

La responsabilidad civil médica

(2.^a de 3 partes)

J. R. Navarro Carballo¹

Med Mil (Esp) 1996;52 (2): 181-185

DEBERES DEL MÉDICO

Hemos comentado al principio de la disertación cómo quienes tomaron a su cargo sanar a los enfermos incurrieron en una responsabilidad que en los tiempos primitivos y aún en avanzadas épocas de la historia de la medicina, no respondía a más normas reguladoras que las estrictamente religiosas.

En cualquier caso, este matiz de la responsabilidad plasmó su existencia en unos articulados deontológicos que, si bien no empaparon a todos los profesionales, calaron tan hondo en el espíritu, que han sobrevivido hasta nuestros días. Ahora bien, hay que reconocer que a partir de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre por la Asamblea Nacional francesa —por poner una fecha tangible—, el reconocimiento de algunos de aquéllos afectó a los derechos que se le reconocen hoy al hombre potencial o presentemente enfermo. Y a los Derechos reconocidos del Enfermo se le deben correlacionar los correspondientes Deberes del Médico.

Y si nos remitimos de nuevo a la Responsabilidad Médica, hemos de aceptar que en la base de la misma está siempre el error o el incumplimiento de unos de los llamados Deberes Médicos. Deberes que, previamente enunciados como de contenido moral, terminan por ser regulados jurídicamente.

Los Deberes Médicos están enumerados en gran número de prescripciones deontológicas, casi todas encaminadas a definir las obligaciones corporativas del facultativo y a regular las relaciones colegiales internas; pero éstos no nos interesan ahora. Nos importan en este momento aquéllos que pueden tener relación con una posible derivación hacia la imputación de responsabilidad civil médica; en primer lugar los que están relacionados con la teoría general de los contratos.

DEBERES RELACIONADOS CON LA COMPETENCIA PROFESIONAL

No parece discutible que exista un deber de “competencia” o “capacidad profesional”.

Si la competencia es la suficiencia para el ejercicio profesional —en nuestro caso— de la medicina, la incompetencia es la falta de idoneidad para profesarla. Esto es así, simplemente; pero no puede perderse de vista que la competencia no se alcanza con la sola disposición de un adecuado nivel de

conocimientos, sino que está integrada por un cúmulo de facetas de entre las cuales la ciencia es necesaria pero no suficiente.

Hay que añadir la posesión de una bastante capacidad física, harta capacidad emocional y de la disposición de una templada capacidad moral. Y no olvidemos que la competencia profesional exige también contar con los medios técnicos adecuados para el ejercicio de la actividad médica; de modo que el no disponer del instrumento preciso es motivo suficiente para considerar que un médico no está capacitado o no es competente, tal como si no poseyera suficientes conocimientos o éstos estuvieran ya obsoletos.

El adecuado nivel de conocimientos para poder proceder a la práctica de la actividad médica es algo que se deduce consecuentemente una vez que se ha establecido que para poder ejercer la medicina es imprescindible estar en posesión del título académico.

Con todo, este requisito previo no es suficiente: la experiencia tiene un papel muy relevante en la actividad médica, del mismo modo que es absolutamente exigible el reciclaje de los conocimientos.

La experiencia no deja de entrañar algunas dificultades. Si no se le permite actuar al inexperto, ¿cómo va adquirir experiencia? La solución es la tradicional: hacer que el médico novel inicie sus andaduras bajo la supervisión de un profesional de experiencia probada.

El reciclaje o, en más española forma de decirlo, **la actualización de los conocimientos** es la necesidad en que más insiste el Código de Deontología Médica. Pero el estudio requiere un tiempo del que no siempre dispone en cantidad suficiente el profesional, bombardeado por la propaganda y asfixiado por tanta seudoinformación; cuya sola selección exige tanta discreción y cordura. La posibilidad de actualizarse en sólo la especialidad propia no está ya lejos de ser imposible, pareciendo encontrarse el camino de la solución al problema en la fragmentación práctica —y hasta oficial— de las Especialidades Médicas.

DEBERES RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA

Sea cualquiera la relación —contractual o no contractual— que una al médico con su enfermo, es cierto que una vez establecida la misma, aquél ha de emplear todos los medios intelectuales y técnicos a su alcance para lograr la curación de éste; sin que pueda eximirle de este deber las diferencias ideológicas que pudieran separarles o la presencia de un riesgo de contagio, ya que éste debe ser asumido por el facultativo desde el principio del ejercicio de su carrera.

