

INCIDENCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE VIVO EN LA
RESPONSABILIDAD PENAL MEDICA

RAUL ALFREDO RIASCOS ORDOÑEZ
MAESTRIA EN DERECHO PROCESAL PENAL

MONOGRAFÍA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL
TITULO MAGISTER EN DERECHO PROCESAL PENAL

BOGOTA D.C.
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

1 DE NOVIEMBRE DE 2012

INCIDENCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE VIVO EN LA RESPONSABILIDAD PENAL MEDICA

Raúl Alfredo Riascos Ordoñez*

Resumen

En este artículo se analiza, si existe contradicción entre la exigencia del conocimiento con certeza de la totalidad de los riesgos contenida en la definición de donante vivo y la advertencia la imposibilidad de conocer con certeza la totalidad de los riesgos que pueden generarse dentro del procedimiento, conforme se impone en los artículos 2 y 16 del Decreto 2493 de 2004, y la incidencia de los riesgos informados al donante vivo en la responsabilidad penal medica. Para el análisis se abordan los siguientes temas: título de responsabilidad del delito imprudente, imputación dolosa en la donación de órganos, imputación imprudente en la donación de órganos, infracción al deber objetivo, infracción al deber objetivo de cuidado por vicios en el consentimiento informado, aspectos subjetivos del delito imprudente y por último se hace un parangón del consentimiento informado del donante vivo entre nuestra normatividad y la de España. En el artículo se concluye que el riesgo determinado en la definición de donante vivo es un riesgo previsible y el riesgo consistente en la imposibilidad de advertirlo es un riesgo imprevisible.

Palabras clave

Consentimiento, infracción, riesgos, donante, imputación, deber.

*Abogado, Estudiante Maestría Derecho Procesal Penal Universidad Militar.

IMPACT OF INFORMED CONSENT IN LIVING DONOR MEDICAL CRIMINAL RESPONSIBILITY

Abstract

This article examines yes no contradiction between the requirement of knowing with certainty all of the risks contained in the definition of living donor and the warning is impossible to know with certainty all of the risks that may be generated within the procedure, imposed pursuant to Articles 2 and 16 of Decree 2493 of 2004, and the incidence of reported risks to living donor medical criminal liability. The analysis covers the following topics: crime degree reckless liability, wrongful accusation in organ donation, reckless imputation organ donation, breach of the duty order, breach of the duty of care services aim to informed consent, subjective aspects reckless crime and finally makes a comparison of living donor informed consent between our standards and that of Spain. The article concludes that the risk determined in the definition of living donor is a foreseeable and consistent risk unable to warn is an unpredictable risk.

keywords

Consent, infringement risks, donor imputation duty.

Introducción

El presente artículo se realiza para cumplir con uno de los requisitos para grado en la Maestría de Derecho Procesal Penal en la Universidad Militar y a la vez para estudiar un tema importante de la actividad medica, el consentimiento informado en el trasplante de órganos, específicamente en el donante.

Como objetivo general se propuso, analizar si existe contradicción entre la exigencia del conocimiento con certeza de la totalidad de los riesgos contenida en la definición de donante vivo y el deber de advertir la imposibilidad de conocer con certeza la totalidad de los riesgos que pueden generarse dentro del procedimiento, por la ocurrencia de situaciones imprevisibles y la incidencia de los riesgos informados al donante vivo en la responsabilidad penal médica.

En el artículo se abordan los siguientes temas: título de responsabilidad del delito imprudente, imputación dolosa en la donación de órganos, imputación imprudente en la donación de órganos, infracción al deber objetivo, infracción al deber objetivo de cuidado por vicios en el consentimiento informado, aspectos subjetivos del delito imprudente y por último se hace un parangón del consentimiento informado del donante vivo entre nuestra normatividad y la de España.

En el artículo se concluye que el riesgo determinado en la definición de donante vivo se adecua en el deber objetivo de cuidado establecido en el artículo 23 de la Ley 599 de 2000, es decir, es un riesgo previsible, riesgos que deben estar definidos en la *lex artis* y dados a conocer al donante en el consentimiento informado, y el riesgo estipulado en el literal e) del numeral 1 del artículo 16 del Decreto 2493 de 2004 es el riesgo imprevisible el cual solo acarrearía responsabilidad al médico por el hecho de no informar al paciente la imposibilidad de conocerlos con certeza pero no por presentarse y causar un daño.

1. Título de responsabilidad

Doctrinantes como GOMEZ RIVERO¹ propenden por la incorporación de un delito denominado tratamiento médico arbitrario para los casos en que la desatención del

¹ GOMEZ RIVERO, María del Carmen. La Responsabilidad Penal del Médico. Editorial Tirant lo Blanch. Valencia 2003. Página 133.

contenido de la voluntad del enfermo se valore como especialmente grave y se evite el riesgo de potenciar una actitud deshumanizada de la medicina en la que el médico comunica al paciente con toda dureza el diagnóstico de una enfermedad grave para justificar así la aplicación de un tratamiento de la índole que sea.

Con relación a la autoría y coautoría en el delito imprudente, la Corte Suprema de Justicia² ha expuesto que los riesgos no necesariamente han de ser atribuidos en todo caso a una sola persona, sino que puede darse el caso de que deban ser administrados por varias personas, configurándose lo que la doctrina ha llamado coautoría imprudente.³

En la responsabilidad penal por imprudencia médica en Colombia convergen dos fundamentos, el primero, el general, debido al ejercicio de la actividad profesional que ejerce bien sea contractual o extracontractual y el segundo, relativa a la posición de garante. La Corte Suprema de Justicia⁴, expuso que la posición de garante surge desde el primer momento en que el facultativo inicia la atención médica y que es justamente este el punto de partida desde el cual le es exigible y actual la obligación de velar por la curación, mejoría o aminoración de la condición afflictiva de la salud de su paciente, hasta el límite de realizar la acción posible indicada en la *lex artis* para cada patología, en los términos estrictos del compromiso arrojado de forma potestativa para lo cual no se requiere un contrato formal y que la asunción voluntaria de la protección del paciente en calidad de garante, no termina para el médico con la realización del tratamiento sino que se extiende al momento en que sea dado de alta con carácter definitivo, que va más allá de la sola salida de la clínica o centro de atención.

² COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de casación de fecha 8 de noviembre de 2007. MP. Dr. Julio Enrique Socha Salamanca. Proceso 27388.

³ MARTINEZ MALAVER, José Manuel. La Coautoría Imprudente. http://www.fuac.edu.co/recursos_web/documentos/derecho/revista_criterio/articulosgarantista1/16josemartinez.pdf

⁴ COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de casación de fecha 11 de abril de 2012. MP. Dr. Augusto J. Ibáñez Guzmán. Proceso No 33920.

De otro lado, se considera que la medicina, en cuanto a responsabilidad penal culposa de los médicos, no es una actividad peligrosa, porque en la actividad peligrosa se presume la responsabilidad objetiva del sujeto, el cual puede librarse de esa responsabilidad probando solamente, causa extraña, culpa de la víctima, fuerza mayor o caso fortuito; además porque el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherente⁵, y porque las actividades peligrosas corresponden a la creación jurisprudencial de la jurisdicción civil, derivada del artículo 2356 del Código Civil y a efectos de indemnizar a las víctimas. Se hace esta aclaración porque la Corte Suprema de Justicia en sus sentencias ha hecho alusión al ejercicio de la medicina como una actividad peligrosa.⁶ y ha explicado que se trata de una actividad peligrosa porque se admite cierto nivel de exposición al daño inherente a su ejercicio, en tanto se trata de una ciencia no exacta cuya práctica demanda para el colectivo social la necesidad de aceptar como adecuada la eventual frustración de expectativas de curación o recuperación, siempre que no se trascienda a la estructuración de una aproximación al daño evitable o no tolerado.⁷

BORRÁEZ G⁸, con relación a la sentencia de la Corte Suprema de Justicia de radicación 33920 del 11 de abril de 2012, manifestó entre otras cosas, que la medicina es una actividad que entraña la mayor parte de las veces obligaciones de medio y no de resultado donde no se puede garantizar un resultado específico. Indicó que aunque en la medicina sí existen obligaciones de resultado (radiología, medicina nuclear, patología, laboratorio clínico), todas las demás, incluida la cirugía plástica, son de medio. Resaltó que la medicina no es una actividad peligrosa, porque este término jurídico se refiere a actos de riesgo que solo benefician a su autor (por ejemplo manejar

⁵ Ley 23 de 1981. Artículo 1. Numeral 1. Inciso 3.

⁶ COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de fecha 22 de mayo de 2008. MP. Dr. Julio Enrique Socha Salamanca. Proceso 27357.

⁷ COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de casación de fecha 11 de abril de 2012. MP. Dr. Augusto J. Ibáñez Guzmán. Proceso 33920.

⁸ BORRÁEZ G., Oswaldo A. Presidente Asociación Colombiana de Cirugía.

<http://www.gabrielbarbosa.com/index.php/2012/04/informacion-sobre-sentencia-condenatoria-a-medico-por-la-corte-suprema-de-justicia/>

un automóvil) y que en estos casos al ocurrir un daño la culpa prácticamente se presume en contra de su autor.

Tratándose del donante vivo, en Colombia el título de responsabilidad del profesional que realiza un acto médico con vicios en el consentimiento informado, se encuadra en la modalidad culposa en los delitos de lesiones personales y homicidio a título de autor o coautor, y que esa responsabilidad tiene también como fundamento, la responsabilidad general y la inherente a la posición de garante. Se realza del mismo modo que la actividad de trasplante de órganos no es una actividad peligrosa.

2. Imputación dolosa en la donación de órganos

Es de resaltar que el párrafo del artículo 2 de la Ley 919 de 2004 tipifica la conducta dolosa que MÁRQUEZ CÁRDENAS⁹ tituló sustracción de un órgano de una persona viva sin su consentimiento, la cual consiste en sustraer un componente anatómico de una persona sin la correspondiente autorización. El citado escritor afirma que son situaciones donde el sujeto pasivo no está en condiciones de dar el consentimiento para autorizar la extracción de uno de sus órganos, como los estados de inconsciencia por la anestesia, la droga o estar en coma; o las situaciones donde se utiliza la coacción, el miedo, la amenaza o el engaño para lograr que el donante permita la sustracción de uno de sus órganos pares del individuo. Destaca MARQUEZ CARDENAS¹⁰ que en estos casos estamos frente a un concurso de delitos como secuestro, constreñimiento, amenazas, lesiones personales o el homicidio si como consecuencia de la sustracción sobreviene la muerte de la víctima.

⁹ MARQUEZ CARDENAS, Álvaro Enrique, GUERRA GARCIA, Yolanda M. Bioética, trasplante de órganos y derecho penal en Colombia. Revista Prolegómenos - Derechos y Valores – Universidad Militar Nueva Granda. 2011 – II Página 55

¹⁰ *Ibíd.*

Se estima también que se adecua en el tipo penal de sustracción de un órgano de una persona viva, la donación que realice un menor de edad, en razón a que por regla general los menores de edad no pueden ser donantes, y a pesar de que el parágrafo del artículo 16 del Decreto 2493 les autorice la donación de células progenitoras, se considera que a los menores de edad, tampoco les está permitido donar células progenitoras, aun cuando medie consentimiento de sus representantes legales, porque la decisión de los representantes legales, según la Corte Constitucional¹¹ tiene límites y para determinar esos límites se deben tener en cuenta tres elementos centrales: i) La urgencia e importancia misma del tratamiento para los intereses del menor, ii) La intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del niño. En este elemento la Corte distinguió las intervenciones médicas ordinarias, que no afectan el curso cotidiano de la vida del paciente y las intervenciones extraordinarias, que se caracterizan porque es notorio el carácter invasivo y agobiante del tratamiento médico en el ámbito de la autonomía personal y iii) La edad del menor.

