

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

DIRECCIÓN DE POSGRADOS

Maestría en Derecho Medico

La responsabilidad médica en Ecuador: límites de la intervención penal y prevalencia de la reparación civil

INFORME DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN DERECHO MEDICO

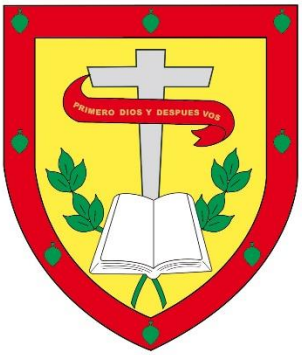
AUTOR: WILLIAMS ADRIAN HERRERA SABANDO

DIRECTOR: DR. JOSE LUIS PEREZ RODRIGUEZ, PHD

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA POSGRADO

MAESTRÍA EN DERECHO MÉDICO

La responsabilidad médica en Ecuador: límites de la intervención penal y prevalencia de la reparación civil

INFORME DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN DERECHO MÉDICO

AUTOR: ABG. WILLIAMS ADRIAN HERRERA SABANDO

DIRECTOR: DR. JOSE PEREZ RODRIGUEZ, PHD

CUENCA- ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Certificado del Asesor

Se certifica que:

El informe de investigación *"La responsabilidad médica en Ecuador: límites de la intervención penal y prevalencia de la reparación civil.",* de autoría del Sr. Williams Adrian Herrera Sabando, con número de identidad 1315348233, con nacionalidad ecuatoriana, previo a la obtención del Titulo de Cuarto Nivel o Posgrado correspondiente a Magister en Derecho Medico, cumple con la caracterización y estructura (parte protocolaria y parte expositiva) y se sujeta a la normativa pertinente exigida por el Consejo de Educación Superior, CES y la Universidad Católica de Cuenca, en consecuencia se autoriza su presentación para los tramites pertinentes.

Santa Ana de los Ríos de Cuenca

20 de octubre del 2026



Dr. Jose Perez Rodriguez, PhD

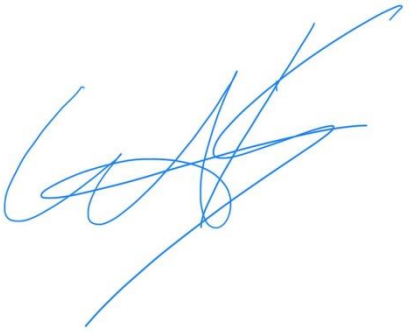
Docente

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Certifico que:

” *La responsabilidad médica en Ecuador: límites de la intervención penal y prevalencia de la reparación civil*”, es el tema del Artículo Profesional de alto nivel de mi AUTORÍA, previo a la obtención del Título de Cuarto Nivel o Posgrado correspondiente a Magister en Derecho Médico por lo que, asumo su originalidad y el uso de fuentes de terceros registradas según las normas APA vigentes.

Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca
Junio, 2026



Ab. Williams Adrian Herrera Sabando
N.C: 1315348233

Dedicatoria

A quienes creen que el conocimiento no es solo acumulación de ideas, sino una forma de dignidad; y que, incluso en medio de la incertidumbre, el pensamiento crítico sigue siendo una lámpara encendida frente a la oscuridad.

Dedico este trabajo a la capacidad humana de comprender, cuestionar y transformar la realidad; a esa razón que, lejos de ser fría o distante, constituye una de las formas más nobles de esperanza. Porque todo progreso verdadero nace allí donde una conciencia se atreve a mirar con claridad, a resistir con serenidad y a construir con sentido.

Como en las mejores páginas de García Márquez, donde la imaginación no niega la realidad, sino que la revela con mayor profundidad; y como en la sobriedad vital de Hemingway, donde la grandeza humana se mide por la entereza con que se enfrenta la adversidad, esta dedicatoria honra a quienes comprenden que la razón, la voluntad y la esperanza seguirán siendo las bases más firmes del porvenir.

Agradecimiento

A quienes confiaron en mí, aunque fuera apenas un ápice: por ustedes nace esto, y para ustedes permanecerá,

Índice

1. RESUMEN VII

2. **ABSTRACT**..... VIII

3. **CAPITULO I- DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA** 1

3.1. Introducción 1

4. **CAPÍTULO II- METODOLOGÍA**..... 9

4.1. Tipo de Investigación 9

5. **CAPITULO III – RESULTADOS** 12

5.1. El artículo 146 del COIP como filtro normativo contra la responsabilidad objetiva 12

5.2. La responsabilidad médica como categoría plural: entre salud, derecho civil, derecho penal y reparación..... 15

5.3. La mala práctica médica no puede confundirse con todo daño sanitario 19

5.4. La imputación objetiva como estructura de contención del ius puniendi médico..... 22

5.5. La prueba como condición de cualquier atribución de responsabilidad..... 25

5.6. La comparación con Colombia y Chile como herramienta crítica, no como trasplante automático..... 28

6. **CAPÍTULO IV- DISCUSIÓN**..... 31

7. **CONCLUSIONES**..... 40

8. **RECOMENDACIONES** 44

9. **BIBLIOGRAFÍA:** 45

1. RESUMEN

La responsabilidad médica en Ecuador exige distinguir entre el resultado adverso propio de una actividad sanitaria riesgosa y la verdadera infracción al deber objetivo de cuidado que tiene relevancia juridica. Este artículo analiza los límites de la intervención penal en casos de presunta mala práctica médica y sostiene que el Derecho Penal debe operar como mecanismo excepcional, subsidiario y de última ratio, mas no como vía ordinaria de reclamo frente a todo daño médico. El objetivo es determinar los criterios dogmáticos, normativos y político-criminales que justifican reservar la sanción penal para supuestos técnicamente graves, en los que se acredite creación de riesgo no permitido, realización del riesgo en el resultado y nexo normativo, optando por vías extrapenales para determinar responsabilidades. La metodología es cualitativa, documental, dogmático-jurídica y comparada entre Ecuador y Colombia. Se concluye que la reparación civil integral ofrece, en la mayoría de casos, una respuesta más proporcional, útil y compatible con los fines garantistas del sistema jurídico.

Palabras claves:

Responsabilidad médica; Derecho penal; Reparación civil; Imputación objetiva; Mala práctica médica.

2. ABSTRACT

Medical liability in Ecuador requires distinguishing between an adverse outcome inherent to a risky healthcare activity and a legally relevant breach of the objective duty of care. This article analyzes the limits of criminal intervention in alleged medical malpractice cases and argues that criminal law should operate as an exceptional, subsidiary, and last-resort mechanism, rather than as the ordinary channel for claims arising from every medical harm. The objective is to determine the dogmatic, normative, and criminal-policy criteria that justify reserving criminal punishment for technically serious cases in which the creation of a prohibited risk, the realization of that risk in the outcome, and a normative causal link are proven. The methodology is qualitative, documentary, dogmatic-legal, and comparative between Ecuador and Colombia. The article concludes that comprehensive civil reparation generally provides a more proportionate, useful, and guarantee-oriented response within the legal system.

Keywords: Medical liability; Criminal law; Civil reparation; Objective imputation; Medical malpractice.

3. CAPITULO I- DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

3.1. Introducción

La responsabilidad médica se ha convertido en uno de los espacios más delicados de encuentro entre el Derecho, la medicina y la política criminal contemporánea, porque en ella convergen bienes jurídicos de máximo valor, como la vida, integridad personal, dignidad humana, salud, autonomía del paciente y la necesidad de que las víctimas reciban una respuesta adecuada cuando han sufrido un daño. Sin embargo, esa importancia no autoriza a convertir todo resultado clínico adverso en un asunto penal, ni permite reconstruir retrospectivamente la conducta médica desde el dolor de la víctima o desde la sola gravedad del desenlace. La medicina, precisamente por ser una actividad orientada a intervenir sobre cuerpos humanos vulnerables, enfermos o expuestos a incertidumbre, contiene riesgos propios que no pueden ser eliminados por completo, incluso cuando el profesional actúa conforme a la lex artis, informa adecuadamente al paciente, emplea medios razonables y adopta decisiones clínicamente justificables.

Desde esta perspectiva, el problema jurídico no consiste en negar la responsabilidad médica, sino en ubicarla correctamente dentro del sistema de garantías. En Ecuador, el debate ha sido especialmente intenso desde la vigencia del Código Orgánico Integral Penal, cuyo artículo 146 tipifica el homicidio culposo por mala práctica profesional y exige, como presupuesto básico, la infracción del deber objetivo de cuidado. La norma advierte que

la mera producción del resultado no configura por sí misma dicha infracción, exige la inobservancia de leyes, reglamentos, manuales, reglas técnicas o lex artis aplicables a la profesión, es decir, que el resultado dañoso provenga directamente de esa infracción y ordena valorar, caso por caso, la diligencia, el grado de formación profesional, las condiciones objetivas, la previsibilidad y la evitabilidad del hecho. Esta fórmula normativa, aunque no emplea expresamente el lenguaje clásico de la imputación objetiva, contiene una estructura compatible con ella, en la medida en que desplaza el análisis desde la simple causalidad natural hacia una valoración normativa del riesgo, de la infracción profesional y de la relación entre la conducta y el resultado.

