmente se durmió provocando el desastre...”. A análogas consecuencias llega la expresada autora en relación con el síndrome de la apnea del sueño cuando dice: “Aquí, el problema, una vez más, es la posibilidad de que el sujeto se duerma realizando una actividad peligrosa (p. ej., conducir) o cuando tiene que realizar una tarea de la que es responsable (p. ej., bajar la barrera que impida el paso de vehículos cuando va a pasar el tren). Si esa somnolencia excesiva determina la realización defectuosa de la actividad peligrosa por falta de reflejos o concentración provocando un accidente, o hace que el que tiene la obligación de bajar la barrera se despiste y no la baje provocando igualmente un accidente, o incluso ambos accidentes tienen lugar porque el sujeto se duerme, cabría aplicar la figura de la *actio libera in causa* imprudente en los mismos términos antes vistos para los casos de narcolepsia en los que había también esta hipersomnolencia diurna.”

(3) El primero de los preceptos citados se refiere a la obligación de poner en conocimiento del Juez o del Ministerio Fiscal, bajo pena de multa, de quien “presenciare la perpetración de cualquier delito público”, y el artículo 262 impone la misma obligación de comunicar al Juez de Instrucción, Tribunal Competente, Ministerio Fiscal, y en su defecto a la Policía, a quienes “por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público”, con expresa referencia a las consecuencias de la omisión de la obligación respecto de los profesores en medicina, cirugía o farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales. Téngase presente que la redacción de ambos artículos resulta de la Ley de 14 de abril de 1955.

(4) El artículo 381 del C. Penal dice: “El que condujere un vehículo a motor o un ciclomotor con temeridad manifiesta y pusiera en concreto peligro la vida o la integridad de las personas será castigado con las penas de prisión de seis meses a dos años y privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores por tiempo superior a uno y hasta seis años”.

(5) En la indicada resolución se decía en referencia a un síndrome de apnea de sueño de carácter moderado: “... ya que en unión a las limitaciones derivadas de enfermedad común, en especial, la apnea del sueño, incapacitan al actor para su profesión sin que resulte posible determinar cuáles de estas dolencias, las derivadas de contingencias comunes o profesionales, inciden en mayor medida en la causación del estado invalidante del trabajador...”

(6) Merece la pena citar la sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha de 2 de abril de 2003, que estimó la demanda formulada por un otorrinolaringólogo que padecía síndrome de apnea del sueño en fase moderada con necesidad de observación de horarios regulares para el inicio y fin del sueño y dormir con CPAP todas las noches. La solicitud fue formulada contra el Instituto Nacional de la Salud con el fin de obtener la exención de guardias de presencia física.

sujetos participantes en el accidente a efectos de moderación de responsabilidad.

Si el sujeto ocasionara daños a terceros, en principio entraría en juego el artículo 1902 del Código Civil, para cuya aplicación se hace necesaria la concurrencia de los requisitos exigidos por los Tribunales (acción u omisión ilícita, daño y relación de causalidad entre acción y resultado dañoso) sin que haya motivos para hacer extensiva la responsabilidad a los profesionales médicos que detectaron la enfermedad, efectuaron el correspondiente diagnóstico e informaron ampliamente al paciente de los riesgos que asumía.

No obstante, cada caso concreto que se somete a la decisión de un tribunal exige el análisis de las circunstancias en el mismo concurrentes.

Se plantea también la cuestión en orden a la cobertura del accidente por parte de las entidades aseguradoras. En mi experiencia profesional no he tenido oportunidad de examinar, en relación con las pólizas de responsabilidad civil o las derivadas del seguro obligatorio de vehículos a motor, la invocación de existencia de cláusulas de exoneración de la responsabilidad por el padecimiento de esta enfermedad en lo que se refiere a la responsabilidad frente a terceros, probablemente porque un dato de relieve es el relativo a la actual situación de infradiagnóstico, lo que ha determinado, probablemente, que en términos jurídicos no se haya dado relevancia al tema, entre otras cuestiones, por la dificultad que entraña conocer la existencia de la enfermedad en el sujeto concreto que sufrió o provocó el accidente, si el mismo estaba o no diagnosticado e informado, y si voluntariamente se negó a seguir el tratamiento indicado para superar la enfermedad. En el ámbito jurídico, la actividad probatoria cobra una especial relevancia, y algunos de estos aspectos —como es el relativo a la voluntad— no son fáciles de probar.