Entonces, sí se tiene en cuenta que ninguno de los elementos indicados por la Corte Constitucional se adecua al caso de donación de células progenitoras por parte de un menor de edad y que la Corte Constitucional¹² también ha dicho que el consentimiento sustituto o consentimiento orientado hacia el futuro, es una manifestación de la patria potestad, a través de la cual se pretende mejorar las condiciones de salud de los hijos, por cuanto se supone que en el futuro, al llegar a la edad adulta, el hijo reconocerá la bondad de la intervención paternal, se puede reiterar que los menores de edad no pueden donar células progenitoras. En este caso, la conducta también es punible para el médico en forma dolosa y en primera etapa a título de sustracción de un órgano de persona viva.

¹¹ COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia de Tutela 477 de 1995, MP. Alejandro Martínez Caballero

¹² COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C – 900 de 2011, MP. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub

Se propone agregar a la normatividad penal una causal de agravación cuando la víctima del delito de sustracción de un órgano de persona viva sea un menor de edad, con similares consecuencias que la ley penal prevé para los victimarios de abusos sexuales contra menores.

3. Imputación imprudente en la donación de órganos

La Corte Suprema de Justicia¹³, puntualizó que la realización del tipo objetivo en el delito imprudente se satisface con la teoría de la imputación objetiva, de acuerdo con la cual un hecho causado por el agente le es jurídicamente atribuible a él si con su comportamiento ha creado un peligro para el objeto de la acción no abarcado por el riesgo permitido y dicho peligro se realiza en el resultado concreto.

ROMEO CASABONA¹⁴ indicó que para la existencia de responsabilidad penal del médico no basta con una conducta imprudente por parte de aquél, es decir, con un actuar que no responde al cuidado objetivamente debido. Hace falta, además, que se haya producido un resultado perjudicial para el paciente. Y que a la inversa, la existencia de un resultado dañoso o perjudicial para el paciente, no implica tampoco la existencia de culpa punible en el profesional actuante, pues es necesaria una efectiva y comprobada conducta que no responde al deber objetivo de cuidado.

Respecto a la imputación al tipo objetivo y la creación del riesgo no permitido en el delito imprudente, la Corte Suprema de Justicia¹⁵ aclaró que la utilización de la expresión infracción al deber objetivo de cuidado, en el artículo 23 de la Ley 599 de

¹³ COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN PENAL. Sentencia de fecha 22 de mayo de 2008, MP. Dr. Julio Enrique Socha Salamanca. Proceso 27357.

¹⁴ ROMEO CASABONA, Carlos María. El Médico ante el Derecho. Editorial Ministerio de Sanidad y de Consumo. Secretaria General Técnica. Servicio de Publicaciones. Zaragoza. Página 18

¹⁵ COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de casación de fecha 22 de mayo de 2008. MP. Dr. Julio Enrique Socha Salamanca. Proceso No 27357.

2000, no significa que ese elemento de la culpa sólo pueda concebirse objetivamente con prescindencia de lo subjetivo, pues la misma norma legal recalca la previsibilidad del agente respecto del resultado, lo cual va ligado a consideraciones eminentemente subjetivas es decir un aspecto volitivo donde el resultado típico debe corresponder a una causalidad distinta de la programada para el acto al que dirigió su voluntad el agente y un elemento cognoscitivo, que significa que el autor tuvo la posibilidad de conocer el peligro que la conducta representa para los bienes jurídicos y de prever el resultado con arreglo a esa cognición.

3.1 Aspectos Objetivos - Infracción al deber objetivo de cuidado

El elemento principal de la infracción al deber objetivo del delito imprudente es el riesgo no permitido, el cual en palabras de la Corte Suprema de Justicia¹⁶, se reconoce como tal, la infracción de normas jurídicas que persiguen la evitación del resultado producido y cuando concurre el fenómeno de la elevación del riesgo, que se presenta cuando una persona con su comportamiento supera el arriesgo admitido o tolerado jurídica y socialmente, así como cuando, tras sobrepasar el límite de lo aceptado o permitido, intensifica el peligro de causación de daño. La Corte Suprema de Justicia¹⁷ también ha expuesto que el límite entre el riesgo permitido y desaprobado lo brindan los protocolos de la *lex artis* y el cumplimiento del deber de información que se concreta en el consentimiento informado.

En lo que tiene que ver con el riesgo permitido, ROXIN¹⁸ lo entiende como una conducta que crea un riesgo jurídicamente relevante, pero que de modo general (independientemente del caso concreto) está permitida y por ello, a diferencia de las

¹⁶ *Ibíd.*

¹⁷ COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de casación de fecha 11 de abril de 2012. MP. Dr. Augusto j. Ibáñez Guzmán, Proceso No 33920.

¹⁸ ROXIN, Claus. Derecho Penal Parte General, Tomo I, Fundamentos. La estructura de la teoría del Delito. Ed. Civitas. Traducción de la I. edición alemana. Primera edición (en Civitas), 1997, Pagina 371

causas de justificación, excluye ya la imputación al tipo objetivo. Por su parte la Corte Suprema de Justicia¹⁹ señaló que constituye riesgo permitido: i) Una conducta social, normal y generalmente no peligrosa, no prohibida por el ordenamiento jurídico, a pesar de que con la misma se haya ocasionado de manera causal un resultado típico o incluso haya sido determinante para su realización. ii) Una conducta desarrollada en el marco del llamado principio de confianza, según el cual el hombre normal espera que los demás actúen de acuerdo con los mandatos legales, dentro de su competencia y iii) cuando alguien sólo ha participado con respecto a la conducta de otro en una acción a propio riesgo, o una autopuesta en peligro dolosa.