La Corte Nacional de Justicia, mediante la Resolución No. 01-2014, aclaró que el artículo 146 del COIP debe comprenderse integralmente y que la modalidad simple se configura por la inobservancia del deber objetivo de cuidado, mientras que la modalidad calificada exige, además, la concurrencia de acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas. Esta precisión impide equiparar la mala práctica profesional con cualquier error clínico o con cualquier desenlace fatal, y obliga a diferenciar entre una infracción culposa ordinaria, una infracción penalmente relevante y una forma agravada que supone un incremento injustificado del riesgo. Recientemente, la Corte Constitucional, en la Sentencia 6-21-IN/25, desestimó la acción pública de inconstitucionalidad presentada contra el inciso tercero del artículo 146 del COIP y consideró que la agravante constitutiva no es contraria al principio de legalidad penal ni a la seguridad

jurídica, precisamente porque su aplicación exige una lectura integral del tipo penal y la constatación concurrente de los elementos que elevan el reproche penal (Corte Constitucional del Ecuador, 2025).

No obstante, la existencia de las normas y de criterios jurisprudenciales no elimina el riesgo de sobrecriminalización. En la práctica, los conflictos médico-sanitarios suelen emerger en contextos de dolor, desconfianza, falta de comunicación, ausencia de explicación clínica suficiente, deficiencias institucionales y expectativas sociales de castigo. Cuando una persona fallece o resulta lesionada luego de una intervención médica, la reacción inmediata de la familia puede ser exigir cárcel, no necesariamente porque el Derecho Penal sea la vía más adecuada para reparar el daño, sino porque el sistema civil, administrativo o sanitario no siempre aparece como una respuesta rápida, digna y eficaz. Así, el proceso penal termina absorbiendo conflictos que muchas veces tienen un núcleo indemnizatorio, ético, informativo, institucional o administrativo, con el riesgo de instrumentalizar la pena como mecanismo simbólico de compensación emocional.

La tesis que orienta este artículo parte de una premisa garantista, porque la víctima merece verdad, reparación, explicación, rehabilitación, indemnización y garantías de no repetición, pero no toda necesidad de reparación justifica una pena o un proceso penal. El Derecho Penal no puede sustituir a la responsabilidad civil, ni el dolor legítimo de la víctima puede desplazar las exigencias dogmáticas de tipicidad, antijuridicidad,

culpabilidad, prueba técnica y nexo de imputación objetiva. En este punto, la responsabilidad civil adquiere una función particularmente relevante, porque permite centrar la respuesta jurídica en el daño, en la reparación patrimonial y extrapatrimonial, en la restitución posible, en la compensación del perjuicio y en la corrección institucional. La doctrina civil ecuatoriana ha señalado que la responsabilidad civil médica procede cuando concurren tres presupuestos: actuación dolosa o culpable, daño al paciente y relación causal entre la actuación y el daño; cumplidos esos elementos, surge la obligación de indemnizar, sin que ello dependa necesariamente de la imposición de una pena (Del Brutto, 2018).

La preferencia por la reparación civil en los casos ordinarios de mala práctica médica no significa impunidad, sino racionalidad juridica. El Derecho Penal debe intervenir cuando se demuestra algo más que un resultado adverso, debe acreditarse que el profesional infringió el deber objetivo de cuidado que personalmente le correspondía, que esa infracción creó o incrementó un riesgo jurídicamente desaprobado, que ese riesgo se realizó en el resultado lesivo y que no existen factores independientes, conexos o externos que rompan la imputación. Esta lectura es compatible con la teoría de la imputación objetiva, especialmente en el ámbito médico, donde categorías como riesgo permitido, principio de confianza, prohibición de regreso, competencia de la víctima, división de roles, posición de garante y realización del riesgo permiten evitar tanto la impunidad como la expansión desmedida del castigo penal (Bernate Ochoa, 2010).

La imputación objetiva ofrece una herramienta especialmente útil para contener una sanción automática, porque obliga a preguntar si el resultado pertenece normativamente al ámbito de responsabilidad del profesional o si, por el contrario, se explica por riesgos propios del procedimiento, por condiciones clínicas previas, por actuación de terceros, por ruptura del consentimiento, por conducta del paciente, por limitaciones institucionales, por evolución natural de la enfermedad o por factores no dominables por el médico. Esta distinción es importante en el acto médico, en el diagnóstico, en el tratamiento, en el postratamiento, en la atención de emergencias, en la anestesiología y en el trabajo hospitalario por equipos, pues la medicina contemporánea raramente se desarrolla como una actividad individual y lineal. En muchos casos intervienen médicos tratantes, especialistas, anestesiólogos, enfermeros, instrumentistas, laboratorios, personal administrativo, protocolos hospitalarios, disponibilidad tecnológica y condiciones materiales del establecimiento de salud. Por ello, atribuir penalmente un resultado exige reconstruir con rigor la competencia específica de cada interviniente y no limitarse a identificar quién estuvo presente cuando el daño se produjo.

La discusión comparada con Colombia resulta pertinente, no para trasladar automáticamente soluciones ajenas al Ecuador, sino para observar cómo la doctrina penal médica y la jurisprudencia han utilizado categorías de imputación objetiva en escenarios de complejidad sanitaria. La obra de Bernate Ochoa desarrolla precisamente la relación entre imputación objetiva y responsabilidad penal médica, al estudiar la creación de riesgos

desaprobados, el riesgo permitido en el acto médico, el principio de confianza en actividades médicas colectivas, la realización del riesgo y la posición de garante del profesional de la salud. Esta aproximación permite advertir que la responsabilidad penal médica no puede sostenerse sobre un razonamiento causalista simple, porque el hecho de que un acto médico anteceda temporalmente al daño no significa que el resultado le sea penalmente imputable. La medicina genera riesgos, pero no todo riesgo médico es jurídicamente desaprobado; y aun cuando exista una infracción, no todo resultado posterior puede ser atribuido sin demostrar que el riesgo prohibido se concretó precisamente en ese desenlace.

El consentimiento informado, además, introduce una dimensión constitucional, civil y ética que no siempre debe resolverse penalmente. La falta de información suficiente puede lesionar la autonomía del paciente, afectar la confianza en la relación médico-paciente y generar responsabilidad civil o administrativa, pero solo en supuestos especialmente graves y normativamente imputables podrá justificar una respuesta penal. En la doctrina comparada se ha insistido en que el consentimiento informado no es una formalidad vacía, sino un proceso de comunicación que permite al paciente comprender su diagnóstico, los riesgos de la intervención, las alternativas terapéuticas y las consecuencias de aceptar o rechazar un tratamiento. De ahí que muchos conflictos médico-sanitarios no surjan exclusivamente por impericia técnica, sino por defectos de información, trato despersonalizado, ausencia de explicación o

utilización de autorizaciones genéricas incapaces de expresar una decisión libre y suficientemente ilustrada (Bernate Ochoa, 2010; Sánchez, 2022).

En Ecuador, la responsabilidad médica no se agota en el COIP ni en el Código Civil, sino que se relaciona con la Constitución, la Ley Orgánica de Salud, la normativa sanitaria, las reglas de habilitación profesional, los protocolos institucionales, la ética médica y la lex artis. Molleturo Jiménez (2022) ha sostenido que el derecho constitucional a la salud no debe entenderse como obligación estatal de garantizar ausencia absoluta de enfermedad, sino como un conjunto de derechos y deberes que permiten que la salud sea puente para el ejercicio de otros derechos. Esa idea es importante porque impide una comprensión maximalista del resultado médico, porque el sistema sanitario debe garantizar atención, calidad, acceso, información, seguridad y reparación cuando corresponda, pero no puede prometer curación absoluta ni convertir al médico en garante universal de todo desenlace.

El daño médico puede tener consecuencias patrimoniales, morales, psicológicas, familiares, existenciales y, en ciertos casos, afectar el proyecto de vida del paciente o de sus allegados, por ello, la reparación integral debe ser comprendida más allá de una indemnización mecánica. La doctrina sobre daño no patrimonial en Iberoamérica y la jurisprudencia interamericana han contribuido a ampliar la comprensión de las formas de reparación, incluyendo medidas no pecuniarias, reconocimiento de responsabilidad, tratamiento físico y psicológico, garantías de no repetición

y otras formas orientadas a restablecer, en la medida de lo posible, la dignidad lesionada (M'Causland Sánchez, 2008). Desde esta lógica, la reparación civil no debe ser vista como una respuesta menor frente al castigo penal, sino como un mecanismo que, bien diseñado, puede responder mejor a las necesidades reales de las víctimas, especialmente cuando el conflicto médico se vincula con daño, información, confianza, trato digno o falla institucional.

