

NATURALEZA JURÍDICA DE LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE. ESTADO DE LA CUESTIÓN EN CUBA.

Dr. Jesús Armando Martínez Gómez¹
jesusarmando@fach.suss.co.cu

Por lo general, el Derecho considera como jurídicas sólo a las relaciones interpersonales que por su especial relevancia y significado para la vida de la comunidad y del propio individuo, “deben garantizarse, tutelando legalmente sus consecuencias jurídicas”¹. Díez-Picazo y Gullón definen la relación jurídica como “una situación en la que se encuentran dos o más personas, que aparece regulada como una unidad por el ordenamiento jurídico, organizándola con arreglo a determinados principios, y que la considera además como un cauce idóneo para la realización de una función merecedora de la tutela jurídica”². Y en efecto, cualquier definición o enfoque de la

“relación jurídica” será incompleto si no contempla la situación jurídica en que se encuentran dos o más personas, la regulación de esta como una unidad en el ordenamiento jurídico, su organización conforme con determinados principios básicos y la función económica o social merecedora de tutela jurídica que se encamina a realizar³.

El Código Civil cubano considera jurídica a “*la relación entre personas a la que la ley le atribuye efectos*” (artículo 22), de manera que aunque no hace mención a los demás aspectos que deben integrar su definición, sí es preciso cuando deja claro que

la relación jurídica se establece entre personas, y no entre personas y cosas. Tampoco es imprescindible que los mencionados aspectos aparezcan en el precepto porque “podrían inferirse de la relación concreta que se regule”⁴, por lo que en el caso particular del tema tratado se tendrán que inferir de la relación médico-paciente.

Esta relación jurídica también se da entre personas que actúan en calidad de sujetos de derechos y obligaciones, es decir, desde determinada situación de poder y de deber, y tiene como objeto desarrollar una función social merecedora de tutela jurídica, consistente en la *prestación* de servicios de carácter



¹ Licenciado en Filosofía por la Universidad “Mijail Lomonósov” de Moscú (1987) y Licenciado en Derecho por la Universidad “Martha Abreu” de Las Villas, Cuba (1999). Master en Globalización y Derecho por la Universidad de Girona, España (2005) y Máster en Bioética por la Universidad Católica “San Vicente Mártir” de Valencia, España (2010), y Doctor en Ciencias Jurídica por la Universidad de La Habana (2013). Miembro del Comité Nacional Cubano de Bioética, de la Unión Nacional de Escritores y Artistas de Cuba (UNEAC) y de la Sociedad Cultural “José Martí”. Investigador Adjunto de la Academia de Ciencias de Cuba, Presidente de la Cátedra de Derecho Médico y Jefe del Departamento de Derecho de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Sancti Spiritus “José Martí Pérez”.

médico⁵ que, según la Ley de la Salud Pública, se dirigen a “*la promoción de salud, la prevención de enfermedades, el restablecimiento de la salud*” y “*la rehabilitación social de los pacientes*” (artículo 1), por lo que involucran de una u otra forma a los bienes personales (vida, integridad física, libertad, imagen, honor, intimidad, etc.) de estos, en los que se apoya o con los cuales se relaciona su salud física y psíquica⁶. En ella el médico tiene derechos de prescripción y el paciente derechos terapéuticos⁷ que generan las obligaciones correspondientes en cada parte que, por consiguiente, también deberá respetar a la otra por su condición de persona y no sólo por el lugar y el rol específico que en el orden técnico desempeña. De manera que no se puede reducir a su aspecto técnico-profesional o de ayuda, pues se trata de una relación entre personas, y en cuanto a tal se estructura en base a lo que Larenz denomina relación jurídica fundamental, que es aquella en la que “todo ser humano tiene frente a cualquier otro derecho a ser respetado por él como persona, a no ser perjudicado en su existencia (la vida, el cuerpo, la salud) y en un ámbito propio del mismo, y cada individuo está obligado frente a cualquier otro de modo análogo”⁸.

En el año 1969, uno de los primeros y más profundos estudiosos de la relación médico-paciente en Cuba, el psicólogo José A. Bustamante, criticó su reducción a una mera relación técnica, considerando que con ello se convertía en una relación “interhumana de tipo objetivante” en la que el paciente se reducía a la condición de objeto de las acciones médicas, disminuyéndose su estatus personal⁹. Al final de los años 90, González Menéndez siguiendo a Bustamante definió la relación médico-paciente como una “relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud”, remarcando que era el médico quien debía sacar al paciente de la situación de inferioridad y dependencia en que lo sumía su estado de enfermedad, respetándolo como persona durante el ejercicio de su profesión¹⁰.

Estos planteamientos fueron de suma importancia, sobre todo si tenemos

en cuenta el carácter paternalista que tradicionalmente ha tenido la relación médico-paciente en suelo patrio, y el hecho de que se hicieran en una época en la que se pensaba que en los intereses sociales que representaba el médico ya quedaban incluidos todos los intereses y aspiraciones de sus pacientes¹¹.

El paternalismo siempre “alude al tipo de vínculo que establecen los padres con sus hijos menores de edad”, para quienes se supone que quieren lo mejor “pero sin contar con su voluntad”. Su expresión médica parte del supuesto de que la enfermedad torna vulnerable física y moralmente al paciente, convirtiéndolo en un incompetente moral, por eso considera buen paciente a aquél que ha desarrollado la virtud de “la obediencia”, y buen médico, al capacitado para mandar con autoridad¹². Se trata, por tanto, de una típica relación de subordinación en la que el médico tiene el *poder* del conocimiento, y el paciente el *deber* de quien desconoce su malestar y necesita seguir las prescripciones médicas para remediarlo.

El mandato del médico se basó históricamente en dos principios morales, que hoy son conocidos con los nombres de no-maleficencia y beneficencia, los cuales la tradición médica no logró distinguir de manera precisa, como se advierte en la conocida sentencia hipocrática que pide al médico “favorecer o al menos no perjudicar”. En esa identificación se encuentra la raíz del paternalismo porque “la relación es paternalista cuando el médico se guía por estos principios, y busca el máximo bien para su paciente aun en contra de la voluntad de éste”¹³.