Referente a la conducta social normal, no prohibida por el ordenamiento jurídico, se encuentra la actividad médica, sobre la cual, la Corte Suprema de Justicia²⁰ realizó un listado de las precauciones que con carácter general, debe atender el profesional de la medicina para considerar que no infringe el deber objetivo de cuidado: i) obtener el título profesional que lo habilita para ejercer como médico y especialista o subespecialista en determinada área, lo que no significa que la posición de garante surja natural de la simple ostentación de aquel, pues se demanda la asunción voluntaria del riesgo, o sea de la protección de la persona, ii) actualizar sus conocimientos con estudio y práctica constante en el ámbito de su competencia, iii) elaborar la historia clínica completa del paciente, conforme a un interrogatorio adecuado y metódico iv) hacer la remisión al especialista correspondiente, ante la carencia de los conocimientos que le permitan brindar una atención integral a un enfermo, v) diagnosticar correctamente la patología y establecer la terapia a seguir , vi) informar con precisión al sujeto, los riesgos o complicaciones posibles del tratamiento o intervención y obtener el consentimiento informado del paciente o de su acudiente , vii) ejecutar el procedimiento –quirúrgico o no- respetando con especial diligencia todas las reglas que la técnica

¹⁹ COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de casación de fecha 22 de mayo de 2008. MP. Dr. Julio Enrique Socha Salamanca. Proceso No 27357

²⁰ COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de casación de fecha 11 de abril de 2012. MP. Dr. Augusto J. Ibáñez Guzmán. Proceso No 33920.

médica demande para la actividad en particular y, viii) ejercer un completo y constante control durante el postoperatorio o pos tratamiento, hasta que se agote la intervención del médico tratante o el paciente abandone la terapia.

Acerca del principio de confianza la Corte Suprema de Justicia²¹ advirtió que este postulado significa que el hombre medio debe prever que si bien en la actividad diaria está sujeto al principio de confianza, determinadas personas pueden obrar en contra de los reglamentos, como sucede con los niños, los infantes, los minusválidos, los enfermos y, por supuesto, los ancianos, de donde surge el principio de defensa también conocido como principio de seguridad, el cual se opone y prima sobre él y explicó que si una persona realiza una conducta contraria a las normas, pero su comportamiento no es la razón de ser del resultado reprochable, puede invocar el principio de confianza porque afirmar lo contrario equivaldría a admitir la imputación a título de responsabilidad anómala o meramente objetiva. VARGAS PINTO²² dijo que según este principio, los sujetos pueden actuar confiando en que los demás cumplirán las normas, pero que su vigencia no es total, tiene mayor eficacia en un plano horizontal o de igualdad, que en una relación vertical o de superioridad y subordinación y rige solo hasta que existe una duda sobre la adecuación de la conducta del otro, caso en el cual surge un deber de cuidado secundario.

El principio de confianza con relación al donante vivo no excluye de responsabilidad al médico, porque si bien el donante no está actuando al margen de las normas, ninguna norma le obliga a conocer con exactitud los riesgos previsibles por tener la voluntad de donar.

²¹ COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de casación de fecha 20 de abril de 2006. MP. Dr. Álvaro Orlando Pérez Pinzón. Proceso No 22941.

²² VARGAS PINTO, Tatiana. La imprudencia Médica Algunos problemas de imputación de lo injusto penal. Revista de Derecho Universidad Católica del Norte, Año 17 -N° 2, 2010 pp. 99-132 http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-97532010000200005&script=sci_arttext

En cuanto a la acción a propio riesgo, tampoco excluye de responsabilidad al médico porque no se cumplen los requisitos establecidos por la Corte Suprema de Justicia,²³ El primero, relacionado con el poder de decidir si asume el riesgo y el resultado. La donación en vivo realizada de manera libre consciente y voluntaria no representa para el donante infracción a la norma, ni mucho menos responsabilidades jurídico penales. El segundo que sea auto responsable, es decir, que conozca o tenga posibilidad de conocer el peligro que afronta con su actuar. El hecho de donar es un riesgo permitido por la Ley. Y el tercero, que el actor no tenga posición de garante respecto de ella. Una persona no tiene posición de garante sobre sí misma.

3.1.1 Infracción al deber objetivo de cuidado por vicios en el consentimiento informado

La figura medico-jurídica del consentimiento informado se encuentra revelada en la Ley 23 de 1981, la cual en el artículo 15 prescribe que el médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados, debiendo pedir su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

Igualmente esta figura medico-jurídica ha sido objeto de pronunciamiento por parte de la Corte Constitucional²⁴, alta corporación, que declaró que el consentimiento informado es un derecho fundamental que consiste en el deber que tiene el médico de brindar información sobre el tratamiento o procedimiento a seguir, para que el paciente pueda decidir libremente si acepta o no, la práctica de ese tratamiento o procedimiento y que

²³ COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de casación de fecha 22 de mayo de 2008. MP. Dr. Julio Enrique Socha Salamanca. Proceso No 27357.

²⁴ COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia de Tutela 1131 del 2004. MP. Dr. Humberto Antonio Sierra Porto.

el consentimiento del paciente se extenderá, en cuanto su validez y eficacia, hasta donde haya sido informado. Previno la Corte Constitucional²⁵ que a la hora de determinar el contenido del deber de información del médico se deben tener en cuenta criterios de orden subjetivo, como el nivel cultural, la edad y la situación personal y familiar, social y profesional del paciente y criterios de orden objetivo, como la urgencia del caso, la necesidad del tratamiento, los riesgos de la intervención, la novedad del tratamiento, la gravedad de la enfermedad y la posible renuncia del paciente a recibir información y que en este sentido, cuanto más peligrosa y novedosa sea una intervención, más amplia debe ser la información que se facilite al paciente. Reiteró la Corte Constitucional²⁶ que la protección constitucional del derecho a la vida y a la salud implica garantizar el derecho de los pacientes a obtener información oportuna, clara, detallada, completa e integral sobre los procedimientos y alternativas en relación con la atención de la enfermedad que se padece.