Por todo lo expuesto, la pregunta de investigación que guía este trabajo es la siguiente: ¿cuáles son los límites dogmáticos, normativos y político-criminales que justifican reservar el Derecho Penal para los casos verdaderamente graves de mala práctica médica en Ecuador y, correlativamente, reconocer la prevalencia de la reparación civil en los supuestos culposos ordinarios? El objetivo general consiste en analizar, desde una lectura garantista del artículo 146 del COIP y con apoyo en la imputación objetiva, los criterios que permiten diferenciar entre responsabilidad civil, responsabilidad médica y responsabilidad penal, con especial atención a la reparación integral de la víctima y al enfoque comparado Ecuador-Colombia. Metodológicamente, el artículo adopta un enfoque cualitativo, documental, dogmático-jurídico y comparado, basado en el análisis sistemático de normas ecuatorianas, jurisprudencia constitucional y nacional, doctrina especializada sobre responsabilidad médica, imputación objetiva y reparación del daño, así como fuentes académicas ecuatorianas y colombianas.

4. CAPÍTULO II- METODOLOGÍA

4.1. Tipo de Investigación

La investigación se desarrolla bajo un enfoque cualitativo, porque no pretende medir estadísticamente la frecuencia de los procesos de mala práctica médica, sino comprender el sentido jurídico de las categorías que permiten atribuir o excluir responsabilidad. El objeto de estudio exige interpretar normas, reconstruir criterios dogmáticos, contrastar posiciones doctrinales y valorar críticamente la función del Derecho Penal frente a otros mecanismos de respuesta jurídica. En tal sentido, el análisis se orienta a determinar cuándo el daño médico debe ser tratado como un problema de reparación civil, cuándo puede activar responsabilidad administrativa o disciplinaria y cuándo alcanza la gravedad suficiente para justificar una imputación penal compatible con los principios de legalidad, culpabilidad, proporcionalidad, mínima intervención y seguridad jurídica.

El diseño metodológico es documental, debido a que se examinan fuentes normativas, jurisprudenciales y doctrinales. Entre las fuentes normativas ecuatorianas se consideran la Constitución de la República del Ecuador, el Código Orgánico Integral Penal, el Código Civil y el Código Orgánico General de Procesos, en cuanto permiten estudiar el derecho a la salud, la responsabilidad por mala práctica profesional, la culpa, la reparación civil y la articulación procesal de los conflictos médico-sanitarios. En el plano jurisprudencial se analiza especialmente la Resolución No. 01-2014 de la Corte Nacional de Justicia, por su función aclaratoria del artículo 146 del

COIP, y la Sentencia 6-21-IN/25 de la Corte Constitucional, por su incidencia en la interpretación de la agravante relativa a acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas.

El método dogmático-jurídico permite ordenar las categorías centrales del estudio. En primer lugar, se examina el deber objetivo de cuidado como elemento estructural del delito culposo y como punto de conexión entre lex artis, previsibilidad, evitabilidad, condiciones objetivas y grado de formación profesional. En segundo lugar, se estudia la imputación objetiva como filtro normativo que impide atribuir penalmente resultados por simple causalidad, incorporando los criterios de riesgo permitido, creación de riesgo jurídicamente desaprobado, realización del riesgo en el resultado, principio de confianza, prohibición de regreso, competencia de la víctima y posición de garante. En tercer lugar, se analiza la reparación civil como vía preferente en supuestos ordinarios de daño médico, atendiendo a sus presupuestos clásicos de culpa o dolo, daño y nexo causal, y a su potencial para satisfacer de forma más adecuada las necesidades de la víctima.

La perspectiva comparada se utiliza de manera instrumental y crítica, porque se incorpora a Colombia como referente por el desarrollo doctrinal de la imputación objetiva aplicada a la responsabilidad penal médica y por la existencia de debates relevantes sobre consentimiento informado, lex artis, falla probada del servicio, reparación del daño y responsabilidad sanitaria. Esta comparación no persigue importar soluciones de forma acrítica, sino identificar criterios que puedan enriquecer el análisis

ecuatoriano y evitar dos extremos metodológicamente incorrectos: por un lado, el aislamiento normativo que desconoce avances dogmáticos regionales; por otro, el trasplante jurídico automático que ignora las particularidades constitucionales, penales, civiles y sanitarias del Ecuador.

Finalmente, el análisis no se limita a describir normas y conceptos, sino que evalúa sus consecuencias político-criminales. La pregunta central no es únicamente cuándo puede castigarse penalmente a un profesional de la salud, sino cuándo debe abstenerse el Estado de recurrir al castigo penal porque existen respuestas menos lesivas, más reparadoras y más coherentes con el carácter fragmentario del ius puniendi. Desde esta posición, el artículo asume que la protección de la víctima y la garantía del profesional no son intereses incompatibles, mas bien, una respuesta jurídica racional debe reparar seriamente el daño cuando exista responsabilidad, pero también impedir que la incertidumbre propia de la medicina, la presión social o la gravedad del resultado sustituyan la prueba rigurosa de la infracción del deber objetivo de cuidado y del nexo de imputación objetiva.

5. CAPITULO III – RESULTADOS

5.1. El artículo 146 del COIP como filtro normativo contra la responsabilidad objetiva

El primer resultado de la investigación permite sostener que el artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal ecuatoriano no configura un modelo de responsabilidad penal objetiva por el solo resultado muerte, sino que incorpora un filtro normativo de atribución que exige algo más que la existencia de un desenlace fatal. La estructura del tipo penal parte de una fórmula aparentemente sencilla —la persona que, al infringir un deber objetivo de cuidado en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra—, pero inmediatamente restringe su alcance mediante criterios de determinación que impiden deducir la responsabilidad desde el resultado. La norma exige que la mera producción del resultado no sea suficiente para afirmar infracción del deber objetivo de cuidado, que exista inobservancia de leyes, reglamentos, ordenanzas, manuales, reglas técnicas o lex artis aplicables, que el resultado dañoso provenga directamente de esa infracción y no de circunstancias independientes o conexas, y que se analicen en cada caso la diligencia, el grado de formación profesional, las condiciones objetivas, la previsibilidad y la evitabilidad del hecho.

Este diseño normativo permite identificar que el legislador ecuatoriano, aunque no utiliza de manera expresa todas las categorías de la imputación objetiva, sí recoge una racionalidad compatible con ella. La responsabilidad

penal no nace del dato biológico de la muerte, sino de la constatación jurídica de una conducta profesional contraria al deber de cuidado, productora de un riesgo no permitido y conectada normativamente con el resultado. En otras palabras, la muerte del paciente cumple una función de resultado típico, pero no agota la tipicidad culposa. El núcleo de la imputación se desplaza hacia la pregunta por la infracción profesional relevante, por la creación o incremento del riesgo y por la posibilidad de afirmar que ese riesgo, y no otro curso causal clínico, institucional o natural, fue el que se concretó en el resultado lesivo. Esta lectura resulta indispensable para evitar un razonamiento circular del tipo “hubo muerte, por tanto hubo mala práctica”, pues precisamente ese razonamiento es el que el propio artículo 146 excluye al exigir una valoración técnica, contextual y normativa.

La Resolución No. 01-2014 de la Corte Nacional de Justicia consolida esta lectura al aclarar que el homicidio culposo simple por mala práctica profesional se configura por la inobservancia del deber objetivo de cuidado, mientras que el homicidio culposo calificado exige, además, la concurrencia de acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas (Corte Nacional de Justicia, 2014). La modalidad agravada no puede construirse sobre los mismos presupuestos del tipo base, porque ello generaría una doble valoración del mismo hecho y debilitaría la seguridad jurídica. La agravante exige un plus de desvalor, que no se satisface con la simple existencia de infracción al deber objetivo de cuidado, sino con la verificación de conductas que eleven injustificada o irracionalmente el riesgo inherente a

la actividad profesional. Por eso, una cirugía fallida, un diagnóstico equivocado o una complicación fatal no pueden ser automáticamente calificados como acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas; para ello debe demostrarse que el acto carecía de justificación terapéutica, que creó un riesgo superior al permitido y que fue contrario al marco normativo, técnico y ético aplicable.

La Sentencia 6-21-IN/25 de la Corte Constitucional refuerza esta interpretación al desestimar la acción pública de inconstitucionalidad presentada contra el inciso tercero del artículo 146 del COIP y considerar que la norma no vulnera el principio de legalidad penal ni la seguridad jurídica (Corte Constitucional del Ecuador, 2025). Lo relevante de esta decisión no radica únicamente en la declaratoria de constitucionalidad, sino en la forma en que la Corte reconstruye el tipo penal. Primero debe verificarse la infracción del deber objetivo de cuidado y solo después puede analizarse la concurrencia de las acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas. Esta interpretación impide que la agravante funcione como una cláusula abierta de castigo emocional frente a resultados graves, y obliga al juzgador a justificar con precisión por qué determinada conducta médica supera el ámbito del riesgo permitido. Así, el artículo 146 debe leerse desde el principio de culpabilidad, la prohibición de responsabilidad objetiva y la mínima intervención penal, no desde una lógica expansiva que convierta la incertidumbre médica en sospecha penal permanente.