¹ Cor. San. Med. (R)

Ahora bien, ¿qué debemos entender por asistencia? **Todas aquellas tareas encaminadas a conseguir la curación del enfermo y que incluyen el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento (físico, psíquico, dietético, higiénico, farmacológico, quirúrgico y rehabilitador), así como la propia extensión de las recetas.**

Ahora hemos de desmenuzar un tanto este concebido deber de asistencia, partiendo de una pretendida distinción entre asistencia voluntaria y asistencia obligatoria, para terminar con la cuestión del deber de continuidad de la asistencia.

La asistencia voluntaria queda planteada en cuanto que uno se pregunta si el médico puede negarse a asistir a quien reclama sus servicios.

En circunstancias entendidas como normales, no de urgencia, y admitido que no se ha establecido previamente una relación entre ese médico y ese paciente, puede aceptarse que el primero pueda legítimamente no iniciar la prestación de su asistencia: no por ser agente del monopolio del ejercicio de la profesión se obliga con la contrapartida de asistir a cuantos lo soliciten sin perentoriedad. Esta situación puede concretarse muchas veces en nuestra sociedad, en la que la asistencia está garantizada públicamente.

Y situación distinta es la que abunda en nuestro medio, sin necesidad de presuponer situaciones excepcionales: actualmente la mayor parte de los médicos se encuentran vinculados a servicios colectivizados (Insalud, Seguros de Enfermedad, Sociedades Sanitarias privadas) en virtud de lo cual es patente la obligación que resulta de atender a los titulares y beneficiarios de esos derechos. (No admite la menor oportunidad de discusión la afirmación de que este tipo de contrato médico-enfermo resuelve una cuestión planteada hace algunos lustros, de tanto en cuanto: la dudosa, in iure, negativa que oponía el médico rural a algún determinado individuo que reclamaba su asistencia con carácter ordinario y que ponía al facultativo a pique de incurrir en responsabilidad civil, a través del supuesto de abstención u omisión a que alude el artículo 1.902 de nuestro Código Civil).

La asistencia resulta obligatoria en los casos de urgencia, en los cuales existe un verdadero deber de asistencia. Este deber viene impuesto no sólo por normas de carácter puramente deontológico, sino también —y sobre todo— por nuestro Código Penal, que tipifica en el artículo 489 bis el delito de omisión del deber de socorro, aludiendo a personas “desamparadas y en peligro manifiesto y grave”.

Es bien cierto que el precepto no atañe directa y concretamente al médico, pero la jurisprudencia se lo ha aplicado habitualmente. Y conviene apreciar la condición de “manifiesto y grave” del peligro desde el punto de vista del médico y de sus conocimientos.

La continuidad de la asistencia es un deber que nace del establecimiento de la relación médico-enfermo. Con este presupuesto se entiende que, si bien cabe negarse —con las debidas cautelas— a asistir a un determinado cliente, una vez que se ha iniciado el tratamiento, coexiste la obligación de continuar con el mismo.

No constituye materia de discusión que cuando la actuación médica se inicia en una situación de urgencia o como consecuencia del deber genérico de socorro, y cesa esa situación de emergencia (como resultado de la asistencia directa del facultativo o porque el enfermo fue trasladado a un Centro asistencial) se extingue todo deber asistencial; puesto que se satisfizo

el deber de socorro urgente o la obligación perentoria de prestar asistencia sanitaria.

Es claramente otra situación la que se analiza cuando la primera intervención del médico sobre el paciente nace como una relación contractual de servicios médicos establecidos entre ambos, directamente o por entidad intermediaria. Abandonar en tales circunstancias, sin más, al paciente entraña un desistimiento unilateral del contrato por parte del médico, con los consiguientes perjuicios para el enfermo; entre los que no pueden olvidarse los de carácter moral o psicológico, tan relevantes en la curación de determinadas enfermedades.