La emancipación de los pacientes comenzó en la segunda mitad de la década de los 60, y tuvo como uno de sus más importantes precedentes al Código de Núremberg, aprobado en 1947, en el que ya se reconoce la necesidad de contar con el consentimiento libre e informado de la persona que se va a someter a una investigación biomédica, precepto que después se seguirá desarrollando en ulteriores declaraciones; y a múltiples sentencias de los tribunales norteamericanos, que a partir de 1890 comenzaron a considerar que

las actuaciones médicas practicadas sobre el cuerpo del paciente sin su consentimiento constituían un delito de agresión técnica.

En el desarrollo y universalización de la nueva visión ético-jurídica que condujo a la superación del paternalismo médico, fue crucial la influencia de una nueva disciplina: la bioética. Según Diego Gracia, la bioética “es una consecuencia necesaria de los principios que vienen informando la vida espiritual de los países occidentales desde hace dos siglos”, en los que se ha afirmado el carácter autónomo de los individuos tanto en el plano religioso como en el político, posibilitando la formulación del “principio de la libertad moral”, que reza: “todo ser humano es agente moral autónomo, y como tal debe ser respetado por todos los que mantienen posiciones morales distintas”¹⁴. El nuevo paradigma moral permitió el reconocimiento del enfermo como sujeto autónomo, el cual ya no quiere establecer con su médico relaciones paternalistas sino las que se establecen entre “personas adultas” que mutuamente se necesitan y respetan¹⁵.

Desde la nueva perspectiva, la valoración de un proceder terapéutico como bueno o benéfico ya no puede estar sujeta sólo a criterios médicos, siendo imprescindible también la evaluación del beneficiario de los servicios de salud, es decir, del propio paciente. Por tal razón, el procedimiento del consentimiento informado – introducido con la finalidad de que se respetara la autonomía del paciente – ha llegado a considerarse como una parte constitutiva del acto médico, y a interpretar su omisión como negligencia¹⁶. Y en tales condiciones, la beneficencia que se ejerce en oposición a la autonomía ya no es beneficencia sino maleficencia, y ocasionará un daño moral al paciente.

La posición doctrinal que emana de la bioética es hoy ampliamente aceptada por las posibilidades que brinda para el reconocimiento y el ejercicio de los “derechos del paciente”¹⁷, que “son derechos subjetivos de la persona humana relacionados con su esfera de salud-enfermedad”¹⁸, lo que viene a

significar que la condición de enfermo no priva al ser humano de la titularidad de los llamados derechos personalísimos o inherentes a la personalidad (derecho a la vida, derecho a la integridad física, derecho a la libertad, derecho al honor, derecho a la intimidad, derecho a la propia imagen), ni puede ser considerada sinónima de incapacidad para su ejercicio.

Este nuevo enfoque ha logrado una amplia aceptación en nuestro país, desde 1989 se comenzó la enseñanza de la bioética¹⁹, que cuenta entre sus frutos haber incidido en el perfeccionamiento de la relación médico-paciente para incrementar la participación de este último en la toma de decisiones médicas, lo que todavía no cuenta con el respaldo jurídico necesario. Y esto es algo que urge resolver porque con los cambios producidos la relación en cuestión adquiere cada vez más un carácter conflictual que genera tensión entre particulares. De ello dan cuenta múltiples trabajos e investigaciones de contenido bioético y biojurídico realizados en el país²⁰.

Lo anterior se complejiza por la participación en la mencionada relación de otros elementos subjetivos: la enfermera y el personal paramédico, la dirección del hospital, la seguridad social, la familia y el tribunal²¹, sin excluir que también las personas sanas contraen con el personal de la salud relaciones de tipo preventivo, de promoción u otras, en la órbita de su desempeño profesional²². Para ganar en precisión categorial al calificar la diversidad de sujetos, en España, se introdujo el término sanitario como genérico para referirse al personal implicado en la prestación del servicio de salud, y el de usuario para denominar a las personas que reciben este servicio²³, que no son necesariamente enfermas, sujetos pasivos (pacientes) ni clientes, de donde resulta que la relación sanitario-usuario es mucho más abarcadora que la relación médico-paciente²⁴. Así, todas las personas que se ponen en contacto con el sistema de salud son sus usuarios pero este hecho en sí no las convierte todavía ni en pacientes ni en enfermos.

Cuando una persona se acerca a la

institución médica y reclama sus servicios adquiere ante la Administración y sus agentes la categoría de usuario, cuando es sometida a un conjunto de exploraciones para investigar su estado de salud se comporta como “paciente”, y si las pruebas practicadas verifican la existencia de un proceso morboso, adquiere entonces la categoría de “enfermo”. De manera que los administrativos del sistema de salud tratan con usuarios, los técnicos con pacientes, y los clínicos propiamente dichos con enfermos. En aras de evitar las diferentes personificaciones que tendrían lugar en la relación jurídica que se da en el ámbito del sistema de salud, Diego Gracia propone el término “relación clínica” como más abstracto, considerando que abarca a todas las demás en su calidad de núcleo central de todo el sistema sanitario²⁵.

Según el autor español, los elementos subjetivos de la relación clínica podrían entonces reducirse a cuatro: el usuario, el sanitario, la familia y la sociedad. La ética del usuario se rige por el principio de la autonomía, en virtud del cual hoy se cualifica la actuación médica de beneficiante o no; y la del sanitario, que históricamente basó su actuación en el principio de la beneficencia, se rige hoy por el principio de la no maleficencia. La familia aporta a la relación el principio de la beneficencia y la sociedad es la que debe garantizar el principio de la justicia²⁶.

Si analizamos sobre la base de estos presupuestos, la relación en cuestión de nuestro país, sería más conveniente hablar en sentido general de trabajador de la salud y no de sanitario, por ser éste un término ya acuñado en el Sistema Nacional de Salud cubano, que es mucho más abarcador que el de médico o profesional de la salud. En cuanto al “paciente”, la Ley de salud vigente no establece su distinción con respecto a quien ya tiene un diagnóstico positivo de enfermedad, aunque sí utiliza el término “sano” para referirse a las personas no enfermas que reciben servicios de promoción y prevención de salud (artículo 31), y el de “presunto enfermo mental” para referirse a la persona que va a ingresar por primera vez a un hospital psiquiátrico (artículo 38). Pe-

ro tanto a los enfermos como a quienes son objeto de los métodos diagnósticos, se les denomina pacientes.