Espín Rosales (2016) advierte que la mala práctica profesional fue incorporada en el COIP como una forma moderna de imprudencia,

vinculada a la violación del deber objetivo de cuidado, pero también reconoce que la producción nacional sobre delito imprudente y responsabilidad penal médica ha sido limitada, lo cual dificulta la labor de jueces, fiscales y abogados. Este déficit explica por qué, en muchos litigios, la discusión se desplaza indebidamente hacia la gravedad del resultado y no hacia la estructura completa de imputación. Por tanto, el problema ecuatoriano no se encuentra necesariamente en la inexistencia de filtros normativos, sino en su aplicación desigual, en la debilidad de la motivación técnica y en la tendencia práctica a confundir resultado adverso, error médico, infracción de la lex artis y responsabilidad penal.

5.2. La responsabilidad médica como categoría plural: entre salud, derecho civil, derecho penal y reparación

El segundo resultado muestra que la responsabilidad médica en Ecuador no puede ser reducida a la responsabilidad penal ni a la responsabilidad civil, porque se desenvuelve dentro de una pluralidad normativa que comprende derechos constitucionales, obligaciones sanitarias, reglas éticas, deberes profesionales, responsabilidad administrativa, responsabilidad institucional y mecanismos de reparación. La Constitución ecuatoriana reconoce la salud como un derecho garantizado por el Estado y, al mismo tiempo, establece que las personas serán responsables por la mala práctica en el ejercicio de su profesión, arte u oficio, especialmente cuando se ponga en riesgo la integridad o la vida de las personas (Constitución de la República del Ecuador, 2008/2021). El sistema

constitucional no concibe la salud únicamente como prestación médica, sino como condición de dignidad, autonomía y ejercicio de otros derechos, lo cual obliga a diseñar respuestas jurídicas que protejan a las víctimas sin destruir injustificadamente el espacio legítimo de actuación profesional.

Molleturo Jiménez (2022) acierta al sostener que el derecho constitucional a la salud no debe entenderse como obligación estatal de garantizar ausencia de enfermedad, sino como un conjunto de derechos y deberes que permiten que la salud sea puente para el ejercicio de otros derechos. Esta idea permite separar dos planos que suelen confundirse. El primero corresponde a la obligación de organizar, regular y controlar el sistema sanitario para que existan condiciones adecuadas de acceso, calidad, información, seguridad y continuidad. El segundo se refiere a la atribución de responsabilidad cuando, dentro de esa prestación, se produce un daño jurídicamente relevante. En el primer plano se ubica la política pública sanitaria; en el segundo, la responsabilidad médica. Si estos niveles se confunden, el médico puede terminar soportando penalmente fallas estructurales del sistema, falta de insumos, carencias institucionales, deficiente organización hospitalaria o ausencia de protocolos claros, cuando en realidad tales déficits pueden comprometer responsabilidad administrativa, civil, institucional o estatal, pero no necesariamente responsabilidad penal individual.

Desde el punto de vista civil, Del Brutto (2018) identifica tres presupuestos para que proceda la responsabilidad civil por mala práctica médica: actuación dolosa o culpable, daño al paciente y relación de causalidad entre

esa actuación y el daño. Esta estructura resulta particularmente importante porque permite ofrecer una respuesta jurídica a la víctima sin necesidad de activar siempre el aparato penal. La responsabilidad civil cumple una función resarcitoria, no punitiva; busca compensar el daño, restituir en lo posible la situación lesionada y trasladar patrimonialmente las consecuencias del hecho dañoso a quien jurídicamente debe soportarlas. Por ello, en los supuestos de culpa ordinaria, defectos de información, incumplimientos contractuales, daño moral, lucro cesante, gastos médicos, rehabilitación o afectación patrimonial, la vía civil puede resultar más adecuada, más útil y más coherente con las necesidades reales de la víctima que un proceso penal largo, incierto y centrado en la privación de libertad.

La responsabilidad civil médica, además, exige distinguir entre responsabilidad contractual y extracontractual. Cuando existe consentimiento del paciente o de su representante para una intervención o tratamiento, la relación puede tener naturaleza contractual, aun si el acuerdo no se formalizó por escrito; cuando el médico actúa sin consentimiento, como puede ocurrir en una situación de emergencia en la que el paciente se encuentra inconsciente y no existe representante disponible, el análisis puede desplazarse hacia la responsabilidad extracontractual o, según una interpretación posible, hacia figuras cuasicontractuales como la agencia oficiosa (Del Brutto, 2018). La relación médico-paciente -salvo supuestos excepcionales de resultado, como la medicina estetica-, suele estructurarse como una obligación de medios, de

modo que el médico no garantiza la curación, sino la actuación diligente, informada, prudente y técnicamente adecuada.

Por ello, la medicina es una actividad falible y que, en la relación médico-paciente, predominan obligaciones de medios antes que obligaciones de resultado; por tanto, no todo resultado dañoso es producto de mala praxis médica (Aguilar-Apolo & Molleturo-Jiménez, 2023). Ese aporte resulta relevante porque desplaza la discusión desde el desenlace hacia el estándar de conducta exigible. En una cirugía, una anestesia, un diagnóstico complejo o una emergencia obstétrica, el resultado puede ser desfavorable aun cuando el profesional haya actuado correctamente; del mismo modo, puede existir daño reparable sin que exista delito. La categoría de eximentes permite depurar la atribución de responsabilidad y evitar decisiones injustas basadas en una comprensión retrospectiva y emocional del acto médico.

Henao (2015), desde la responsabilidad del Estado, sostiene que la reparación no debe reducirse a la indemnización pecuniaria, pues puede incluir restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición. Aunque su estudio se ubica en el derecho administrativo colombiano, su utilidad para la responsabilidad médica es evidente: muchas víctimas no necesitan únicamente una condena penal, sino explicación, atención posterior, cobertura de tratamientos, disculpas institucionales cuando procedan, corrección de protocolos, auditorías médicas, medidas de seguridad clínica y garantías de que el mismo error no volverá a ocurrir. M’Causland Sánchez (2008), al estudiar el daño no patrimonial en

Iberoamérica y en la jurisprudencia interamericana, aporta un elemento adicional: el daño médico puede impactar bienes que no tienen una traducción económica exacta, como la dignidad, la tranquilidad, la vida familiar, el proyecto de vida, el dolor moral o la autonomía personal. Por eso, la reparación civil no debe ser vista como una respuesta menor frente al proceso penal, sino como un espacio sofisticado para atender los múltiples planos del daño.

El problema ecuatoriano, sin embargo, es que la reparación integral sigue mostrando limitaciones prácticas, especialmente respecto del daño inmaterial. Santacruz Vélez (2023) concluyen que la normativa actual permite garantizar reparación cuando se trata de daño material, pero resulta insuficiente frente al daño inmaterial. Si la víctima acude al proceso penal porque la vía civil no satisface adecuadamente su necesidad de reparación moral, psicológica, simbólica o existencial, el problema no se resuelve ampliando el castigo penal, sino fortaleciendo el sistema civil, sanitario y administrativo de reparación. La expansión penal puede producir una sensación inicial de respuesta, pero no necesariamente cubre terapias futuras, rehabilitación integral, pérdida de ingresos, daño moral, acompañamiento psicológico, corrección institucional o seguros profesionales. En ese sentido, la prevalencia de la reparación civil no es una concesión al gremio médico, sino una forma más racional de colocar a la víctima en el centro.

5.3. La mala práctica médica no puede confundirse con todo daño sanitario

El tercer resultado evidencia la necesidad de diferenciar conceptualmente resultado adverso, error médico, complicación inherente al acto médico, infracción de la lex artis, culpa civil, culpa penal, dolo, riesgo permitido y riesgo no permitido. Esta distinción es esencial porque el uso indistinto de esas categorías produce dos efectos negativos: por un lado, facilita la criminalización excesiva del acto médico; por otro, debilita la reparación de las víctimas al ubicar todos los conflictos en un escenario penal que no siempre está diseñado para responder integralmente al daño. Un resultado adverso puede ser la concreción de un riesgo propio del procedimiento, una complicación puede derivarse de condiciones previas del paciente, un error puede ser clínicamente comprensible en un contexto de incertidumbre, y una infracción de lex artis puede generar responsabilidad civil o administrativa sin alcanzar siempre relevancia penal.

Alfonso González (2021) advierten que el análisis normativo ecuatoriano parece exigir responsabilidad por mala práctica médica, en sentido penal, principalmente cuando la persona muere como consecuencia del mal proceder, dejando en una zona de insuficiente protección otros daños como afectaciones psicológicas, trastornos parciales o afectaciones motoras. El déficit de protección de lesiones no mortales no debe ser necesariamente resuelto mediante mayor punición, sino mediante una arquitectura más completa de responsabilidad civil, administrativa, disciplinaria y sanitaria. Si todo daño grave que no encaja en el artículo 146 se intenta forzar penalmente por presión social, el sistema pierde coherencia; pero si esos daños no reciben reparación efectiva, la víctima queda desprotegida. La

respuesta adecuada exige fortalecer las vías no penales y reservar el Derecho Penal para los casos de mayor lesividad y reproche.

