

CIRUGÍA ESTÉTICA Y RESPONSABILIDAD CIVIL: ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE UNA COMPLEJA JURISPRUDENCIA*

LUIS GÓMEZ RUFÍAN**

Resumen: el presente trabajo tiene por objeto exponer la evolución de la jurisprudencia recaída en materia de medicina satisfactiva en torno a la naturaleza jurídica de la misma y el correspondiente régimen de responsabilidad propio de la misma. Concretamente, se estudia, mediante un pormenorizado análisis jurisprudencial, ordenado cronológicamente, las causas, condicionantes y consecuencias de la progresiva transformación de la obligación médica relativa a cirugía estética desde una de tipo resultadista (asemejada al contrato de obra y dotada de un régimen de responsabilidad objetiva) a una de medios (derivada del contrato de arrendamiento de servicios y regida por un régimen de responsabilidad subjetiva o culpabilístico en el que la *lex artis* y la información al paciente se sitúan en un plano central). El artículo finaliza con una exposición de los supuestos excepcionales en los que se mantiene la concepción de la medicina satisfactiva como obligación de resultado.

Palabras clave: cirugía estética; medicina satisfactiva; responsabilidad civil; obligación de medios; obligación de resultado, contrato de obra; contrato de servicios; *lex artis*; consentimiento informado.

Abstract: The object of the present research is to lay out the jurisprudence about plastic surgery in the matter of its legal nature and its appropriate rules of liability. Specifically, it studies, through a detailed jurisprudential analysis, ordered chronologically, the causes, conditions and consequences of the progressive transformation of the medical duty in plastic surgery with a result type (resemble to a limited period of work contract and ruled with a system of objective liability) to a means type (resemble to a service lease contract and ruled with a system of subjective liability in which *lex artis* and patient information have a central role). The work ends with the lay out about the exceptional circumstances in which the concept of satisfied medicine remains obligation of result.

Keywords: plastic surgery; voluntary medicine; liability; work contract; services lease contract; *lex artis*; patient information.

SUMARIO: I. INTRODUCCIÓN. PLANTEAMIENTO Y ESTRUCTURA; II. DEFINICIONES BÁSICAS: MEDICINA SATISFACTIVA, MEDICINA ASISTENCIAL Y LEX ARTIS; III. DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIOS A LA OBLIGACIÓN DE RESULTADOS; 1. Naturaleza e implicaciones del debate doctrinal; 2. Evolución de la jurisprudencia (I): el arraigo errático de la obligación de resultado; 3. Evolución de la jurisprudencia (II): la definitiva consolidación de la obligación de medios; IV. CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LA EVOLUCIÓN JURISPRUDENCIAL; 1. Cirugía estética y deber de información; 1.1. El papel de la información al

* Fecha de recepción: 26 de junio de 2015.

Fecha de aceptación: 22 de septiembre de 2015.

** Doctorando en Universidad Carlos III de Madrid - Departamento de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social. Correo electrónico: lugomezr@der-pr.uc3m.es.

paciente en la cirugía estética; 1.2. Algunos apuntes jurisprudenciales de especial relevancia; 1.3. Breve referencia a supuestos especiales: daño desproporcionado, la publicidad engañosa y aseguramiento del resultado; V. REFLEXIONES FINALES.

I. INTRODUCCIÓN. PLANTEAMIENTO Y ESTRUCTURA

El presente trabajo posee un doble objeto: por un lado, pretende realizar un análisis pormenorizado sobre el complejo campo de la responsabilidad médica en el ámbito de la cirugía estética, intentando arrojar luz sobre las cuestiones de mayor complejidad existentes en su seno; y, por el otro, intentar compaginar esa vocación de sistematicidad con la aplicabilidad práctica del estudio, para lo cual se opta por la exposición continuada de la jurisprudencia más relevante recaída al respecto. Así, puede decirse que este trabajo aborda el análisis sistemático sobre cómo la jurisprudencia ha ido dando solución en cada momento, y los efectos que ello ha generado, a los principales elementos en conflicto de este campo jurídico. De esta manera, se pretende que, fruto de este estudio, el agente jurídico dedicado a este específico campo pueda poseer un cuerpo de análisis jurisprudencial lo suficientemente exhaustivo sobre el mismo¹.

A tal efecto, el mismo se articula según la siguiente estructura: tras esta introducción, se aborda, a efectos de clarificar el ámbito de análisis, los elementos delimitadores de la medicina curativa o asistencial y de la medicina voluntaria o satisfactiva, y cómo la denominada *lex artis* juega un papel estructural en la definición de ambos campos; después, como elemento central del trabajo, se analiza, a través del recorrido jurisprudencial ordenado cronológicamente, cómo la concepción de la naturaleza de la obligación en cirugía estética ha ido evolucionando desde una cierta –aunque errática– asimilación al contrato de obra (obligación de resultado) al afianzamiento de su entendimiento como contrato de arrendamiento de servicios (obligación de medios), así como los efectos generados por este cambio doctrinal; en cuarto lugar, se analizan las cuestiones que, como derivadas de dicho debate, alteran las reglas generales establecidas por la jurisprudencia en torno a la naturaleza de la obligación (daño desproporcionado, aseguramiento del resultado y publicidad engañosa).

En definitiva, materialmente son dos los elementos centrales del artículo. En primer lugar, el estudio sobre las razones y la lógica de que la jurisprudencia haya abandonado paulatinamente, en relación a la cirugía estética, la concepción arrendamiento de obra-obligación de resultados-objetivación de la responsabilidad a favor de la lógica arrendamiento de servicios-obligación de medios-responsabilidad subjetiva. En segundo lugar, cómo, fruto de esta evolución conceptual, la información médica y, por tanto, el consentimiento informado pasa a constituirse, tras la superación de la doctrina de la obligación de resultado, como el

¹ En ese sentido, la práctica totalidad de las sentencias que se expondrán, como es obvio, resuelven sobre supuestos de cirugía estética, si bien se tratan algunos pronunciamientos que, abordando la medicina satisfactiva, sientan elementos de juicio imprescindibles para el objeto de este trabajo.

verdadero eje diferenciador en términos de la configuración jurídica de la responsabilidad médica asociada a la misma respecto de la medicina curativa o asistencial.

II. DEFINICIONES BÁSICAS: MEDICINA SATISFACTIVA, MEDICINA ASISTENCIAL Y *LEX ARTIS*

Antes de entrar a valorar su diferente régimen jurídico en términos tanto materiales como de exigencia de responsabilidad, ha de partirse sobre qué considera la jurisprudencia, por influencia directa de la ciencia médica, como medicina satisfactiva y como medicina asistencial. Según, Tena, Azparren y Laporta, tradicionalmente se había venido entendiendo por medicina estética o satisfactiva aquella que tiene un carácter meramente voluntario, es decir, que el interesado acude al facultativo no para la mejora de una dolencia patológica, sino para el mejoramiento de su aspecto físico o estético o para la transformación de una actividad biológica, encuadrándose tradicionalmente en la misma intervenciones como las vasectomías (STS 11.02.1997 [RJ 1997\940]), tratamientos dentales (STS 28.06.1999 [RJ 1999\4894]), tratamiento de protusión dental (STS 11.12.2001 [RJ 2002\2711]) o la mejora del aspecto estético de los senos (STS 22.07.2003 [RJ 2003\5391]). Como consecuencia, a quien recibe el servicio se le ha llamado paciente, mientras que el que reclama una obra adquiere la condición de cliente, ya que lo hace de forma voluntaria y no necesaria (STS 30.06.2009 [RJ 2009\4323]). Sin embargo, la diferencia entre ambas modalidades no aparece en ocasiones muy clara, sobre todo a partir de la asunción del derecho a la salud como bienestar en sus aspectos psíquicos y social, y no solo físico, o de aquellas intervenciones preventivas en las que se actúa a partir de las indicaciones médicas dirigidas a evitar riesgos para la salud o integridad del paciente (STS 29.06.2007 [RJ 2007\3871]). De este modo, que la jurisprudencia moderna ha venido a distinguir entre aquellos supuestos en que una actuación profesional trata de curar o mejorar a un paciente de sus dolencias (medicina curativa) de aquellos otros supuestos en los que se acude en condiciones de normalidad de salud, con el fin de obtener algún resultado que voluntariamente se quiere conseguir para lograr un aspecto físico más favorecido o evitar la procreación (medicina voluntaria)². Por tanto, en síntesis, tal y como señala la SAP Barcelona 03.02.00 (rec. 270/1999) son propias de esta clase de cirugía satisfactiva aquellas intervenciones en las que el paciente «tras llegar a la conclusión de que hay una parte de su cuerpo que no le agrada o que a su juicio es susceptible de mejora estética –en circunstancias análogas otras personas son por completo indiferentes al problema o buscarían su tratamiento de forma incluso contraria [...]–, llega a la determinación de que quiere el cambio estético y además en unos términos específicos. No se hace el planteamiento o toma la determinación en los términos generales de que desea cambiar de cara o de pechos, etc. sino que se plantea el cambio concreto, op-

² TENA E. A., AZPARREN A., y LAPORTA E. D., «Estudio jurisprudencial en medicina satisfactiva», *Revista española de medicina legal. Órgano de la Asociación Nacional de Médicos Forenses*, N.º 4, 2013, p. 165.

tando por la solución que, atendidos sus particulares gustos estéticos, le va a proporcionar la satisfacción buscada».

Una vez apuntado el elemento diferenciador, el criterio por el que ha de regirse el análisis de la corrección de la intervención quirúrgica, sea satisfactiva o asistencial, es la denominada *lex artis ad hoc*. Como tal ha de entenderse, siguiendo a Montalvo Rebuelta, el patrón de conducta que se asimila a la conducta que un médico medio habría hecho ante un caso similar en las mismas circunstancias que se enjuician³. Extendiendo este contenido, ha sido la STS 11.03.1991 (RJ 1991\2209) la que de forma más certera trazó el contenido de la misma, señalando «que se entiende por *lex artis ad hoc* como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina –ciencia o arte médica– que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos –estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria–, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado); siendo sus notas: (1) Como tal *lex* implica una regla de medición de una conducta, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; (2) Objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea, que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; (3) Técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la *lex* es un profesional de la medicina; (4) El objeto sobre que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); (5) Concreción de cada acto médico o presupuesto *ad hoc*»⁴.

Como veremos, la diferencia radicarán, si bien solo durante el periodo en que se asimilaba, como tendencia general, la cirugía estética al contrato de obra, en que el facultativo interviniente podía ser declarado responsable habiendo cumplido correctamente con los requerimientos de la misma en caso de que el resultado no se asemejara a las expectativas del paciente, mientras que, en el caso de la medicina asistencial, se requería –y se requiere– una violación expresa de la *lex artis* para inferir la responsabilidad del mismo. Actualmente, como comprobaremos a continuación, la asimilación en la naturaleza y régimen jurídico de ambos tipos de medicina ha llevado a la que, también en el caso de la de tipo satisfactivo, sea necesario la concurrencia de una conculcación de la *lex artis ad hoc*.

³ MONTALVO REBUERTA, P., «Análisis de la postura de nuestros tribunales ante los pleitos relacionados con cirugía plástica y estética», en *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, N° 8, 2013, p. 190.

⁴ ALBI NUEVO, J., «La carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad sanitaria», en *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, n.º 8, 2013, p. 261.

III. DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIOS A LA OBLIGACIÓN DE RESULTADOS

1. Naturaleza e implicaciones del debate doctrinal

Tanto en resumen de lo dicho hasta ahora como adelantando lo que se dirá a partir de este punto, son dos, al menos, los elementos que diferencian entre la obligación de medios y la obligación de resultados. Como sintetiza a Marín Velarde con cita de otros autores, en primer lugar, la distinción de la naturaleza de las obligaciones muestra un objeto diferente de cada una de ellas: en las obligaciones de resultado el fin-resultado al que se encamina la conducta debida por el deudor se incorpora a la prestación, mientras que, en las obligaciones de medios, el resultado debido es el despliegue de una conducta diligente para la consecución de un fin o resultado que queda fuera de la prestación debida por el deudor⁵. Ello supone que en las obligaciones de medios el deudor se libera cuando satisface el interés del acreedor, es decir, cuando despliega la actividad diligente que constituye el fin o resultado útil para el acreedor aunque no consiga el fin último que pretendía alcanzar el acreedor pues no era el objeto de la prestación debida la consecución de ese fin último). Por el contrario, en las obligaciones de resultado, el deudor únicamente cumple, se libera y satisface el interés del acreedor si realiza el resultado fin último que se incorporó a la prestación debida (por ello en estas obligaciones sin el resultado no hay cumplimiento). En conclusión, como segundo ámbito, esta distinción despliega dos regímenes de responsabilidad diferenciados: objetiva en el caso de las obligaciones de resultado y subjetiva en el caso de las obligaciones de medios⁶. Esta diferenciación se corresponde, así, con la distinción entre arrendamiento de obra (obligación de resultado) y obligación de servicios (obligación de medios), en cuya aplicación se ha debatido la doctrina, dando lugar al estudio sistemático que aquí se presenta.