La doctrina conformada a la luz de la bioética aporta que la relación jurídica del paciente con el médico se rige ahora por cuatro principios en vez de dos: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. A los que habría que sumar, por cuanto ella se estructura sobre la base de una relación jurídica fundamental, el principio del respeto a la dignidad humana que tiene rango constitucional y, según el Derecho comparado, es concretado en el ámbito de la salud por los principios de la bioética y los derechos del paciente en los que estos se expresan.

El principio de no maleficencia consiste en el imperativo de no hacerle daño físico, psíquico o moral al otro; la beneficencia, en el deber de hacerle bien “procurando que realice autónomamente su propio proyecto de felicidad”; la justicia, en la obligación de “tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto en el orden social, político, económico y cultural”²⁷ y el principio de la autonomía, en el respeto a las decisiones que toman las personas autónomas, que son las capaces de autogobernarse orientando su conducta por una deliberación previa sobre sus objetivos personales.

Este último principio, que fue el que revolucionó la relación médico-paciente, se cumple mediante el proceder del consentimiento informado, cuya aplicación consta de tres elementos: a) *la información* al paciente sobre el diagnóstico, el pronóstico, las alternativas terapéuticas, los riesgos y los beneficios esperados; b) *la comprensión*, que exige que la información sea clara y precisa y que la persona informada sea capaz de entenderla y deliberar acerca de lo que considera mejor para ella; por lo que cuando no sea así deberá ser asistida en la medida en que lo necesite para que pueda decidir por sí misma, o ser sustituida o representada por otra, cuando ello no resulte del todo posible; y, c) *la voluntariedad*, que se refiere a que el consentimiento debe emitirse en condiciones libres de coerción, influencia

indebida o coacción, que le permitan a la persona decidir por sí misma, en correspondencia con sus intereses²⁸.

Los principios éticos por los que se rige la relación médico-paciente sirven de base a su regulación jurídica. Ello explica por qué la Ley de la Salud Pública cubana y su Reglamento declaran que su objetivo es establecer “los principios básicos para la regulación de las relaciones sociales en el campo de la salud pública”²⁹, y que el Código Deontológico cubano – que lleva el título de Principios de Ética Médica- se refiera a los principios éticos que rigen la conducta de los profesionales de la salud con los pacientes y familiares, y con la sociedad, entre otros, solo que en el caso de Cuba el principio de autonomía no ha recibido en la legislación la tutela necesaria para refrendar su plena utilización en la praxis sanitaria, por lo cual esta sigue realizándose dentro de una proyección general básicamente paternalista.

Por supuesto, las consecuencias jurídicas previstas para la relación médico-paciente no se limitan a las presentes en la legislación de la salud y civil, encontrando su presencia también en la legislación penal, laboral, de seguridad social y administrativa, de ahí que el incumplimiento de los deberes y obligaciones médicas pueda dar lugar a responsabilidad civil, administrativa y penal. Hoy se discute acerca del origen contractual o extracontractual de la responsabilidad civil del médico en nuestro medio³⁰, aunque gana cada vez más adeptos la teoría que aboga por la unificación de este tipo de responsabilidad³¹.

Según Esquivel Zubiri, lo más común es que la relación entre el paciente y el médico se origine a través de un acto que se denomina acto jurídico médico o clínico, por el que entiende al “acuerdo de voluntades expreso, tácito o por disposición de la ley”, sostenido entre el médico y el paciente, “que tiene como objeto, diagnosticar, atender, prevenir, curar y habilitar a otra persona llamada paciente”³², y que suele ser identificado en la doctrina como “un contrato de prestación médica, asimilándolo dentro de la categoría de los contratos de prestación

de servicios profesionales”³³, o como un tipo especial de los llamados contratos de arrendamiento de servicios³⁴.

Si profundizamos en el contenido del acto clínico y la consiguiente relación médico-paciente, el interrogatorio (*anamnesis*), el examen físico, los estudios complementarios, el diagnóstico y la conducta terapéutica elegida recaen sobre bienes que son objeto de los derechos inherentes a la personalidad (vida, integridad física, libertad, intimidad, etc.), de ahí que salvo en situaciones excepcionales, el galeno y el equipo médico precisen del consentimiento del paciente para poder utilizar los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para resolver su problema de salud, el cual en principio no podría ser tácito porque debe estar precedido por la información clara y precisa al paciente para que pueda decidir con conocimiento de causa, con lo cual concuerda la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos³⁵.

Sucede que el consentimiento informado hoy es mucho más que un proceder médico o un componente de su *lex artis*, pues se ha convertido en un derecho subjetivo del paciente, y en cuanto tal confiere legitimidad al acto médico en las más variadas proyecciones jurídicas que pueda presentar (por ejemplo, civiles y penales). De ahí que la información misma y el consentimiento sean considerados deberes jurídicos del médico, como medio del respeto a la autonomía o autodeterminación del paciente, cuyos derechos inherentes a la personalidad mantienen plena vigencia a pesar del estado de disminución en que pueda encontrarse producto de su enfermedad. Todo ello sin perjuicio de que en situaciones extremas donde resulte afectada su capacidad, se pueda llamar a terceras personas para que lo sustituyan o representen en la manifestación del consentimiento³⁶.

Por tanto, el respeto al paciente ya no es algo potestativo del médico, pues no depende de la forma en que el facultativo maneje su relación con el enfermo – como entendieron Bustamante y González Menéndez-. Ahora es un deber jurídico correlativo del derecho a la autodeterminación del

paciente, que se encuentra estrechamente vinculado con su dignidad.

Algunos autores, teniendo en cuenta el papel del consentimiento informado en el acto médico, hablan de la negociación como elemento generador de la relación médico-paciente en la actualidad, y en específico del contrato de prestación de servicios³⁷. Según Llamas Pombo, existen diferencias entre “el consentimiento entendido como elemento de un negocio jurídico privado” y el consentimiento “como expresión libre por parte del paciente de que se verifique una intervención médica en su cuerpo”, por lo que acota: “Así, por ejemplo, mientras que cuando de consentimiento contractual se trata, es evidente la exigencia de mayoría de edad o emancipación del paciente, cuando es consentimiento–legitimación –por llamarlo de alguna forma-, tal vez no esté tan claro dicho requisito. Con el primero, la voluntad del paciente se dirige al nacimiento de un contrato, del cual se deriva para la otra parte la obligación de asistencia y para él la de pagar los honorarios. Con el segundo, el paciente quiere solamente permitir que el médico realice determinados actos que afectan al cuerpo y la integridad física de aquel que intente curar”³⁸.