Herrera Sánchez (2023) aborda la responsabilidad penal por mala práctica médica aplicada a médicos anestesiólogos y destaca la complejidad de evaluar negligencia, impericia, falta de atención, condiciones del procedimiento, actualización profesional, supervisión y comunicación con el paciente. La anestesiología representa un campo paradigmático porque el riesgo es elevado, las decisiones son rápidas, la respuesta fisiológica del paciente puede variar de forma drástica y los efectos adversos pueden aparecer aun con cumplimiento de estándares. Por ello, no basta afirmar que hubo una complicación anestésica para imputar penalmente al anestesiólogo; se requiere demostrar qué regla técnica fue infringida, cuál era la conducta esperada según la lex artis, qué información clínica estaba disponible, cuál era la dosis o procedimiento correcto, si existían contraindicaciones previsibles y si el daño habría sido evitable con una conducta alternativa jurídicamente exigible.

El análisis de la comisión por omisión permite precisar aún más este hallazgo. Bernate Ochoa (2010) sostiene que, en materia penal médica, para imputar un delito omisivo al profesional de la salud es necesario establecer que este contaba con los recursos y capacidades para ejecutar la acción esperada. Además, la posición de garante del médico no surge por el simple hecho de poseer título profesional, sino por circunstancias concretas como la asunción voluntaria del tratamiento, la injerencia o el deber de control sobre una fuente de peligro. Esta precisión es fundamental

para evitar una expansión desmesurada de la responsabilidad penal médica: el médico no es garante universal de la salud de toda persona por el solo hecho de ser médico; asume deberes concretos cuando inicia una relación asistencial, interviene en un procedimiento, controla un riesgo específico o se encuentra jurídicamente obligado a actuar. Incluso entonces, la imputación requiere que la acción omitida fuese posible, exigible y capaz de evitar el resultado.

5.4. La imputación objetiva como estructura de contención del ius puniendi médico

El cuarto resultado confirma que la imputación objetiva constituye una herramienta dogmática indispensable para limitar la expansión penal en los casos de responsabilidad médica. En Ecuador, la atribución del resultado en delitos imprudentes se construye normativamente desde el deber objetivo de cuidado, pero ello no significa que el deber objetivo de cuidado y la imputación objetiva sean categorías idénticas. El deber objetivo de cuidado permite identificar qué estándar técnico o normativo fue infringido; la imputación objetiva permite responder si el resultado producido puede ser jurídicamente atribuido al riesgo prohibido creado por esa infracción. Esta diferencia evita que el análisis se detenga en la constatación de una irregularidad formal y obliga a demostrar que esa irregularidad fue precisamente la que produjo el resultado dentro del ámbito de protección de la norma (Herrera Sabando et al., 2026).

Bernate Ochoa (2010) organiza esta discusión alrededor de categorías que resultan particularmente útiles para la responsabilidad penal médica: riesgo permitido, creación de riesgos desaprobados, principio de confianza, realización del riesgo, culpa por asunción, posición de garante y análisis de la conducta médica en fases como diagnóstico, tratamiento y postratamiento. La medicina es, por definición, una actividad de riesgo permitido. Realizar una cirugía, administrar anestesia, prescribir medicamentos, intervenir en una emergencia o practicar un procedimiento invasivo implica introducir riesgos sobre el cuerpo del paciente, pero esos riesgos son social y jurídicamente aceptados cuando se ejecutan conforme a la lex artis, con finalidad terapéutica, información adecuada y control técnico razonable. El Derecho Penal solo puede intervenir cuando el profesional abandona ese ámbito permitido y crea un riesgo no autorizado, injustificado o técnicamente desaprobado.

El principio de confianza adquiere especial relevancia en la medicina por equipos. La práctica hospitalaria contemporánea distribuye funciones entre cirujanos, anestesiólogos, instrumentistas, enfermería, auxiliares, laboratorio, imagenología, farmacia y administración. Si cada profesional tuviera que verificar exhaustivamente todo lo hecho por los demás, la atención sería inviable; por ello, cada interviniente puede confiar razonablemente en que los otros cumplirán sus funciones, salvo que existan señales concretas de error, incumplimiento, incompetencia o riesgo. La jurisprudencia colombiana contenida en la sentencia SP3218-2023 ilustra este punto en un caso de homicidio culposo relacionado con el olvido

de una gasa o material quirúrgico, en el que la Corte Suprema de Justicia valoró la distribución de funciones, la complejidad de la cirugía, la ausencia de personal suficiente, el conteo reportado como completo y el principio de confianza para mantener la absolución de las procesadas (Corte Suprema de Justicia de Colombia, Sala de Casación Penal, 2023). Este precedente no puede trasladarse mecánicamente al Ecuador, pero muestra la importancia de reconstruir técnicamente el rol de cada profesional antes de imputar penalmente un resultado.

Puede existir una infracción médica y, sin embargo, el resultado deberse a una causa independiente, a una complicación propia de la enfermedad, a una intervención posterior, a una conducta del paciente o a un tercero que rompe el nexo. Del Brutto (2018), desde la responsabilidad civil, explica que la causalidad exige que el hecho u omisión doloso o culpable sea causa directa y necesaria del daño; además, alude a la teoría de la causa adecuada, según la cual debe ser esperable, conforme a un curso ordinario de los acontecimientos, que determinada actuación produzca determinado daño. De este modo, si el médico infringe una regla administrativa menor, pero el paciente fallece por una patología independiente, el resultado no puede atribuirse penalmente a esa infracción. Si la infracción crea un riesgo, pero el resultado se produce por otro riesgo distinto, tampoco hay imputación objetiva del resultado.

En materia de consentimiento informado, la imputación objetiva permite diferenciar entre responsabilidad por vulneración de autonomía y responsabilidad por el resultado físico. Bernate Ochoa (2010) sostiene que

obrar sin consentimiento informado supone la creación de un riesgo desaprobado, especialmente cuando se realiza una intervención distinta o adicional sin autorización del paciente. Sin embargo, el alcance de la responsabilidad dependerá del vínculo entre la omisión informativa y el resultado. Si el paciente no fue informado de un riesgo típico que luego se concretó y que habría podido llevarlo razonablemente a rechazar el procedimiento, puede abrirse un espacio de responsabilidad civil e incluso, en casos extremos, penal; si la falta documental no influyó en la decisión ni en el resultado, la consecuencia jurídica puede ubicarse en otro plano. Borja Pozo, dentro de la obra coordinada con García Amado (2022), destaca precisamente la relevancia conceptual y práctica del consentimiento informado en Ecuador, lo que confirma que muchos conflictos médicos se relacionan más con autonomía, información y trato digno que con castigo penal.

5.5. La prueba como condición de cualquier atribución de responsabilidad

El quinto resultado muestra que la prueba es el punto de unión entre dogmática y proceso. En los casos de presunta mala práctica médica no basta formular una teoría jurídicamente correcta; es indispensable probarla mediante historia clínica, informes quirúrgicos, reportes anestésicos, consentimiento informado, protocolos, auditorías médicas, guías clínicas, pericias especializadas, trazabilidad de medicamentos, registros de enfermería, informes de laboratorio, imágenes, segunda opinión médica y

reconstrucción científica del nexo causal. El COIP establece que la prueba tiene por finalidad llevar al juzgador al convencimiento de los hechos y circunstancias materia de la infracción y de la responsabilidad de la persona procesada, y regula principios como oportunidad, inmediación, contradicción, libertad probatoria, pertinencia y exclusión de prueba obtenida con vulneración de derechos (COIP, 2014/2026). Por su parte, el COGEP exige pertinencia, utilidad, conducencia y práctica conforme a la ley, además de regular la pericia como medio técnico para informar al juzgador sobre hechos que requieren conocimientos científicos, técnicos, artísticos, prácticos o profesionales (Código Orgánico General de Procesos [COGEP], 2015/2026).

La pericia médica no puede ser concebida como un simple respaldo formal de la acusación o de la demanda; debe ser una reconstrucción científica del acto médico. En materia penal, una pericia insuficiente puede producir una acusación injusta; en materia civil, una pericia débil puede dejar sin reparación a una víctima que sí sufrió un daño jurídicamente imputable. Por eso, el informe pericial debe identificar la lex artis aplicable al momento de los hechos, explicar el estándar técnico esperado, valorar las condiciones clínicas reales, examinar la documentación disponible, determinar si existió infracción de reglas profesionales, analizar la previsibilidad y evitabilidad, y justificar si el resultado provino directamente de la infracción o de factores independientes. El COGEP exige que el informe contenga la explicación de los hechos u objetos sometidos a análisis, el detalle de métodos y prácticas utilizadas, y los razonamientos que conducen a conclusiones claras, únicas

y precisas (COGEP, 2015/2026). Esa exigencia procesal coincide con la necesidad dogmática de evitar inferencias circulares.