Tal y como señala Montalvo Rebuelta, durante la década de los ochenta y especialmente en la de los noventa, se vino a asimilar los supuestos de responsabilidad civil en la especialidad de estética como un arrendamiento de servicios próximo al de obra; en la que la responsabilidad se declaraba cuando el cumplimiento era defectuoso y no se obtenía el resultado esperado⁷. Esta doctrina, que probablemente tiene su controvertida razón de ser, al menos originariamente, en que el carácter novedoso de la cirugía estética, unido siempre a su carácter voluntario, tendía a extender sobre ella un régimen de responsabilidad especialmente cualificado de vocación proteccionista sobre la figura del cliente/paciente y que, sin embargo, generaba profundas asimetrías y conflictos en su tratamiento jurídico así como, tal y como se puede prever, cierto desincentivo al ejercicio de esta actividad. Por tanto, tal y como recoge la STS 22.04.1997 (RJ 1997/3249), la idea de esta doctrina inicial

⁵ MARÍN VERLARDE, A., «Obligación de medios versus obligación de resultado en la actividad médica curativa y/o asistencial», en VV.AA. [dirs.: LLEDÓ YAGUE, F.; MORILLAS CUEVA, L.], *Responsabilidad médica civil y penal por presunta mala práctica profesional (El contenido reparador del consentimiento informado)*, Dykinson, p. 54.

⁶ *Ibid.*, p. 54.

⁷ MONTALVO REBUELTA, P., «Análisis de la postura...», *op. cit.*, p. 190.

es que la obligación no es la de obtener un resultado (en este caso, la salud del paciente), sino la de prestar el servicio más adecuado en orden a la consecución de un resultado, lo cual implica dos consecuencias: la distribución del riesgo y el concepto del incumplimiento, total o parcial, siendo este último el llamado también cumplimiento defectuoso. El deudor de obligación de actividad ejecuta la prestación consistente en tal actitud y cumple con su ejecución adecuada y correcta; el deudor de obligación de resultado, ejecuta la prestación bajo su propio riesgo, ya que tan solo hay cumplimiento si se produce el resultado. De aquí que se haya distinguido jurídicamente en el sentido de que «cirugía asistencial» identificaría la prestación del profesional con la «locatio operarum», mientras que la «cirugía satisfactoria» se identificaría con la «locatio operis», esto es, con el plus de responsabilidad que, en último caso, comporta la obtención del buen resultado o, dicho con otras palabras, el cumplimiento exacto del contrato en vez del cumplimiento defectuoso.

Trasladado a términos procesales, en caso de obligación de actividad, se prueba el nexo causal (STS 13.12.1997 [RJ 1997\8816]) o se prueba que no lo hubo (SSTS 31.12.1997 [RJ 1997\9493] y 13.04.1999 [RJ 1999\2611]) o se aplica la doctrina del resultado desproporcionado (STSS 29.07.1999 [RJ 1999\4895] y 09.12.1999 [RJ 1999\9016]), mientras que, en caso de obligación de resultado, acreditado el nexo causal de que la actividad médica no produjo el resultado previsto, la jurisprudencia ha aplicado la obligación de reparar en las STSS 28.06.1997 (RJ 1997\5151), 02.12.1997 (RJ 1997\8964), 28.07.1999 (RJ 1999\6330), 24.09.1999 (RJ 1999\7272) y 02.11.1999 (RJ 1999\7998). En otras palabras, si se está frente a un contrato que se ha calificado como contrato de obra porque se estima que la obligación asumida por el deudor es de resultado, al demandante no se le exige probar la negligencia del deudor, si bien es igualmente necesario que la negligencia del prestador del servicio quede acreditada en el juicio, lo que ocurre es que se entiende que el incumplimiento de la obligación de resultado implica una presunción de culpabilidad, y por tanto, corresponde al deudor acreditar que no ha podido cumplir la obligación debido a un caso fortuito, a una fuerza mayor, a un acto de un tercero o al propio perjudicado por el daño⁸.

2. Evolución de la jurisprudencia (I): el arraigo errático de la obligación de resultado

La razón de ser, en términos jurisprudenciales, de la moderna teoría de la responsabilidad cuasi objetiva nace, en realidad, en la STS 21.03.1950 (RJ 1950\394), que resolvió sobre un supuesto de reducción mamaria y en la que se estableció que el convenio que celebraron paciente y clínica, basado en una operación de cirugía estética con el propósito de rectificar defectos corporales de forma, asemejaba esta relación en mayor medida al contrato de obra que al arrendamiento de servicios. Así, con esta breve mención, apenas argumentada, se

⁸ SEVERÍN FUSTER, G. F., *Los contratos de servicio: su construcción como categoría contractual, y el derecho del cliente al cumplimiento específico*, Tesis Doctoral dirigida por la Prof. Dra. Dña. Nieves Fenoy Picón <disponible en: <https://repositorio.uam.es/xmlui/handle/10486/660666>>, p. 134.

introdujo la asimilación cirugía estética-contrato de obra que, décadas después desplegaría una constante confusión sobre el encaje jurídico de esta disciplina en el derecho de daños. Y ello cuando el resto de la sentencia, contradictoriamente, establece que el que la intervención no dio el fin de embellecimiento que se perseguía no era imputable a los médicos (con lo que en buena medida se refiere al criterio culpabilístico): la sentencia recurrida tiene reconocido respecto al fundamento de la responsabilidad que se trata de hacer efectiva, y como cuestión de hecho que no se ha logrado desvirtuar (considerando tercero), que la operación fue correctamente ejecutada, y si no produjo el resultado apetecido, fue por una infección que no puede atribuirse a descuido de los demandados, y de esto deduce acertadamente, ya como cuestión jurídica, que no había responsabilidad para los demandados por faltar base para apreciar culpa contractual ni extracontractual, y si en efecto el contrato quedó incumplido fue por un suceso no imputable a los demandados. Como puede apreciarse, se trata de una argumentación contradictoria que tendrá perniciosos efectos futuros en esta materia.

Como primer hito de esta evolución jurisprudencial destacaría la STS 07.02.1990 (RJ 1990\668), aun tratándose de una sentencia cuyo contenido versa en mayor medida sobre medicina curativa que estética. En el supuesto de autos, el demandante, como consecuencia de una operación de extirpación de un pólipo nasal bilateral, queda aquejado de reotropía e hipertropía del ojo derecho, con limitación considerable de sus movimientos hacia dentro y abajo (por déficit funcional completo del músculo recto medio y derecho y muy acusado del recto inferior del mismo lado). Sin embargo, a pesar de la fecha de la sentencia, el TS huye de una aplicación recta del criterio resultadista objetivador, señalando expresamente que la aplicación de responsabilidad con base al artículo 1902 del Código Civil alegado no se produce meramente como consecuencia del acto de la realización de la intervención, pues la mera relación causal material no es suficiente si no se añade la realidad de un elemento intencional o culposo, sin el cual, en la materia de que se trata, referente a la responsabilidad médica, no existe responsabilidad. Así, señala expresamente que ha de quedar descartada, a efectos práctica médica –y, por tanto también de la estética o voluntaria–, toda idea de responsabilidad más o menos objetiva, debiendo situarse el debate en torno al concepto clásico de culpa en sentido subjetivo, y ello, máxime, cuando en los tratamientos y operaciones quirúrgicas, aunque se persigue el resultado y curación del paciente, el médico no se obliga a obtener en todo caso su curación, sino a poner en su actuación toda la actividad y diligencia que deriva de su preparación científica y práctica. De esta manera, el TS rehúye el concepto de arrendamiento de obra para establecer que el médico, en el ejercicio de su profesión, se halla sometido a la normativa reguladora del contrato de arrendamiento de servicio, pues no hay posibilidad de asegurar normalmente en ningún caso el definitivo resultado de la actividad médica, siempre influible, entiende, por el coeficiente de innumerales e inesperados factores ajenos a la propia normal actividad profesional del médico. Así, concluye que el único supuesto que excepcionaría esta regla general es aquel en que la relación jurídica concertada sea reveladora, en el sentido expreso, de un contrato de ejecución de obra, como sucede en el caso, entre otros, de prótesis dentarias, a modo de subtipo concreto de la medicina satisfactiva, pero sin incluir a esta como tal.

Como segundo caso de relevancia, y que va a continuar con la línea jurisprudencial apuntada por el pronunciamiento anterior, la STS 16.04.1991 (RJ 1991\2697) resuelve un supuesto de generación de secuelas maxilofaciales en cirugía satisfactiva correctora de otras operaciones previas, con secuelas de parálisis labial y desviación del mentón hacia la derecha y la consiguiente perturbación en la dinámica masticatoria. En este caso, ha de partirse de que la responsabilidad imputada al facultativo demandado no se construye en la sentencia recurrida con carácter objetivo, sino que, lejos de ello, se excluye expresamente («sin necesidad de echar mano a la teoría de la responsabilidad objetiva o de la inversión de la carga de la prueba que hasta el momento parece descartar el Tribunal Supremo, para los profesionales médicos»). Corroborando esta tesis, entiende el TS que lo decisivo es, por tanto, determinar si el demandado actuó culposa o negligentemente, perspectiva que aplica al hecho probado de que aseguró a la paciente su mejoría mediante intervenciones quirúrgicas. A partir de ello, extrae la siguiente conclusión sobre la actuación del demandado: o bien incurrió en un error profesional culposo al comprometerse a mejorar a la paciente o, si esto era en realidad lo previsible, no realizó correctamente la operación y, por tal razón, no se obtuvo el resultado esperado, sin que lo dicho signifique, en modo alguno, que la actividad médica haya de obtener en todo caso la recuperación o mejoría del enfermo—obligación de resultado— sino que lo rechazable es que se comprometa a un buen fin de la operación y esta no solo no lo consiga sino que incluso empeore la situación del paciente. En otras palabras, como luego tendremos ocasión de analizar más a fondo, el aseguramiento del resultado de la intervención, en tanto convence al paciente a someterse a la misma, convierte la obligación de medios en una de resultados y, por tanto, la dota de un régimen de responsabilidad cuasi-objetivador.

