

9. El caso precedente es interesante porque en definitiva se desecha la responsabilidad civil por falta de causalidad. En este trabajo se propone revisar la forma de estructurar los fallos que resuelvan problemas de causalidad⁹⁹. En este sentido, la sentencia debió dar por sentada la relación de causalidad material (la falta de intervención de un médico especialista, en lugar de una enfermera, concurrió al resultado final: que fue la muerte de la criatura); pero, conforme a un criterio de causalidad jurídica, se debió analizar si dicha falta de actividad del médico fue adecuada en torno a la muerte de la criatura, es decir, si la actividad de un médico especialista pudo haber salvado su vida.

8. La causa de muerte fue un sufrimiento fetal agudo, con doble circular al cuello del cordón umbilical”.

Descriptor Microjuris: MJCH_MJJ16766 | ROL:32-07

⁹⁹ Sin perjuicio de lo mediado precedentemente, es de destacar el fallo de la CS, de 26 de enero de 2004, que distingue entre “condición necesaria de responsabilidad” –lo que en este trabajo se denomina causalidad material– y “atribución normativa”, es decir, causalidad jurídica. Carlos PIZARRO WILSON, “Obligaciones y responsabilidad civil, en *Revista Chilena de Derecho Privado*, N° 2, Santiago, 2004, pp. 175-179.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y RELACIÓN DE CAUSALIDAD

Iñigo de la Maza Gazmuri

S'il est un domaine juridique dans lequel est périlleux
de s'aventurer, c'est bien celui de la causalité
P. Esmein

I. ALGUNAS CONSIDERACIONES PRELIMINARES

En otra parte me he detenido con mayor morosidad sobre los aspectos generales del consentimiento informado¹. No es mi objetivo volver a hacerlo aquí. Sin embargo, a título de consideraciones preliminares, resultarán útiles algunos breves comentarios introductorios.

El primero de ellos se refiere a que tanto en el Derecho nacional como, especialmente, en el Comparado se acepta que el consentimiento informado del paciente es un requisito jurídico de las actuaciones médicas².

¹ Véase Iñigo DE LA MAZA GAZMURI, “Consentimiento informado y responsabilidad médica”, en prensa con *Ius et Praxis*.

² En el Derecho nacional véase Enrique BARROS BOURIE, *Tratado de responsabilidad extracontractual*, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 2006, pp. 682-685 y María Graciela BRANT ZUMARÁN, “Los deberes de información y seguridad en el contrato de atención médica y la responsabilidad por su incumplimiento”, en Alejandro GUZMÁN BRITO (ed.), *Colección de estudios de derecho civil en homenaje a la profesora Inés Pardo de Carvalho*, Valparaíso, Ediciones Universitarias de Valparaíso, 2008, pp. 512-520. Un enfoque médico-legal respecto de la capacidad y el consentimiento informado puede encontrarse en Gladys BÓRQUEZ, Gina RAINERI, Nina HORWITZ y Gabriela HUEPE, “La noción de capacidad de la persona para tomar decisiones, en la práctica médica y legal”, en *Revista Médica de Chile*, N° 132, Santiago, 2004, pp. 1.243-1.248.

En Derecho Comparado, la lista es inagotable, sin embargo, simplemente a título ejemplar, puede consultarse, para Estados Unidos Peter SCHUCK, “Rethinking Informed Consent”, in *The Yale Law Journal*, vol. 103, N° 4, 1994, pp. 900-959; para el Derecho francés Angelo CASTELLETTA, *Responsabilité Médicale, Droits des Malades*, Paris, Dalloz, 2002, pp. 77-87; para el Derecho italiano Andrea VITA, “Rapport italien (I)”, en AA.VV., *La responsabilité. Aspects nouveaux*, Paris, LGDJ, 1999, pp. 304-309; para el Derecho holandés puede consultarse HULST, E., “Rapport Néerlandais”, in AA.VV., *La responsabilité. Aspects nouveaux*, Paris, LGDJ, 1999; para el Derecho español, Andrés DOMÍNGUEZ LUELMO, *Derecho sanitario y responsabilidad médica. Comentarios a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica*, 2ª ed., Valladolid, Editorial LexNova, 2007, p. 323. Una comparación del Derecho inglés y alemán a este respecto en la que se muestra cómo en ambos ordenamientos se exige el consentimiento

En segundo lugar, suele aceptarse que el fundamento del consentimiento informado como requisito de una actuación médica es la protección de la au-

informado, puede encontrarse en Josephine SHAW, "Informed Consent: A German Lesson", in *The International and Comparative Law Quarterly*, vol. 35, N° 4, 1988, pp. 864-890.

En el ámbito chileno, a diferencia de lo que suele suceder en el Derecho Comparado el consentimiento informado no está regulado legalmente. Sin embargo, "Proyecto que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud" (en adelante Proyecto), en *Boletín* N° 4.398, p. 11, contiene disposiciones al respecto, conviene citar aquí su extenso artículo 8:

"Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, dentro del ámbito que la ley autorice, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional.

Dicha información será proporcionada directamente a los mayores de catorce años de edad y menores de dieciocho. Asimismo, los padres o representantes legales de los menores de edad serán también informados por el profesional tratante en los mismos términos del inciso anterior. Sin perjuicio de ello, si el menor solicitare que ellos no sean informados respecto de algún aspecto específico de su salud, el profesional tratante podrá acceder a dicha petición si estima que la situación del menor no implica grave riesgo para su salud o su vida. En caso que el menor solicite que sus padres o representantes no sean informados, y el profesional tratante tenga dudas acerca de la gravedad o riesgo de la situación de salud del menor o de la pertinencia de informar, deberá consultar al comité de ética que corresponda. A los menores de catorce años de edad igualmente se les deberá informar, atendiendo las condiciones de desarrollo psíquico, competencia cognitiva y situación personal, sin perjuicio que se informe directamente, en los términos del inciso anterior, a los representantes legales.

Cuando la condición de la persona no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la información a que se refiere el inciso primero de este artículo será dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. Sin perjuicio de lo anterior, una vez que haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, deberá ser informada en los términos indicados en los incisos anteriores.