En buena lógica, sin embargo, el médico no puede quedar sempiternamente atado a tal relación contractual; en cualquier circunstancia de modo, lugar y tiempo. Así, en la práctica resultan situaciones ordinarias y frecuentes las siguientes: el mutuo consentimiento del abandono de la relación; la total curación del enfermo o la notificación previa del médico de cesar el tratamiento, haciéndose reemplazar por otro; o la advertencia al paciente del peligro que corre si no busca quien le sustituya. Los casos de fuerza mayor no parecen entrañar problema moral ni legal: enfermedad del médico o asistencia por el mismo de un caso de urgencia, en un periodo determinado de tiempo. Por último, no hemos de olvidar los viajes por motivos científicos o por legítimas vacaciones de todo profesional; situaciones para las que tiene previstas la oportuna sustitución el Código de Deontología Médica (art. 96, 97 y 98).

DEBERES RELACIONADOS CON LA INFORMACIÓN

Como contrapartida al derecho específico que posee el enfermo, el sanitario adquiere la obligación de informar a su paciente.

Esta información debida afecta a dos aspectos, que pueden considerarse complementarios entre sí: por un lado, explicarle los extremos más importantes de su enfermedad, junto con las medidas preventivas, dietéticas y curativas a tomar, etc.; y por otro, exponer y aclarar a su paciente el riesgo que entrañan las maniobras diagnósticas y terapéuticas a tomar, las posibles secuelas de las intervenciones, etc. Este segundo aspecto constituye específicamente el tan conocido y debatido **consentimiento informado**.

Uno y otro aspecto citados en el párrafo anterior están contemplados en el art. 25 del Código de Deontología Médica, aprobado por el Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos en 1979; aunque sus normas no pueden considerarse artículos de una Ley que nunca fué promulgada. (A pesar de todo, podría tenerse en cuenta que el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social lo declaró “de utilidad profesional y pública” el 23 de abril de 1979. Y para mayor abundamiento —como ha sido subrayado por Fernández Hierro— las referidas normas podrían adquirir carácter propiamente jurídico por la vía de la costumbre y hasta alcanzar la categoría de principios generales del Derecho en materia sanitaria).

El secreto profesional médico acaba conceptualmente el apartado del deber de información.

El deber que obliga a guardar el secreto profesional no está contemplado específicamente en nuestro Código Penal; aunque, eso sí, está recogido en el Capítulo VI de nuestro Código Deontológico, que lo desmenuza en nada menos que diez supuesto (art. 43 a 53).

DEBER DE CERTIFICACIÓN

Hay un conjunto de situaciones en las que el médico está obligado a emitir documentos acreditativos de la realidad de ciertos hechos relacionados con la salud de su paciente. Este deber de certificación que obliga al médico es la contrapartida del derecho que el paciente tiene consagrada en la Ley General de Sanidad, a que "se le extienda certificado acreditativo de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria" (Art. 10.8).

A efectos de la responsabilidad que adquiere el facultativo en este terreno, han sido los penalistas quienes se han preocupado de este deber de certificación. Lo que resulta lógico, puesto que, en general, su incumplimiento puede dar lugar a falsedades de una u otra índole.

LA RELACIÓN DE CONFIANZA MÉDICO-ENFERMO

Un factor fundamental en la determinación de la responsabilidad médica es la especial relación de confianza que une al médico con su paciente. En este sentido se ha dicho que el "ministerio médico" implica una "presunción de confianza"; lo que otorga al facultativo poderes excepcionales en los asuntos que conciernen a las personas.

El médico tiene como misión principal proporcionar consuelo al que sufre y puesto que los ciudadanos todos son enfermos en potencia, todo el mundo profesa —siquiera en lo más hondo de su intimidad— un respeto casi reverencial a la profesión médica. Es bien cierto que el médico no es ya un ser distinto y raro, sino que es una persona con la que se cruza uno a diario en la calle y se le contempla discutiendo apasionado en el bar y ante la jugada desafortunada de su equipo favorito; y hasta haciendo ¿el ridículo? en medio de una intervención en directo en algún programa de televisión, relacionado o no con la profesión médica. El médico ha perdido —al tiempo que lo van perdiendo también la ciencia y la profesión medicas— su esoterismo ancestral: la estampa del médico protector de nuestros mayores ha cedido su lugar al técnico (?) que vive confundido en la masa que forman todos los ciudadanos.