Llegados a este punto, la doctrina del contrato de obra teóricamente iniciada en 1950 se había visto en buena medida truncada a la vista de los dos pronunciamientos anteriores. Sin embargo, la misma se vería revitalizada con la confusa interpretación que la doctrina haría de la STS 25.04.1994 (RJ 1994\3073), un planteamiento que versa sobre una vasectomía fallida, y que, en realidad, es ubicable en ese ámbito ambiguo entre la medicina satisfactiva y la curativa (aunque el TS la considera satisfactiva en este supuesto). Este pronunciamiento vendría a reafirmar, en teoría para este tipo de supuestos, el carácter de arrendamiento de obra en la actuación del facultativo y que, sin embargo, se extendería posteriormente a planteamientos sí plenamente ubicables en la medicina satisfactiva, como tendremos ocasión de comprobar inmediatamente. Concretamente, ante el deseo de no tener más hijos, el demandante se sometió a una vasectomía el 20 de septiembre de 1989, encontrándose su esposa en la decimotercera semana de gestación de un embarazo general a fecha del 20 de abril de 1990. En las pruebas de fertilidad realizadas al paciente, se verificó que el 1 de marzo de 1990 presentaba un resultado de 850.000 espermatozoides por milímetro cúbico, cifra que aumentaría hasta los 3.500.000 el 6 de marzo siguiente, hecho que se imputaba a la llamada recanalización del conducto deferente, la cual se debe, en general, a la salida de esperma, con formación de un granuloma en el extremo testicular del mismo. Sobre estos hechos, el TS comienza a resolver el supuesto mediante el análisis de la naturaleza

de las obligaciones derivadas del contrato, entendiendo que para el supuesto general de la medicina curativa es doctrina constante considerarlo como de arrendamiento de servicios y no de arrendamiento de obra en base a que tanto la naturaleza mortal del hombre, los niveles a que llega la ciencia médica –insuficientes para la curación de determinadas enfermedades–, como, finalmente, la circunstancia de que no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos, impide reputar esta obligación como de arrendamiento de obra. Mientras, sostiene que, en aquellos otros en los que la medicina tiene un carácter meramente voluntario, es decir, en los que el interesado acude al médico, no para la curación de una dolencia patológica, sino para el mejoramiento de un aspecto físico o estético o para la transformación de una actividad biológica –la actividad sexual–, el contrato, sin perder su carácter de arrendamiento de servicios, se aproxima ya de manera notoria al de arrendamiento de obra, que propicia la exigencia de una mayor garantía en la obtención del resultado que se persigue, ya que, si así no sucediera, es obvio que el interesado no acudiría al facultativo para la obtención de la finalidad buscada. Sobre esta premisa analítica, el TS extraerá una de las consecuencias más relevantes sobre la parcial asimilación de la obligación al contrato de obras, pues este incremento del resultadismo de la misma conlleva una intensificación de las obligaciones de información al cliente –que no paciente, en palabras del TS–, en lo referido tanto al posible riesgo que la intervención como de las posibilidades de que la misma no comporte la obtención del resultado que se busca. Así, en el caso concreto, el facultativo no acreditó haber hecho llegar al demandante la información necesaria que le condujera a evitar que la reanudación de su vida matrimonial en forma normal condujera al embarazo de su esposa, de modo que aquél incumplió sus obligaciones médicas, por lo que el acto médico puede calificarse de negligente, pudiéndose producir, como consecuencia de ello, la correcta aplicación del mecanismo reparador que, para los daños producidos por las conductas contractuales, prevén los artículos 1101 y 1104 del Código Civil.

Así las cosas, la doctrina sentada en el pronunciamiento precedente sería continuada por la STS 11.02.1997 (RJ 1997\940), también referido a un supuesto de vasectomía fallida. Concretamente, tras la realización de la intervención en julio de 1987, aunque los análisis efectuados sobre el paciente en los días posteriores mostraron resultado de azoospermia –práctica y efectiva–, sin embargo, en la segunda quincena del mes de agosto de 1987 la pareja del actor concibió un hijo cuya paternidad le fue atribuida al mismo. Así, en los nuevos espermigramas efectuados los días 31 de octubre y 2 de noviembre de 1987, con el resultado en ambos casos de cuatro millones de espermatozoides por centímetro cúbico. Concretamente, sostiene el paciente que en el presente caso se produce en el presente caso una relación jurídica contractual entre las partes que aunque se podría calificar como arrendamiento de servicios, estos no consistían solamente en la realización de una operación de vasectomía, sino en la realización de unos controles posteriores con el fin de garantizar el resultado perseguido, cual era la infertilidad del marido y la no concepción de la esposa. Por lo tanto, entiende que se trataba de un arrendamiento en el que lo perseguido no era la realización de unas determinadas actividades quirúrgicas, sino de un resultado: la infertilidad del actor y consiguiente no concepción de hijos del mismo. Ante ello, con trasladando

explícitamente el texto de la STS 25.04.1994 (RJ 1994\3073) vuelve a entender que esta operación quirúrgica, sin perder su carácter de arrendamiento de servicios, que impone al médico una obligación de medios, se aproxima ya de manera notoria al de arrendamiento de obra, que propicia la exigencia de una mayor garantía en la obtención del resultado que se persigue, ya que, si así no sucediera, es obvio que el interesado no acudiría al facultativo para la obtención de la finalidad buscada. De ahí que esta obligación, aún siendo todavía de medios, se intensifica, haciendo recaer sobre el facultativo, no ya solo, como en los supuestos de medicina curativa, la utilización de los medios idóneos a tal fin, sino también, y con mayor fuerza aún, las de informar al cliente las expectativas, pronósticos y riesgos de la intervención. No obstante, a pesar de ello se esfuerza el TS en reiterar que, que en materia de culpa médico sanitaria, queda descartada, como ya se dijo, toda idea de culpa más o menos objetivada, rigiendo con todo su rigor los principios subjetivistas que exigen de quien alega su existencia la prueba del proceder cuyo reproche se insta, la del daño devenido y la de la debida relación causa. Así, aplicando esta serie de razonamientos al caso, entiende que ha de dictaminarse la no responsabilidad de los facultativos, pues si al resultado se llega efectivamente y, previas las comprobaciones oportunas en el período postoperatorio mediante los análisis espermiográficos necesarios, se dictamina la infertilidad del varón de acuerdo con las reglas de la ciencia médica, esto es observando los plazos necesarios o mediante la producción de las eyaculaciones aconsejables sin copula reproductiva, no puede imputarse al médico un fallo que ha de imputarse entonces a un comportamiento extraordinario y no previsible de la fisiología del sujeto. En otras palabras, cabe la exoneración exclusivamente, como ocurre en el supuesto, por caso fortuito (o, en su caso, fuerza mayor).

En quinto lugar, influida también de manera considerable por la STS 25.04.1994 (RJ 1994\3073), la STS 28.07.1997 (RJ 1997\5151) aborda un supuesto el fallecimiento del paciente durante el postoperatorio de una operación de estiramiento de la piel de la cara consistente en incisión subcutánea en el cuero cabelludo, región preauricular y cuello, con posterior despegamiento de la zona subcutánea del cuero cabelludo, frente, cara y cuello. En ese sentido, el paciente había experimentado en varias operaciones anteriores problemas alérgicos y edematosos, circunstancia de conocimiento y preocupación por el cirujano. Así, a pesar del éxito de la intervención, posteriormente se desarrollaron una serie de complicaciones postoperatorias que derivaron en el fallecimiento del paciente por anoxia cerebral, que consistió en la obstrucción de las vías respiratorias por infiltración edematosa hemorrágica condicionante de una asfixia mecánica y de una hipoxia cerebral irreversible. Entrando a resolver, entiende el TS que ha de partirse de que los deberes profesionales y asistenciales de todo cirujano no quedan agotados o cumplidos plenamente con la terminación de los actos integrantes de la intervención quirúrgica propiamente dicha, por muy correctamente que esta haya sido realizada, sino que se extienden necesariamente también a tratar de solventar las posibles complicaciones que pueda presentar la fase del postoperatorio. Partiendo de ello, había quedado probado que el cirujano, a la finalización del acto quirúrgico no comunicó al intensivista la clase de operación realizada al paciente (que tenía el rostro y la cabeza vendados prácticamente en su totalidad, salvo unos huecos para los ojos y los orificios nasales y

la boca), así como de los antecedentes del mismo, posibles complicaciones postoperatorias y tratamiento a aplicar en la UCI, lo que constituyó una omisión trascendental ante la aparición súbita e inmediata de la grave complicación, obstaculizando dicha falta de información gravemente la actuación del intensivista y posibilitando que el conjunto de actuaciones sobre el paciente se desarrollase de manera inapropiada. Ante ello, es especialmente relevante el que el cirujano demandado pretendiera, no sin una considerable inteligencia en el planteamiento de su defensa, consolidar el carácter de arrendamiento de obra en su contratación, para así evadir posibles responsabilidades sobre los hechos producidos tras la operación misma⁹. Así, aunque el TS refrenda el carácter de contrato de obra en virtud de las SSTS 21.03.1950 (RJ 1950\394) y 25.04.1994 (RJ 1994\3073), mantiene que el mismo, en virtud del contenido de la *lex artis*, no se agota con la mera realización positiva de la intervención, extendiéndose en el tiempo en los términos expuestos.

Continuando, destacaría la STS 28.07.1999 (RJ 1999\4894), sumamente influenciada por esta doctrina en relación al ámbito odontológico, si bien, de nuevo, extiende la lógica de su pronunciamiento a la cirugía estética en términos generales. Concretamente, aborda la insatisfacción de la prestación prevista en el contrato consistente en un tratamiento dental, intervención quirúrgica con anestesia general y colocación de prótesis. Analizando el supuesto, entiende el TS que el contrato tiene la naturaleza de contrato de obra, que, como define el artículo 1544 en relación con el 1583 del Código Civil, se trata de aquel por el que una de las partes se obliga a ejecutar una obra por precio cierto. En relación a la naturaleza de la obligación contractual, señala que si bien es cierto que la relación entre médico y paciente deriva normalmente de contrato de prestación de servicios y el médico tiene la obligación de actividad (o de medios) en orden a la salud del paciente, sin obligarse al resultado de curación que no siempre está dentro de sus posibilidades, hay casos en que se trata de obligación de resultado en que el médico se obliga a producir un resultado: son los casos, en palabras del TS, de cirugía estética, vasectomía y odontología, para lo cual cita expresamente la STS 07.02.1990 (RJ 1990\668). Por tanto, concluye que la obligación del médico en el caso presente, derivada de contrato de obra, era obtener el resultado de sanear («rehabilitar» según el dictamen pericial) la boca del paciente y, en tanto queda acreditado que el mismo no fue obtenido, entiende que el facultativo no cumplió la obligación –obligación del resultado–, de modo que su imputabilidad deriva de la no prueba (ni siquiera alegación) de caso fortuito (artículo 1105) y presunción de culpa contractual (que deriva, como principio general, del artículo 1183 del Código Civil). Por lo tanto, puede apreciarse cómo, en este caso sí, el TS tiende hacia una objetivación de la responsabilidad a través de

⁹ Concretamente, señala la sentencia que el facultativo pretende él ha cumplido íntegramente la obligación contraída en el referido contrato, agregando literalmente lo siguiente: «Teniendo en cuenta que el resultado del *lifting* no ha sido cuestionado, lo que constituiría la única posibilidad de incumplimiento, tenemos que concluir que el contrato se ha cumplido de acuerdo con lo convenido. La vida humana no puede ser objeto de comercio y está excluida de cualquier posibilidad de pacto en relación con la misma, lo que en un orden estrictamente jurídico, imposibilita sostener que el contrato no se ha cumplido porque el paciente ha fallecido. La concurrencia inevitable en un discurso lógico intelectual es que por el doctor C. se han cumplido las obligaciones».

la vía de la obligación de resultados-contrato de obra en sentido estricto, si bien, como apuntábamos al inicio, menciona la cirugía estética y a la vasectomía junto a las intervenciones odontológicas como susceptibles de serles aplicado este razonamiento, coadyuvando así a la confusión conceptual y doctrinal en esta materia (y ello teniendo en cuenta que, además, en la mayoría de los casos, como hemos visto, se incluyen los tratamientos de vasectomía entre la cirugía satisfactiva/estética, mientras que en este caso se disocian).