Tratándose de atenciones médicas de emergencia o urgencia, es decir, de aquéllas en las que la falta de intervención inmediata e impostergable implique un riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona y ella no esté en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su representante o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, velando porque se limite a la situación descrita. Sin perjuicio de lo anterior, la persona deberá ser informada, de acuerdo con lo indicado en los incisos precedentes, cuando a juicio del médico tratante, las condiciones en que se encuentra lo permitan, siempre que ello no ponga en riesgo su vida. La imposibilidad de entregar la información no podrá, en ningún caso, dilatar o posponer la atención de salud de emergencia o urgencia.

Los prestadores deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar la adecuada confidencialidad durante la entrega de esta información, así como la existencia de lugares apropiados para ello".

Por su parte, el *Código de Ética* del Colegio Médico de Chile dispone en su artículo 25 que: "Toda atención médica deberá contar con el consentimiento del paciente".

tonomía o autodeterminación de los pacientes³. Si bien no es el único fundamento⁴, es el que se menciona con mayor frecuencia⁵ y al que se asigna mayor importancia.⁶

En tercer lugar, como ha sugerido algún autor, el consentimiento informado constituye un tema "eternamente inacabado"⁷. Esta característica se relaciona con el hecho de que no existe ninguno de sus aspectos que no sea objeto de discusión por parte de la doctrina y de los tribunales⁸.

En este trabajo me interesa detenerme nada más sobre una de esas discusiones, la que discurre en torno a la posibilidad de establecer un vínculo de causalidad entre la falta de consentimiento informado y los daños que se derivan para el paciente de una actuación médica realizada conforme a la *lex artis*.

En cuarto lugar, se ha sostenido por un sector especialmente autorizado de la doctrina nacional que, tratándose de actuaciones médicas, generalmente, prima el contrato, es decir, en general, se entiende que la relación entre el médico y el paciente queda disciplinada por un contrato⁹. Sin embargo, según

³ Véase, por ejemplo, Ruth FADEN y Tom BEAUCHAMP, *A History and Theory of Informed Consent*, New York, Oxford University Press, 1986, pp. 7-9; SHAW (n. 2), p. 866; SCHUCK (n. 2), pp. 924-925; BARROS BOURIE (n. 2), p. 683; CASTELLETTA (n. 2), p. 79; Ricardo LORENZETTI, *Responsabilidad civil de los médicos*, Buenos Aires, Editorial Jurídica Grijley, 1997, pp. 231-235 y Jaime STAPLES KING y Benjamín MOULTON, "Rethinking Informed Consent: The Case for Shared Medical Decision-Making", in *American Journal of Law*, vol. 36, 2006, p. 435.

⁴ Otro fundamento frecuente en las discusiones sobre ética médica es el "principio de beneficencia". Véase, por ejemplo, FADEN y BEAUCHAMP (n. 2), pp. 9-14; STAPLES KING y MOULTON (n. 3), p. 435 y SCHUCK (n. 2), p. 921. Según este principio, en sus relaciones con el paciente, el médico debe actuar siempre intentando proteger los intereses del paciente, ésta es la idea que subyace a la máxima hipocrática *primum non nocere*. El principio de la beneficencia y la protección de la autonomía pueden o no colisionar. Se produce tensión entre ellos en la medida en que se acepta de que, bajo ciertas circunstancias, el médico sabe mejor que el paciente qué es lo que le conviene y, eventualmente, este conocimiento legítima que silencie cierta información con el objetivo de no amedrentar al paciente. Véase, por ejemplo, BARROS BOURIE (n. 2), p. 684.

El conflicto se presenta toda vez que la justificación del silencio del médico es paternalista: el médico estima estar en mejores condiciones que el propio paciente para tomar una decisión que afecta a este último. Véase STAPLES KING y MOULTON (n. 3), p. 436.

⁵ Véase FADEN y BEAUCHAMP (n. 3), p. 7.

⁶ Véase SCHUCK (n. 2), p. 924.

⁷ Ricardo ÁNGEL YAGÜEZ, "Consentimiento informado: algunas reflexiones sobre la relación de causalidad y el daño", en www.jus.unita.it/cardozo/Review/2006/Yaguez.pdf. Última visita 22 de septiembre de 2009, s/p.

⁸ Me he detenido sobre esas discusiones en DE LA MAZA GAZMURI (n. 1).

⁹ Véase, por ejemplo, Mauricio TAPIA RODRÍGUEZ, "Responsabilidad civil médica: riesgo terapéutico, perjuicio de nacer y otros problemas actuales", en *Revista de Derecho*, vol. 15, N° 2, Valdivia, 2003, pp. 91-97 y BARROS BOURIE (n. 2), p. 666.

advierten los mismos autores, la calificación contractual o extracontractual resulta más bien irrelevante y se percibe una tendencia jurisprudencial a resolver los casos en sede extracontractual¹⁰. No parece necesario, entonces, formular distinciones a este respecto.

2. SUPUESTOS DE RESPONSABILIDAD

En los temas de responsabilidad médica que interesan a propósito del consentimiento informado resulta frecuente distinguir la corrección de la actuación médica –es decir, la observancia de la *lex artis*– del cumplimiento de los deberes de información del médico¹¹. Combinando las dos variables es posible aislar, al menos, los siguientes supuestos:

- a) cumplimiento del deber de informar (y, por lo tanto, obtención del consentimiento informado del paciente) y *praxis* médica negligente;
- b) incumplimiento del deber de informar y *praxis* médica negligente;
- c) cumplimiento del deber de informar y *praxis* médica según las exigencias de la *lex artis*, y
- d) incumplimiento del deber de informar y *praxis* médica según las exigencias de la *lex artis*.

Desde la óptica de la causalidad es posible reunir estos supuestos en dos grupos. El primero de ellos comprende a) y c); el segundo b) y d). Denominaré al primero de estos grupos “supuestos sencillos” y al segundo “supuestos complejos”.

a. Supuestos sencillos

El primero de los supuestos a) no presenta problemas específicos en términos de consentimiento informado, dicho requisito fue cumplido. El daño cuya indemnización puede reclamar el paciente se anuda causalmente a la inobservancia de la *lex artis* en la actuación médica¹².

El segundo de los supuestos comprendidos en este grupo c) no presenta problemas en lo absoluto. El médico ha cumplido con todos sus deberes sin

¹⁰ Véase especialmente TAPIA RODRÍGUEZ (n. 9).