Estimamos que la verdadera novedad de la doctrina y la praxis del consentimiento informado fue la de su sentido legitimador de las acciones practicadas por el médico, pues como elemento del negocio jurídico se aplicó siempre en el ejercicio de la medicina privada capitalista – en el contrato de prestación de servicios el paciente se compromete a abonar una determinada suma de dinero, y a cambio el médico a ofrecerle determinados servicios-, sin que con ello se superara el paternalismo médico porque éste se establece en el plano de la relación jurídica pura, estrictamente personal.

Por otra parte, como señala Cifuentes, resulta inválida “toda convención que tenga por objeto al cuerpo o cualquiera de sus partes”. En estos casos el acuerdo de voluntades no tiene fuerza vinculativa, pues está excluida toda relación jurídica bilateral que sea fuente de obligaciones en relación con la vida, el cuerpo y

sus partes y la salud del paciente, para quien el consentimiento no genera ninguna obligación, de ahí que pueda arrepentirse en cualquier momento de lo consentido. El consentimiento sólo concede al médico el poder necesario para que pueda hacer su trabajo sobre el cuerpo del paciente siempre y cuando este no se arrepienta. Por tanto, con el consentimiento el paciente lo que hace es disponer –relativamente– de su integridad física en el acto médico, y con el contrato –en el caso de que lo haya– no hace más que asegurar el procedimiento médico a través de su obligación de remuneración, que genera en la contraparte la obligación correspondiente de prestación.

Los aspectos apuntados evidencian que estamos ante una relación jurídica que se establece entre sujetos que se encuentran en un plano de igualdad, en la que están involucrados los derechos inherentes a la personalidad. Se trata, por tanto, de una relación jurídica de naturaleza privada, con independencia del país donde ella tenga lugar y el tipo de institución –pública o privada– en la que se realice. Pero el acuerdo al que puedan arribar las partes en ella no debe identificarse con el propio de la concertación del contrato de prestación de servicios que es previo y está relacionado con el acto médico –en aquellos lugares donde se practica la medicina privada–, que es el que da lugar en sí a la relación médico-paciente en la que se involucran directamente los derechos inherentes a la personalidad.

La relación médico-paciente encuentra sustentación jurídica en el artículo 1 del Código Civil cubano, en el que se precisa que el mismo regula relaciones “entre personas situadas en un plano de igualdad”³⁹, aunque el contenido patrimonialista del precepto no incluya a las relaciones personales puras⁴⁰, propias del ejercicio de los derechos inherentes a la personalidad, que sin embargo son reconocidas en los artículos 38 y 88 del Código Civil cubano. Este aspecto debe tomarse en cuenta toda vez que el carácter público de la medicina cubana relega a un segundo plano o resta importancia al contenido patrimonial de relación médico-paciente, lo que le permite

centrarse mucho más en el vínculo interpersonal puro⁴¹.

Sin embargo, se debe aclarar que cuando los servicios médicos son prestados por instituciones públicas tampoco nos podemos sustraer al hecho de que los galenos actúan también en calidad de agentes de la Administración – en el supuesto del médico de asistencia en Cuba, se trata de un trabajador técnico de una unidad administrativa de servicios o investigación de la salud⁴²–, que es la que tiene el encargo social de ofrecer esos servicios y dispone en su patrimonio, como persona jurídica, de los medios necesarios para ello. Y aquí el adjetivo público hace referencia al Estado y al carácter social de las necesidades que tienen como fin resolver sus instancias administrativas, cuyas actuaciones están sometidas al Derecho Administrativo y dan lugar también al establecimiento de relaciones jurídico-administrativas⁴³. ¿No contradice esto último todo lo planteado respecto de la relación médico-paciente?

Según Javier Salas, “sólo existen relaciones administrativas entre particulares cuando uno de ellos ejerce por delegación –singular o institucional– poderes o facultades propias de la Administración, entendida en sentido subjetivo. En todos los demás casos, las relaciones entre sujetos privados son de naturaleza privada por muy ‘públicas’ que sean los intereses que las ‘coloreen’, y por muy ‘administrativas’ que sean las normas que los regulen”⁴⁴. En tal sentido, serán administrativas las relaciones entre el médico y el paciente en las que el primero ejerza potestades administrativas y no sólo las propias de un profesional de la medicina, es decir, aquellas relaciones en las que el médico esté facultado por la Administración para exigir la subordinación del paciente al imperativo de la norma administrativa. Y en este caso, al irrumpir la Administración en la relación médico-paciente esta entraría al menos parcialmente en el ámbito del Derecho Administrativo⁴⁵.

¿Cuándo se produce este tipo de irrupción? Pues cuando existe la necesidad de proteger el bien común de posibles daños o perjuicios y de cumplir

con el imperativo de la justicia –pues la garantía de la justicia como valor y en su sentido procesal es una función que tienen siempre a su cargo las instituciones públicas–, y en consecuencia las relaciones entre el médico y el paciente no se puedan establecer en condiciones de igualdad, exigiéndose el sometimiento del segundo al primero. Así, por ejemplo, cuando a un paciente se le practica una serología y se detecta su contagio por el VIH u otro tipo de agente infesto-contagioso capaz de provocar una enfermedad de grave peligro para la vida de un tercero o de la colectividad, éste estará en la obligación de colaborar con el médico a fin de que se pueda interceptar la cadena de transmisión y se impida la proliferación del agente trasmisor de la enfermedad, aunque ello suponga violar su derecho a la intimidad. De igual forma deberá comportarse



el paciente que resulte implicado en un problema médico-legal. La necesidad de que el interés individual de este ceda ante el interés colectivo es lo que determina que las situaciones descritas queden sometidas a las normas de Derecho público y no a las del Derecho privado, y que en ese caso el médico deba actuar frente al paciente haciendo valer su potestad de agente de la Administración a través de un acto de autoridad, y no como un particular más que se relaciona con él para ayudarlo en la gestión de su salud.