Siguiendo con esta línea de razonamiento, destaca primordialmente la STS 02.12.1997 (RJ 1997\8964) la cual no solo sigue la doctrina resultadista de las SSTs 25.04.1994 (RJ 1994\3073) y 28.07.1997 (RJ 1997\5151), sino que, en un supuesto de cirugía netamente estética, tiende hacia la objetivación de la responsabilidad del resultado. En el supuesto de hecho, la paciente, entonces de dieciséis años de edad, tenía el deseo de alcanzar cuanto menos la estatura de 1,55 metros (midiendo 1,48 metros) aceptándose la intervención quirúrgica respectiva por el Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital General de Asturias, quien después de examinar a la menor obtuvo la autorización formal para realizar la misma (sin que conste acreditado que hubieran sido informados de forma completa, veraz y asequible, como ordena la Ley General de Sanidad de 1986 de los riesgos y posibles secuelas de la operación). Entre marzo de 1987 y septiembre del mismo año, se la practicaron intervenciones de alargamiento tibial y alargamiento de los tendones de Aquiles. Dos meses después de la intervención, la paciente presentaba serias deformidades en ambas rodillas y pies, quedando temporalmente en silla de ruedas dada la imposibilidad de mantener la bipedestación. El alta definitiva, tras nuevos tratamientos fisioterapéuticos, no tendría lugar hasta el 24 de julio de 1991, dos años después de la primera operación y presentando importantes secuelas¹⁰. Ante estos hechos, el TS entiende que el tratamiento que sufrió la demandante no tenía una finalidad curativa, sino se comprende en la medicina voluntaria, de modo que se califica el contrato como de obra y, en todo caso, la obligación del médico como de resultado, no de actividad. Por tanto, mantiene la doctrina ya apuntada referida a que cuando la medicina tiene un carácter voluntario, en que el interesado acude al médico, no para la curación de una dolencia patológica, sino para el mejoramiento de su aspecto físico o estético, la relación se aproxima de una manera notoria al contrato de obra, que propicia la exigencia de una mayor garantía en la obtención del resultado que se persigue. Ante ello, puesto que en el presente caso el resultado que se perseguía no fue obtenido, se produjo un daño y no se ha probado que este tuviera una causa ajena a la actuación médica, y, por el contrario, sí se ha probado que el nexo causal y la culpa se hallan en la misma, entiende aplicable a este supuesto la entonces regla de la medicina satisfactiva según la cual

¹⁰ Concretamente: i) ocho cicatrices en cada una de las piernas; ii) pies en equino, con rigidez a la movilidad de ambos tobillos de 10 en el derecho y 30 en el izquierdo y limitación global a la movilidad de los dedos del pie derecho; iii) dismetría de 1,5 cm, por menor alargamiento de la tibia derecha; iv) parestesias por afectación del nervio peroneal y tibial y pérdida de fuerza muscular en la pierna derecha; y v) triple artrodesis (subastragaliana y astrágalo escafoidea) en el pie derecho, fijadas con grapas de tipo «Blound». Estas limitaciones funcionales determinan notables dificultades para la marcha por terrenos desiguales, accesos por escaleras, para correr y en general para la práctica de deportes y para ciertos trabajos.

se hace presumir la culpa en el profesional médico que fue causa (nexo causal) del mismo. Por lo tanto, aunque la argumentación que realiza el TS es considerablemente sucinta, se produce el avance definitivo desde la formulación intermedia entre la obligación de medios culpabilística y la obligación de resultados objetivadora de la responsabilidad.

La misma relevancia posee la STS 11.12.2002 (RJ 2002\2711) la cual refrenda la práctica objetivación de la responsabilidad del resultado apuntada definitivamente en la STS 02.12.1997 (RJ 1997\8964), si bien construye esta decisión a través de una argumentación más elaborado. En este supuesto, la paciente demandante fue diagnosticada de «protusión del maxilar superior» y le aconsejó la intervención quirúrgica. Practicada el día 23 de marzo de 1977, no produjo el resultado pretendido, no estando conforme la paciente demandante con este resultado, de modo que se le practicó una nueva el día 3 de julio siguiente, la cual tampoco produjo resultado satisfactorio al infectarse los injertos, dando lugar a que el maxilar volviese a la posición que ocupaba tras la primera intervención. Tras ello, la paciente siguió un tratamiento en los Estados Unidos de América, debiendo someterse a tres intervenciones adicionales en Barcelona, quedándole finalmente secuelas diversas. El presente caso había sido calificado por la sentencia de instancia bajo la conocida fórmula de «arrendamiento de servicios que se aproxima de manera notoria al de obra», extrayendo la conclusión también mencionada de que ello supone «la exigencia de una mayor garantía en la obtención del resultado que se persigue». En palabras del TS, esta calificación es correcta pero, señala, «se puede dar un paso más, ya iniciado jurisprudencialmente: en la medicina llamada voluntaria, incluso curativa como en el presente caso, la relación contractual médico-paciente deriva de contrato de obra [de modo que] la responsabilidad por incumplimiento o cumplimiento defectuoso se produce en la obligación de resultado en el momento en que no se ha producido este o ha sido defectuoso». Aplicando esta doctrina, entiende el TS que el incumplimiento de su obligación de resultado se advierte claro en aplicación del artículo 1103 del Código Civil, pues no hay prueba alguna de un hecho fortuito o de fuerza mayor que haya sido causa del mal resultado que produjo la actuación del médico demandado.

Así, tras un titubeante comienzo, parecería afianzarse definitivamente la doctrina objetivadora de la responsabilidad médica en los casos de cirugía estética (vía obligación de resultados), siendo esta solo evitable a través de la demostración de la concurrencia de caso fortuito o fuerza mayor. Sin embargo, como podremos comprobar rápidamente, la rigidez de esta postura apuntada en los pronunciamientos precedentes no iba a obtener una suerte de verdadera continuidad en el tiempo.

3. Evolución de la jurisprudencia (II): la definitiva consolidación de la obligación de medios

A partir del año 2003 esta doctrina resultadista y objetivadora, comenzará a mostrar cierto resentimiento, hasta ser definitivamente revocada en 2007. Tal y como señala Crespo

Mora, la nueva doctrina, lejos de afirmar la existencia de una obligación de resultado como regla en el ámbito de la denominada medicina voluntaria o satisfactiva, condiciona la solución a las circunstancias del caso concreto de que se trate, negando que puedan enumerarse a priori un elenco de especialidades médicas cuya actividad suponga la asunción de una obligación de resultado¹¹. De hecho, no sería, como se acaba de mencionar, hasta 2007 que el TS va a revocar, de facto, la errática doctrina hasta ahora presentada, pasando entonces la jurisprudencia por una fase intermedia en la que aunque el TS vuelva a entender que las obligaciones de resultado, tampoco deja de resolver, siquiera sea de un modo escasamente transparente, conforme a reglas de responsabilidad por culpa. De este modo, la mera constatación de que no se ha alcanzado el resultado previsto no desencadena la calificación del supuesto como incumplimiento contractual, no determina la responsabilidad del médico por los daños y perjuicios ocasionados¹².

Así ocurre, justamente, en la STS 22.07.2003 (RJ 2003\5391). Los hechos que dieron lugar al pronunciamiento parten de la operación a la que se sometió la actora para la mejora estética de sus senos, la cual no se acomodó a las expectativas y confianza que la misma había depositado en el médico al acrecentarse las cicatrices que le afectaban, y ello con fuerte componente antiestético. Concretamente, presentaba cicatrices en forma de T invertida de ocho centímetros de longitud que se podían haber evitado aprovechando la cicatriz submamaria consecuencia de una intervención anterior a cargo de distinto facultativo y que en esta clase de operaciones suelen ser más lineales y menos visibles. En ese sentido, la paciente quedó afectada de secuencias psicológicas severas en sus relaciones profesionales, personales, familiares y sexuales, incidiendo de modo negativo en su desarrollo y actividad vital. Analizando la naturaleza de la obligación, entiende el TS que el caso encaja en el ámbito de una relación contractual que participa en gran medida de la naturaleza de contrato de arrendamiento de obra, lo que supone una intensificación de una mayor garantía en la obtención del resultado perseguido, ya que, si así no sucediera, es obvio que el cliente-paciente no acudiría al facultativo sino en la seguridad posible de obtener la finalidad buscada de mejoría estética. Así, podemos comprobar cómo el TS retrocede en buena medida respecto de la rigidez con la que razonaba en los pronunciamientos anteriores para volver a la tesis sobre la naturaleza mixta, tendente había el contrato de obra, de la obligación médica en cirugía estética, con el consabido incremento de las obligaciones de información que el TS ya venía señalando desde sus primeras sentencias. Concretamente, en este supuesto se produjo una insuficiente información previa, pues fue dos años antes de la operación, y en una sola visita, cuando se le provee de la información relativa al proceso quirúrgico a desarrollar para mejorar el estado de sus mamas y que, tras valorarla, decidió no intervenir por el momento. Entiende así el TS que trata de una información anterior,

¹¹ CRESPO MORA, M. A., «La prestación debida por el personal médico-sanitario en el ámbito de la medicina voluntaria», en *Revista Aranzadi de Derecho Patrimonial*, n.º 30, 2013, p. 400.

¹² RIBOT IGUALADA, J., «1732. SENTENCIA DE 22 DE JULIO DE 2003: Cirugía estética. Intervención quirúrgica correctora de mamas con resultado de cicatrices antiestéticas. Responsabilidad contractual del cirujano», en *Cuadernos Civitas de jurisprudencia civil*, n.º 64, 2004, p. 404.

admitiendo su existencia, pero no una información actualizada y puntual a la intervención objeto del pleito. Por tanto, concluye que se infringió el deber de información, cuya acreditación era carga probatoria del médico demandado, de modo que el desfase de la misma hace que no sea necesario siquiera entrar en el contenido mismo de la información suministrada e inferir, por tanto, la responsabilidad del facultativo.

Sin embargo, la doctrina sobre la compleja y nunca complementada doctrina de la obligación de resultados, con sus consecuencias objetivadoras, que, como ya hemos visto, había comenzando a distorsionarse, recibiría una fuerte corrección, aunque no se haga referencia explícita dicha doctrina, en la importantísima STS 21.10.2005 (RJ 2005\8547), en tanto en la misma se desarrolla, aun manteniendo algunas reminiscencias relevantes al contrato de obra, una extensa argumentación doctrinal a favor de la posición subjetivo-culpabilística sobre la responsabilidad de los facultativos también para los casos de cirugía estética. Abordando ya el supuesto fáctico que da pie a la sentencia, la paciente resultó con unas secuelas consistentes en unas cicatrices queloides en el labio inferior y en el mentón, y un consiguiente trastorno psíquico calificado de «neurosis de angustia», como consecuencia de habersele practicado una intervención consistente en tratamiento dermoabrasador por láser quirúrgico con la finalidad de hacer desaparecer unas pequeñas cicatrices puntiformes en la región peribucal y mentón provenientes de una depilación eléctrica realizada con anterioridad. Comenzando a marcar distancia con la doctrina jurisprudencial previa, establece el TS que, en tanto que supuesto de cirugía estética, y por consiguiente incardinable en lo que se denomina medicina voluntaria o satisfactiva, se está en presencia de un régimen jurídico que construye una que figura intermedia el arrendamiento de obra y el de servicios, porque, en cualquier caso, habrá de valorarse la existencia de los elementos de la causalidad y culpabilidad. Sobre esta base, y partiendo de que la intervención fue realizada conforme al estado de conocimiento de la ciencia médica en el momento de su práctica, entiende el TS que no cabe hacer ningún juicio de reproche al facultativo en el ámbito de la culpabilidad por la secuela de la cicatriz quiloidea. Así, entiende que aunque concurre causalidad física o material, no hay causalidad jurídica en tanto falta el elemento de la causalidad en su secuencia de causalidad jurídica –criterio de imputación objetiva o de atribuibilidad del resultado–, y ello bien porque se entiende aplicable la exclusión en virtud del criterio de imputación objetiva del «riesgo general de la vida», bien porque no ha sido la intervención la denominada causa próxima o inmediata ni la causa adecuada, criterio este que descarta la causalidad cuando «el daño aparece como extraordinariamente improbable para un observador experimentado que contara con los especiales conocimientos del autor y hubiese enjuiciado la cuestión en el momento inmediatamente anterior a la conducta». Por tanto, concluye que es obvio que no cabe cargar en la actuación del facultativo las consecuencias que tienen carácter excepcional, dependientes de condiciones genéticas del concreto paciente y que no existe posibilidad normal de conocer o averiguar con anterioridad a la intervención: no hay causalidad jurídica ni culpabilidad (reproche subjetivo).

En el mismo sentido, la STS 26.04.2007 (RJ 2007\3176), resuelve un supuesto en el que al paciente le fueron practicadas dos intervenciones quirúrgicas en el plazo de seis meses a efectos de corregir cuadro de fimosis e incurvación peneana congénita, en sentido dorsal. Tras las mismas, el defecto físico que se trataba de eliminar persistió, al seguir afectándole incurvación glandar, por lo tanto las operaciones realizadas no cabe reputarlas de exitosas ni que cumplieran las expectativas del recurrente, en cuanto consintió someterse a las mismas para obtener un resultado que evidentemente no se ha producido. Analizando la naturaleza del caso, entiende el TS que, en tanto se trata de una actuación profesional encuadrable en la medicina satisfactiva, cuyo cometido principal es el cometido de la intervención sin descartar los componentes aleatorios de riesgo que toda intervención médica puede llevar consigo, participa en gran medida del arrendamiento de obra, pues sin perder por completo su identidad jurídica de arrendamiento de servicios, al presentarse como protagonista el resultado a lograr, lo que propicia la exigencia de una mayor garantía en la consecución del mismo, pues si así no sucediera, es obvio que el interesado no acudiría al facultativo para lograr la finalidad buscada. Sin embargo, a pesar de situarse, nuevamente, en el plano intermedio entre los dos tipos de arrendamiento, entiende que el reproche al médico, aunque ha habido un resultado prometido u ofertado que no se ha conseguido en la forma satisfactoria que el interesado esperaba, radica en que la segunda de las intervenciones pone bien de manifiesto las deficiencias y mala práctica médica de la primera, por lo que la responsabilidad del mismo resulta suficientemente evidenciada. Así, entiende que la desviación del pene no se presentaba como una actuación técnica dificultosa de alcanzar, ya que nada se probó en este sentido, así como la concurrencia de circunstancias imprevisibles o, previsibles inevitables, lo que supone remarcar que la decisión del TS se funda en el elemento subjetivo-culpabilístico y no únicamente en que, como también recuerda, se ofertó como un resultado positivo definitivo que no se alcanzó.