La historia clínica ocupa aquí un lugar central porque no es únicamente un documento administrativo, sino el registro dinámico de decisiones, diagnósticos, evolución, información suministrada, consentimiento, medicación, procedimientos, interconsultas y seguimiento. Su ausencia, alteración, contradicción o pobreza narrativa puede generar consecuencias probatorias relevantes, pero tampoco debe suplir automáticamente la prueba de la infracción penal. Una historia clínica incompleta puede abrir responsabilidad administrativa o civil, e incluso constituir indicio de mala organización sanitaria, pero el juez penal debe seguir preguntando si la conducta atribuida al profesional creó un riesgo no permitido y si ese riesgo se realizó en el resultado. En esta materia, la valoración probatoria no puede sustituir la ciencia médica por intuición judicial, ni transformar el dolor de la víctima en prueba de culpa.

Espín Rosales (2016) confirma la necesidad de parámetros probatorios en la valoración judicial de la mala práctica profesional, especialmente bajo la regla general de presunción de inocencia y bajo la comprensión de que, en el campo médico, el análisis ordinario se desarrolla alrededor de culpa, no de dolo. Esta precisión es fundamental: el proceso penal no debe iniciar desde una sospecha de intención dañosa, sino desde la hipótesis, que debe ser probada, de una infracción culposa del deber objetivo de cuidado. El dolo en medicina es excepcional y exige intención de dañar o aceptación consciente de un resultado típico en términos compatibles con las

categorías penales correspondientes. La mayoría de conflictos médicos se sitúan en la culpa, y dentro de ella es indispensable diferenciar culpa civil de culpa penal. La culpa civil puede justificar indemnización por falta de diligencia; la culpa penal exige una infracción cualificada, jurídicamente desaprobada y directamente conectada con el resultado típico.

5.6. La comparación con Colombia y Chile como herramienta crítica, no como trasplante automático

El sexto resultado permite afirmar que el enfoque comparado resulta útil siempre que se use con prudencia. Colombia aporta una dogmática penal médica más desarrollada en imputación objetiva, principio de confianza, consentimiento informado, posición de garante y análisis de riesgo permitido. La obra de Bernate Ochoa (2010) es especialmente valiosa porque vincula teoría penal general y casos médicos concretos, mostrando que la responsabilidad penal médica no puede resolverse desde un causalismo elemental. Dorado Torres (2015), desde la jurisprudencia civil colombiana y los compromisos derivados de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, enfatiza que los derechos a la vida y a la salud exigen una protección seria frente a la mala práctica médica, pero esa protección también requiere demostrar culpa y nexo causal, sin convertir la responsabilidad en una reacción automática frente al daño. Esta tensión entre protección de la víctima y exigencia probatoria resulta plenamente trasladable al debate ecuatoriano.

Chile, por su parte, aporta una experiencia relevante en responsabilidad médico-sanitaria y mecanismos alternativos de solución de conflictos. Riveros Ferrada, Olivares Ramírez y Villarroel Toro (2019) analizan la responsabilidad civil sanitaria en el ordenamiento chileno y destacan el papel de la mediación en la búsqueda de reparación de daños ocasionados en prestaciones asistenciales. Este elemento comparado resulta sugerente para Ecuador, donde muchos conflictos médico-sanitarios podrían encontrar respuestas más rápidas, menos lesivas y más reparadoras mediante mediación, conciliación, seguros de responsabilidad profesional, disculpas institucionales, auditorías clínicas y acuerdos indemnizatorios, sin perjuicio de reservar el proceso penal para los casos en que exista una infracción grave del deber objetivo de cuidado y un resultado penalmente imputable. La comparación evidencia que la víctima no siempre necesita cárcel; muchas veces necesita verdad, reconocimiento, reparación y garantías de no repetición.

La lectura comparada también advierte un riesgo: importar categorías sin adaptarlas puede generar confusión. Ecuador cuenta con una estructura constitucional propia, un artículo 146 con parámetros específicos, una Resolución de la Corte Nacional de Justicia que distingue tipo simple y calificado, y una reciente sentencia constitucional que valida la norma bajo una interpretación integral. Por ello, la comparación debe funcionar como herramienta crítica para mejorar la motivación, la prueba, la reparación y la delimitación del riesgo penalmente desaprobado, no como sustituto del análisis normativo ecuatoriano. La pregunta no es cómo sancionaría

Colombia o Chile un caso determinado, sino qué criterios dogmáticos útiles pueden fortalecer la respuesta ecuatoriana sin vulnerar legalidad, culpabilidad, mínima intervención y seguridad jurídica.

En conjunto, los resultados permiten sostener que Ecuador posee elementos normativos suficientes para evitar una responsabilidad penal médica objetiva, pero todavía enfrenta debilidades prácticas en tres planos: la falta de uniformidad dogmática en la aplicación de la imputación objetiva, la insuficiencia de vías civiles y sanitarias robustas para reparar integralmente daños materiales e inmateriales, y la necesidad de mejorar la calidad de la prueba técnica en procesos de responsabilidad médica. De ahí que la tesis central se confirme parcialmente: el Derecho Penal debe reservarse para los casos verdaderamente graves, pero esa reserva solo será legítima si las vías civiles, administrativas, disciplinarias y alternativas funcionan de manera eficaz. La última ratio penal no puede convertirse en abandono de la víctima; debe ir acompañada de una reparación civil seria, accesible y técnicamente estructurada.

6. CAPÍTULO IV- DISCUSIÓN

La discusión de los resultados permite sostener que el debate sobre responsabilidad médica en Ecuador no debe formularse como una oposición simple entre castigo e impunidad, sino como una cuestión de correcta distribución institucional de respuestas jurídicas. La víctima de un daño médico tiene derecho a una respuesta seria, motivada y reparadora; pero esa respuesta no siempre debe ser penal, ni la prisión constituye necesariamente la forma más adecuada de reconocimiento del daño sufrido. El problema surge cuando el proceso penal se convierte en la vía ordinaria de tramitación de todo conflicto médico-sanitario, aun en casos donde el núcleo real del conflicto es indemnizatorio, informativo, ético, administrativo o institucional. En esos supuestos, el Derecho Penal deja de operar como última ratio y se transforma en un mecanismo simbólico de presión, lo que compromete simultáneamente la seguridad jurídica del profesional de la salud y la eficacia real de la reparación de la víctima.

El artículo 146 del COIP, leído de manera garantista -o interpretado extensivamente-, no autoriza una responsabilidad penal automática por el resultado muerte. Su estructura exige una secuencia argumentativa precisa: primero, la existencia de una conducta profesional; segundo, la infracción del deber objetivo de cuidado personalmente exigible; tercero, la creación o incremento de un riesgo jurídicamente desaprobado; cuarto, la realización de ese riesgo en el resultado muerte; y, solo en la modalidad agravada, la concurrencia adicional de acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas. Si se omite esta secuencia, el tipo penal pierde su función

delimitadora y se transforma en una cláusula abierta de criminalización del fracaso médico. Por ello, la Resolución No. 01-2014 de la Corte Nacional de Justicia y la Sentencia 6-21-IN/25 de la Corte Constitucional no deben ser entendidas como simples antecedentes interpretativos, sino como límites institucionales frente a lecturas expansivas del homicidio culposo por mala práctica profesional.

La lex artis no puede ser utilizada como una expresión retórica para justificar acusaciones, sino como un estándar técnico verificable. Invocar la lex artis sin precisar cuál era la regla aplicable, qué conducta era exigible, qué alternativa estaba disponible y cómo su omisión produjo el resultado equivale a vaciar de contenido el deber objetivo de cuidado. En materia médica, la lex artis es necesariamente contextual, porque depende de la especialidad, del estado clínico del paciente, de los medios disponibles, del nivel de complejidad del establecimiento, del momento de la intervención, de la urgencia del caso y del grado de información con el que contaba el profesional. No puede exigirse el mismo estándar a una intervención programada con todos los medios diagnósticos disponibles que a una emergencia de alta presión, ni puede imputarse a un médico individual la totalidad de fallas estructurales, administrativas o institucionales del sistema de salud.

La imputación objetiva permite evitar esa confusión porque desplaza el análisis desde la causalidad física hacia la atribución normativa del resultado. En un procedimiento médico puede existir una relación temporal entre la actuación del profesional y el daño, pero ello no significa que el

resultado sea penalmente imputable. El juez debe determinar si el riesgo creado por el médico era un riesgo prohibido o si permanecía dentro del riesgo permitido propio de la actividad médica; debe valorar si el resultado fue la concreción del riesgo desaprobado o si provino de la evolución natural de la enfermedad, de una complicación inevitable, de una condición previa del paciente, de la conducta de terceros, de una falla institucional o de la propia conducta del paciente. Esta depuración es indispensable para impedir que la medicina se juzgue desde el sesgo retrospectivo, esto es, desde la falsa idea de que, porque el resultado ya se conoce, era necesariamente previsible y evitable.