En tal sentido, se debe precisar también que la Administración de servicios de salud se rige por el principio de la legalidad, y ello obliga a

sus agentes a no cometer arbitrariedades que provoquen un ejercicio desmedido de su actuación, para lo cual deberán respetar los derechos de los administrados, pues de otra forma sería imposible lograr el equilibrio necesario entre los intereses individuales y colectivos que requiere el desenvolvimiento de la vida en sociedad⁴⁶. Además, dentro de sus funciones está la de autocontrol, en virtud de la cual ella misma se impone límites reconociendo los derechos de las personas con las cuales interactúa. Pero todo ello se enmarca dentro de la misma relación jurídico-administrativa, que tiene una naturaleza jurídica pública, por lo que los médicos como agentes de las unidades administrativas de servicios de salud podrán sostener relaciones jurídicas privadas con sus pacientes siempre que se relacionen con estos en condiciones de igualdad, respetando sus derechos al ejercer las facultades

que le confiere la ley para el ejercicio de su profesión, y no haciendo valer sus potestades como agentes de una unidad administrativa. Pero lo anterior no niega que pueda existir una relación privada entre la Administración y el paciente cuando estos se relacionen en condiciones de igualdad, y la primera no haga valer su *imperium* de entidad estatal en su relación con el paciente.

Un paso decisivo en el reconocimiento de los mencionados derechos en la esfera sanitaria fue dado cuando se aprobó la “Carta de Derechos del Paciente” (*Patient's Bill of Rights*) por la Asociación Americana de Hospitales, el 6 de febrero de 1973⁴⁷, en la que prácticamente la totalidad de los derechos consignados son especificaciones del derecho a la información y al consentimiento. De forma general esa ha sido la tendencia observada en los códigos de derechos del enfermo que en lo sucesivo se aprobaron, los cuales han tratado de equilibrar el derecho prescriptivo del médico con el derecho terapéutico del paciente a través del consentimiento informado, haciéndolos a ambos responsables de la vida y de la salud como bienes fundamentales del ser humano.

La Organización Mundial de la Salud, buscando llegar a un acuerdo so-



bre esta materia, adoptó la Declaración sobre los derechos del paciente en su 34ª Asamblea Médica Mundial, celebrada en Lisboa en 1981, recogiendo los siguientes derechos: 1) derecho a la atención médica de buena calidad, 2) derecho a la libertad de elección, 3) derecho a la autodeterminación, 4) derecho a la información, 5) derecho al secreto, 6) derecho a la educación sobre la salud, 7) derecho a la dignidad, 8) derecho a la asistencia religiosa⁴⁸. La aprobación de esta Declaración por una institución internacional le confirió una enorme importancia, lo que explica el desarrollo experimentado por el movimiento nacional a favor de los derechos del paciente a partir de la década del 80 del pasado siglo, y la aprobación en diferentes países de instrumentos jurídicos para su protección.

El reconocimiento expreso de la mayoría de los derechos que permiten al paciente ejercer su autonomía para decidir con respecto a la atención de su salud y la propia vida en el contexto de su relación con el médico sigue siendo una asignatura pendiente en nuestro medio, en el que la preparación ética de los profesionales y la formación de una conciencia moral en correspondencia con los imperativos morales de la bioética no ha logrado alcanzar todavía el respaldo legal necesario.

A modo de conclusiones

Como toda relación jurídica, la estructura de la relación médico-paciente la integran tres elementos esenciales, contemplados en el artículo 23 del Código Civil cubano: el sujeto, el objeto y la causa. El sujeto de la misma lo constituyen las personas (naturales o jurídicas) que se encuentran dentro o actúan en ella, quienes jugarán un papel activo, pasivo o compartido en dependencia de la situación jurídica -de poder o de deber- en que se encuentren al relacionarse unas con otras, de manera que como señala Enríquez Sordo, derecho subjetivo y deber jurídico serán los efectos correlativos que produce la relación en cuestión para sus sujetos activo y pasivo⁴⁹.

Los sujetos por antonomasia de esta relación son el galeno y la persona que este asiste profesionalmente, es decir, su paciente, pero no se podría reducir a ellos su composición porque hoy el sujeto médico se torna cada día más colectivo y porque las personas enfermas no son las únicas que reciben servicios de carácter médico, ni los enfermos siempre son pacientes. Además, el carácter conflictual que cada vez se acentúa más en esta relación es fuente también para la participación de nuevos sujetos.

La doctrina nacional es coincidente en cuanto a que el legislador del Código cometió un error técnico al reducir el objeto de la relación jurídica en un sentido puramente materialista. Aunque la regulación del objeto en el ámbito legislativo se concibe de forma inmediata, se puede distinguir doctrinalmente entre el objeto inmediato y el objeto mediato de la relación jurídica, entendiendo por el primero a “la materia sobre la que recae la relación”, a “aquellos bienes de naturaleza diversa, tanto material como inmateria, patrimonial como no patrimonial, que sirven de inter-

conexión entre dos o más personas o sujetos de derecho”, y por el segundo, a “la finalidad que se persigue con dicha interacción, ya sea transmisión de la titularidad de determinados bienes, realización de determinadas conductas o defensa de determinados intereses”⁵⁰.

La relación médico paciente tiene por objeto inmediato una *prestación*, cuyo contenido son los servicios médicos que tienen una finalidad (objeto mediato) diversa: promoción de salud, prevención de enfermedades, el restablecimiento de la salud y la rehabilitación. Por tanto, estamos ante una relación jurídica de obligaciones, y particularmente ante una obligación de medios –esta es la norma, pues los médicos que practican la cirugía estética también contraen una obligación de resultado-, que en las condiciones específicas de Cuba se integra al patrimonio de la persona jurídica de la institución de la Salud, en representación de la cual actúa el médico.

El legislador del Código Civil cubano se refiere a la causa como al elemento que genera la relación jurídica, comprendiendo dentro de ella a los acontecimientos naturales, los actos jurídicos, los actos ilícitos, el enriquecimiento indebido y las actividades que general riesgo (artículo 47). De acuerdo a lo preceptuado en este cuerpo legal, la causa que genera la relación médico-paciente es el acto jurídico⁵¹ –con independencia del adjetivo que utilicemos: médico, clínico, etc.-, pues no cabe duda que la prestación del servicio médico es generada por hechos jurídicos en cuya producción concurre la voluntad humana.