La mencionada figura, también ha sido objeto de estudio por la Corte Suprema de Justicia²⁷, la cual precisó que el consentimiento informado constituye el contrato mediante el cual el paciente manifiesta libre y voluntariamente la aceptación de la práctica del procedimiento con los riesgos y complicaciones expresamente consignadas en el documento, bajo el supuesto de haber sido previamente conocidas en detalle por aquél y advertidas por el galeno. También anotó la Corte Suprema de Justicia²⁸ que el deber de información del médico al paciente constituye una de las obligaciones objetivas de cuidado de la más alta envergadura por cuanto de la transmisión completa y clara acerca del diagnóstico y el tratamiento a seguir con sus riesgos previsibles depende que el paciente ejerza por virtud de sus derechos a la dignidad humana y a la

²⁵ *Ibíd.*

²⁶ COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia de Tutela 052 de 2010. MP. Dr. Mauricio González Cuervo

²⁷ COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de casación de fecha 11 de abril de 2012. MP. Dr. Augusto j. Ibáñez Guzmán, Proceso No 33920.

²⁸ *Ibíd.*

libertad en su componente de autonomía, la posibilidad de decidir si acepta el procedimiento o lo rehúsa.

GOMEZ RIVERO²⁹ indicó que cuando se habla del derecho del enfermo a estar informado se hace referencia de forma exclusiva a la exigencia de que aquél sea conocedor de los datos esenciales que son necesarios para formar su voluntad en condiciones que aseguren la libertad de su decisión y que de lo que se trata, en definitiva es de identificar qué datos el médico no está obligado a comunicar, con la consecuencia de que cuando los omita no pueda decirse que la voluntad del enfermo se encuentre viciada, y cuáles, por el contrario, son fundamentales para conformar la voluntad del paciente, de tal modo que si el profesional los omite pueda derivarse responsabilidad por falta de información.

Referente al consentimiento informado del donante vivo, el Decreto 2493³⁰, definió el consentimiento informado para donación, trasplante o implante, como la manifestación de voluntad proveniente de aquella persona que tiene la calidad de donante o receptor de un componente anatómico, que ha sido emitida en forma libre y expresa, luego de haber recibido y entendido la información relativa al procedimiento que deba practicarse.

La información relativa al procedimiento, se declara primero,³¹ en la definición de donante vivo, concerniente a la persona que conoce con certeza la totalidad de los riesgos que puedan generarse dentro del procedimiento y segundo,³² en la advertencia sobre la imposibilidad de conocer con certeza la totalidad de los riesgos que pueden generarse dentro del mismo.

²⁹ GOMEZ RIVERO, María del Carmen. La Responsabilidad Penal del Médico. Editorial Tirant lo Blanch. Valencia 2003. Página 80.

³⁰ Decreto 2493 de 2004, artículo 2.

³¹ *Ibíd.*

³² *Ibíd.*, artículo 16 numeral 1 literal e).

De la lectura de los artículos 16 de la Ley 23 de 1981 y 13 del Decreto 3380 del mismo año, en donde se determina que la responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto y que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos de carácter imprevisible y que el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico, se infiere que la definición de donante vivo hace alusión a los riesgos previsibles y la advertencia sobre la imposibilidad de conocer con certeza la totalidad de los riesgos que pueden generarse dentro del procedimiento hace referencia a los riesgos imprevisibles.

Respecto a los riesgos previsibles URIBE GARCIA³³, afirma que precisamente por evidenciar el ejercicio de la medicina innumerables riesgos, unos de común ocurrencia o previstos, otros de escasa ocurrencia o imprevistos, al paciente le asiste el derecho a ser informado de los primeros y de las consecuencias adversas que previsiblemente podrían derivarse y el derecho a asentir o disentir, salvo que el paciente esté en imposibilidad de hacerlo, caso en el cual el asentimiento o disentimiento será dado por sus familiares o allegados. Si manifiesta su asentimiento por ende acepta los riesgos, si disiente en la información, de todas maneras será informado de las consecuencias de rechazar la realización del tratamiento o intervención. Si fue intervenido o sometido a tratamiento sin haber sido informado de las consecuencias de los riesgos previstos o habiendo sido informado no manifestó su asentimiento y como consecuencia de la intervención o tratamiento se ocasionó un daño, el profesional de la medicina será responsable civilmente, aunque el daño se haya ocasionado dentro de los llamados riesgos previstos.

³³ URIBE GARCIA, Saul La responsabilidad por riesgo.

http://www.juecesyfiscales.org/index.php?option=com_content&view=article&catid=10:textosjuridicos&id=105:responsabilidadporriesgo.

La característica de la previsibilidad es la evitabilidad. CORDOBA³⁴ dice que solo se puede evitar aquello que se puede prever y que lo imprevisible es inevitable.

Luego entonces, el riesgo jurídicamente permitido en el trasplante de órganos es el riesgo previsible que se traduce en forma general en el cumplimiento de los protocolos medico quirúrgicos para cada órgano o tejido, ejemplo riñón, corazón, hígado, etc., que se encuentran determinados por el Instituto Nacional de Salud y en forma específica, emanada de la general, en la información que el médico suministra al paciente de la totalidad de los riesgos previsible así como de la advertencia sobre la imposibilidad de conocer con certeza la totalidad de los riesgos imprevisibles, o sea, del consentimiento informado del donante vivo.

La inobservancia de los riesgos permitidos los convierte en injustificados, porque no observar los protocolos medico quirúrgicos es someter al paciente a riesgos que no correspondan a las condiciones clínico patológicas del mismo³⁵ los cuales se traducen en riesgos no permitidos que originan responsabilidad penal en el medico cuando causan un daño. Cabe anotar que en los riesgos previsible, en primer término no le asiste responsabilidad al médico cuando los prevé y toma medidas para mitigarlos, pero se presentan situaciones imprevisibles que causen daño en el donante. En este caso se tratan de riesgos permitidos que causan un daño. En segundo término, le asiste responsabilidad al medico si no se toman las medidas para mitigarlos y evitar que se causen daños al donante. . En los riesgos imprevisibles, de conformidad el artículo 13 del Decreto 3380 de 1981, el médico no será responsable por este tipo de riesgos.