Sí se ha planteado la cuestión, sin embargo, desde la perspectiva de los contratos de seguro de enfermedad. Así, la sentencia de la Audiencia Provincial de Navarra (Sección 3ª) de 15 de febrero de 2000 analiza un supuesto en el que se formulaba reclamación de cantidad frente a la aseguradora por razón del período de incapacidad del asegurado debido a un ataque de insuficiencia cardíaca aguda que le obligó a estar de baja laboral, cuyo origen estaba en el padecimiento de “síndrome de apnea obstructiva del sueño” diagnosticada en 1989 y, por tanto, con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza. La aseguradora había sometido al tomador del seguro el llamado cuestionario de salud en el que se le preguntaba acerca de si había padecido o padece enfermedad grave o defecto físico, a lo que el tomador del seguro, sabedor del diagnóstico anteriormente referido y de la calificación de la gravedad de su enfermedad, silenció tal dato de incidencia en la valoración del riesgo, por lo que, con arreglo al contenido del artículo 10,3º de la Ley de Contrato de Seguro, se apreció que mediaba culpa grave por parte del tomador del seguro y quedó liberada la entidad aseguradora del pago de la prestación contemplada en la póliza suscrita 10 años después del diagnóstico.

### Algunas cuestiones en relación con la responsabilidad del profesional

Una de las principales preocupaciones de los profesionales médicos que se ocupan del diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad es el de la lista de espera y la eventual producción de una complicación médica o de un accidente en este período temporal.

Ciertamente, se ha de estar a los parámetros doctrinales y jurisprudenciales a fin de determinar en cada supuesto concreto el grado de responsabilidad del médico, del centro hospitalario y, en su caso, de las autoridades sanitarias, por cuanto que en el marco de la medicina curativa, la obligación contractual o extracontractual del médico no es la de obtener en todo caso la recuperación del enfermo o, lo que es igual, no es la suya una obligación de resultado, sino una obligación de medios. Consecuentemente, si han fallado los medios y se ha producido una complicación por razón de no haberse prestado la asistencia médica sanitaria en el tiempo razonable, podrá producirse el nacimiento de la responsabilidad médica, ya desde la perspectiva de los artículos 1101, y/o 1902 y 1903 del Código Civil, ya desde la perspectiva de los artículos 25 y 28 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios.

En relación con el deber de información del médico hacia el paciente en orden a la existencia de la sospecha y de los riesgos que entraña el desarrollo de actividades peligrosas tanto para el paciente, como para terceros, es importante —por razón de la propia naturaleza de la enfermedad analizada— que se cumpla con éste, debiendo valorar el profesional, incluso, la procedencia de la baja laboral, en los términos que han quedado anteriormente expresados.

Por tanto, cuando un médico de una unidad de sueño visita a un paciente con alta sospecha de SAHS con síntomas y/o con una profesión de riesgo debe informar ampliamente al paciente de la necesidad de someterse a tratamiento, de las cautelas que debe adoptar en su vida cotidiana como consecuencia de la enfermedad y de las consecuencias que para sí mismo y para los demás se derivan, procediendo a la realización del estudio de sueño a la mayor brevedad posible de conformidad con los medios de que se dispongan, y en función de cada caso concreto, actuando, en definitiva —para el tratamiento de la enfermedad— conforme a los protocolos.

Respecto de la forma oral o escrita en que debe facilitarse la información al paciente, tanto a fin de que pueda prestar su consentimiento al plan terapéutico como en orden a las consecuencias a que se viene haciendo referencia, parece conveniente tener presente —en lo que sea de aplicación— el contenido del artículo 4.2 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información clínica que, en relación con el consentimiento informado, establece: “*La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad*”. Del artículo 8.2. resulta: “*el consentimiento*

*será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente” (7).*

Conviene indicar que, en todo caso, la actuación del profesional en lo que a la expedición de certificados se refiere debe ajustarse a la realidad del caso que examina, sin que quepa en modo alguno encubrir situaciones de riesgo, pues ello podría generar incluso la correspondiente responsabilidad penal con arreglo al contenido de los artículos 390 y siguientes del Código Penal.

### Otros ámbitos de control

Para concluir este somero estudio de la problemática que se genera en torno al SAHS, conviene hacer una breve referencia a otras cuestiones ajenas a la propia relación entre el médico y el paciente que afecta a otras dimensiones de naturaleza administrativa, en la medida en que incide en aspectos como la obtención y la renovación del permiso de conducir, o a la propia actividad laboral del enfermo.