Como puede apreciarse, hasta aquí, la jurisprudencia comenzaba un nuevo proceso de acercamiento a la obligación de medios que, sin embargo, no acababa de cristalizar completamente en una ruptura paralela respecto de la obligación de resultados. Hecho que, definitivamente, se produciría en la STS 29.07.2007 (RJ 2007\3871), que resuelve sobre un supuesto de embarazo ectópico producido a los tres años de haberse realizado la ligadura de trompas. Analizando el supuesto, señala el TS que, aunque habitualmente se distingue entre medicina curativa, necesaria o asistencial, y medicina voluntaria o satisfactiva, y que si bien es cierto que una y otra han conducido a soluciones jurídicas distintas, vinculadas en determinados casos a una discutida obligación de medios y resultados, la diferencia entre ambas modalidades no aparece en ocasiones muy clara en los hechos, sobre todo a partir de la asunción del derecho a la salud como bienestar en sus aspectos psíquicos y social, y no solo físico, o de aquellas intervenciones preventivas en las que se actúa a partir de las indicaciones médicas dirigidas a evitar riesgos para la salud o integridad del paciente, que las consiente, con aproximación a una medicina de medios, en la que la posibilidad de elección está condicionada por una situación previa de riesgo, que permite mantener un criterio menos riguroso, que el que se exige en la medicina satisfactiva. Tal sería el caso

de la ligadura de trompas, además de ser considerado un método de planificación familiar permanente, evita riesgos graves para la salud de la embarazada, como en este caso, después de tres embarazos, el segundo y el tercero culminados con parto mediante cesárea. Ante ello, el TS sostiene que le es aplicable a los supuestos de cirugía estética la regla por la cual para imputar a una persona un resultado dañoso no basta con la constancia de la relación causal material o física, sino que además se precisa la imputación objetiva del resultado, es lo que en la determinación del nexo de causalidad se conoce como causalidad material y jurídica. De esta manera, el TS, explícitamente, supera la doctrina previa sobre la asimilación de la cirugía estética al contrato de obra.

En este punto, destaca la importantísima STS 20.11.2009 (RJ 2010\138), que viene a marcar la definitiva corroboración del punto de inflexión en la evolución de la doctrina, perfeccionando el razonamiento anterior y sentando las bases para ulteriores sentencias. En este caso la paciente demandante decidió someterse a un tratamiento de fertilidad, mediante el método de inseminación artificial con el suministro adecuado de inyecciones Neo-Fertinon. En un breve plazo desde el inicio del tratamiento, la paciente manifiesta dolencias y malestar que desembocan, antes de cumplirse un mes desde dicho inicio, en que la misma sufre un infarto isquémico en el territorio de la arteria cerebral media izquierda. Concretamente, la paciente imputa a facultativos que tras la situación límite de hiperestimulación, no se le informó de los riesgos de sufrir un infarto cerebral, habiendo decidido estos proseguir el tratamiento sin haber efectuado el equipo médico ningún control en tanto consideraron el desarrollo del ictus como de probabilidad muy baja. Dejando de lado la cuestión del daño desproporcionado, pues por su propia entidad en este supuesto se analizará en el epígrafe siguiente, el TS entra a analizar, a efectos de lo que nos es verdaderamente relevante, la naturaleza de la obligación adquirida por los médicos, desterrando definitivamente las remisiones relativas al contrato de obra, lo cual funda, como ya se ha apuntado anteriormente, en la evolución del propio concepto de «derecho a la salud». Así, reflexiona el TS sobre que la realidad social y médica de la ginecología y de la medicina, en general, imponen soluciones distintas de tal forma que la distinción entre obligación de medios y de resultados no es posible de mantener en el ejercicio de la actividad médica (salvo que el resultado se pacte o se garantice). Y ello incluso en los supuestos más próximos a la llamada medicina voluntaria que a la necesaria, cuyas diferencias tampoco aparecen muy claras en los hechos, sobre todo a partir de la asunción del derecho a la salud como una condición de bienestar en sus aspectos, psíquicos y social, y no solo físico, en la que se incluye el desarrollo de capacidades como la de tener un hijo, previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva, pues la propia OMS definió la esterilidad involuntaria como una enfermedad crónica. Partiendo de ello, el TS consagra que la responsabilidad del profesional médico es, por tanto, de medios y, como tal, no puede garantizar un resultado concreto, siendo su obligación la de poner a disposición del paciente los medios adecuados. Por tanto, ha de comprometerse tanto a cumplimentar las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis, como a aplicar estas técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a

cada intervención, y, en particular, a proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención.

Sobre estas premisas, el TS va a sentar un doble razonamiento que se va a convertir en el eje de cabecera de la jurisprudencia a partir de este momento, pues, a partir de entonces, pasará a repetirse de manera sistemática en los pronunciamientos recaídos en materia de responsabilidad por cirugía estética: (i) los médicos actúan sobre personas, con o sin alteraciones de la salud, y la intervención médica está sujeta, como todas, al componente aleatorio propio de la misma, por lo que los riesgos o complicaciones que se pueden derivar de las distintas técnicas de cirugía utilizadas no son similares en todos los casos y el fracaso de la intervención puede no estar tanto en una mala praxis cuanto en las simples alteraciones biológicas; y (ii) lo contrario supondría prescindir de la idea subjetiva de culpa, propia de nuestro sistema, para poner a su cargo una responsabilidad de naturaleza objetiva derivada del simple resultado alcanzado en la realización del acto médico, al margen de cualquier otra valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad y de la prueba de una actuación médica ajustada a la *lex artis*, cuando está reconocido científicamente que la seguridad de un resultado no es posible, pues no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual. En conclusión, reitera que en el ámbito de la responsabilidad del profesional médico, incluido el dedicado a la medicina satisfactiva, debe descartarse la responsabilidad objetiva y una aplicación sistemática de la técnica de la inversión de la carga de la prueba (salvo para supuestos debidamente tasados del artículo 217.5 LEC), de modo que el criterio de imputación ha de fundarse en la culpabilidad, lo que exige del paciente la demostración de la relación o nexo de causalidad y la de la culpa en el sentido de que ha quedar plenamente acreditado en el proceso que el acto médico o quirúrgico enjuiciado fue realizado con infracción o no-sujeción a las técnicas médicas o científicas exigibles para el mismo.

Continuando con esta doctrina, destaca también la STS 27.09.2010 (RJ 2010\5155). En este supuesto, el paciente demandante consideraba que el inadecuado control postoperatorio de la herida quirúrgica llevado a cabo por el cirujano plástico que le había practicado una abdominoplastia determinó como resultado final una cicatriz de grandes dimensiones y una enorme deformidad, dando lugar a un prolongado tratamiento y a numerosos ingresos hospitalarios que no han podido disminuir el desagradable e inadecuado resultado derivado de la intervención que tenía precisamente una finalidad estética, hechos que provocaron importantes secuelas físicas y psíquicas. Analizando la naturaleza de la obligación recaída sobre el facultativo, como ya acabamos de apuntar, el TS va a repetir, textualmente, lo sentido en el pronunciamiento anterior: acercamiento de los conceptos de medicina asistencial y satisfactiva ante la extensión conceptual del derecho a la salud, consecuente obligación de medios frente a obligación de resultados, imposibilidad técnica de garantizar estos últimos como tales y descarte completo de la naturaleza objetiva de la responsabilidad médica, pues marginar cualquier valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad impediría demostrar la existencia de una actitud médica perfectamente ajustada a la *lex artis*. Así las

cosas, en este supuesto, no se aprecia culpabilidad del cirujano ni del Centro Médico en tanto la infección que determina las secuelas no ocurre en el centro hospitalario durante el postoperatorio, así como por haberse descartado que la pseudomona estuviera en el quirófano, que fuera sustancial la tardanza en obtener los resultados del laboratorio desde la toma de muestras o que se le instaurara un tratamiento antibiótico inadecuado.

En el mismo sentido, podemos apuntar la STS 28.06.2013 (RJ 2013\4986), en cuyo supuesto de hecho la demandante, que presentaba cuadro de «obesidad mórbida» se sometió a sometió a sendas intervenciones de mamas («mamoplastia») y abdomen («abdominoplastia») con el objeto de corregir esos problemas en tanto le estaban ocasionando ulteriores problemas tanto físicos como emocionales. Una vez ejecutadas, la demandante seguía interesada en realizarse otras intervenciones quirúrgicas, bien para mejorar el aspecto externo de las cicatrices resultantes de las intervenciones precedentes, bien para practicarse una liposucción de muslos, procurando conseguir un conjunto armónico, prolongando la relación con la clínica hasta que, insatisfecha de los resultados, la demandante decidió cambiar de profesional, rotando por varias clínicas similares y exigiendo indemnización a la clínica inicial por no haber alcanzado el resultado comprometido. Nuevamente, el TS se remite textualmente a la doctrina ya vista para negar la existencia de una obligación de resultado. No obstante, este caso presenta un interés adicional en tanto que, en el contexto apuntado del progresivo acercamiento de la medicina satisfactiva y de la voluntaria, la demandante argumentaba que las intervenciones no solo perseguían una finalidad satisfactoria, sino también reparatoria, pues padecía una «gigantomastia» causante de dolores de espalda que presentaba y el abundante abdomen le creaba dificultades para atender sus necesidades fisiológicas, entendiéndose que la no satisfacción, no ya de un criterio puramente estético, sino médico-funcional podía ser fundamento para la derivación de responsabilidad. Sin embargo, se declara probado tanto que las intervenciones quirúrgicas se realizaron con arreglo a la *lex artis ad hoc* como que la demandante, al tiempo de someterse a las operaciones, había sido debidamente informada del alcance de las mismas, de las posibles complicaciones y del resultado que se podía conseguir, lo que le permitió decidir libremente la realización o no de la intervención, y que el resultado alcanzado se corresponde con el comprometido. En tanto había mostrado su conformidad al respecto de todos extremos, el TS niega la derivación de responsabilidad, pues, junto a ello, no contempla elementos subjetivos de culpabilidad.

Por último, a efectos de no ser reiterativos dada la consolidación de esta nueva doctrina, puede hacerse referencia a la reciente STS 03.02.2015 (JUR\2015\47772). En este supuesto, la demandante formuló demanda sobre reclamación de daños y perjuicios contra los facultativos que la habían intervenido de aumento de pecho y drenaje linfático manual. Tras esta intervención se aprecia que había aumentado el volumen de los pechos, si bien continuaba la asimetría preexistente (mayor la izquierda) y no ha disminuido la ptosis (caída), volviendo entonces a ser intervenida mediante la técnica de la mastopexia peroareolar y vertical. Un año después, la paciente acude al servicio de urgencias donde tras el preceptivo reconocimiento se aprecia una tumoración de unos 2x2 centímetros de tamaño en el cuadrante

te inferior externo de la mama derecha y adenopatía dolorosa en la axila derecha siéndole extraídos los implantes mamarios que se encontraban en mal estado y la asociación de una mastopexia en T invertida. Ante estos hechos, el Juzgado de Primera Instancia desestimó la demanda con el argumento de que la técnica empleada fue correcta, de que la actora no cumplió el calendario de revisiones y de que lo que ocurrió realmente es que los implantes que se le pusieron pertenecían a una partida defectuosa, lo que no es normal, deteriorándose y produciéndole graves molestias, lo que no fue debido a una mala praxis. Sin embargo, el elemento relevante en el caso es que la AP había procedido a la revocación de la sentencia aplicando la doctrina contenida en la mencionada STS 26.04.2007 (RJ 2007\3176), es decir, reafirmando la vieja doctrina de la obligación de resultados vinculada al contrato de obra y, por tanto, a la objetivización del régimen de responsabilidad del personal médico. Obviamente, tal y como puede preverse, el TS pasa a revocar la misma, señalando que «la sentencia de la Audiencia desconoce la doctrina reiterada de esta Sala, como si no existiera, respecto de la obligación de medios y de resultados, como criterio general», así como que «no se hace una adecuada lectura de las mismas [sentencias apuntadas]» pues, en definitiva, «una cosa es el origen del daño, contractual o extracontractual, y otra distinta la responsabilidad que, en medicina voluntaria o satisfactiva, se establece, no por el hecho de no haberse obtenido el resultado sino porque ese resultado fue prometido u ofertado al paciente, no cliente, y porque este no se obtuvo en razón a una mala praxis médica».