En conclusión, los vicios en el consentimiento del donante vivo, no la ausencia de consentimiento, configura la tipicidad objetiva. Se recalca que la totalidad de los

³⁴ CORDOBA, Fernando Jorge. La evitabilidad del error de prohibición. Editorial Marcial Pons. Madrid 2012.,p 72

³⁵ Decreto 3380 de 1981, artículo 9.

riesgos previsible en trasplante de órganos debe estar determinada, para cada órgano, por el Instituto Nacional de Salud.

Es pertinente insistir que en el caso de riesgos previstos hay responsabilidad médica siempre y cuando haya un resultado. En el caso de trasplante de órganos ese resultado puede radicar en lesiones o muerte del donante o receptor, pero además, ese resultado debe ser consecuencia directa de la infracción al deber objetivo de cuidado, es decir que exista relación de causalidad entre la infracción al deber objetivo de cuidado, consistente en no tomar las medidas para mitigar los riesgos previstos, con el resultado.

En lo que se versa al momento y a la forma en que debe prestarse el consentimiento informado, la norma³⁶ establece un requisito formal ad solemnitatem con miras a garantizar que la manifestación de voluntad del donante sea emitida en forma libre y expresa. El donante vivo no puede expresar su consentimiento informado por documento privado, como tampoco en forma verbal, lo debe expresar mediante declaración juramentada ante notario público, con un término mínimo entre la firma del documento y el proceso de extracción del órgano o tejido de 24 horas. Con respecto a la declaración juramentada la norma no señala quienes deben concurrir a realizarla, sería conveniente que la suscriban, además de la persona que va a donar, también los médicos que han suministrado la información, incluido el médico que efectuará la extracción. Con relación al término mínimo de 24 horas, se considera que este debe observarse inclusive en los casos de urgencia. No se puede extraer un componente anatómico a un donante vivo omitiendo éste término aludiendo urgencia del receptor.

En suma lo importante de esta formalidad no es cumplir el requisito y constituir un potencial medio de prueba que excluya de responsabilidad al médico, sino que realmente el receptor reciba y comprenda la información que se le suministra.

³⁶ Decreto 2493 de 2004, artículo 16 numeral 1 literal b)

Concerniente a la revocación del consentimiento informado, la norma prevé la posibilidad de revocación del consentimiento por parte del donante en cualquier tiempo, en forma total o parcial, antes de la ablación de órganos o componentes anatómicos, con el mismo procedimiento que utilizó para la manifestación de donación, es decir mediante declaración juramentada realizada ante notario público³⁷. Se asevera que esta disposición tiene sentido en exigir que el desistimiento se haga mediante declaración juramentada, debido a que puede ocurrir que un potencial donante, ad portas de la cirugía y por temor a ella, en el caso de los timoratos, decida desistir de la donación.

3.2 Aspectos Subjetivos

En cuanto a la tipicidad subjetiva, ésta gravitaría en el deber que tiene el médico de prever que con la no información completa de todos los riesgos previsibles y la no advertencia de los riesgos imprevisibles al donante vivo, infringe el deber objetivo de cuidado y también encajaría cuando habiendo previsto la infracción al deber objetivo de cuidado por la no información completa de todos los riesgos previsibles y la no advertencia de los riesgos imprevisibles al donante vivo confía en que no ocurra ningún daño.

La presencia del delito culposo, en palabras de la Corte Suprema de Justicia³⁸ se presenta cuando se emprende la ejecución de una acción peligrosa sin ánimo de lesionar un bien jurídico, pero por falta del cuidado debido deriva en la efectiva lesión del bien penalmente protegido. La Corte Suprema de Justicia³⁹ al hablar del ánimo del

³⁷ *Ibíd.*, artículo 17, parágrafo 1.

³⁸ COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN PENAL. Sentencia de fecha 2 de septiembre de 2009. MP. Dr. Yesid Ramírez Bastidas. Proceso 32174

³⁹ COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN PENAL. Sentencia de fecha 16 de enero de 2006. MP. Dr. Edgar Lombana Trujillo. Proceso 19746.

sujeto activo del delito culposo, hizo referencia al aspecto subjetivo del tipo, conformado por los aspectos volitivo y cognoscitivo.

VARGAS PINTO⁴⁰, con relación a los aspectos subjetivos del delito imprudente explicó que el resultado debe estar conectado a la conducta también por un nexo subjetivo, por la previsibilidad del riesgo, se haya o no previsto y que se observe una vinculación subjetiva entre conducta y resultado propia de la llamada imprudencia con representación o culpa consciente, que incluso se confunde con el llamado dolo eventual, donde también hay representación de un probable resultado, una conciencia de riesgo.

La Corte Suprema de Justicia⁴¹ declaró que tanto en el dolo eventual como en la culpa con representación o consciente el sujeto no quiere el resultado típico, que en ambos supuestos el autor prevé la posibilidad o probabilidad que se produzca el resultado delictivo, por lo que la diferencia entre una y otra figura termina finalmente centrándose en la actitud que el sujeto agente asume frente a la representación de la probabilidad de realización de los elementos objetivos del tipo penal. En lo atinente a la culpa inconsciente CABEZAS⁴² apuntó que del concepto de culpa, se desprenden las diversas clases de culpa que van a ser la culpa con representación y la culpa sin representación, según Feuerbach. La culpa sin representación, llamada también culpa inconsciente o culpa simple, el sujeto actúa sin representarse siquiera la posibilidad de causar un resultado antijurídico, pero podía y sobre esa posibilidad concreta que él tenía de representarse el resultado recae el reproche de la culpabilidad.