El pensamiento bioético ayudó al reconocimiento del paciente como persona autónoma –capaz de decidir por sí misma sobre la base de su deliberación fundada en una información previa-, y ello facilitó comprender que la relación médico-paciente precisa del respeto de los derechos subjetivos de este último, que son derechos que se enraízan en su dignidad y le permiten hacerla valer en su relación con el médico. Ese cambio de visión ha tenido una importancia crucial para el replanteo de la relación médico paciente, que dejó de ser una relación vertical o de subordinación, sustentada en el paternalismo médico, para convertirse en una relación horizontal o establecida en condiciones de igualdad entre personas con capacidad para ejercer su autonomía.

Hasta entonces, aun las relaciones jurídicas de base contractual tuvieron en la praxis sanitaria un trasfondo moral que se correspondía mucho más con el modelo del Derecho Administrativo que con el propio del Derecho privado.

En Cuba, el contenido moral de la relación médico-paciente ha venido cambiando progresivamente –al menos en muchos lugares- hacia el modelo horizontal, pero en las bases legales que sustentan dicha relación sigue pesando mucho más el elemento administrativo que el privado, y ello conspira contra el reconocimiento de los derechos subjetivos del paciente, garantía jurídica sin la cual la igualdad entre las partes siempre correrá el riesgo de desequilibrarse a favor del criterio médico en esta relación.

Referencias bibliográficas

1. Valdés Díaz, Caridad del Carmen, "La relación jurídica civil", en *Derecho Civil. Parte General*, Editorial "Félix Varela", Caridad del Carmen Valdés Díaz (Coordinadora), Editorial Félix Varela, La Habana, 2002, p. 81.
2. Díez-Picazo, Luís y Antonio Gullón Ballesteros, *Sistema de Derecho Civil*, vol. I, 8ª edición, Editorial Tecnos, Madrid, 1994, p. 216.
3. Cf. Valdés Díaz, C. del C., "La relación jurídica...", *cit.*, pp. 78-79.
4. Valdés Díaz, Caridad del Carmen, "Artículo 22", en *Comentarios al Código Civil cubano*, t. I, Leonardo B. Pérez Gallardo (Director), inédito.
5. Cf. Artículo 45.1 del Código Civil de la República de Cuba, Ley No. 59/1987, de 16 de julio, anotado y concordado por Leonardo B. Pérez Gallardo, Ciencias Sociales, La Habana, 2011.
6. De Castro y Bravo, Federico, *Temas de Derecho Civil*, Madrid, 1972, pp. 10 y ss.
7. Fernández Varela Mejía, Héctor y Gabriel E. Sotelo Monroy, "El consentimiento mediante información", en *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol. 43. No. 1, enero-febrero, 2000, p. 11.
8. Larenz, K., *Derecho civil. Parte General* (traducción española), Madrid, 1978, *cit. pos* Valdés Díaz, C. del C., "La relación...", *cit.*, p. 80.
9. Bustamante, José A., *Psicología médica*, t. II, 1ª reimpresión de la 1ª edición, Ediciones de Ciencia y Técnica, La Habana, 1969, pp.91-105.
10. González Menéndez, Ricardo, "La nueva dimensión de la relación médico-paciente en nuestros días", en Acosta Sarriego, José Ramón, *Bioética desde una perspectiva cubana*, 2ª edición, Centro "Félix Varela, La Habana, 1997, p. 106.
11. *Vid.* Colectivo de Autores, *Sociología para médicos*, Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 1985, pp. 176-177.
12. Gracia, Diego, *Ética y vida* No 2: *Bioética Clínica*, Editorial El Búho, Santa Fé de Bogotá, 1998, pp. 65-66.
13. *Ibidem*.
14. Gracia, Diego, *Fundamentos de bioética*, EUDEMA, Madrid, 1989, p. 17.
15. *Idem*.
16. *Ibidem*, pp. 151-173.
17. El término en sí puede inducir a errores de interpretación, pues su sentido literal sugiere la existencia de una serie de derechos que surgen como consecuencia de la situación particular de enfermedad, y la enfermedad no es en sí misma una cualidad de la persona que origina derechos específicos a añadir a aquellos de los que ya es titular un hombre sano, lo que no niega que el ejercicio de tales derechos en condiciones de enfermedad pueda plantear problemas. *Vid.* Luna Maldonado, A., "Los derechos del paciente", en Gisbert Calabuig, Juan Antonio (Coordinador), *Medicina Legal*, 4ª edición, Masson S.A., Barcelona, 1991, p. 93.
18. Garay, Oscar Ernesto, "Derechos de los pacientes", *Diccionario latinoamericano de Bioética*. Juan Carlos Tealdi (Director), UNESCO/ Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética/Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2008, p. 249.
19. Acosta Sarriego, José Ramón, *Los árboles y el bosque. Texto y contexto de la bioética cubana*, Centro Félix Varela, La Habana, 2009, pp. 241 y ss.
20. Es meritorio en este sentido el rol desempeñado por el libro *Bioética desde una perspectiva cubana*, editado científicamente y coordinado por el Dr. José Ramón Acosta Sarriego, y en la última década por la revista *Bioética* del Centro Juan Pablo II, que preside el Dr. René Zamora Marín, además de los trabajos que han abordado específicamente esta temática tanto en el plano moral como en el jurídico. *Vid.* Sánchez Santiesteban, Ana María, "El consentimiento informado y la relación médico-paciente", en *Bioética*, Revista del Centro de Bioética Juan Pablo II, vol. 9, No. 3 - septiembre - diciembre 2009, pp. 4-8; de la Uz Herrera, María Elena "La relación médico-paciente y su panorama actual", en *Bioética*, Revista del Centro de Bioética Juan Pablo II, vol. 10, No. 1, enero-abril 2010, pp. 21-25; Rivero Varona, Marta R., "La relación médico paciente: una dimensión virtuosa y digna", *Bioética*, Revista del Centro de Bioética Juan Pablo II vol. 11, No. 2, mayo-agosto 2011, pp. 14-17; Sánchez Feal, Yaumara Milagro y Beleydis Peña Rodríguez: "El contrato de seguro médico en Cuba. Consideraciones generales", en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, octubre 2011, tomado del sitio: www.eumed.net/rev/cccss/14/, consultado el 9/08/2012, a las 9:44 am; Sánchez Feal, Yaumara Milagro: "La contratación en Cuba. Particular no zanjado", en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, octubre 2011, tomado del sitio: www.eumed.net/rev/cccss/14/, consultado el 9/08/2012, a las 9:33 am; Suardíaz Pareras, Jorge H., "Relación médico paciente y tecnología médica: Una visión personalista", en *Bioética*, Revista del Centro de Bioética Juan Pablo II, vol. 11, No. 1, enero-abril 2011, Suplemento, pp. I-IV; Méndez Mariño, Ana "El consentimiento informado en las relaciones médico-paciente con discapacidad intelectual", tomado del sitio: <http://www.monografias.com/trabajos71/relaciones-medico-paciente-dis-capacidad-intelectual/relaciones-medi-co-paciente-discapacidad-intelectual2.shtml>, consultado el 9/08/2012, a las 10:56 am.
21. *Vid.* Gracia D., *Fundamentos...*, *cit.*, pp. 18-19; Gracia D., *Ética y vida* No. 2..., *cit.*, pp. 66-67, y Gracia Diego, "Introducción a la bioética médica", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, mayo-junio de 1990, vol. 108, N^{os} 5 y 6, pp. 377-378.
22. Martínez Gómez, Jesús Armando, "¿Qué entender por responsabilidad médica?", en *Laguna*, Revista de Filosofía de la Universidad de La Laguna, Tenerife, No 17, 2005, p. 142.
23. Los términos "sanitario" (específicamente "personal sanitario", "funcionarios sanitarios") y "usuario" se comenzaron a utilizar en la Ley General de Sanidad española de 1986, y luego se incorporaron a la Ley básica reguladora de la autonomía de 2002, que habla de "profesional sanitario" y "personal sanitario", y los define y diferencia en su artículo 3 al paciente y al usuario, entendiéndose que paciente es "la persona que requiere de asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud", y que usuario es "la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud,

- de prevención de enfermedades y de información sanitaria”. *Vid.* Ley 14 de 1986, de 25 de abril, General de Sanidad”, tomada del sitio: [http://www.sergas.es/gal/NormativaConvenios/NormativaEstatal/Ley %20141986 %20general%20de%20sanidad.htm](http://www.sergas.es/gal/NormativaConvenios/NormativaEstatal/Ley%20141986%20general%20de%20sanidad.htm), consultado el día 14/1/2010, a las 6:30 am y Ley No. 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en: *Cuadernos de Bioética. XVII, 2006/1ª*, pp. 80-81, tomada del sitio: http://www.isciii.es/htdocs/terapia/legislacion/TerapiaLey_412002.pdf, consultado el 18/12/09 a las 7:23 am.
24. *Vid.* GRACIA D., *Ética y vida* No. 2, *cit.*, pp. 66-67, y GRACIA D. “Introducción...”, *cit.*, pp. 377-378.
25. *Ibidem.*
26. Revisando la amplia obra de Diego GRACIA, nos percatamos de que se refirió en un inicio a que el médico actuaba guiado por el principio de beneficencia, punto de vista que corrigió posteriormente por considerar que es el principio de no maleficencia el que guía la actuación médica cuando la relación médico-paciente se basa en la autonomía. *Ibidem.*
27. Simón Lorda, Pablo, “El consentimiento informado: abriendo nuevas brechas”, en *Problemas prácticos del consentimiento informado*, Cuadernos de la Fundación Víctor Grífiols i Lucas, No 5, 2002, p. 24
28. *Vid.* El primer documento donde se desarrollaron estos elementos fue en el Informe Belmont, sobre cuya base han alcanzado un desarrollo en la doctrina y la legislación de salud. *Vid.* Informe Belmont, tomado del sitio: <http://www.bioetica.org/bioetica/doct21.htm>, el día 9/02/2007, a las 5:47 am; artículo 5 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, aprobado en Oviedo, el 4 de abril de 1997, y ratificado el 5 de octubre de 1999, en *BOE*, No. 251, 20 de octubre de 1999, pp. 36825-36830.
29. *Vid.* Artículo 1 de la Ley No. 41/1983, de 13 de julio, de la Salud Pública, en *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, Edición Ordinaria No 61, La Habana, 15 de agosto de 1983, y el artículo 2 del Decreto No 139/1988, de 4 de febrero, Re-

glamento de la Ley de Salud Pública, en *Compendio de Legislación Ambiental*, Eulalia Viamontes Guilbeaux (seleccionadora y compiladora), La Habana, Editorial “Félix Varela”, 1998, pp. 157-200.

30. *Vid.* Pérez Ruiz, Gissel y Lisbet López Fernández, “La responsabilidad del médico en el contexto legal actual”, en *Revista Jurídica*, Ministerio de Justicia de Cuba, vol. 2, No 3, 2001, pp. 74-75; SÁNCHEZ FEAL, Yaumara Milagro y Beleydis PEÑA RODRÍGUEZ: “El Contrato de Seguro Médico en Cuba. Consideraciones Generales”, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, octubre 2011, tomado del sitio: www.eumed.net/rev/cccss/14/, consultado: 9/08/2012, a las 9:44 am; Sánchez Feal, Yaumara Milagro: “La contratación en Cuba. Particular no zanjado”, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, octubre 2011, www.eumed.net/rev/cccss/14/, tomado del sitio: 9/08/2012, 9:33 am
31. Al respecto es importante señalar que el legislador del Código Civil trató de conciliar las diferencias de regímenes entre la responsabilidad contractual y extracontractual mediante el artículo 294, que remite a los artículos 81 al 99, pero al no señalar que el incumplimiento contractual constituye un ilícito civil se considera imposible conciliar las diferencias entre ambas responsabilidades en cuanto a su origen (*Vid.* Valdés Díaz, Caridad del Carmen, “Causas de las relaciones jurídicas”, en *Derecho Civil. Parte General...*, *cit.*, pp. 252-253), aunque también se ha llegado a considerar con respecto a la pretensión unificadora del artículo 294, que se debe seguir profundizando en su estudio a través de una interpretación histórico-sistemática que ayude a dilucidar el significado de “lo pertinente” en el mismo, y las consecuencias prácticas de sus regulaciones en el orden sustantivo y procesal (*Vid.* Delgado Vergara, Teresa, “Algu-



- nos apuntes a propósito de la unificación de la responsabilidad civil”, en *Revista Cubana de Derecho*, IV Época, No. 34, julio-diciembre 2009, p. 44). Estudios realizados en materia de responsabilidad médica también manifiestan la necesidad de un enfoque unificado para la determinación de la responsabilidad civil del médico. Cf. Medina Castellano, Delia, *Enfermería S 21. Ética y Legislación*, 2ª edición, Ediciones DAE, Madrid, 2002, pp. 258-266.
32. Esquivel Zubiri, Jorge Luís, “Generalidades de responsabilidad civil medico paciente”, tomado del sitio: http://www.tuobra.unam.mx/publi_cadas/0507091710_27.html, consultado el 28/11/2008, a la 8:28 pm.
33. *Ídem*.
34. Vid. Gracia, Diego, *Ética y vida No 2...*, *cit.*, pp. 65-66; Gisbert Calabuig, J. A., “El acto médico”, *cit.*, p. 54.
35. Vid. Artículo 6, apartado 1 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, adoptada por la Conferencia General de la UNESCO, el 19 de octubre de 2005, tomado del sitio: http://portal.unesco.org/shs/en/ev.php-URL_ID=1837&URLDO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html, consultado el 2/06/2007, a las 12:08 am.
36. Cf. Romeo Casabona, Carlos Manuel, “El consentimiento informado en la relación entre el médico y el paciente: aspectos jurídicos”, en *Problemas prácticos del consentimiento informado*, Cuadernos de la Fundación Víctor Grífolis i Lucas, No 5, 2002, pp. 64-65.
37. Vid. Gracia, D., *Ética y vida No. 2...*, *cit.*, p. 66; Fernández Varela Mejía, Héctor y Gabriel E Sotelo Monroy, “El consentimiento mediante información”, en *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol. 43 No.1, Enero-Febrero, 2000, pp. 6-11; Sánchez Feal, Y. M. y B. Peña Rodríguez: “El Contrato...”, *cit.*; Sánchez Feal, Y. M., “La contratación en Cuba...”, *cit.*
38. *Cit. pos* Simón Lorda, P., “El consentimiento...”, *cit.*, pp. 34-35.
39. El precepto en cuestión establece: “*El Código Civil regula relaciones patrimoniales y otras no patrimoniales vinculadas a ellas, entre personas situadas en un plano de igualdad, al objeto de satisfacer necesidades materiales y espirituales*”.
40. El artículo 1 del Código Civil el tipo de relación jurídica objeto de sus regulaciones: “*El Código Civil regula relaciones patrimoniales y otras no patrimoniales vinculadas a ellas, entre personas situadas en un plano de igualdad, al objeto de satisfacer necesidades materiales y espirituales*”. La limitación de las relaciones jurídico-civiles a las patrimoniales o relacionadas con ellas fue un error del legislador, que en el artículo 38 reconoce los derechos inherentes a la personalidad, y en el artículo 88 se refiere específicamente a la reparación del daño moral mediante la retractación pública del ofensor, ignorando incluso la posibilidad de resarcir pecuniariamente este tipo de daño. Vid. Valdés Díaz, Caridad del Carmen, “Artículo 1”, en *Comentarios...*, *cit.*, y Rodríguez Corría, Reinerio, “Artículo 88”, en *Comentarios...*, *cit.*
41. La afirmación la hacemos con respecto a la atención médica que reciben los ciudadanos cubanos y extranjeros residentes permanentes en el país, porque las relaciones jurídicas que se establecen en la atención médica de los extranjeros que no pertenecen a la anterior categoría, se origina a partir de la concertación de un contrato de prestación de servicios médicos. Vid. Milagro Sánchez Feal, Y. y B. Peña Rodríguez, “El contrato...”, *cit.*; y Milagro Sánchez Feal, Y., “La contratación...”, *cit.*
42. Cf. Artículos 1 y 2 de la Ley No. 41/1983 y artículos 2, 3 y 4 del Decreto No. 139/1988.
43. Cf. Matilla Correa, Andry, “La Administración Pública”, en *Introducción al estudio del Derecho*, Andry Matilla Correa (Coordinador), Editorial “Félix Varela, La Habana, 2004, pp. 115-117.
44. Salas, Javier, “Sobre la naturaleza jurídica de las relaciones entre los usuarios de los servicios públicos y las empresas concesionarias”, en *Revista Española de Derecho Administrativo*, Madrid, enero-marzo 1975, No. 4, versión en cd-rom, Civitas, 1999.
45. Vid. García de Enterría, Eduardo y Tomás Ramón Fernández, *Curso de Derecho Administrativo*, Parte 1, Editorial Félix Varela, La Habana, 2006, p. 46. Cf. Matilla Correa, A., “La Administración...”, *cit.*, pp. 119 -120.
47. Vid. Carta de Derechos del Paciente, aprobada por la Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales el 6 de febrero de 1973, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, mayo-junio de 1990, vol. 108, N^{os} 5 y 6, pp. 642-644; y Fernández Varela Mejía, Héctor y Gabriel E. Sotelo Monroy, “El consentimiento mediante información”, en *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol. 43 No.1, Enero-Febrero, 2000, p. 6.
48. Vid. Declaración de Lisboa de La Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente, adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial en Lisboa, Portugal, septiembre/octubre 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General en Bali, Indonesia, septiembre 1995.
49. Enríquez Sordo, Jorge, “Artículo 23”, en *Comentarios...*, *cit.*
50. *Ibidem*.
51. En el artículo 49.1. del Código Civil cubano se define al acto jurídico como “*una manifestación lícita, de voluntad, expresa o tácita, que produce los efectos dispuestos por la ley, consistentes en la constitución, modificación o extinción de una relación jurídica*”.

*Licenciado en Filosofía por la Universidad “Mijail Lomonósov” de Moscú (1987) y Licenciado en Derecho por la Universidad “Martha Abreu” de Las Villas, Cuba (1999). Master en Globalización y Derecho por la Universidad de Girona, España (2005) y Máster en Bioética por la Universidad Católica “San Vicente Mártir” de Valencia, España (2010), y Doctor en Ciencias Jurídica por la Universidad de La Habana (2013). Miembro del Comité Nacional Cubano de Bioética, de la Unión Nacional de Escritores y Artistas de Cuba (UNEAC) y de la Sociedad Cultural “José Martí”. Investigador Adjunto de la Academia de Ciencias de Cuba, Presidente de la Cátedra de Derecho Médico y Jefe del Departamento de Derecho de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Sancti Spiritus “José Martí Pérez”. ◀