Sin embargo, la principal razón por la que un paciente elige libremente —cuando puede hacerlo— a su médico es un título particular de confianza. La confianza resulta esencial en la relación médico-paciente por dos razones fundamentales: cuando nos ponemos en manos de un médico estamos tratando de algo tan importante cual puede ser la integridad física, la salud o la propia vida, que entregamos precisamente por causa de nuestra incapacidad; y cuando lo hacemos así lo hacemos con la convicción de que un buen médico se ocupa de nuestra enfermedad y lo esperamos todo de su reconocida competencia profesional.

FUNDAMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

FUNDAMENTOS MORALES

La confianza que el paciente deposita en su médico justifica suficientemente la responsabilidad que adquiere, de facto, este último. Pero hay también otros fundamentos morales

donde asentar multiplicadamente la justificación: el valor de la vida humana, que está en sus manos; la tutela de la salud, bien constitucional; la necesidad de proteger a la sociedad y a sus miembros del infortunio corporal, de la miseria provocada por el dolor y de la alienación psíquica.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Desde este punto de vista, la responsabilidad deriva de la necesidad de que se cumplan las relaciones legales, los pactos acordados y los contratos celebrados entre médicos y enfermos y entre la Seguridad Social y los beneficiarios de sus prestaciones sanitarias.

No parece discutible que contemplando el concepto en el campo de la más estricta justicia (el más importante, socialmente hablando), la exigencia ponderada de la responsabilidad civil del médico coloca a su profesión en la senda adecuada: la de una mejor sanidad y una mejor salud para los ciudadanos que caen enfermos o que soportan el riesgo de enfermar.

El tan repetido art. 1.902 del Código Civil pide que se reparen los daños que se irroguen por culpa o negligencia. El primer precepto que se menciona en los Códigos Deontológicos es el de no dañar a nadie, "primum non nocere" y si la responsabilidad derivada del mencionado art. 1.902 se apoya en el "alterum non laedere", ¿por qué excluir de responsabilidad de daños, a veces irreparables, que ocasiona el ejercicio de la medicina?

Sin embargo, no parece que la justicia derive de tomar asiento en ninguno de los dos platillos de la balanza. La medicina no es una ciencia exacta y sus resultados no tienen que ser necesariamente satisfactorios. Por otro lado, el enfermo propende a exigir responsabilidades por resultados no francamente dañosos, sino meramente insatisfactorios; independientemente de que el facultativo haya proyectado o no la mayor diligencia en su actividad. Por todo lo cual, *el eje central alrededor del cual debe girar la doctrina de la responsabilidad médica es el equilibrio entre estos dos extremos: la protección del paciente que ve lesionados sus derechos y el ejercicio sereno de la medicina, sin la constante amenaza de la indemnización.*

LA ACTIVIDAD MÉDICA Y LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL: OBLIGACIONES DE MEDIOS

No parece discutible que —además de otros ejercicios del arte y de la ciencia; de las que trataremos más adelante— el **diagnóstico** y el **tratamiento** son actividades íntegramente incluíbles en el campo de la actividad médica.

Tal vez habría que añadir una tercera concausa de responsabilidad: la **prognosis médica**; aunque su fundamento es poco sólido, pues se basa en la experiencia personal de un sólo facultativo o en un índice estadístico que varía según distintos ámbitos profesionales, geografía médica extraña o con el tiempo que se considere. En cualquier caso, la importancia del pronóstico como generador de responsabilidad es poco considerable, toda vez que el daño que podría inferir un error del mismo no pasa del trastorno que produjera una alarma infundada o un desenfadado optimismo: bien poco, comparado con las posi-

bles ofensas a la integridad física, el daño a la salud o a la amenaza cumplida sobre la vida. (De todos modos, no puede dejar de considerarse la relación que puede tener un pronóstico emitido o elidido en situaciones que implican el cumplimiento del "consentimiento informado").

Como es natural, a los juristas les ha interesado qué debe entenderse por diagnóstico y tratamiento; premisa, cada una de ellas, fundamental para la consecución de un juicio bien elaborado. Se ha llegado a las siguientes aceptaciones:

Diagnóstico: Serie de actos médicos que tienen por objeto recoger todos los signos capaces de ayudar al facultativo a fin de que, una vez interpretados, deducir cuál es la naturaleza de la afección que aflige al enfermo, tratando en lo posible de encajar el conjunto en un cuadro clínico conocido. Por supuesto que para ser completo, el diagnóstico ha de abarcar no sólo el trastorno funcional, sino que intentará comprender la índole de la alteración estructural, la causa de la misma y los mecanismos del fenómeno desencadenado en un individuo en particular.