¹¹ Véase, por ejemplo, ÁNGEL YAGÜEZ (n. 7); María Paz GARCÍA RUBIO, “Incumplimiento del deber de información, relación de causalidad y daño en la responsabilidad civil médica”, en Eugenio LLAMAS POMBO (coord.) *Estudios de derecho de obligaciones, Homenaje al profesor Mariano Alonso Pérez*, Madrid, La Ley, tomo I, p. 811. En el ámbito chileno, aunque más indirectamente, puede consultarse BARROS BOURIE (n. 2), p. 686 y BRANTT ZUMARÁN (n. 2), p. 511.

¹² Un ejemplo de este supuesto se encuentra recogido en la sentencia de la Corte de Apelaciones de Santiago, rol N° 938-2005, en *Jurisprudencia sobre negligencia médica*, Santiago, Thomson Reuters, 2010, pp. 59-69.

que pueda imputársele culpa. La pregunta respecto de su responsabilidad carece, en general, de importancia¹³.

b. Supuestos complejos

En el supuesto b) el médico realiza una actuación médica sin contar con el consentimiento informado del paciente. Pero, además, dicha actuación es llevada a cabo con inobservancia de la *lex artis*¹⁴. En un supuesto como éste

¹³ Esto, desde luego, asumiendo que el contenido de la prestación del médico no incorporara un resultado diverso del simple despliegue de una actividad o conducta diligente (utilizo aquí la caracterización de obligaciones de medio de FRANCISCO JORDANO FRAGA, “Obligaciones de medios y de resultado (A propósito de alguna jurisprudencia reciente)”, en *ADC*, vol. 44, N° 1, Madrid, 1991, pp. 5-96. Sobre las obligaciones de medios y resultados respecto de la responsabilidad médica pueden consultarse en este mismo volumen los trabajos de la profesora Carmen Domínguez Hidalgo, y del profesor Hugo Cárdenas Villarreal). Esto es lo que sucede, generalmente, en el ámbito chileno en el cual se considera que el fundamento de la responsabilidad del médico se encuentra en la culpa. Así, por ejemplo, BARROS BOURIE (n. 2), p. 671 señala: “El deber esencial del médico es poner a disposición del paciente sus capacidades profesionales de acuerdo a un estándar general de diligencia. Por eso, a efectos de determinar si se ha empleado el cuidado debido, es necesario comparar la conducta efectiva con la de un profesional competente”.

El mismo autor, sin embargo, advierte acerca de algunos casos de presunción de culpa y obligaciones de resultado, *op. cit.*, pp. 679-682.

¹⁴ En el ámbito chileno un caso similar a este supuesto se ha presentado tratándose de responsabilidad de servicios públicos de salud. Digo similar porque en el caso que presentaré el factor de imputación fue la falta de servicio no la inobservancia de la *lex artis*. Con todo, el ejemplo es útil en la medida que muestra que existiendo alguna forma de reprochar jurídicamente la actuación médica el recurso a la falta de consentimiento informado se diluye.

Es el caso de “Graciela de Carmen Fuentes González con Servicio de Salud Concepción”, Corte Suprema, 23 de junio de 2009, rol 6217-2007, N° Legal Publishing 42236. En los hechos, doña Graciela de Carmen Fuentes González se sometió a una intervención cardiaca que hacía necesario paralizar el funcionamiento del corazón. Por esta razón el equipo médico recurrió a una máquina de circulación extracorpórea. Durante el acto operatorio entró una burbuja de aire a la circulación extracorpórea que llegó al cerebro de la paciente provocándole un AVC (infarto cerebral) lo que determinó la muerte de una parte significativa de su cerebro y un daño neurológico irreversible e irrecuperable. La sentencia de la Corte de Apelaciones de Concepción estimó acreditada la falta de servicio, pero además quedó acreditado que la doctora jefe del equipo quirúrgico no le informó a la paciente de los riesgos de la intervención a la que sería sometida (aparentemente, existe un porcentaje de 2 a 3% de incidencia de accidentes vasculares encefálicos en los pacientes sometidos a cirugía cardiaca). Ni ella ni sus familiares firmaron ninguna hoja de consentimiento informado. En la sentencia de primera instancia se señala: “Que siendo el daño sufrido por la autora previsible (se sabía del riesgo de entrada de aire desde el año 1953 cuando se introdujo la circulación extracorpórea), la falta de servicio es incontrovertible: es un hecho cierto que la víctima antes de la cirugía estaba en condiciones estables y al salir de ella estaba peor, en coma profundo, con muerte cerebral. Además, ni ella

resulta sencillo –conceptualmente al menos– establecer el nexo causal entre la inobservancia de la *lex artis* y el daño derivado de la actuación médica. Respecto del consentimiento informado las cosas se tornan más escurridizas. Por dos razones. La primera de ellas es que resulta complejo vincular la falta de consentimiento informado al daño causado por la defectuosa ejecución de la prestación médica, después de todo, el problema no surge del hecho de someterse a una operación médica, sino del hecho de que dicha operación fue defectuosamente ejecutada¹⁵. La segunda razón –que depende de la primera– es que si el vínculo causal no se establece con ese daño, ¿entonces con cuál? Una posibilidad consiste en prescindir del daño corporal derivado de la intervención y radicar la cuestión en un daño moral peculiar derivado de la falta de consentimiento informado, consistente en la pérdida de la posibilidad del paciente de ejercer su capacidad de autodeterminación¹⁶. Ambas cuestiones resultan interesantes –sobre la segunda me detendré más adelante¹⁷–, sin embargo, existe una razón práctica para no ahondar sobre ellas aquí y es que como ha sostenido un sector de la doctrina española:

“Cuando el profesional sanitario incurre en negligencia en su actuación técnica, la eventual omisión o defecto en la información suministrada al paciente pasa prácticamente desapercibida o, cuando menos, no alcanza autonomía para justificar por sí sola una reclamación de daños que encuentra, en general, su fundamentación en la violación de la *lex artis*”¹⁸.

ni sus familiares fueron informados de los riesgos a que se exponía en su intervención y, mucho menos del riesgo de la entrada de aire que la podía dejar con grave daño neurológico”.

Sin embargo, la Corte de Apelaciones no considera en la parte decisoria de su fallo la falta de consentimiento informado. La relación de causalidad entre la conducta y el daño se configura únicamente a través de la falta de servicio. Por otra parte, la indemnización se concede por daño moral, sin embargo, al mensurar éste no se considera el hecho de que se haya privado a la paciente de su facultad de decidir si someterse a la operación o no.