⁴⁰ VARGAS PINTO, Tatiana. La imprudencia Médica Algunos problemas de imputación de lo injusto penal. Revista de Derecho Universidad Católica del Norte, Año 17 -N° 2, 2010 pp. 99-132 http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-97532010000200005&script=sci_arttext

⁴¹ COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de casación de fecha 25 de agosto de 2010. MP. Dr. José Leónidas Bustos Martínez. Proceso No. 32964

⁴² CABEZAS C, Carlos. La Culpabilidad., p 18. <http://es.scribd.com/doc/38827641/La-Culpabilidad>

En el donante vivo, referente a la infracción al deber objetivo de cuidado no puede darse la figura del dolo eventual porque el médico informa y prevé los riesgos previstos y toma medidas para mitigarlos aunque el resultado sea daño. El informar que no se conocen con certeza la totalidad de los riesgos imprevistos no indica que el médico deje el resultado al azar.

4. Donante vivo en España

En España, la Ley 30 del 27 de octubre de 1979⁴³ y el Real Decreto 2070 del 30 de diciembre de 1999, regulan lo relacionado con la extracción y trasplante de órganos.

La Ley 30 de 1979, en el artículo 4 establece los requisitos para la obtención de órganos procedentes de un donante vivo, para su ulterior injerto o implantación en otra persona, como el ser mayor de edad; gozar de plenas facultades mentales y haber sido previamente informado de las consecuencias previsibles de orden somático, psíquico y psicológico; otorgar consentimiento de forma expresa, libre y consciente, debiendo manifestarlo, por escrito, ante la autoridad pública, tras las explicaciones del médico que ha de efectuar la extracción, obligado éste también a firmar el documento de cesión del órgano.

El Real Decreto 2070 del 30 de diciembre de 1999, en el artículo 3 contiene la definición de donante vivo similar a la que establece en Colombia el Decreto 2493 de 2004.

“Donante vivo: se considera donante vivo a aquella persona que, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 9 del presente Real Decreto, efectúe la donación en vida de aquellos órganos, o parte de los mismos, cuya extracción sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura”.

⁴³ Desarrollada por el Real Decreto 426 del 22 de febrero de 1980, vigente hasta el 5 de enero de 2000 al ser derogado por el Real Decreto 2070 del 30 de diciembre de 1999.

El Decreto Real en artículo 9 contiene varios numerales que normalizan lo atinente al consentimiento informado: En el numeral 2 se dispone que la extracción de órganos de donantes vivos se limitará a situaciones en las que puedan esperarse grandes posibilidades de éxito del trasplante y no se aprecie que se altere el libre consentimiento del donante a que se refiere el apartado 1.c) de este artículo. El apartado 1.c) señala:

“El donante habrá de ser informado previamente de las consecuencias de su decisión, debiendo otorgar su consentimiento de forma expresa, libre, consciente y desinteresada. La información y el consentimiento deberán efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.

En ningún caso se extraerán ni se utilizarán órganos de donantes vivos cuando por cualquier circunstancia pudiera considerarse que media condicionamiento económico o de otro tipo, social o psicológico”

En el numeral 3 se ordena que estado de salud físico y mental del donante deberá ser acreditado por un médico distinto del o de los que vayan a efectuar la extracción y el trasplante, que informará sobre los riesgos inherentes a la intervención, las consecuencias previsibles de orden somático o psicológico, las repercusiones que pueda suponer en su vida personal, familiar o profesional, así como de los beneficios que con el trasplante se espera haya de conseguir el receptor. En esta norma se exige que el médico que certifica sobre el estado de salud del donante le informe los riesgos inherentes a la intervención y deje constancia de esa información en la certificación que expide.

En el numeral 4 se establece que para proceder a la extracción de órganos de donante vivo, el interesado deberá otorgar por escrito su consentimiento expreso ante el juez encargado del Registro Civil de la localidad de que se trate, tras las explicaciones del médico que ha de efectuar la extracción y en presencia del médico al que se refiere el apartado 3 de este artículo, del médico responsable del trasplante y de la persona a la que corresponda dar la conformidad para la intervención, según figure en el documento de autorización del centro.

Como se observa, el consentimiento informado en España es más riguroso, se exige que se haga en dos momentos, el primero ante el médico que certifica el estado de salud del paciente y el segundo ante el Juez encargado del Registro Civil de la localidad de que se trate y en presencia del médico que certifica el estado de salud, así como del médico que ha de efectuar la extracción, tras las explicaciones de éste. Asimismo se exige que el documento de cesión donde se manifiesta la conformidad del donante será firmado por el interesado, el médico que certifica el estado de salud y el médico que ha de ejecutar la extracción y que cualquiera de ellos podrá oponerse eficazmente a la donación si albergan duda sobre que el consentimiento del donante se ha manifestado de forma expresa, libre, consciente y desinteresada.

En cambio en Colombia, el Decreto 2493 solo se exige que esta información la suministre el médico que va a practicar la actividad quirúrgica de extracción del componente anatómico. En la autorización que el donante da en forma escrita bajo la forma de declaración juramentada, no se hace ninguna exigencia sobre la satisfacción del consentimiento informado.

Situación curiosa es el hecho de que en Colombia, el asunto de la revocación de la voluntad de donar es más exigente que en España porque se exige que se haga también a través de declaración juramentada, en cambio en España se dispuso que la revocación se puede hacer sin ninguna formalidad antes del procedimiento quirúrgico.

5. Conclusiones

5.1 El riesgo jurídicamente permitido en el trasplante de órganos es el riesgo previsible que se traduce en forma general en el cumplimiento de los protocolos medico quirúrgicos para cada órgano o tejido, ejemplo riñón, corazón, hígado, etc., que se encuentran determinados por el Instituto Nacional de Salud y en forma específica,

emanada de la general, en la información que el médico suministra al paciente de la totalidad de los riesgos previsible así como de la advertencia sobre la imposibilidad de conocer con certeza la totalidad de los riesgos imprevisibles, o sea, del consentimiento informado del donante vivo.

- 5.2 La inobservancia de los riesgos permitidos los convierte en injustificados, porque no observar los protocolos médico quirúrgicos es someter al paciente a riesgos que no correspondan a las condiciones clínico patológicas del mismo los cuales se traducen en riesgos no permitidos que originan responsabilidad penal en el médico cuando causan un daño.
- 5.3 El límite entre el riesgo permitido y desaprobado lo brindan los protocolos de la *lex artis* y el cumplimiento del deber de información que se concreta en el consentimiento informado.
- 5.4 El riesgo que se encuentra en la definición de donante vivo en el Decreto 2493 se adecua en el deber objetivo de cuidado estipulado en el artículo 23 de la Ley 599, de donde se puede deducir que lo punible penalmente en la actividad del trasplante de órganos es la inobservancia de los riesgos previsible, los cuales tienen que estar previstos por la *lex artis* o por los protocolos que estipula el Instituto Nacional de Salud y dados a conocer al donante en el consentimiento informado, porque si no se encuentran estipulados los riesgos, no constituyen deberes de cuidado.
- 5.5 El riesgo previsto en el literal e) del numeral 1 del artículo 16 del Decreto 2493 de 2004 es el riesgo imprevisto del cual acarrearía responsabilidad al médico por el hecho de no informar al paciente la imposibilidad de conocerlos con certeza pero no por presentarse y causar un daño.
- 5.6 El principio de confianza con relación al donante vivo no excluye de responsabilidad al médico, porque si bien el donante no está actuando al margen de las normas,

ninguna norma le obliga a conocer con exactitud los riesgos previsible por tener la voluntad de donar.

5.7 En cuanto a la acción a propio riesgo, tampoco excluye de responsabilidad al médico porque no se cumplen los requisitos establecidos por la Corte Suprema de Justicia, en razón a que el donante vivo realiza la donación de manera libre consciente y voluntaria, la cual no representa infracción a la norma, ni mucho menos responsabilidades jurídico penales, es un riesgo permitido por la Ley y además porque sobre el donante no recae la posición de garante.

5.8 En el donante vivo, referente a la infracción al deber objetivo de cuidado no puede darse la figura del dolo eventual porque el médico informa y prevé los riesgos previstos y toma medidas para mitigarlos aunque el resultado sea daño. El informar que no se conocen con certeza la totalidad de los riesgos imprevistos no indica que el médico deje el resultado al azar.

6. Bibliografía

BORRÁEZ G., Oswaldo A. Presidente Asociación Colombiana de Cirugía.
<http://www.gabrielbarbosa.com/index.php/2012/04/informacion-sobre-sentencia-condenatoria-a-medico-por-la-corte-suprema-de-justicia/>

CABEZAS C, Carlos. La Culpabilidad., p 18. <http://es.scribd.com/doc/38827641/La-Culpabilidad>

COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia de Tutela 477 de 1995, MP. Alejandro Martínez caballero

COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia de Tutela 1131 del 2004. MP. Dr. Humberto Antonio Sierra Porto.

COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia de Tutela 052 de 2010. MP. Dr. Mauricio González Cuervo

COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C – 900 de 2011, MP. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN PENAL. Sentencia de fecha 16 de enero de 2006. MP. Dr. Edgar Lombana Trujillo. Proceso 19746.

COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de casación de fecha 20 de abril de 2006. MP. Dr. Álvaro Orlando Pérez Pinzón. Proceso No 22941.

COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de casación de fecha 8 de noviembre de 2007. MP. Dr. Julio Enrique Socha Salamanca. Proceso 27388.

COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de fecha 22 de mayo de 2008. MP. Dr. Julio Enrique Socha Salamanca. Proceso 27357.

COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN PENAL. Sentencia de fecha 2 de septiembre de 2009. MP. Dr. Yesid Ramírez Bastidas. Proceso 32174

COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de casación de fecha 25 de agosto de 2010. MP. Dr. José Leónidas Bustos Martínez. Proceso No. 32964

COLOMBIA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACION PENAL. Sentencia de casación de fecha 11 de abril de 2012. MP. Dr. Augusto J. Ibáñez Guzmán. Proceso No 33920.

COLOMBIA. Decreto 3380 de 1981

COLOMBIA. Decreto 2493 de 2004

COLOMBIA, Ley 23 de 1981

CORDOBA, Fernando Jorge. La evitabilidad del error de prohibición. Editorial Marcial Pons. Madrid 2012.

ESPAÑA, Ley 30 del 27 de octubre de 1979

ESPAÑA, Real Decreto 2070 del 30 de diciembre de 1999

GOMEZ RIVERO, María del Carmen. La Responsabilidad Penal del Medico. Editorial Tirant lo Blanch. Valencia 2003. Página 133.

MARTINEZ MALAVER, José Manuel. La Coautoría Imprudente. http://www.fuac.edu.co/recursos_web/documentos/derecho/revista_criterio/articulosgarantista1/16josemartinez.pdf

MARQUEZ CARDENAS, Álvaro Enrique, GUERRA GARCIA, Yolanda M. Bioética, trasplante de órganos y derecho penal en Colombia. Revista Prolegómenos - Derechos y Valores – Universidad Militar Nueva Granda. 2011 – II Página 55

ROMEO CASABONA, Carlos María. El Médico ante el Derecho. Editorial Ministerio de Sanidad y de Consumo. Secretaria General Técnica. Servicio de Publicaciones. Zaragoza. Página 18

ROXIN, Claus. Derecho Penal Parte General, Tomo I, Fundamentos. La estructura de la teoría del Delito. Ed. Civitas. Traducción de la I. edición alemana. Primera edición (en Civitas), 1997, Pagina 371

URIBE GARCIA, Saul La responsabilidad por riesgo. http://www.juecesyfiscales.org/index.php?option=com_content&view=article&catid=10:txtosjuridicos&id=105:responsabilidadporriesgo.

VARGAS PINTO, Tatiana. La imprudencia Médica Algunos problemas de imputación de lo injusto penal. Revista de Derecho Universidad Católica del Norte, Año 17 -N° 2, 2010 pp. 99-132 http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-97532010000200005&script=sci_arttext