Tratamiento: Es el conjunto de actos que el médico, actuando de acuerdo con las normas de la ciencia, lleva a cabo sobre el organismo de un hombre, con el fin de curarle una enfermedad del cuerpo o de la mente o con el de mejorar su aspecto estético.

Es evidente que el diagnóstico y el tratamiento están entrelazados entre sí y que el segundo está basado en el primero. Tal íntima relación hay entre uno y otro que la contemplación jurídica de estos actos obliga a entenderlo así, de modo que el contrato establecido entre médico y enfermo obliga a que éste preste su consentimiento al primero, a fin de que pueda el facultativo proceder al reconocimiento de su cliente, con el fin de "elaborar un diagnóstico y extender una propuesta de tratamiento".

Pero si hay que decidir en qué fase de la actividad médica es más preciso el consentimiento informado del paciente, hay que convenir que —por encima de todo— es el que representa la propuesta de una concreta terapéutica; si bien el riesgo de una exploración diagnóstica puede exigirlo también imprescindiblemente. Es claro que es sobre todo el tratamiento el que puede amenazar el derecho fundamental a la integridad física: el paciente debe ser ciertamente libre (lo que quiere decir que no debe ser coaccionado ni condicionado en manera alguna) para tomar una decisión sobre el tratamiento que se le propone.

No olvidemos que estamos tratando de la responsabilidad médica, más que de los derechos del enfermo. Y así —volviendo sobre nuestros pasos— convengamos en que la responsabilidad que deriva de los actos médicos tiene distinta valoración según los actos correspondan a una u otra fase: diagnóstico o tratamiento.

El fundamento de la obligación de resarcimiento que puede afectar al médico suele estar representado por el error o la culpa. La distinción entre el uno y la otra puede ser teóricamente muy importante; pero es al primero al que se le suelen asignar los fallos en el diagnóstico, con el mayor espíritu de benevolencia.

El error no implica responsabilidad si el médico no dispuso de suficientes y adecuados elementos de diagnóstico y, por supuesto, tampoco le fue posible procurárselos. Un médico puede no haber estudiado adecuadamente el problema que se le

ha enfrentado, pero es muy difícil demostrar tal supuesto: la cuestión no se centrará en si un médico experto hubiera cometido o no tal error de diagnóstico, sino en conocer qué medios hubiera empleado el prudente y diligente y si el que se juzga los ha utilizado.

Es con el tratamiento con el que con más facilidad se puede caer en culpa. Las posibilidades de incurrir en responsabilidad son innumerables, por lo que los Tribunales suelen proceder con extrema cautela: lo que hoy constituye una práctica habitual aceptable, mañana puede tornarse en un acto culposo del que derive una obligación de resarcimiento. Y hay que admitir que toda actividad médica sigue impregnada de una incertidumbre y de un alea, que derivan de la complejidad del organismo y de la presencia de agentes externos que influencia la actividad.

El error diagnóstico cometido después de haber observado todas las cautelas no se constituye en culpa; lo cual no quiere decir que no hay obligación de reparar el daño causado por el error

Tras el fracaso de un tratamiento, lo más que puede exigirse de un médico es que demuestre la adecuación e idoneidad de los medios que empleó en el tratamiento

El contrato médico es particularmente una obligación de medios en cuyo seno no cabe ofrecer con certeza un determinado resultado

CASOS EXCEPCIONALES: OBLIGACIONES DE MEDIOS Y DE RESULTADOS

El contrato médico es especialmente una obligación de medios y en su concierto no puede ofrecerse con certeza un determinado resultado. **Resulta que contando con los mejores deseos del médico en orden a la curación de sus enfermos, su compromiso no puede ir más allá de la conjugación de todas sus herramientas intelectuales y de la utilización de todos los instrumentos que, estando a su alcance, sean los más adecuados para el logro de la pretendida curación.**

Pero por más que aceptemos, como venimos haciendo, que el deber asumido principalmente por el médico (el de asistencia y cuidado del enfermo) constituye una obligación de medios; también tendremos que admitir que existen determinados supuestos en que está capitalmente presente una obligación de resultado, por más que se trate de casos en cierto modo infrecuentes por su modalidad; si bien no por la cantidad de ellos que se realizan diariamente. Son obligaciones concretas que, formando una unidad con el tratamiento, se incrustan en esa obligación más general de medios, de modo que mezclados de modo orgánico medios y fines, el entramado es tal que se delimitan con dificultad unos de otros.