En este punto, el principio de confianza adquiere una importancia particular. La medicina contemporánea se desarrolla, en buena parte, mediante equipos interdisciplinarios y cadenas de actuación. El cirujano confía en el anestesiólogo, el anestesiólogo en el laboratorio, el médico tratante en el radiólogo, el especialista en la historia clínica correctamente elaborada, y todos ellos en que el establecimiento de salud dispone de equipos funcionales, insumos adecuados y protocolos mínimos de seguridad. Esta confianza no es ciega ni absoluta, pero sí constituye una regla funcional de distribución de responsabilidades. Si cada profesional estuviera obligado a verificar exhaustivamente todas las tareas de los demás, la atención médica se volvería impracticable. Por ello, solo se rompe el principio de confianza cuando existen señales concretas de error, incumplimiento, falta de cualificación, contradicción, anomalía o riesgo manifiesto que obliguen a intervenir. La sentencia colombiana SP3218-2023 resulta útil precisamente

porque muestra que, incluso en un caso dramático de olvido de material quirúrgico, la imputación penal debe reconstruir las funciones concretas de cada interviniente, la prueba disponible, las condiciones de la cirugía, la distribución de roles y el grado real de dominio sobre el riesgo.

Ahora bien, una perspectiva garantista no puede convertirse en una defensa acrítica del gremio médico. La última ratio penal no significa neutralización de la responsabilidad, sino selección racional de la vía adecuada. Existen casos en los que la intervención penal sí se justifica, cuando el profesional actúa con desprecio grave de reglas técnicas elementales, abandona injustificadamente al paciente, ejecuta procedimientos para los que no está cualificado, omite exámenes indispensables en un contexto claramente indicativo, realiza actos innecesarios sin finalidad terapéutica, expone al paciente a riesgos no consentidos o falsea información clínica relevante. En estos supuestos, la respuesta civil puede resultar insuficiente porque el hecho no solo produce un daño indemnizable, sino que lesiona de forma intensa bienes jurídicos fundamentales y expresa una infracción grave del rol profesional. El punto crítico, entonces, no es excluir la pena, sino impedir que se la aplique sin satisfacer sus presupuestos dogmáticos y probatorios.

La responsabilidad civil, por su parte, debe ocupar un lugar preferente en los supuestos ordinarios de mala práctica médica porque está diseñada para atender el daño. A diferencia del proceso penal, cuyo centro es la determinación de una infracción y la imposición de una pena, la responsabilidad civil permite ordenar el debate alrededor de la víctima, sus

perjuicios, su tratamiento futuro, su daño moral, su lucro cesante, su daño emergente, sus gastos médicos, su rehabilitación, su proyecto de vida y las medidas que puedan restituir o compensar, en la medida de lo posible, la afectación sufrida. El Código Civil ecuatoriano, al establecer que quien comete un delito o cuasidelito que infiere daño a otro está obligado a indemnizar, confirma que la indemnización no es incompatible con la existencia de una infracción penal, pero tampoco depende necesariamente de ella. La reparación puede y debe funcionar autónomamente cuando el daño sea civilmente imputable, aun si el hecho no alcanza el umbral de relevancia penal.

Esta idea exige superar la percepción cultural de que la vía civil es una respuesta débil. En los daños médicos, una reparación civil bien estructurada puede ser más útil que una sentencia penal condenatoria, porque permite cubrir necesidades concretas de la víctima y su familia. En casos de lesiones permanentes, por ejemplo, la víctima puede requerir tratamientos de por vida, adecuaciones domiciliarias, asistencia psicológica, medicación, terapias físicas, acompañamiento familiar, prótesis, pérdida de ingresos y compensación por daño moral. En casos de vulneración del consentimiento informado, puede requerirse compensación por afectación a la autonomía y por pérdida de oportunidad decisional. En supuestos de wrongful conception, la discusión civil permite abordar daños asociados al proyecto familiar, a la autonomía reproductiva y a los perjuicios derivados de una prestación médica defectuosa, sin forzar necesariamente una respuesta penal. De ahí que la reparación civil no deba quedar reducida

a una suma abstracta, sino estructurarse conforme a las diversas dimensiones del daño.

La principal debilidad del sistema ecuatoriano no consiste en que exista una vía civil, sino en que esta no siempre aparece como suficientemente eficaz, rápida, especializada y sensible frente al daño inmaterial. La doctrina reciente ha señalado que la reparación integral en casos de mala práctica médica puede garantizarse con mayor claridad cuando se trata de daño material, pero presenta insuficiencias frente al daño inmaterial. Esta constatación ayuda a explicar por qué muchas víctimas se inclinan por la vía penal: no necesariamente porque el caso sea penalmente más sólido, sino porque el sistema civil no siempre comunica una promesa real de reparación digna. La solución, sin embargo, no debe ser ampliar indebidamente el Derecho Penal, sino fortalecer la responsabilidad civil médica mediante criterios claros de cuantificación, reconocimiento de daños extrapatrimoniales, medidas de satisfacción, rehabilitación, garantías de no repetición, seguros profesionales obligatorios, mecanismos de mediación sanitaria y tribunales o jueces con formación técnica en responsabilidad médica.

La prueba es el punto en el que se decide la legitimidad de toda respuesta, debido a que un sistema que sanciona sin prueba técnica produce injusticia; un sistema que exige pruebas imposibles produce impunidad. Por eso, en responsabilidad médica debe evitarse tanto la condena por intuición como la absolución por opacidad técnica. La historia clínica, el consentimiento informado, los protocolos, la trazabilidad de medicamentos, los reportes

quirúrgicos, las hojas de anestesia, las interconsultas, los exámenes complementarios y la pericia especializada son indispensables para reconstruir el caso. Pero la pericia no debe limitarse a afirmar que hubo o no mala práctica; debe explicar cuál era la regla técnica, cómo se determinó el estándar, qué alternativa era exigible, si el daño era previsible, si era evitable, si existieron factores externos, si se respetó la autonomía del paciente y si el resultado corresponde al riesgo que la norma de cuidado pretendía evitar. Sin esa estructura, la pericia se vuelve una opinión revestida de lenguaje técnico, pero insuficiente para fundar responsabilidad.

Desde una política criminal sanitaria, la expansión del derecho penal puede generar efectos contraproducentes. La sobrecriminalización de la mala práctica médica fomenta medicina defensiva, incrementa costos del sistema, deteriora la relación médico-paciente, estimula la ocultación de errores y desincentiva la atención de casos complejos o de alto riesgo. Un sistema sanitario aprende de sus errores cuando los documenta, los audita y los corrige; pero si todo error se traduce inmediatamente en amenaza penal, los profesionales e instituciones tenderán a protegerse antes que a transparentar los fallos. Esto no significa que los errores graves deban quedar sin sanción, sino que el sistema debe distinguir entre error humano, evento adverso, falla institucional, culpa civil y delito. La seguridad del paciente mejora más con transparencia, protocolos, auditorías clínicas, cultura de reporte, formación continua y reparación efectiva que con una política criminal basada en la expansión simbólica del castigo.

A partir de esta discusión, puede proponerse un criterio de selección de vía jurídica. Cuando el daño deriva de una actuación médica deficiente, pero no se acredita una infracción grave del deber objetivo de cuidado ni una conexión normativa directa entre la conducta y el resultado típico, la vía preferente debe ser civil, administrativa, disciplinaria o sanitaria, según el caso. Cuando el conflicto se relaciona principalmente con falta de información, consentimiento insuficiente, incumplimiento de obligaciones de medios, daño moral, daño patrimonial, pérdida de oportunidad o prestación institucional defectuosa, la respuesta debe orientarse hacia reparación integral, mediación, indemnización, medidas correctivas y garantías de no repetición. En cambio, cuando existan elementos técnicos que permitan sostener que el profesional creó un riesgo no permitido, infringió reglas esenciales de la lex artis, omitió una conducta exigible y posible, actuó fuera de su competencia, abandonó injustificadamente al paciente o realizó actos peligrosos, innecesarios e ilegítimos que se concretaron en la muerte, la vía penal puede activarse legítimamente, siempre con prueba suficiente y motivación reforzada.

Esta propuesta también permite diferenciar entre responsabilidad individual y responsabilidad institucional. Muchos daños sanitarios no se explican por la conducta aislada de un médico, sino por fallas de organización, falta de insumos, ausencia de protocolos, deficiente mantenimiento de equipos, saturación hospitalaria, contratación de personal no cualificado, turnos excesivos, errores administrativos o incumplimiento de deberes estatales de control. En esos escenarios, dirigir toda la respuesta contra el médico

visible puede ser injusto y, además, ineficaz. La responsabilidad civil o administrativa de clínicas, hospitales, aseguradoras, prestadores de salud y eventualmente del Estado debe ser desarrollada con mayor fuerza, porque la víctima tiene derecho a que se identifique la fuente real del daño. Si el riesgo fue creado por una estructura institucional defectuosa, la reparación y la garantía de no repetición deben recaer sobre esa estructura, sin perjuicio de la responsabilidad individual cuando esta también se encuentre probada.