IV. CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LA EVOLUCIÓN JURISPRUDENCIAL

Hasta ahora hemos comprobado cómo la jurisprudencia del TS ha ido evolucionando desde la concepción de la obligación jurídica desde una de resultados (vinculada al contrato de obra y a una concepción de la responsabilidad de pseudo objetiva) a una referida a la obligación de medios (vinculada, en ese caso, al arrendamiento de servicios y a la responsabilidad subjetivo-culpabilística), decisión en buena medida motivada por la extensión del derecho a la salud¹³. Este posicionamiento, ante la correspondiente universalización del estándar de la *lex artis*, sitúa la diferencia entre los dos tipos de medicina, por tanto, en

¹³ Ha de destacarse el hito que supone que el denominado *Draft Common Frame of Reference* (DCFR), que dedica el apartado C del Libro IV (*Specific contracts and the rights and obligations arising from them*) a la regulación del «contrato de servicios», establezca que de todos los contratos de servicios regulados, el de tratamiento médico es el único en el que, de forma general y expresa, se le impone al deudor una obligación de medios (IV.C.-8:104). Tal y como señala CRESPO MORA, «tal obligación de medios resulta exigible en la medicina curativa, pero también en la voluntaria o satisfactiva, si bien en este último caso el artículo IV.C.- 8:106 amplía el contenido de la información que el proveedor del servicio ha de proporcionar al cliente. De esta forma, tratándose de un tratamiento no necesario para el mantenimiento o la mejora de la salud del cliente, el prestador del servicio deberá revelar todos los riesgos conocidos y no solo lo que el paciente razonablemente necesite saber para poder tomar una decisión con conocimiento de causa, como sucede en la medicina necesaria (artículo IV.C.- 8:105)» (CRESPO MORA, M. C., «Las obligaciones de medios y de resultado de los prestadores de servicios en el DCFR», documento electrónico <disponible en <http://www.indret.com/pdf/971.pdf>>, n.º 2, 2013, p. 28).

el ámbito de la información que ha de recibir el cliente/paciente a la hora de formarse su decisión sobre si ser o no intervenido. A su vez, concurrirán supuestos extremos que, por la gravedad de los mismos, acarren la transmutación de la obligación, convirtiéndola, con vocación protectora del intervenido, en una obligación de resultados.

1. Cirugía estética y deber de información

1.1. El papel de la información al paciente en la cirugía estética

Tal y como hemos podido comprobar en la exposición precedente, el rol que la información médica y, por tanto, el consentimiento informado juega en la cirugía estética supone, tras la superación de la doctrina de la obligación de resultado, el verdadero eje diferenciador en términos de la configuración jurídica de la responsabilidad médica asociada a la misma respecto de la medicina curativa o asistencial. No obstante, desde el punto de vista de la medicina globalmente considerada, esta obligación de información se sitúa en una posición medular del tratamiento al paciente, íntimamente ligada a la consideración de su dignidad como ser humano autodeterminado y autodeterminable. Esta concepción probablemente haya sido plasmada con mayor claridad por la STS 17.10.01 (RJ 2001\8741), cuando señala que «tal información pretende iluminar al enfermo para que pueda escoger con libertad dentro de las opciones posibles, incluso la de no someterse a ningún tratamiento o intervención. Tal derecho del enfermo encuentra su fundamento y apoyo normativo en la misma Constitución Española, en la exaltación de la persona que consagra en su artículo 10.1, pero sobre todo, en la libertad, de que se ocupa el artículo 1,1, reconociendo la autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales que se presentan de acuerdo con sus propios intereses y preferencias –sentencia del Tribunal Constitucional 132/1989, de 18 de junio– en el artículo 9.2, en el artículo 10.1 y además en los Pactos internacionales, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y el Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos de Nueva York de 16 de diciembre de 1966. Dentro de la propia normativa española se regula específicamente en la Ley General de Sanidad y en el Convenio Internacional para la Protección de los Derechos Humanos y de la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y de la Medicina».

Haciendo una aproximación, también desde el punto de la doctrina sentada por el TS, el primer elemento de relevancia es que, tal y como han destacado las SSTS 21.10.2005 (RJ 2005\8547) y 04.10.2006 (RJ 2006\6428), la medicina voluntaria o satisfactiva, dada su peculiar naturaleza, exige extremar el deber de información, pues esta se funda en el derecho del paciente a conocer los eventuales riesgos para poderlos valorar y con base en tal información prestar su consentimiento o desistir de la operación, en ejercicio de su derecho a la libertad personal de decisión o derecho de autodeterminación sobre la salud y persona, que es la finalidad perseguida por la norma (artículo 10.5 y 6 LGS, y en la actualidad, Ley

41/2002, de 14 de noviembre de la autonomía del paciente). Por tanto, con más razón es exigible ese derecho cuando el paciente tiene un mayor margen de libertad para optar por el rechazo de la intervención cuando esta no es necesaria o apremiante. Adicionalmente, esta mayor rigurosidad informativa se justifica también por la necesidad de evitar que se silencien los riesgos excepcionales ante cuyo conocimiento el paciente podría sustraerse a una intervención innecesaria o de una necesidad relativa.

En relación a su contenido material, el deber de información en la medicina satisfactiva (STS 23.05.2007 [RJ 2007\4667]), debe ser una información objetiva, veraz, completa y asequible, y comprende las posibilidades de fracaso de la intervención, es decir, el pronóstico sobre la probabilidad del resultado, y también cualesquiera secuelas, riesgos, complicaciones o resultados adversos se puedan producir, sean de carácter permanente o temporal, con independencia de su frecuencia, no concurriendo estos requisitos cuando se desconocen las complicaciones que pueden sobrevivir de la intervención médica que se autoriza¹⁴. Igualmente, para una correcta comprensión por el destinatario, ha de integrarse con los conocimientos a su alcance y tratarse de información suficiente que permita contar con datos claros y precisos para poder decidir si se somete a la intervención que los servicios médicos le recomiendan o proponen. Por tanto, el consentimiento prestado mediante documentos impresos, carentes de todo rasgo informativo adecuado, no conforman debida ni correcta información (SSTS 26.11.00 [RJ 2000\8126] y 15.11.2006 [RJ 2006\8059]). En conclusión, tal y como señala Galán Cortés, «la cirugía estética es el único dominio médico en que los Tribunales eligen que el cirujano obtenga el consentimiento totalmente ilustrado de su cliente, sin fisura alguna: solo quedan excluidos los desconocidos por la ciencia médica en el momento de la intervención»¹⁵.

Por último, el cumplimiento de esta obligación de información por parte del médico al paciente debe considerarse con independencia del cumplimiento del deber de que la intervención en sí se desarrolle con sujeción a la *lex artis*. Sin embargo, como recuerdan las SSTS de 29.05.1999 (RJ 2003\3916), 23.07.2003 (RJ 2003\5462), 21.12.2005 (RJ 2005\10149), 10.05.2006 (RJ 2006\2399) y 15.11.2006 (RJ 2006\8059), el consentimiento informado es por su parte presupuesto y elemento esencial de la *lex artis* y como tal forma parte de toda actuación asistencial y constituye una exigencia ética y legalmente exigible a los miembros de la profesión médica. No obstante, de manera paralela, la denuncia por

¹⁴ En ese sentido, señalaba la STS 13.4.99 (RJ 1999\2583) que «en cuanto a la esencia a que debe referirse el derecho o deber de información, no es posible exponer un modelo prefijado, que albergue a priori todo el vasto contenido de dicha información, si bien abarcaría como mínimo y, en sustancia, por un lado, la exposición de las características de la intervención quirúrgica que se propone, en segundo lugar, las ventajas o inconvenientes de dicha intervención, en tercer lugar, los riesgos de la misma, en cuarto lugar, el proceso previsible del postoperatorio e, incluso en quinto lugar, el contraste con la residual situación ajena o el margen a esa intervención».

¹⁵ GALÁN CORTÉS, J. C., «1922 SENTENCIA DE 21 DE OCTUBRE DE 2005: Responsabilidad médica. Medicina voluntaria. Doctrina de la imputación objetiva. Consentimiento informado en cirugía estética. Incumplimiento del deber de información: daño y nexos causal», en *Cuadernos Civitas de jurisprudencia civil*, n.º 72, 2006, p. 1443.

información deficiente resulta civilmente intrascendente cuando no existe ningún daño vinculado a su omisión o a la propia intervención médica (SSTS 21.12.2006 [RJ 2007\396] y 14.05.2008 [RJ 2008\3072]).

En el mismo sentido, en relación a la carga de la prueba de la información, la tesis de atribuir al enfermo de probar la asunción de consentimiento y de la previa información del mismo (por todas, STS 13.07.1987 [RJ 1987\5488]), entiende el TS que, hoy por hoy, ha sido abandonada, de modo que la carga de la prueba al respecto recae sobre los facultativos que realizan la intervención y sobre el propio centro médico (SSTS 28.12.1998 [RJ 1998\10155] y 07.03.2000 [RJ 2000\1508]). Y todo bajo el pórtico de que el artículo 10 LGS establece que «todo facultativo debe saber la obligación que tiene de informar de manera cumplida al enfermo acerca de los posibles efectos y consecuencias de cualquier intervención quirúrgica y de obtener su consentimiento al efecto, a excepción de presentarse un supuesto de urgencia que haga peligrar la vida del paciente o pudiera causarle graves lesiones de carácter inmediato».

Si acudimos a la práctica jurisprudencial, aunque después examinaremos con detalle algunos de los supuestos más relevantes, esta ha venido modulando el contenido de la obligación, obligando a atender a distintos factores: riesgos previsibles, independientemente de su probabilidad, o porcentaje de casos, y riesgos desconocidos por la ciencia médica en el momento de la intervención (SSTS 21.10.2005 [RJ 2005\8547]; 10.05.2006 [RJ 2006\2399]); padecimiento y condiciones personales del paciente (STS 10.02.2004 [RJ 2004\456]); complicaciones o resultados adversos previsibles y frecuentes que se puedan producir, sean de carácter permanente o temporal, incluidas las del postoperatorio (SSTS 21.12.2006 [RJ 2007\396]; 27.09.10 [RJ 2006\8059]; 30.06.2009 [RJ 2009\4323]); alternativas terapéuticas significativas (STS 29.07.08 –extirpación de tumor vesical–); contraindicaciones; características de la intervención o de aspectos sustanciales de la misma (STS 13.10.2009 [RJ 2009\5564]); o necesidad de la intervención (07.03.2000 [RJ 2000\1508]); con especialidades muy concretas en los supuestos de diagnóstico prenatal (SSTS 21.12.2005 [RJ 2005\10149] y 23.11.2007 [RJ 2008\24]), entre otros.

1.2. Algunos apuntes jurisprudenciales de especial relevancia

Un primer pronunciamiento de relevancia lo constituye la STS 27.04.01 (RJ 2001\6891). En esta resolución, se produce una fallida ligadura de trompas, pues la paciente volvió a quedarse embarazada, si bien la sentencia de instancia absolvió a los facultativos argumentando que la intervención resultó conforme a la *lex artis* y, por ello, correcto y adecuado a las circunstancias del caso. Sin embargo, el TS entiende que la información practicada en el supuesto del pleito no reúne ni se aproxima a los presupuestos requeridos para poder considerarlo como información correcta, ya que únicamente consta que la actora y su marido firmaron un documento impreso del hospital, carente de todo rigor informativo en tanto se trata de un modelo general para toda clase de intervenciones, sin especificación

concreta de los riesgos y alternativas de la intervención que se iba a practicar y la posibilidad de poder quedar embarazada. Además, puntualiza el TS que la prueba de haberse practicado información adecuada resultaba de cargo de la entidad médica, por hallarse situación favorable para aportarla al pleito, al entrar en juego la facilidad de disposición de los medios probatorios. A su vez, señala que concurre el preciso nexo causal entre la desinformación acreditada y el resultado (nuevo embarazo de la actora, madre de familia numerosa), pues si hubiera conocido la ineficacia plena de conseguir ser estéril se hubiera tratado de un riesgo no querido y no plenamente asumido.