De todos modos, los supuestos excepcionales a que nos venimos refiriendo genéricamente obedecen a dos tipos de razones: unas, de orden práctico, por cuanto que en determinada actividad médica no interviene ningún alea o lo hacen en muy corta medida; otras, de orden jurídico, originadas en la presunción derivada del tenor de un contrato, que permite concluir que se ha pactado voluntariamente una obligación de resultado. Veamos algunos de estos supuestos:

1. **La emisión de Dictámenes y Certificados** puede estimarse como obligación de resultado.

La responsabilidad civil médica

El Certificado Médico es una exposición de hechos firmada por el facultativo o la afirmación rubricada de un diagnóstico; sin perjuicio de que en determinados supuestos constituya un informe pericial sometido a las reglas y alcances previstos por las Leyes de Enjuiciamiento.

El médico cumple la obligación asumida cuando entrega el informe en las condiciones pactadas con su acreedor. Si el documento es extendido a la ligera, el perjuicio ocasionado deberá ser indemnizado.

2. **Los análisis clínicos** son un supuesto definitivamente claro de obligación de resultado, toda vez que en su realización no interviene alea de tipo alguno.

Los análisis realizados cotidianamente se acercan mucho a una tarea mecánica, con alto grado de fiabilidad y confiabilidad con relación a sus resultados.

3. **El contrato de hospitalización** incluye unas obligaciones de resultado tales como la de proporcionar seguridad al enfermo frente a los peligros que pudieran amenazarle, proporcionar suficiente comodidad y confortabilidad y mantener en buen estado el material de diagnóstico y tratamiento.

4. **La actividad odontológica** no entraña diferencias en relación con las reglas generales que atañen a cualquier médico, en cuanto a: diagnóstico, tratamiento farmacológico e incluso de cirugía máxilo-facial. Sin embargo, otra cosa acaece en lo que se refiere a la colocación, adaptación y suministro de prótesis.

5. **Colocación de prótesis y aparatos ortopédicos.** En circunstancias análogas, cabe la misma obligación en estos supuestos que lo que hemos expuesto en odontología.

6. **La cirugía estética** ha dado lugar —¡cómo no!— a opiniones de todos los estilos en cuanto se refiere a jurisprudencia y doctrina.

Parece que la solución debe venir de la consideración de la culpa *in contrahendo* y del deber de información: cuando la finalidad de la intervención es de carácter puramente estético el médico debe asumir previamente una obligación de resultado, garantizando el éxito pretendido; o, en caso contrario, incurre en una culpa *in contrahendo*, desde el momento en que se hace cargo sin necesidad perentoria de una obligación que supera sus posibilidades, provocando, cuando menos, un riesgo de peligro evitable con sólo dejar de operar.

No existiendo diferencias fundamentales entre la especialidad de cirugía estética y el resto de las especialidades quirúrgicas, cobra aquí una mayor relevancia el deber de información. El paciente, más que en ningún otro supuesto, debe conocer hasta el último detalle de los posibles riesgos que corre con la intervención, que en ningún caso es urgente.

7. **La promesa de curación.** Se trata de un compromiso adquirido contractualmente por el médico a través del cual asegura un resultado satisfactorio de su intervención.

La prueba de tal compromiso resulta realmente difícil al ser poco frecuente o inexistente el documento del contrato escrito. Tal vez para la determinación de la responsabilidad del médico en estos supuestos será más adecuado acudir a la demostración del deber de información, que se deberá cumplir antes de celebrar el contrato y recurrir a la culpa *in contrahendo*, que genera el incumplimiento de ese deber.

BIBLIOGRAFÍA

La bibliografía aparecerá al final de este serie de tres artículos sobre la RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA.