

RECOMENDACIÓN JUNIO 2015

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL NUEVO CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL

Dr. Fabián Vítolo
Dr. Jose Ignacio Luquin

NOBLE Compañía de Seguros

La entrada en vigencia del Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación a partir del 1 de agosto de este año nos lleva a revisar un tema ya abordado en varias oportunidades por nuestra compañía, con especial foco en aquello que complementa y modifica la actual normativa (Ley 26.529 de derechos del paciente y su decreto reglamentario 1089/12)

El consentimiento informado es el instrumento ético y jurídico que reconoce el derecho a la autonomía de la voluntad en la relación médico-paciente. Sin embargo, pese a la abundante doctrina, jurisprudencia y legislación que regula su implementación, una gran mayoría de médicos e instituciones continúan minimizando su importancia. A los problemas de forma, (formularios genéricos y excesivamente “legales”, espacios sin completar, falta de firmas) se suma un grave problema de fondo: muchos pacientes son incapaces de repetir, cuando se les pregunta, cuáles son los objetivos del tratamiento propuesto, sus características, riesgos y alternativas.

El concepto de mala praxis comprende no sólo la impericia, imprudencia o negligencia en la realización del acto médico sino también la inobservancia de los deberes a cargo del profesional. Y el deber de información es una premisa fundamental de la buena práctica médica. Cada vez son más los fallos judiciales que condenan a médicos por incumplir este deber, más allá de su correcto accionar técnico y de que la complicación sufrida estuviera dentro de las previsibles del procedimiento:

“Es indemnizable el daño que genera la ausencia de información o la información insuficientemente brindada por los facultativos que intervienen quirúrgicamente a la actora y el mismo encuentra su fundamento en el menoscabo a la dignidad personal del paciente que se vio privado de ponderar en forma acabada los riesgos de la intervención y decidir libremente sobre las opciones clínicas disponibles”

*Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Minas, de Paz y Tributaria de Mendoza. Sala
Primera 2 septiembre 2014*

“Aún cuando el médico haya diagnosticado correctamente y aplicado las prácticas terapéuticas también correctas e indicadas, la debida obtención del consentimiento es un presupuesto y elemento integrante de la lex artis ad hoc. La conducta del médico demandado ha lesionado el derecho a la información y autonomía del paciente, impidiéndole aceptar el riesgo y formular su plan de vida”

*B.R.A. c/B.J.P y otros s/daños y perjuicios. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil Sala M.
28 de junio 2012*

Un proceso de consentimiento bien instrumentado, además de proteger la autonomía de pacientes vulnerables (enfermos y sujetos de investigación), fomenta la racionalidad de las decisiones médicas, al tener que ponderar los riesgos y beneficios de lo que se propone. Y, si bien puede obstar la responsabilidad por la materialización de riesgos conocidos y asumidos por el paciente, no debería ser considerada exclusivamente como una herramienta de defensa médico-legal sino como un instrumento de afianzamiento de la relación que alivie recelos y disminuya temores.

Definición y contenido del consentimiento informado en el nuevo Código Civil y Comercial

En el nuevo Código, el tema del consentimiento informado es abordado en el apartado correspondiente a los “Derechos Personalísimos”, entre los art. 57 y 60 del Capítulo 3 del Libro Primero (Parte General). La definición del instrumento y su contenido es prácticamente idéntica a establecida en la ley 26.529 y su decreto reglamentario 1089/12:

Art. 59.- Consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud

El consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por el paciente, luego de recibir información clara, precisa y adecuada respecto a:

- a) su estado de salud;
- b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) los beneficios esperados del procedimiento;
- d) los riesgos, molestias y efectos previsibles;
- e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto.
- f) las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.
- g) en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual

situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectiva de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable.

h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

La nueva norma no introduce modificaciones respecto al contenido del instrumento, pero es un poco más flexible en la definición acerca de quién debe brindar la información y quiénes pueden actuar en representación. En el artículo 5. de la ley 26.529 de derechos del paciente se establece que la información debe ser brindada por parte del profesional interviniente, hecho que el art. 59 del nuevo código no menciona. Si bien lo más conveniente es esto último, la nueva norma permitiría, por ejemplo, que la información fuera brindada por algún otro miembro del equipo (residente, ayudante, consultorios de visita preanestésica, etc), siempre que haya sido clara, precisa y adecuada.. Por otra parte, la ley de derechos del paciente es más rígida, ya que restringe la declaración de voluntad al paciente o a sus representantes legales, mientras que el nuevo Código es más flexible en este sentido. Volveremos sobre ello más adelante.

En cuanto a la instrumentación, el nuevo código, a diferencia de la ley 26.529, no especifica en qué circunstancias el consentimiento debe ser por escrito y debidamente suscrito, manteniéndose entonces la obligatoriedad impuesta por la ley específica. Debe ser así en: a) internación; b) Intervención quirúrgica; c) procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos; d) procedimientos que implican riesgos y e) revocación. (Ley 26529. Art 7.-). Es de destacar que la reglamentación de esta ley no enumera de manera taxativa lo que se entiende por “invasivo” o “riesgoso” quedando dicho criterio librado a la subjetividad del profesional interviniente y de quien eventualmente deba juzgarlo.

Capacidad y competencia

De acuerdo al art. 59 del nuevo Código, el paciente debe contar con aptitud física y psíquica para otorgar el consentimiento informado en materia de salud.

“... Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por...”

El nuevo Código Civil y Comercial no anuda el consentimiento informado con las reglas de capacidad. Su premisa es que si el paciente comprende la información que le brinda el profesional de la salud, tiene habilidades para

tomar una decisión y puede comunicar su voluntad, el paciente es “competente” para consentir por sí mismo un tratamiento médico sin intervención de un “representante”. Es por eso que el nuevo Código Civil y Comercial establece una regulación específica para la cuestión de los niños y discapacitados, que veremos más adelante

Según Wierzba, la disposición es clara en el sentido de que no se requiere de capacidad jurídica para tomar este tipo de decisiones, sino de “aptitud” o “competencia”. Ello responde a un criterio ya tradicional en nuestra doctrina, según el cual el consentimiento informado no supone un acto jurídico, sino una mera manifestación de voluntad no negocial –simple acto lícito- o bien un derecho personalísimo.

En cualquiera de tales supuestos, la facultad de las personas de decidir por sí mismas la ejecución de un tratamiento médico, no se asimila a la capacidad legal para realizar actos jurídicos, sino que se vincula a cuestiones de aptitud psicológica y de posibilidades físicas que le permitan expresar su voluntad, previa comprensión del acto médico y de las consecuencias que éste podrá tener sobre su vida y su salud.

Así, se admite que la posibilidad fáctica de expresar la propia determinación es susceptible de alterarse fácilmente en el caso de enfermedad física o psíquica. Y, a su vez, es dable considerar que en ciertas etapas de la vida puede existir mayor vulnerabilidad para la toma de decisiones, **en personas que no han sido declaradas (ni son pasibles de ser declaradas) incapaces**, que sin embargo, requieren la ayuda de un familiar o allegado para expresar su voluntad informada al tiempo del acto médico (por ejemplo: adultos mayores, según procesos que tienen un componente individual relevante). Aunque la determinación final acerca de la aptitud o competencia podrá ser tema de discusión ante los tribunales, la *lex artis* y la costumbre hacen que, por lo general, sea el médico tratante quien decida acerca de la aptitud, en base a criterios que desde el ámbito médico se van pautando. Esto no debe llevar a paternalismos. La sustitución de la decisión del paciente deberá ser siempre una alternativa de excepción.

Como se observa, y siguiendo a Wierzba, “la postura recogida por el art. 59 citado, se traduce en la simplificación de las reglas jurídicas en todo aquello que se refiere a decisiones sobre procedimientos médicos a realizarse sobre el propio cuerpo. En apoyo de esta conclusión se erigen otras normas del propio Código y asimismo en sus “Fundamentos” (Cap. 2 arts 22 y 23), al distinguir los conceptos de capacidad de derecho y de ejercicio, destacan las importantes modificaciones introducidas a esta última categoría, a fin de adecuar el derecho positivo a la Convenciones Internacionales (EJ: Derechos del niño y de Personas con discapacidad)

Consentimiento por representación. Diferencias entre la Ley 26.529 y el nuevo Código Civil y Comercial

La ley 26.529 de derechos del paciente y su decreto reglamentario 1089/12 prevé un sistema de representantes legales, y son el antecedente inmediato a la nueva regulación surgida por la modificación del nuevo Código, que introduce modificaciones sustanciales.

Para determinar quiénes pueden representar al paciente en caso de que el mismo se vea imposibilitado de expresar su voluntad, la ley 26.529 remite a la Ley Nacional de Trasplante de Órganos, la cual prevé el siguiente orden de prelación: a) cónyuge no divorciado o conviviente en relación de tipo conyugal no menos antigua de tres años, en forma inmediata, continua e ininterrumpida; b) Cualquiera de los hijos mayores de 18 años, c) cualquiera de los padres; d) cualquiera de los hermanos mayores de dieciocho años; e) cualquiera de los nietos mayores de 18 años; f) cualquiera de los abuelos; g) cualquier pariente cosanguíneo hasta el cuarto grado inclusive; h) cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive. El vínculo familiar será acreditado, a falta de otra prueba, mediante declaración jurada, la que tendrá carácter de instrumento público, debiendo acompañarse dentro de las 48 hs. la documentación respectiva. La misma norma prescribe la intervención del Comité de Ética para resolver aquellos casos de discordancia entre representantes en el mismo grado de prelación.

El artículo 59 del Nuevo Código Civil y Comercial en cambio, estipula que, si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad y no la ha expresado anticipadamente,” el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, **el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente**, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida y su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente.”

La nueva normativa no establece un orden de prelación entre los diferentes representantes; se utiliza la conjunción “o”. Tampoco se dispone de un orden de exclusión entre los mismos ni se remite a otra normativa del ordenamiento jurídico para completar la disposición. Es decir, consagra una flexibilidad en las personas que pueden actuar como representantes, lo cual permitiría que se pueda conocer de manera más precisa la voluntad del paciente. Incluso, en base a la redacción del art. 59 se podría considerar la posibilidad de que varios

de los estatuidos como representantes tomen una decisión en forma conjunta (por ejemplo, en el seno de una familia sin conflictos internos)

Entender a estas decisiones por representación (según algunos autores “decisiones por sustitución”) como una necesidad y no como una posibilidad no es una cuestión menor. El tratamiento médico sin consentimiento del propio paciente es, en realidad un tratamiento involuntario que debería regularse como una posibilidad ante casos extremos, luego de descartadas todas las otras alternativas.

Según algunos autores (M.Frisicale; S. Girotti Blanco), a raíz de la modificación de la normativa de fondo, el orden de prelación dispuesto por el art. 6 de la Ley 26.529, con la correspondiente remisión a la Ley 24.193 de Trasplantes se encuentra tácitamente derogado por aplicación del principio “ley posterior deroga ley anterior”. El nuevo Código privilegia los vínculos afectivos de hecho por sobre los vínculos jurídicos de parentesco. ¿Quién está mejor capacitado para representar al paciente ante una imposibilidad absoluta para manifestar su voluntad? ¿Un pariente consanguíneo hasta el cuarto grado, que no tiene contacto familiar habitual con el paciente, o por el contrario, un amigo que convive diariamente con él? Aun más, ¿por qué debería prevalecer la decisión de cualquiera de los padres por sobre la de los hermanos mayores de edad del paciente, cuando este último no tiene comunicación ni relación de hecho actual alguna con sus padres?. Sin duda, la eliminación de las prelaciones propuesta por el Nuevo Código puede conducir a mayores disputas judiciales, por eventuales oposiciones entre los familiares de un enfermo. Para evitar tal consecuencia se le deberá dar mayor apoyo a la intervención del Comité de Ética Institucional, como mediador/ayudante en la toma de decisiones.

Consentimiento en menores

El art. 26 del Nuevo Código Civil regula aspectos trascendentes referidos a variadas áreas del ejercicio de los derechos por parte de las personas menores de edad. En este sentido, la actuación por intermedio de los representantes legales aparece como principio general, pero se aclara que quienes cuenten con edad y grado de madurez suficiente pueden ejercer por sí mismos los actos permitidos por el ordenamiento jurídico, consagrándose el rol del abogado del menor para supuestos conflictos de intereses con sus representantes legales.

El Código reconoce expresamente a los menores el derecho a ser oídos y a participar en las decisiones sobre su persona, en un todo de acuerdo con la normativa fundamental e infraconstitucional vigente (Ej: Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, que recoge las disposiciones de la Convención sobre los Derechos del Niño -1989-

y la Ley 26.529, en donde se establece expresamente que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o su salud – art. 2 inc. e). Expresamente, en el Nuevo Código:

Art. 26: **“Se presume que el adolescente entre 13 y 16 años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.”**

“Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores. El conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a la consecuencias de la realización o no del acto médico.”

“A partir de los 16 años, el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado del propio cuerpo.”

De acuerdo a Wierzba, tanto el art. 59 (consentimiento informado) como el art. 26 (derechos de los menores de edad) del Nuevo Código, resultan claras expresiones del principio de autonomía progresiva, que implica la asunción por los niños, niñas y adolescentes de diversas funciones decisorias según su grado de desarrollo y madurez.

Las edades señaladas en el art. 26 se asocian con una presunción *iuris tantum* a ser aplicada con cautela, a tenor del citado art. 59 y de los valores comprometidos. Tal lectura del texto se apoya además en cuestiones fácticas insoslayables, que incluyen la variabilidad y complejidad de las cuestiones de salud que puedan hallarse involucradas y las grandes diferencias en el grado de madurez física y psíquica que suelen presentar los adolescentes de una misma edad. En esa medida, piensa Wierzba, tales edades no deben considerarse como pertenecientes a categorías rígidas.

También exigirá cautela la distinción entre el concepto de tratamientos médicos invasivos o riesgosos, y tratamientos que no lo son, ya que, en la práctica, puede ser difícil realizar dicho distingo. En la actualidad son pocos los procedimientos médicos que pueden ser calificados de no invasivos ni riesgosos. Además, si de la definición de tal concepto depende la aptitud de un joven de 13 a 16 años para decidir un tratamiento médico en forma autónoma, se impone una mirada aún más cuidadosa, teniendo en cuenta que su interés superior y la responsabilidad parental son principios también concernidos en forma esencial.

Directivas anticipadas

Tanto el nuevo Código Civil y comercial, como la Ley 16.529 de Derechos del paciente, consagran la posibilidad de otorgar directivas anticipadas sobre la salud de la persona.

Art. 60: “Directivas médicas anticipadas. La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela. Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas.

Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento.”

En esto, la nueva norma sigue el camino recorrido por países como España, Italia y los Estados Unidos. Tal declaración de voluntad surtirá efecto en el momento en que la persona ya no pueda ejercer su autonomía de la voluntad, y con consecuente tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

Aún antes de de la entrada en vigencia del nuevo Código Civil y Comercial, la ley 26.529 establecía las directivas anticipadas en el art. 11, en los siguientes términos: *“Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud.*

Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes. La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó”.

Pues bien, el nuevo Código regula un núcleo duro en la materia y no deroga esta ley; por lo que, en caso de existir diferencias o incompatibilidades entre ambos textos —el Código y la ley— hay que buscar, pues, la norma más protectora de los derechos en juego.

En cuanto a la revocación de las directivas anticipadas, el nuevo Código, al igual que la ley 26.529, prevé la posibilidad de revocar las directivas otorgadas, reafirmando el respeto por la autonomía de las personas. Ahora bien, mientras la reglamentación de la ley establece que la revocación debe cumplir con la misma modalidad con que se las otorgó o las demás habilitadas a tal fin y si

ello no fuere posible se documentará su decisión revocatoria verbal, con la presencia de al menos dos testigos y sus respectivas rúbricas en la historia clínica, además de la firma del profesional actuante, el Código establece que puede ser libremente revocada en todo momento. Consecuentemente, se debe respetar la voluntad de una persona que ha dejado instrucciones previas pero que al momento de ingresar a un centro de salud, encontrándose lúcido y capaz, decide dejarlas sin efecto o establecer otras, aun cuando no tenga delante un escribano y dos testigos.

A diferencia de la ley 26.529, el nuevo Código no legisla sobre los aspectos instrumentales de la disposición de voluntad. En este aspecto, se aplica supletoriamente lo dispuesto en esa ley y su reglamentación, excepto lo dicho respecto de la revocación.

El rol del Comité de Ética Institucional

En el Decreto 1089/12 que reglamenta la Ley 26.529, se estipula (art 5, párr. 5º) la intervención del Comité de Ética de la institución en el caso de que el paciente deba ser representado y exista oposición entre los representantes que se hallan en el mismo grado de prelación:

“...tratándose de personas vinculadas al paciente, ubicadas en un mismo grado dentro del orden de prelación que establece el presente artículo, la oposición de una sola de éstas requerirá la intervención del Comité de Ética institucional respectivo, que en su caso decidirá si corresponde dar lugar a la intervención judicial, sólo en tanto resultaren dificultades para discernir la situación más favorable al paciente”

Sin embargo, el nuevo Código Civil y Comercial, como vimos, elimina el orden de prelación, por lo que algunos autores (M.L Friscale; S Girotti Blanco) proponen que la redacción del decreto en este punto sea interpretada de la siguiente manera: “ante la discordancia de opiniones entre los distintos representantes habilitados para sustituir la voluntad del paciente, se podrá recurrir al Comité de Ética Institucional. Obsérvese que las mencionadas autoras utilizan el potencial “podrá” y no el imperativo “requerirá”, considerando que la actual redacción del decreto debe ser interpretada como una posibilidad de recurrir a dicho ente y no como una obligación.

En la visión de estas juristas, el Decreto 1089/12 del Poder Ejecutivo confunde las funciones y potestades de los Comités de Ética Institucionales. Dichos entes son cuerpos colegiados compuestos por personas procedentes de disciplinas muy diversas, encargados de apreciar las implicancias éticas, jurídicas y sociales planteadas por las investigaciones, ensayos clínicos y tratamientos médicos. A partir de la función de ayuda de los Comité de Ética en

la toma de decisiones en casos difíciles se procura evitar que se judicialicen decisiones médicas complejas. Sin embargo, los dictámenes que emiten los Comités no son vinculantes, siendo su única función la de ayudar en la toma de decisiones, acercar a las partes en conflicto y tratar de esclarecer la situación en base a los principios fundamentales de la bioética. Así lo prescribe expresamente la Ley 27.742 (muerte digna) en su Art 4. “Las recomendaciones de los comités hospitalarios de Ética no tendrán fuerza vinculante, y no eximirán de responsabilidad ética y legal al profesional interviniente ni a las autoridades del hospital.”

Por lo tanto, el Poder Ejecutivo no puede disponer que el Comité decida si corresponde dar lugar a la intervención judicial. En todo caso, tal decisión queda en manos de los diferentes representantes y del equipo médico, si hay discrepancias entre ellos.

Urgencias y Emergencias

El artículo 59 del nuevo Código recurre a los conceptos de “emergencias” y de urgencias” médicas para regular los casos de pacientes imposibilitados absolutamente de expresar su voluntad. Según el mismo, en los supuestos de emergencia será viable la sustitución por representación: “el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente, o el allegado que acompañe al paciente, ***siempre que medie situación de emergencia, con riesgo cierto e inminente de un mal grave para la vida y la salud.***”. “En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento **si la situación es urgente y tiene por objeto evitar un mal mayor.**”

El Nuevo Código utiliza indistintamente dos términos que son médicamente muy distintos. Las situaciones de emergencia son aquellas de riesgo vital cierto e inmediato; son situaciones de altísimo riesgo en las que se debe actuar en minutos. Las urgencias en cambio, son situaciones en donde el riesgo de vida es potencial, requiriendo de múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas en pacientes que todavía no se encuentran absolutamente descompensados. Este último escenario, generalmente da varias horas para actuar.

Entendemos que la interpretación que debe darse en este punto es la de exceptuar de la obtención del consentimiento al médico en casos de emergencia y la de estimular la participación de los representantes en los casos urgentes en los que no hay un peligro de vida inmediato.

Fuentes consultadas

- Infoleg. Código Civil y Comercial de la Nación www.infoleg.gob.ar
- Frisicale ML, Girotti Blanco S. Decisiones por sustitución en la relación médico-paciente. Apostillas sobre la Ley 26.529, el Decreto 1089/12 y el Nuevo Código Civil y Comercial. Primera y Segunda Parte. Microjuris.com, 15 dic. 2014
- Vítolo, F. El Consentimiento Informado. De la teoría a la práctica. Biblioteca Virtual NOBLE Cía de Seguros. Agosto 2014
- Wierzba S. Los adolescentes y las decisiones sobre su salud en el Anteproyecto de Reforma de Código Civil y Comercial de la Nación. Revista de Derecho Privado. Año 1 N° 2. Ediciones Infojus
- Wierzba S. La salud en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. Conferencia dictada en ADECRA (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina)
- Código Civil y Comercial de la Nación, Comentado. www.infojus.gov.ar Marisa herrera, Gustavo Caramelo y Sebastián Picasso. Directores.