¹⁵ Más adelante advertiré que una posibilidad de establecer un vínculo causal entre la falta de consentimiento informado y el riesgo materializado a través de una actuación médica correctamente ejecutada consiste en relacionar la falta de información con el hecho de la actuación médica.

¹⁶ Después de todo, como ya se ha señalado una de las principales justificaciones del requisito del consentimiento informado radica en la autonomía o autodeterminación de las personas. Una mirada a la jurisprudencia española al respecto en Clara ASUA GONZÁLEZ, *Pérdida de oportunidad en la responsabilidad sanitaria*, Navarra, Thomson Aranzadi, Cizur Menor, 2008, pp. 103-110.

¹⁷ Véanse pp. 142-143.

¹⁸ Véase GARCÍA RUBIO (n. 11), p. 814.

Finalmente, el supuesto d) tiene lugar cada vez que existe incumplimiento del deber de informar (y, por la tanto, falta de consentimiento informado) y cumplimiento de las exigencias de la *lex artis*. A diferencia del supuesto anterior, éste no sólo posee interés teórico, sino que, además, un innegable interés práctico por su frecuencia¹⁹.

Este último es el supuesto al cual se encuentra dedicado lo que resta de este trabajo, aquel en que:

- 1) el profesional sanitario ha incumplido su deber de informar al paciente, dejando de comunicarle ciertos riesgos asociados a la actuación médica que le va a realizar;
- 2) en que dicha actuación se realiza conforme a la *lex artis* y
- 3) que dichos riesgos se materializan²⁰.

Lo que me interesa investigar en torno a este supuesto es la posibilidad de establecer una relación de causalidad entre la falta de consentimiento informado y el daño sufrido por el paciente a consecuencia de la actuación médica.

c. Un caso

Una persona se dirige a la consulta de su oftalmólogo y le plantea que producto de un accidente ha experimentando un severo deterioro en la visión

¹⁹ Señala GARCÍA RUBIO (n. 11), p. 802: “constituye uno de los casos más habituales en las reclamaciones de indemnización en este ámbito [responsabilidad civil sanitaria]”. En la práctica de los tribunales en el ámbito chileno, sin embargo, este supuesto no parece resultar frecuente. De hecho, ni en BARROS BOURIE (n. 2), p. 686 ni en BRANTT ZUMARÁN (n. 2), pp. 512-519 se citan fallos judiciales al respecto.

Con todo, puede consultarse una sentencia de la Corte de Apelaciones de Temuco de 23 de enero de 2009 (comentada en *Revista Chilena de Derecho Privado*, N° 12, Santiago, julio 2009, pp. 247-252), en la que el tribunal se pronuncia sobre una solicitud de indemnización de daños solicitada por una menor y su madre por una intervención quirúrgica realizada a la primera sin que se le informara suficientemente su naturaleza.

²⁰ Antes de explorar este supuesto, me interesa despejar un supuesto que no ocupará mi atención. Es posible que se infrinja el requisito del consentimiento informado, en términos de que no se le informe al paciente los riesgos que entraña la actuación médica, que dicha actuación se realice conforme a la *lex artis* y que los riesgos no informados no se materialicen. Pues bien, en un supuesto como éste resultaría posible afirmar que igualmente se ha violado el derecho de autodeterminación del paciente al no permitírsele ejercer, informadamente, la decisión de someterse o no a la actuación médica. De ahí que, si se considera que el bien jurídico que se protege a través del consentimiento informado es la autonomía del paciente “no tendría por qué ser descabellado hablar de los daños derivados de la lesión de su autonomía”. ASUA GONZÁLEZ (n. 16), p. 109. No obstante lo anterior, en general, la doctrina ha considerado que en este supuesto no procedería indemnización, véase, por ejemplo, Julio César GALÁN CORTÉS, *Responsabilidad civil médica y consentimiento informado*, Madrid, Civitas, 2001; GARCÍA RUBIO (n. 11), pp. 825-827 y ASUA GONZÁLEZ (n. 16), pp. 108-109. La repuesta, en la mayoría de los casos, parece ser correcta, en general, como se verá, las consideraciones de consentimiento hipotético apuntan en este sentido.

de su ojo izquierdo. El ojo derecho, sin embargo, funciona perfectamente. El oftalmólogo examina al paciente y le hace saber que, de no someterse a una intervención quirúrgica, perderá totalmente la visión de ese ojo en un plazo no superior a seis meses. El médico le informa al paciente que la cirugía sugerida ha probado ser efectiva en alrededor del 50% de los casos en que se ha empleado. Además, le informa de los riesgos generales de la anestesia y del hecho que no existen tratamientos alternativos disponibles. El paciente decide someterse a la cirugía la que no resulta exitosa. El día siguiente a la cirugía el paciente comienza a experimentar molestias en su ojo derecho el que, paulatinamente, alcanza el mismo estado en el que se encontraba el izquierdo antes de la intervención. El doctor le explica al paciente que se trata de un caso de "oftalmía simpática", un riesgo extremadamente infrecuente en este tipo de intervenciones (alrededor de tres en diez mil). El paciente señala al médico que si hubiera sabido que existía riesgo de quedarse totalmente ciego no se hubiera sometido a la operación²¹.

d. Dos preguntas

A partir de un caso como el planteado es posible formularse dos preguntas. La primera de ellas tiene que ver con aquello que se le imputa al facultativo, es decir, un no informar y, a partir de esta constatación es necesario cuestionarse acerca de la posibilidad de vincular causalmente una omisión a un resultado. La segunda pregunta se refiere a los daños que es posible anudar a la falta de consentimiento informado. A estas dos preguntas dedico lo que resta de este trabajo.

Desarrollo, en ese orden, ambas preguntas en los dos apartados que siguen.

3. OMISIONES Y CAUSALIDAD

Probablemente, un número importante de supuestos de falta de consentimiento informado como los que interesan a este trabajo no constituyan supuesto de omisiones puras, sino de omisión en la acción²². No obstante, el escenario

²¹ Tomo el ejemplo de STAPLES KING y MOULTON (n. 3), p. 481.