Un segundo pronunciamiento que nos permite entrar en la cuestión sobre la información de los riesgos excepcionales, viene brindado por la STS 22.06.2004 (RJ 2004\3958). Recuérdese que, en este supuesto, la paciente demandante se sometió voluntariamente a una intervención quirúrgica de reducción de mamas principalmente orientada a remediar los dolores de espalda derivados de su hipertrofia mamaria así como una osteoporosis en fase inicial, intervención de la que se derivó una necrosis masiva del único pecho intervenido con la consecuencia final de pérdida total de la zona areola-pezón. En relación a la cuestión de la información que ahora tratamos, el juicio del tribunal sentenciador funda la conclusión de la falta de culpa del facultativo demandado en base que la actora realizó una continua exigencia de pruebas situadas fuera de su alcance. Sin embargo, el TS, aun sin invertir en general la carga de la prueba en contra del médico demandado, procede a aplicar la jurisprudencia relativa a la atenuación del requerimiento probatorio del paciente para, en suma, no convertir en ilusorio su derecho a la tutela judicial efectiva (STS 23.12.2002 [RJ 2003/914]) por la mayor facilidad o disponibilidad probatoria del demandado en relación a la falta de relación causal entre intervención y daño. Desde esa perspectiva, el TS, aunque en este punto, dada la fecha del pronunciamiento, se mantiene en buena medida en la doctrina tendente hacia la obligación de resultados, entiende que, a la luz de las pruebas, nada permite afirmar que si la actora-recurrente hubiera conocido el riesgo de necrosis a resultas de la intervención, con destrucción de areola y pezón, se hubiera sometido a ella siguiendo el consejo del demandado-recurrido. Así concurre una falta de documento alguno acreditativo de que el demandado-recurrido informara a la actora-recurrente de ese 0,44% de posibilidades de necrosis como riesgo típico de la intervención, lo que impide sustentar la suficiencia de la información facilitada a la paciente. De hecho, entiende el TS que aceptar dicha suficiencia supone incurrir en una contradicción insalvable: como el porcentaje de posibilidades de la necrosis era muy bajo, la falta de información sobre ese riesgo sería intrascendente, conclusión inaceptable porque supone tanto como exculpar al médico del daño causado por ser este un riesgo típico de la intervención y, al propio tiempo, eximirle de su deber de informar a la paciente de ese mismo riesgo típico por darse en muy pocos casos. El razonamiento correcto, señala el TS, es precisamente el contrario, porque si la intervención quirúrgica no era estrictamente necesaria, el deber del cirujano de informar a la paciente de todas las complicaciones posibles, lejos de perder importancia, cobraba una especial intensidad.

Continuando, la STS 02.07.2002 (RJ\2002\5514) permite abordar la cuestión sobre el carácter escrito o verbal de la información. Concretamente, el demandante reclamaba responsabilidad contra el INS y del facultativo por una operación de vasectomía que, debido a complicaciones surgidas en la misma, desembocó en un gran hematoma que acarrió la pérdida por atrofia de uno de los testículos. En relación a ello, el actor alega que no existió consentimiento escrito, ni tampoco la previa información acerca de las posibles complicaciones de la operación a la que iba a someterse. Concretamente, se considera hecho probado que el demandante únicamente fue informado por el Psicólogo del Centro de Orientación Familiar de diversos entre los cuales, sin embargo, no se encontraba efectivamente ningún dato médico relativo a las características, riesgo y posibles complicaciones de la intervención. Ante ello, el TS parte de razonar que, dejando sentado que la exigencia de la constancia escrita de la información tiene, para casos como el que se enjuicia, mero valor «ad probationem» (SSTS 02.10.1997 [RJ 1997\7405], 26.01.1998 [RJ 1998\550] y 02.11.2000 [RJ 2000\9206]), y que la carga de la prueba de la información incumbe al facultativo¹⁶: señala el TS que, en el caso presente, resulta evidente que la información proporcionada no fue la oportuna y razonable en relación con la intervención y el usuario, pues no se le pusieron de relieve eventuales riesgos, previsibles e incluso frecuentes, para poder ser valorados por el mismo, y, con base en tal conocimiento, prestar su asentimiento o conformidad o desistir de la operación, y ello era tanto más relevante si se tiene en cuenta que se trataba de medicina voluntaria (no curativa, o satisfactoria) en los que la libertad de opción por parte del cliente es evidentemente superior a la que tienen los pacientes sometidos a la medicina necesaria o curativa. Por lo tanto, dado que la información recibida no fue la debida para prestar el consentimiento o conformidad a la intervención, carece de relevancia que no se haya probado una negligencia médica en la práctica de la intervención, ni en el postoperatorio.

Aunque ya hemos hecho mención a los supuestos en que el documento informativo sobre el que prestar el consentimiento no alcanza los mínimos exigidos por la jurisprudencia, la STS 28.11.2007 (RJ 2007\8427) constituye un supuesto de especial relevancia en tanto adjunta a la propia resolución el contenido del documento ofrecido a la paciente. Concretamente, la cuestión litigiosa se centra principalmente en la determinación de si el documento firmado por la actora –antes de la intervención quirúrgica consistente en la ligadura de trompas que le fue practicada durante su segundo parto con cesárea, quién quedo posteriormente embarazada, y, también por este procedimiento, dio a luz un niño con una afección diagnosticada de cardiopatía congénita– cumplía o no las exigencias necesarias

¹⁶ A este respecto, sin ánimo de ser reiterativos pero sí por aportar una visión más actualizada de esta cuestión, establece la STS 22.11.07 (RJ\2007\8651) que «la obligación de informar corresponde a los profesionales que practicaron la intervención y al centro hospitalario (SSTS 16.10.98, 08.09.03, y 19.06.97, entre otras) y la carga de la prueba de dicho deber, según las circunstancias de la mayor o menor disponibilidad y facilidad probatoria –en la forma que hoy recoge el artículo 217 LECiv 2000–, debe recaer sobre el profesional de la medicina o el centro o servicio de salud al que pertenece, por ser quien se halla en situación más favorable para ofrecer la prueba (SSTS de 28 de diciembre de 1998, 19 de abril de 1999, 7 de marzo de 2000, 2 de julio 2002 y 18 de mayo de 2006)».

para considerarlo como suficiente en el ámbito del consentimiento informado. Dicho documento expresaba la siguiente información:

«CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y EXPLORACIONES ESPECIALES

Doña Guadalupe autoriza al servicio en calidad de (...) de este Centro, para que sea realizada la intervención de: L. de T. a (...).

El Dr. (...) me ha explicado el significado de la operación a realizar y ha quedado aclarado lo siguiente:

1. Que hay ciertos riesgos y posibles complicaciones inherentes al procedimiento operatorio y postoperatorio, y he entendido que no me dan garantías concernientes al resultado de la operación o exploración.
2. Que algunas circunstancias durante la operación pueden hacer cambiar el procedimiento quirúrgico proyectado, cambio que autorizo si se considera conveniente.
3. Que también autorizo para que se realicen transfusiones de sangre durante la intervención y el postoperatorio.
4. Que doy mi consentimiento para cualquier tipo de anestesia general o local que sea precisa, así como para que sean practicadas todas aquellas medidas que estén orientadas al diagnóstico, tratamiento y documentación clínica, en la medida que se considere necesario.

Firma del enfermo: figura a puño y letra el nombre y primer apellido de Guadalupe».

En el caso de autos, aunque el documento transcrito es considerablemente insuficiente a la luz de los requisitos exigidos por la jurisprudencia, se considera que no se ha violado el deber de información del paciente en tanto, tal y como la sentencia recurrida considera probado. Y es que se acredita que a la paciente se le había proveído, si bien de manera verbal, la información complementaria necesaria para formarse un juicio autónomo sobre si decidir o no someterse a la intervención.

1.3. Breve referencia a supuestos especiales: daño desproporcionado, la publicidad engañosa y aseguramiento del resultado

En relación al daño desproporcionado, su principal característica es que su verificación altera sustancialmente las reglas probatorias. Una mayor comprensión del mismo nos la aporta la STS 31.01.2003 (RJ 2003\931), la cual señala que «la responsabilidad médica del demandado deriva esencialmente de la doctrina del resultado desproporcionado, del que se desprende la culpabilidad del autor, que ha sido consagrada por la jurisprudencia de esta Sala en numerosas sentencias: 13 de diciembre de 1997, 9 de diciembre de 1998, 29 de junio de 1999, 9 de diciembre de 1999 y 30 de enero de 2003, que dice esta última que el profesional médico debe responder de un resultado desproporcionado, del que se desprende

la culpabilidad del mismo, que corresponde a la regla *res ipsa loquitur* (la cosa habla por sí misma) de la doctrina anglosajona, a la regla *Anscheinsbeweis* (apariencia de la prueba) de la doctrina alemana y a la regla de la *faute virtuelle* (culpa virtual), que significa que si se produce un resultado dañoso que normalmente no se produce más que cuando media una conducta negligente, responde el que ha ejecutado esta, a no ser que pruebe cumplidamente que la causa ha estado fuera de su esfera de acción [...] Con lo cual, esta doctrina no lleva a la objetivación de la responsabilidad sino a la demostración de la culpabilidad del autor del daño desproporcionado: [...] el deber procesal de probar recae, también, y de manera muy fundamental, sobre los facultativos demandados, que por sus propios conocimientos técnicos en la materia litigiosa y por los medios poderosos a su disposición gozan de una posición procesal mucho más ventajosa que la de la propia víctima, ajena al entorno médico y, por ello, con mucha mayor dificultad a la hora de buscar la prueba, en posesión muchas veces sus elementos de los propios médicos o de los centros hospitalarios a los que, que duda cabe, aquéllos tienen mucho más fácil acceso por su profesión».

En este sentido, destaca la STS 23.10.08 (RJ 2008\5789), cuyo objeto se centra en el fallecimiento de una mujer a la que se le había practicado una fecundación «in vitro» y cuyo óbito se produjo como consecuencia de una eclampsia asociada a un síndrome de Hellp. En ese sentido, la familia de la fallecida entiende determinante la omisión de un segundo hemograma durante el segundo trimestre de embarazo a efectos de prever la afección. En primer lugar, recuerda el TS que el daño médico desproporcionado es aquél no previsto ni explicable en la esfera de su actuación profesional (SSTS 23.05.2007 [RJ 2007\4667] y 08.11.2007 [RJ 2007\8254]). En el caso de daño desproporcionado, o resultado «clamoroso», el profesional médico está obligado a acreditar las circunstancias en que se produjo el daño por el principio de facilidad y proximidad probatoria, exigiéndosele una explicación coherente acerca del porqué de la importante disonancia existente entre el riesgo inicial que implica la actividad médica y la consecuencia producida (SSTS 06.06.2014 [RJ 2014\3395]), de modo que la ausencia u omisión de explicación puede determinar la imputación (STS 23.05.2007 [RJ 2007\4667]), creando o haciendo surgir una deducción de negligencia (STS 16.04.2007 [RJ 2007\3552] y 30.04.2007 [RJ 2007\2397]). Por tanto, como ya se expuso, la existencia de un daño desproporcionado incide en la atribución causal y en el reproche de culpabilidad, alterando los cánones generales sobre responsabilidad civil médica en relación con el «onus probandi» de la relación de causalidad y la presunción de culpa. Sin embargo, a pesar de que en el caso, evidentemente hay un resultado desproporcionado entre la actividad inicial y el resultado producido, entiende el TS que no procede la apreciación de responsabilidad civil sanitaria porque en la causa del fallecimiento se aprecia negligencia médica. Y ello porque el fallecimiento se produjo en el desarrollo del embarazo, y la causa del mismo fue la eclampsia, notoriamente agravada con la alteración de la coagulación (síndrome de Hellp), la que se puede producir en el embarazo por fecundación «in vitro», o en el embarazo natural. Por consiguiente, aún admitiendo que la aplicación de la técnica de la fecundación «in vitro» forme parte de la medicina voluntaria o satisfactiva, el evento dañoso no se produjo por una causa o circunstancia relacionada con la misma, sino en el desarrollo del embarazo.