*1. Respecto de la obtención y renovación del permiso de conducir.* Se ha de tener presente que, con arreglo al contenido del artículo 14 del RD 772/1997, de 30 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores, quien pretenda obtener el permiso de conducir deberá cumplir, entre otros requisitos, el relativo a *“reunir las aptitudes psicofísicas requeridas en relación con la clase del permiso o licencia que se solicite”*, resultando del artículo 45 la obligación de someterse a las pruebas y exploraciones necesarias que se han de desarrollar por los centros de reconocimiento de conductores regulados en el Real Decreto 2272/1985 de 4 de diciembre, y disposiciones complementarias, donde se ha de observar si la persona examinada padece o puede padecer algún trastorno del sueño, puesto que con arreglo al contenido del Anexo IV de la norma expresada apartado 7.2 y 10.6 se establecen los criterios de aptitud para obtener o prorrogar el permiso o la licencia de conducción ordinarios en supuestos de trastornos del sueño de origen respiratorio y no respiratorio. Es por tanto, en principio, a tales centros de reconocimiento a quienes corresponde detectar la apnea en pacientes no diagnosticados o superar la ocultación de datos por parte de quien está diagnosticado (8), con arreglo a diversos pa-

rámetros, entre los cuales se pueden encontrar los difundidos por la SEPAR en una campaña en colaboración con la Dirección General de Tráfico en 1997, en la que se difundieron criterios para identificar los enfermos de apnea y de narcolepsia, o el Protocolo de Exploración Médico Psicológica en Centros de Reconocimiento de Conductores publicado por la Dirección General de Tráfico en 2002 (9). En todo caso, y a los efectos que prevé la norma, la unidad de sueño que deba certificar a fin de la obtención o prórroga de la licencia, deberá hacerlo con arreglo a la realidad del caso concreto, indicando si efectivamente el sujeto está sometido a tratamiento y control, sin que —en principio— se pueda extender al profesional médico la responsabilidad de un eventual accidente si con posterioridad a la emisión del informe favorable el paciente abandonara voluntariamente el tratamiento, por cuanto que se produciría una ruptura de la relación de causalidad.

*2. La Ley de Prevención de Riesgos laborales.* Se ha de tener presente, por otra parte, y en lo que a los accidentes laborales se refiere, la normativa vigente en materia de prevención de riesgos laborales, resultando del contenido de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre —artículo 22— el deber que se impone al empresario de garantizar a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo, vigilancia que si en principio sólo puede llevarse a cabo cuando éste preste su consentimiento, deviene obligatoria —por excepción al régimen voluntario— en aquellos supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para él mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa, o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad. La propia norma establece el principio de confidencialidad de la información y se ha de poner en conexión con el artículo 25 relativo a la protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, por sus propias características personales o estado biológico conocido, entre los cuales deben incluirse los pacientes con el tipo de trastornos que se están analizando. Las mutuas laborales, conscientes de que los problemas del sueño suponen un serio riesgo de accidentes para los conductores profesionales, proponen protocolos de reconocimiento específico en el ámbito del sector del transporte.

(7) Según señala el médico y abogado Julio César Galán Cortés en su trabajo “Responsabilidad Civil Médica”, publicado en Cuadernos de Derecho Judicial, del Consejo General del Poder Judicial “La Responsabilidad Civil Profesional” VII –2003 “es unánime en la doctrina y en la jurisprudencia la consideración de que es al médico a quien corresponde la carga de la prueba de haber obtenido el consentimiento informado...”

(8) Con arreglo al contenido del artículo 4 del Real Decreto 2272/1985 de 4 de diciembre por el que se determinan las aptitudes psicofísicas que deben poseer los conductores de vehículos y por el que se regulan los centros de reconocimiento destinados a verificarlas: “los centros de reconocimiento de los conductores realizarán en la persona de éstos las exploraciones necesarias para verificar, en la medida de lo posible, que los interesados objeto de la investigación no están afectados por ninguna de las enfermedades o deficiencias físicas o psicológicas de las previstas en los anexos 1 y 2 de este Real Decreto”.

(9) El Protocolo de Exploración Médico-Psicológica en Centros de Reconocimiento de Conductores Guía para la Historia Clínica Básica fue coordinado por Juan Carlos González Luque y Joan Serra i Jubal, con la participación de varios autores.