²² El tema ha sido tratado por Ricardo DE ÁNGEL YAGÜEZ, *Tratado de responsabilidad civil*, 3ª ed., Madrid, Universidad de Deusto-Civitas, 1993, p. 257, quien, citando a Raymond Weil, distingue omisiones simples (a saber, no rescatar a alguien que se ahoga) de omisiones relacionadas con actos que se ejecutan (así, por ejemplo, no encender las luces mientras se conduce). Como sucede en los supuestos de deber de informar donde las abstenciones y

más desafiante en términos de establecer la relación de causalidad es el de las omisiones puras, por lo mismo, me limito a ellas.

En general, la doctrina más autorizada niega que exista causalidad en las omisiones puras.²³ En sede penal, que es donde la idea ha recibido mayor desarrollo, Francisco Muñoz Conde y Mercedes García Arán han presentado esta idea respecto de los delitos de comisión por omisión señalando:

"...realmente la omisión no puede ser entendida como componente causal de ningún resultado, ya que la causalidad exige la puesta en marcha de una fuerza desencadenante que por definición falta en la omisión"²⁴.

En el ámbito civil la idea ha sido defendida, entre otros, por Fernando Pantaleón Prieto²⁵, Fernando Reglero Campos²⁶ y Phillipe Le Torneau y Loic Cadiet²⁷.

Pues bien, acudiendo una vez más a la doctrina penal, tratándose de una omisión es necesario abocarse a dos tareas. La primera de ellas consiste en buscar un criterio que permita equiparar la omisión a la causación y, en segundo lugar, resulta necesario investigar si existía un deber de evitar el resultado²⁸.

acciones se mezclan, en el caso en que no se encienden las luces mientras se conduce, en verdad, el problema no está en la omisión, sino en la acción que creó el riesgo: conducir el coche. Un luminoso análisis de ese ejemplo en Ernest WEINRIB, "The Case for a Duty", in *Yale Law Journal*, vol. 90, 1980, p. 254 y ss. En la doctrina chilena se puede consultar Arturo ALESSANDRI RODRÍGUEZ, *De la responsabilidad extracontractual en el derecho civil chileno*, Santiago, Imprenta Universitaria, 1943, pp. 199-201 y BARROS BOURIE (n. 2), p. 125.

²³ La idea de que en materia de omisiones no es posible hablar de causalidad, sino únicamente de imputación objetiva fue tempranamente defendida por Karl Larenz. Véase Martín GARCÍA-RIPOLL MONTIJANO, *Imputación objetiva, causa próxima y alcance de los daños indemnizables*, Granada, Editorial Comares, 2008, pp. 4-5.

²⁴ Francisco MUÑOZ CONDE y Mercedes GARCÍA ARÁN, *Derecho Penal, Parte general*, 4ª ed., Valencia, Tirant lo Blanch, 2000, p. 277.

²⁵ Fernando PANTALEÓN PRIETO, "Comentario al artículo 1902", en AA.VV., *Comentarios al Código Civil*, Madrid, Ministerio de Justicia, 1993, tomo II, pp. 1.971-2.003. Algunas valiosas citas al respecto en Álvaro LUNA YERGA, *La prueba de la responsabilidad civil médico-sanitaria. Culpa y causalidad*, Navarra, Thomson Civitas, Cizúr Menor, 2004, p. 394.

²⁶ Francisco REGLERO CAMPOS, "El nexa causal. Las causas de exoneración de responsabilidad: culpa de la víctima y fuerza mayor. La concurrencia de culpas", en Francisco REGLERO CAMPOS (coord.), *Tratado de responsabilidad civil*, 2ª ed., Navarra Aranzadi Thomson, Elcano, 2003, p. 327.

²⁷ Phillipe LE TORNEAU, P. et Loic CADIEU, *Droit de la responsabilité et des contrats*, Paris, Dalloz, 2000, pp. 1.135-1.144.

²⁸ MUÑOZ CONDE y GARCÍA ARÁN (n. 24), p. 277. En el ámbito civil véase ASUA GONZÁLEZ (n. 16), p. 26.

a. Causalidad hipotética

Tratándose de la causalidad natural la operación consiste en determinar si un determinado hecho es condición necesaria del daño, en términos tales que si se suprime se elimina el resultado. Ya se ha visto, sin embargo, que tratándose de omisiones esto no resulta posible. De ahí que se haya recurrido a la causalidad hipotética.

En la causalidad hipotética la operación que realiza el operador jurídico es diversa. Se trata de determinar si añadiendo un determinado hecho el resultado dañoso se hubiera evitado. Como ha sugerido Clara Asúa González: "...se trata de decidir si, añadiendo mentalmente el comportamiento omitido, el resultado lesivo se habría producido"²⁹. Entendido de esta manera, el juicio de causalidad hipotética –u omisiva, es lo mismo– precisa tener por acreditado, de alguna manera, que si el médico hubiese cumplido con su deber de información, el daño no se hubiera producido.

En otras palabras, en la causalidad hipotética no se trata de determinar *qué* es lo que sucedió, sino que, cosa distinta, *qué es lo que hubiera* sucedido de haberse observado el comportamiento ordenado al médico³⁰. De esta manera, una vez realizada la operación se puede llegar a dos resultados. El primero de ellos es que si el médico hubiese informado al paciente los riesgos de la intervención éste último igualmente se habría sometido a ella. En ese caso, suele aceptarse, el requisito de la causalidad hipotética falla³¹. Por el contrario, si se asume que, habiendo recibido el paciente la información, no se hubiese sometido a la actuación médica que, en definitiva, produjo el daño, se entiende cumplido el requisito de la causalidad.

i. Consentimiento hipotético

Como se puede ver, la idea de causalidad hipotética reposa sobre una voluntad que el paciente no tuvo oportunidad de manifestar, es decir, reposa sobre el consentimiento hipotético del paciente. Esta figura recaba su contexto de otra más amplia y, relativamente familiar para la dogmática civil nacional: el "comportamiento alternativo lícito" (*rechtmässiges Alternativverhalten*)³².

²⁹ ASÚA GONZÁLEZ (n. 16), p. 26. Véase también LUNA YERGA (n. 25), p. 396.

³⁰ En la precisa fórmula de Peter CANE, *Atiyah's Accidents, Compensation and the Law*, 7ª ed., Cambridge, Cambridge University Press, 2006, p. 115: "it is not about what happened but about what might have happened".

³¹ Así, por ejemplo, en "Canterbury v. Spence" (464 F.2d 772 [D.C. Cir. 1972]), un caso especialmente importante en el ámbito estadounidense, se lee: "A causal connection exists when, but only when, disclosure of significant risks incidental to treatment would have resulted in a decision against it".

³² Véase BARROS BOURIE (n. 2), pp. 407-408.

La cuestión del comportamiento alternativo lícito ha sido presentada, a propósito de un criterio de imputación objetiva –el incremento del riesgo– con singular elocuencia por Fernando Pantaleón Prieto, conviene servirse de sus palabras:

"...un evento dañoso no puede ser objetivamente imputable a la conducta negligente que lo ha causado, cuando dada la configuración de los hechos a enjuiciar, dicha conducta, comparada con su alternativa diligente (con la conducta que, en esas circunstancias, no habría pasado los límites del riesgo permitido), no ha incrementado el riesgo de que se produzca el evento dañoso en cuestión. De otra forma, el operador jurídico estaría tratando de manera diferente supuestos que, en lo relevante, son idénticos; puesto que *respecto del concreto evento dañoso efectivamente acaecido*, la conducta negligente del dañante (*sic*) ha sido exactamente igual a su alternativa diligente: ha creado el mismo riesgo que ésta (o un riesgo menor; un riesgo permitido en todo caso) de que dicho evento se produzca... no habrá existido [un] incremento del riesgo y, por ende, no cabrá imputar objetivamente el resultado cuando se constate *con seguridad rayana en la certeza* que un resultado sustancialmente idéntico al acaecido se habría producido también de haber obrado el dañante (*sic*) diligentemente"³³.

Como señala Enrique Barros Bourie, un área en la que el comportamiento lícito alternativo tiene especial importancia es en el caso de que no se obtenga el consentimiento informado del paciente

"...en circunstancias que pueda darse por extremadamente probable que el paciente habría consentido en asumir el riesgo, atendidas las circunstancias"³⁴.

A propósito de esta última cita, conviene referirse brevísimamente a la métrica que se emplea para determinar el consentimiento informado. El autor señala que debe ser "extremadamente probable" que el paciente hubiese consentido en la actuación médica. La pregunta es *qué* paciente, ¿uno razonable *in abstracto* o ese paciente *in concreto*?

La respuesta, en mi opinión, puede buscarse a partir del bien jurídico protegido por el requisito del consentimiento informado. Si efectivamente

³³ Fernando PANTALEÓN PRIETO, "Causalidad e imputación objetiva: Criterios de imputación", en AA.VV., *Centenario del Código Civil (1889-1989)*, Madrid, Ministerio de Justicia, 1990, tomo II, pp. 1.577-1.578 (cursivas en el original).

³⁴ BARROS BOURIE (n. 2), p. 407.

es la autodeterminación del paciente, lo que deberá acreditarse es que *ese* paciente, considerando sus características individuales y situación particular, hubiera consentido en la actuación médica. Ésta parece ser la posición que ha tomado algún sector especialmente autorizado de la doctrina alemana y española³⁵. Se trata, sin embargo, de una respuesta que no se encuentra exenta de problemas³⁶.

ii. La prueba del consentimiento hipotético

En el ámbito chileno, Enrique Barros Bourie ha sugerido que una vez que se encuentra acreditado que el médico no dio la información debida, éste puede excusarse probando la voluntad hipotética del paciente³⁷. De esta opinión parece seguirse que la carga de la prueba de la existencia de un deber de informar y su infracción corresponde al paciente; en cambio, la prueba del consentimiento hipotético es de cargo del médico³⁸. Es decir, es él quien debe acreditar que si el paciente hubiera dispuesto de la información omitida igual se hubiera sometido a la actuación médica.

³⁵ Para la doctrina alemana véase SHAW (n. 2), p. 382, con cita de Mertens. Respecto de la doctrina española puede consultarse PANTALEÓN PRIETO (n. 32), p. 1.589; ÁNGEL YAGÜEZ (n. 7) y DOMÍNGUEZ LUELMO (n. 2), p. 325.

³⁶ Como advierte SHAW (n. 2), p. 382, una crítica persistente es que un sistema de apreciación subjetiva del consentimiento hipotético no representa más que un mecanismo que permite a quienes han sufrido daños durante una actuación médica conseguir una indemnización por un mecanismo distinto al ortodoxo de *malpractice*. Otras críticas en Scott PORCH, "NOTE: Recent Developments in Tennessee's Doctrine of Informed Consent", in *University of Memphis Law Review*, vol. 30, Memphis, Tennessee, 2000, p. 611.

³⁷ BARROS BOURIE (n. 2), p. 686. Una opinión semejante, me parece, puede desprenderse de los comentarios de Hernán CORRAL TALCIANI, *Lecciones de responsabilidad extracontractual*, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 2003, pp. 206-207, sobre la prueba de la relación de causalidad.

³⁸ Según reporta SHAW (n. 2), p. 381, en el Derecho alemán la cuestión del consentimiento hipotético surge como una defensa de la cual puede servirse el médico para enervar la presunción según la cual la falta de información determinó la voluntad del paciente de someterse a la actuación médica.

Una posición discrepante en LUNA YERGA (n. 25), p. 494, quien señala: "La carga de la prueba de la mal llamada causalidad omisiva corresponde a la parte demandante que, dadas sus especiales características, deberá acreditar que existía un deber de actuación previsto para evitar el daño médico-sanitario de que se trate, la omisión de la conducta debida y su capacidad evitadora del daño con una posibilidad rayana al 100%".

Por su parte, PANTALEÓN PRIETO (n. 33), pp. 1.588-1.589 entiende que la carga del consentimiento hipotético recae sobre el médico, es el quien debe acreditar que, aún si hubiera tenido la información omitida el paciente se hubiera sometido a la intervención. En la misma posición ÁNGEL YAGÜEZ (n. 7).

b. El deber de evitar el resultado

Convendrá, una vez más, abreviar de la doctrina penal. Señalan Francisco Muñoz Conde y Mercedes García Arán que:

"A diferencia de lo que sucede en el delito de acción, en el delito de comisión por omisión no basta, para imputar un resultado al sujeto de la omisión, con la simple constatación de la causalidad hipotética de la omisión respecto del resultado producido y de la inevitabilidad del mismo. Por el contrario, es preciso, además, que el sujeto tenga la obligación de tratar de impedir la producción del resultado en virtud de determinados deberes cuyo cumplimiento ha asumido o le incumben en razón de su cargo o profesión"³⁹.