Para finalizar con el daño desproporcionado, ha de volverse a la STS 20.11.2009 (RJ 2010\138), sobre el infarto cerebral sufrido por la paciente durante el periodo de tratamiento de fecundación in vitro. En el presente caso, entiende el TS que la única imputación significativa resulta ajena a la actividad médica asistencial y se vincula a una reacción farmacológica adversa, resultado de la medicina administrada para la estimulación de los ovarios, cuya aparición desconocían los propios facultativos, que cumplimentaron la información en los términos en que era conocido el riesgo, en el que no estaba el ictus, como declara probado la sentencia, lo que impide que pueda atribuírseles un resultado distinto del esperado fuera de su campo de actuación. No obstante, este supuesto, y se vuelve en cierto modo con ello a la cuestión del deber de información, presenta una argumentación, a juicio de este autor, criticable, pues el razonamiento de que los facultativos desconocían el efecto secundario de la medicación se funda en que el mismo no aparecía en el prospecto del fármaco tal y como fue comercializado en España, mientras que en su versión norteamericana sí aparecía. A mi juicio, esta disociación no parece adecuada ante el criterio de que la *lex artis* ha de ejecutarse conforme al estado actual de la ciencia, pues el mismo ha de traspasar las fronteras de la lengua cuanto menos en los casos en los que el elemento de referencia esté redactado en inglés en tanto que lengua de uso generalizado en el ámbito científico.

En relación al aseguramiento de resultados, que trasmuta la naturaleza de la obligación desde una de medios a otra de resultado, a modo de ejemplo, destaca la STS 12.03.08 (RJ 2008\4045), la cual versa sobre el incumplimiento de las expectativas de la paciente en relación a la rehabilitación y reposición de la masa ósea en su maxilar superior izquierdo y colocación de implantes osteointegrados de piezas dentarias que perdió a consecuencia de un accidente de tráfico. Partiendo de ello, el TS niega la solución alcanzada por la AP, quien había condenado a los facultativos per se por la vía de la obligación de resultados-contrato de obra. Ante ello, entiende que la responsabilidad de estos concurre, y que la misma ha de realizarse por la vía del contrato de obra, pero no porque la responsabilidad médico-estética sea cuasi-objetiva, como entiende la AP, sino porque el aseguramiento del resultado, en tanto cabe presumir que incide drásticamente en la decisión del individuo, convierte la obligación de medios en otra de resultado, como ya veníamos apuntando. Así, señala el TS que la definición de contrato de obra por el artículo 1544 del Código Civil como aquel por el que una de las partes se obliga a ejecutar una obra por precio cierto, se adecúa al supuesto analizado, puesto que el médico comprometió un resultado satisfactorio al término de la intervención o lo que es igual, aseguró o garantizó el interés final perseguido por el paciente, como declara probado la sentencia, captando su voluntad para realizar un tratamiento que en principio, y conforme al deseo de la paciente, iba a adecuarse a las pautas señaladas por el médico especialista en esta clase de actuaciones, que le había reconocido con anterioridad.

Para finalizar, en cuanto a la publicidad engañosa, como subtipo especial del aseguramiento de resultados, y que provoca el mismo efecto sobre la naturaleza de la obligación, destaca la STS 04.10.06 (RJ 2006\6428), la cual analiza las secuelas sufridas por el paciente tras el tratamiento de implantación capilar artificial, consistentes en lesiones dermatológicas

crónicas (poiquilodermia) que abarcan un gran área de 16 x 12 centímetros en regiones frontal posterior y parietales, con alteraciones anatómicas difusas atróficas, neofiaraciones vasculares (telangiectasias) y zonas hipocrómicas, piel adelgazada e hiperreactiva, de naturaleza crónica, que precisa protección continua, y, desde el punto de vista psicológico, aspecto deprimido, hostil y desconfiado, con ideas obsesivas y delirio moderado de contenido extraño. Partiendo de que se trata de un supuesto de medicina satisfactiva o voluntaria y que, por tanto, concurre un acentuamiento de la obligación de informar sobre los riesgos y pormenores de una intervención, es hecho probado que se produjo la difusión por parte del centro de una campaña publicitaria («capaz de inducir a error al consumidor o usuario ex artículo 8 LGDCU») en la que el escaso rigor lleva fácilmente a la conclusión de que el tratamiento es sencillo y sin resultado negativo posible, aludiendo a la existencia de especialistas en cabello cuando ciertamente los médicos que asistían en el centro no tenían la consideración de tales. Y ello supone no solo un evidente desajuste entre la intervención llevada a cabo y lo que le fue ofertado al cliente mediante la publicidad del centro, sino que viene a garantizar el resultado comprometido, con lo que se evita cualquier valoración sobre los elementos que conforman la responsabilidad que pudiera derivarse de la intervención médica sujeta, como todas, al componente aleatorio propio de la misma, para aproximarla al régimen jurídico del arrendamiento de obra y no de servicios, en el que el resultado ofertado o prometido, y no obtenido, sería suficiente para responsabilizar al facultativo, al margen de los elementos de la causalidad y culpabilidad.

V. REFLEXIONES FINALES

A modo de reflexión crítica, parece que el cambio operado en el criterio del TS es sustancialmente correcto, y ello por varias razones. En primer lugar, porque el reconocimiento de una responsabilidad cuasiobjetiva en el ámbito médico, aunque sea el de la cirugía satisfactiva o voluntaria, distorsiona la estructura de costes racional en que ha de basarse el derecho de daños. Y es que condicionar jurídicamente el cumplimiento de la obligación a la consecución del concreto resultado, en tanto desconoce la propia naturaleza de la actividad médica, pues es imposible garantizarlo en términos técnicos, imponía una obligación desproporcionada sobre los facultativos que alteraba sustancialmente su relación con los pacientes/clientes. Adicionalmente, tal era la entidad de esa distorsión, basada, como se acaba de decir, en la disociación entre la respuesta jurídica y la naturaleza de la técnica, que ni siquiera era funcional en términos prácticos (amén de que tampoco se mantuvo estable en sus inicios): tal y como señala Crespo Mora, y como hemos podido comprobar en el análisis precedente, muchas de las sentencias que afirmaban la concurrencia de una obligación de resultado en realidad condenaban al médico como consecuencia de una culpa probada¹⁷.

Así, la nueva doctrina parece más adecuada a una estructura de costes y riesgos racional en la que, como se ha dicho, ha de sustentarse el derecho de daños, máxime cuando

¹⁷ CRESPO MORA, M. A., «La prestación debida...», *op. Cit.*, p. 400.

las obligaciones cualificadas de información, que incrementan la culpabilidad en caso de incumplimiento, así como los supuestos específicos de daño desproporcionado o de aseguramiento del resultado (o publicidad engañosa), que objetivan la responsabilidad en caso de concurrir, constituyen las válvulas de escape para que la nueva doctrina se despliegue unos efectos racionales evitando que, a la contra de la situación anterior, la nueva doctrina supongan pasar por alto el rigor necesario en la exigencia de responsabilidad de los facultativos.

De hecho, cabría preguntarse si las cualificadas exigencias informativas no suponen, en ciertos casos muy delimitados, un exceso en los costes potenciales a los que se enfrentan los médicos de esta rama sanitaria. Tal podría ser el caso en el que, aun no concurriendo conculcación de las *lex artis* pero sí daño sin género de culpabilidad, se condena a estos por faltas en el cumplimiento del deber de información, por ejemplo, relativas a riesgos extremadamente potenciales. Sin embargo, desde un punto de vista de análisis coste-beneficio, aunque pueda parecer una decisión demasiado extrema en algunos casos (pues la existencia de riesgos extremadamente poco probables –aunque luego se verifiquen–, justamente por ese carácter, no suelen determinar la negativa a someterse a la intervención y, por tanto, el daño se hubiera producido de manera similar en la mayoría de los casos), la introducción de este sobre coste incentiva a los facultativos a no ser permisivos con la mínima desviación con el deber de información, cuya importancia capital queda más que justificada ante la positiva corrección de la doctrina jurisprudencial.

En conclusión, por esta serie de cuestiones, la evolución de la jurisprudencia merece un juicio positivo, pues, además, se ha restaurado la posición del cirujano plástico, en consonancia con Ribot Igualada cuando señala que «más que hablar de obligaciones de medio y resultado y hacer de la cirugía la rama espuria de la cirugía o demonizarla porque no busca la salud directamente con su intervención, hay que poner el acento en el deber de información del paciente»¹⁸. Y, en el mismo sentido, Galán Cortés, cuando expresa «es evidente que la práctica totalidad de las intervenciones médicas, tanto las terapéuticas como las satisfactivas, incluso la intervención aparentemente más sencilla e inofensiva, entrañan riesgos ajenos a la inevitabilidad humana, pese a la máxima diligencia que pueda poner el profesional médico interviniente en las mismas, por lo que a priori no deben hacerse de peor condición al cirujano estético que al cirujano general por la única razón de que la actuación del primero tiende a mejorar el aspecto estético de un cliente y la del segundo a curarle, pues en ambos casos tanto el alea, consustancial a todo acto médico como el factor reacción individual de cada paciente imposibilitan, en puridad conceptual, clasificar su obligación como propia de las de resultado»¹⁹.

¹⁸ RIBOT IGUALADA, J., «1732.SENTENCIA DE 22 DE JULIO DE 2003: Cirugía estética. Intervención», *op. cit.*, p. 400.

¹⁹ GALÁN CORTÉS, J. C., «1922 SENTENCIA DE 21 DE OCTUBRE DE 2005: Responsabilidad médica. Medicina voluntaria. Doctrina...», en *op. cit.*, p. 1443.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- ALBI NUEVO, J., «La carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad sanitaria», *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, n.º 8, 2013, págs. 259 a 273.
- CRESPO MORA, M. C., «Las obligaciones de medios y de resultado de los prestadores de servicios en el DCFR», documento electrónico <disponible en <http://www.indret.com/pdf/971.pdf>>, n.º 2, 2013, 45 páginas.
- CRESPO MORA, M. C., «La prestación debida por el personal médico-sanitario en el ámbito de la medicina voluntaria», *Revista Aranzadi de Derecho Patrimonial*, n.º 30, 2013, págs. 397-404.
- GALÁN CORTÉS, J. C., «1922 SENTENCIA DE 21 DE OCTUBRE DE 2005: Responsabilidad médica. Medicina voluntaria. Doctrina de la imputación objetiva. Consentimiento informado en cirugía estética. Incumplimiento del deber de información: daño y nexo causal», *Cuadernos Civitas de jurisprudencia civil*, n.º 72, 2006, págs. 1435 a 1450.
- MARÍN VERLARDE, A., «Obligación de medios versus obligación de resultado en la actividad médica curativa y/o asistencial», en VV.AA. [dirs.: LLEDÓ YAGUE, F.; MORILLAS CUEVA, L.], *Responsabilidad médica civil y penal por presunta mala práctica profesional (El contenido reparador del consentimiento informado)*, Dykinson, págs. 53 a 66.
- MONTALVO REBUELTA, P., «Análisis de la postura de nuestros tribunales ante los pleitos relacionados con cirugía plástica y estética», *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, n.º 8, 2013, págs. 196 a 208.
- RIBOT IGUALADA, J., «1732. SENTENCIA DE 22 DE JULIO DE 2003: Cirugía estética. Intervención quirúrgica correctora de mamas con resultado de cicatrices antiestéticas. Responsabilidad contractual del cirujano», *Cuadernos Civitas de jurisprudencia civil*, n.º 64, 2004, págs. 395 a 418.
- SEVERÍN FUSTER, G. F., *Los contratos de servicio: su construcción como categoría contractual, y el derecho del cliente al cumplimiento específico*, Tesis Doctoral <disponible en: <https://repositorio.uam.es/xmlui/handle/10486/660666>>, 2014.
- TENA E. A., AZPARREN A., Y LAPORTA E. D., «Estudio jurisprudencial en medicina satisfactiva», *Revista española de medicina legal. Órgano de la Asociación Nacional de Médicos Forenses*, n.º 4, 2013, págs. 162 a 167.