En sede penal, este especial deber de conducta transforma al sujeto en garante de que no se produzca el resultado. *Mutatis mutandis*, en el ámbito civil, puede emplearse un razonamiento similar.

El hecho de que lo que se le impute al médico sea una inactividad es importante porque como ha sugerido certeramente Enrique Barros Bourie.

"...es correcta la intuición de que existe una diferencia significativa entre el sentido normativo de la actividad y de la inactividad. La razón fundamental radica en que mientras la acción genera por sí misma el riesgo de un daño, la omisión se refiere a la posibilidad de evitar un riesgo cuyo origen es independiente de la persona pretendidamente responsable"⁴⁰.

A partir de este comentario, tratándose de supuestos de inactividad, resulta útil distinguir entre *abstención* y *omisión*. La distinción ha sido formulada por Tony Honoré⁴¹. Este autor diferencia aquellos supuestos en los que una persona simplemente no hace algo, a los que denomina abstenciones, de aquéllos en que no hace algo que el Derecho le ordena hacer, que serían las omisiones. Lo que diferencia a las abstenciones de las omisiones es que, en las segundas, existe un deber de actuar que se infringe⁴².

De esta manera, tratándose del ejemplo del oftalmólogo referido más atrás⁴³, lo determinante para distinguir si su inactividad constituye una simple abs-

³⁹ MUÑOZ CONDE y GARCÍA ARÁN (n. 24), p. 278.

⁴⁰ BARROS BOURIE (n. 2), p. 124.

⁴¹ Tony HONORÉ, "Are Omissions Less Culpable?", in Peter CANE and Jane STAPPLETON, *Essays for Patrick Atiyah*. Oxford, Clarendon Press, 1991, p. 37.

⁴² Véase Luis DIEZ-PICAZO, *Derecho de daños*, Madrid, Civitas, 1999, p. 290.

⁴³ Véanse pp. 133-134.

tención o, en cambio, una omisión será precisar si el médico tenía o no un deber de informar al paciente la existencia de los riesgos que, en definitiva, se materializaron⁴⁴. Entonces, no es suficiente la demostración de que el paciente no recibió la información ni que, de haberla conocido el paciente, se hubiera abstenido de la actuación médica; es necesario, además, que el médico haya tenido el deber de suministrar la información y, como resulta, evidente, los médicos no tienen el deber de entregar “toda” la información al paciente⁴⁵. Si la información se encuentra más allá del umbral exigido, no existe deber de imputar el daño. La cuestión puede aclararse –o no– volviendo al caso del oftalmólogo. ¿Debe informar a su paciente del riesgo extremadamente infrecuente en este tipo de intervenciones (alrededor de tres en diez mil)? Si la respuesta es negativa, el problema de la causalidad hipotética se torna irrelevante toda vez que la conducta –el suministro de información– no le era exigible al facultativo y, por lo tanto, el resultado lesivo no se le puede imputar.

4. DAÑOS

El nexos de causalidad vincula un hecho –y comprendo aquí tanto acciones como omisiones– con el daño que provoca. ¿Cuál es ese daño? Según se verá a continuación existen, al menos, tres posibilidades: imputar al médico todo el daño derivado de la intervención; imputarle, nada más, un daño moral por la lesión al derecho de autodeterminación al paciente e imputarle al profesional un daño por pérdida de oportunidad.

a. Todo el daño

Una primera respuesta que ha sido sugerida por algunos autores nacionales es que deben indemnizarse *todos* aquellos daños provenientes de riesgos no informados⁴⁶. En otras palabras, constituyen daños indemnizables todos aquellos riesgos no informados –y que debieron informarse– materializados a propósito de la intervención médica. Una opinión similar, aunque más articulada –y matizada– puede encontrarse en Ricardo de Ángel Yagüez⁴⁷.

⁴⁴ Sobre el consentimiento informado como derecho del paciente y deber del médico puede consultarse en este mismo volumen el trabajo del profesor Máximo Juan Pérez García, pp. 145-166.

⁴⁵ Sobre algunas limitaciones al consentimiento informado de los pacientes puede consultarse DE LA MAZA GAZMURI (n. 1).

⁴⁶ En este sentido Alvaro VIDAL OLIVARES, “La responsabilidad civil del profesional médico”, en *Revista de Derecho del Consejo de Defensa del Estado*, N° 8, Santiago, 2002, p. 172 y BRANTT ZUMARÁN (n. 2), p. 519.

⁴⁷ ÁNGEL YAGÜEZ (n. 7).

Señala este autor que la ausencia de información no es lo que ocasiona el daño derivado de la actuación médica, sino que es la propia acción médica. El problema, sin embargo, es que, en el supuesto que interesa aquí, dicha actuación fue realizada conforme a la *lex artis*. No obstante –continúa el autor–: “Esta circunstancia sólo sirve para *no imponer* al médico responsabilidad por el concepto de imputación de culpa en la *actuación curativa*”⁴⁸. Luego agrega:

“...el daño sufrido por el paciente se anuda a la *acción curativa* del médico, no porque fuera defectuosamente llevada a cabo, en sí misma, sino porque para su ejecución faltó una genuina voluntad del propio paciente”⁴⁹.

Pues bien, si la actuación médica causó el daño y dicha actuación fue “consecuencia” de que el paciente no hubiese tenido oportunidad de decidir que *las cosas fueran de otra manera*⁵⁰. No debe causar extrañeza que el citado autor defienda la tesis según la cual la regla general es que: “el médico que incurre en culpa en el deber de información le es *objetivamente imputable* el daño experimentado por el paciente”⁵¹.

La idea de que debe indemnizarse todo el daño no ha estado exenta de críticas. Así, por ejemplo, María Paz García Rubio advierte que no resulta coherente que el médico responda de la misma manera en aquellos supuestos en que su culpa radica exclusivamente en el incumplimiento de su deber de informar y en aquellos casos en los cuales, además –o de manera independiente–, hubiese realizado la actuación médica con inobservancia de la *lex artis*⁵².

Esta última objeción hace, en principio, sentido, ¿por qué deberían asignarse al médico riesgos que se encuentran más allá de la observancia de la *lex artis*? Una posible respuesta pasa por advertir que, en general, se considera que el consentimiento informado desempeña un papel dual en las actuaciones médicas⁵³. Por una parte, legitima la interferencia en la integridad corporal del paciente; por otra, asigna al paciente los riesgos asociados a la actuación. Esta asignación, desde luego, no cubre aquéllos que derivan de la negligencia del médico⁵⁴, sino nada más los que se materializan pese a la observancia de la

⁴⁸ ÁNGEL YAGÜEZ (n. 7) (cursivas en el original).

⁴⁹ *Ibid.* (cursivas en el original).

⁵⁰ *Ibid.* (cursivas en el original).

⁵¹ *Ibid.* (cursivas en el original).

⁵² GARCÍA RUBIO (n. 11), p. 824.

⁵³ Véase SHAW (n. 2), p. 873.

⁵⁴ GARCÍA RUBIO (n. 11), p. 815.

lex artis. Pues bien, si no se obtiene el consentimiento informado, se entiende que dichos riesgos son asumidos por el médico⁵⁵.

b. Lesión al derecho a la libre determinación

Ha quedado dicho más atrás que una defensa del médico consiste en mostrar que si el paciente hubiese conocido el riesgo, igualmente se hubiera sometido a la actuación médica⁵⁶. Conviene, sin embargo, detenerse un momento en ella, ahora desde la perspectiva de los daños.

Si el galeno acredita que el paciente igualmente se hubiera sometido a la intervención, entonces ya no resulta posible imputarle los daños derivados de ésta. Ahora bien, se ha señalado que planteadas las cosas de esa manera un problema que se produciría es que la falta de información por parte del médico quedaría impune⁵⁷. Salvo que se acepte la existencia de un daño moral autónomo, consistente en la lesión del derecho de la libre determinación. Así parecen haberlo considerado algunas decisiones judiciales en España y en Francia⁵⁸, también parece ser la opinión de un autorizado sector de la doctrina en Alemania⁵⁹. En el ámbito chileno, el tema no parece haber sido abordado

⁵⁵ Véase SHAW (n. 2), p. 873. Dos sentencias del tribunal supremo español que utilizan este criterio para imputar el daño al médico en ÁNGEL YAGÜEZ (n. 7). En la primera de ellas se trata de una demanda de indemnización de perjuicios en contra de un otorrinolaringólogo que había practicado al demandante un estapedectomía en el oído izquierdo a consecuencias de la cual perdió la audición del mismo. Señala el tribunal en su sentencia, que al incumplir con su deber de informar al paciente acerca de los riesgos de la operación el médico "asumió por sí solo los riesgos de la operación". En la segunda sentencia se trata de una menor afectada por una escoliosis dorsal directa idiopática a la cual, a consecuencia de la operación, sufrió una parálisis de las extremidades inferiores que determinó la necesidad de utilizar, de por vida, una silla de ruedas. El tribunal supremo consideró que: "no se advirtió a la madre de Mónica [la menor] de los riesgos de la operación ni de las otras alternativas, para que ella decidiera". En virtud de esta falta de advertencia el supremo imputa los riesgos de la operación al médico en los siguientes términos: "Estas son las actividades y omisiones culposas, que llevan a la Sala de Apelación a sostener fundadamente que los demandados asumieron los riesgos por sí solos, en lugar de la paciente o de la persona llamada a prestar su consentimiento tras una información objetiva, veraz, completa y asequible".

⁵⁶ Véanse pp. 136-137.

⁵⁷ ÁNGEL YAGÜEZ (n. 7).

⁵⁸ Véase ASUA GONZÁLEZ (n. 16), p. 107.

⁵⁹ Véase SHAW (n. 2), p. 881, con cita a Deutsch y Lange, señalando: "Not all authors, however, are convinced that the doctor should be allowed to establish a full defence where there is a clear failure to disclose. By failing to disclose, the doctor has deprived the patient of the possibility of considering, in full knowledge of the risks, whether or not to have the operation. In itself, this undermines the stated purpose of the rule requiring doctors to disclose risks, which is to protect the patient's freedom of decision, rather than to prevent the harms which has occurred".

por la doctrina, sin embargo, sí se acepta que el bien jurídico protegido es el derecho del paciente a determinar en forma autónoma si someterse o no a una actuación médica resulta coherente afirmar que, al prescindir del consentimiento del paciente, se ha lesionado un interés extrapatrimonial digno de protección jurídica. En otras palabras, que se le ha infligido un daño moral indemnizable.

c. Pérdida de oportunidad

En el ámbito nacional Enrique Barros Bourie se ha referido a la pérdida de oportunidades de sanarse para designar aquellos casos en los que el daño experimentado por el paciente no es el resultado "cierto e inequívoco de la negligencia médica, sino a sí en razón de esa negligencia el paciente perdió una oportunidad de sanarse"⁶⁰. En la doctrina española el tema ha sido tratado monográficamente por Clara Asua González⁶¹. La autora se refiere especialmente a los supuestos de pérdida de oportunidad en casos de incumplimiento del deber de información al paciente sobre riesgos de tratamientos e intervenciones⁶².

Indica la autora que se trataría de supuestos en los cuales debe descartarse "que el cumplimiento de la obligación de información hubiera impedido que se sufriera el daño final o que de todos modos éste hubiera acontecido"⁶³. Ahora bien, una mirada a las decisiones de los tribunales superiores españoles citadas por la autora muestra al menos dos aspectos interesantes. El primero de ellos es la indemnización por la pérdida de oportunidad, que se refiere a un daño diverso de aquél del directamente derivado de la actuación médica. El segundo aspecto es que dicho daño puede consistir o, bien, en la pérdida de oportunidad del paciente de tomar una decisión autónomamente o, bien, a la pérdida de oportunidad de optar por otras alternativas a la cirugía realizada⁶⁴.

⁶⁰ BARROS BOURIE (n. 2), pp. 686-687.

⁶¹ ASUA GONZÁLEZ (n. 16), *passim*.

⁶² *Op. cit.*, pp. 98-110.

⁶³ *Op. cit.*, p. 99.

⁶⁴ ASUA GONZÁLEZ (n. 16), pp. 101-107.