En suma, la discusión confirma la tesis central del artículo, esto es, que en materia de presunta mala práctica médica, el Derecho Penal debe operar como mecanismo excepcional, subsidiario y de última ratio. Esta conclusión no relativiza la gravedad del daño médico ni desconoce el sufrimiento de las víctimas; al contrario, busca que el sistema jurídico responda de manera más honesta y eficaz. La víctima no debe ser empujada a un proceso penal largo e incierto cuando su necesidad principal es reparación, rehabilitación, explicación o corrección institucional. El médico no debe ser tratado como responsable penal por el solo hecho de haber intervenido antes de un resultado adverso. Y el Estado no debe usar la pena para compensar la debilidad de sus mecanismos civiles y sanitarios. La racionalidad garantista exige reparar más y criminalizar menos, sin renunciar a castigar cuando el hecho verdaderamente lo justifique.

7. CONCLUSIONES

La responsabilidad médica en Ecuador exige una reconstrucción sistemática que distinga entre responsabilidad médica, responsabilidad civil, responsabilidad administrativa y responsabilidad penal. El análisis desarrollado demuestra que no todo resultado adverso configura mala práctica, no toda mala práctica genera delito y no todo daño médico requiere una respuesta penal. La medicina es una actividad socialmente necesaria y jurídicamente permitida, pero riesgosa; por ello, el Derecho debe evaluar la conducta profesional desde la lex artis, el deber objetivo de cuidado, la previsibilidad, la evitabilidad, las condiciones concretas del caso y la relación normativa entre el riesgo creado y el resultado producido.

El artículo 146 del COIP contiene una estructura compatible con la imputación objetiva, aunque no adopte expresamente su terminología clásica. La norma exige que el resultado provenga directamente de la infracción del deber objetivo de cuidado y obliga a valorar la diligencia, el grado de formación profesional, las condiciones objetivas, la previsibilidad y la evitabilidad. Esta configuración impide construir responsabilidad penal desde la sola muerte del paciente. La modalidad agravada requiere, además, la concurrencia de acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas, de manera que su aplicación debe ser excepcional y motivada con especial rigor. La Resolución No. 01-2014 de la Corte Nacional de Justicia y la Sentencia 6-21-IN/25 de la Corte Constitucional refuerzan esta lectura restrictiva y garantista.

La imputación objetiva cumple una función de contención del ius puniendi en el ámbito médico, porque permite diferenciar entre riesgo permitido y riesgo jurídicamente desaprobado. Su utilidad se aprecia especialmente en actividades médicas complejas, diagnósticos inciertos, tratamientos invasivos, emergencias sanitarias, anestesiología, trabajo por equipos, distribución de roles y supuestos de omisión. El profesional de la salud no responde penalmente por todo resultado asociado temporalmente a su intervención, sino únicamente por aquellos resultados que constituyen la realización del riesgo no permitido que él creó o incrementó de manera jurídicamente relevante.

La responsabilidad civil debe prevalecer en los supuestos ordinarios de daño médico, especialmente cuando el conflicto se refiere a reparación patrimonial, daño moral, daño inmaterial, pérdida de oportunidad, incumplimiento de obligaciones de medios, consentimiento informado defectuoso o prestación sanitaria deficiente. La reparación civil no debe ser entendida como una respuesta menor frente al Derecho Penal, sino como el mecanismo más directamente orientado a satisfacer las necesidades de la víctima. Para ello, el sistema ecuatoriano debe fortalecer los criterios de reparación integral, especialmente respecto del daño inmaterial, la rehabilitación, las medidas de satisfacción y las garantías de no repetición.

La prueba técnica constituye una condición indispensable para cualquier atribución de responsabilidad. La historia clínica, los protocolos, el consentimiento informado, las pericias especializadas, los registros quirúrgicos, las hojas de anestesia, los exámenes complementarios y las

auditorías médicas deben permitir reconstruir la conducta profesional, el estándar exigible y el nexo causal o normativo. Sin prueba técnica suficiente, el proceso penal corre el riesgo de convertirse en una reacción emocional frente al resultado; sin mecanismos probatorios eficaces, la vía civil puede dejar sin reparación a víctimas que sí sufrieron daños jurídicamente imputables.

Desde una perspectiva político-criminal, la sobrecriminalización de la mala práctica médica puede producir medicina defensiva, deterioro de la relación médico-paciente, ocultamiento de errores, aumento de costos y debilitamiento de la cultura de seguridad clínica. Un sistema jurídico maduro no debe responder a todo daño sanitario con castigo, sino con una arquitectura diferenciada de prevención, reparación, control, sanción administrativa y, solo en los casos más graves, pena. La última ratio penal no significa abandono de la víctima, sino fortalecimiento de respuestas menos lesivas y más reparadoras.

Finalmente, se concluye que la protección de la víctima y la garantía del profesional no son objetivos incompatibles. La víctima debe recibir verdad, reparación e indemnización cuando corresponda; el profesional debe ser juzgado conforme a reglas técnicas, prueba suficiente y principios penales estrictos. La respuesta adecuada no es penalizar toda medicina fallida, sino construir un modelo de responsabilidad médica capaz de reparar seriamente el daño, corregir las fallas institucionales y reservar la pena para los supuestos en los que exista infracción grave del deber objetivo de cuidado, creación de riesgo no permitido, realización del riesgo en el

resultado y, cuando corresponda, acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas.

8. RECOMENDACIONES

Se recomienda fortalecer las vías civiles, administrativas y sanitarias de reparación en casos de mala práctica médica, especialmente respecto del daño inmaterial, la rehabilitación, las medidas de satisfacción y las garantías de no repetición. Una respuesta jurídica eficaz no debe depender exclusivamente del proceso penal, pues muchas víctimas requieren reparación integral, explicación institucional y corrección de fallas del sistema antes que una sanción privativa de libertad.

Se recomienda promover una cultura jurídica y médica orientada a la prevención del daño, mediante protocolos claros, auditorías clínicas, adecuada elaboración de historias clínicas, consentimiento informado real y formación continua en responsabilidad profesional. La reducción de conflictos médico-sanitarios exige mejorar la calidad de la atención y de la prueba técnica, no ampliar de manera irreflexiva el uso del Derecho Penal.

Se recomienda que fiscales, jueces y defensores técnicos apliquen el artículo 146 del COIP desde una lectura estrictamente garantista, evitando que la sola producción de un resultado dañoso sea utilizada como fundamento suficiente para activar o sostener una imputación penal. La responsabilidad penal médica debe exigirse únicamente cuando exista prueba técnica seria sobre la infracción del deber objetivo de cuidado, la creación de un riesgo no permitido y la realización de ese riesgo en el resultado.

9. BIBLIOGRAFÍA:

Acaro Pereira, J. M. (2021). *Parámetros para la determinación de la mala práctica médica en el Ecuador* [Artículo científico de maestría, Universidad Regional Autónoma de los Andes].

Aguilar-Apolo, M. G., & Molleturo-Jiménez, J. A. (2023). Eximentes de responsabilidad civil del acto médico en el Ecuador. *Polo del Conocimiento, 8*(9), 1059–1079. https://doi.org/10.23857/pc.v8i9.6067

Alfonso González, I., Romero Fernández, A. J., Latorre Tapia, F., & Camaño Carballo, L. (2021). La mala práctica médica y sus consecuencias legales en Ecuador. *Revista Universidad y Sociedad, 13*(6), 526–530.

Arroyave Pico, J. L., & Castillo Galvis, S. H. (2023). Responsabilidad médica penal por omisión en situaciones de emergencia de salud. *Resistances. Journal of the Philosophy of History, 4*(8), e230128. https://doi.org/10.46652/resistances.v4i8.128

Asamblea Constituyente del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial No. 449, 20 de octubre de 2008. Última reforma: 25 de enero de 2021.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2014). *Código Orgánico Integral Penal*. Registro Oficial Suplemento No. 180, 10 de febrero de 2014. Última reforma: 29 de abril de 2026.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2015). *Código Orgánico General de Procesos*. Registro Oficial Suplemento No. 506, 22 de mayo de 2015. Última reforma: 7 de octubre de 2025.

Bernate Ochoa, F. (2010). *Imputación objetiva y responsabilidad penal médica*. Editorial Universidad del Rosario. https://doi.org/10.7476/9789585003972

Borja Pozo, A., & García Amado, J. A. (Coords.). (2022). *Responsabilidad jurídica médica*. Editorial Universitaria Católica de Cuenca. https://doi.org/10.26871/Edunica.978.9942.27.161.7

Coello Calle, P. A. (2025). *Análisis crítico jurídico de la responsabilidad penal del médico en delitos de comisión por omisión* [Artículo científico de grado, Universidad Regional Autónoma de los Andes].

Congreso Nacional del Ecuador. (2005). *Código Civil*. Registro Oficial Suplemento No. 46, 24 de junio de 2005. Última reforma: 26 de noviembre de 2025.

Corte Constitucional del Ecuador. (2025). *Sentencia 6-21-IN/25*. Caso 6-21-IN, 15 de agosto de 2025.

Corte Nacional de Justicia. (2014). *Resolución No. 01-2014: Aclara el alcance del artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal*. Registro Oficial Suplemento No. 246, 15 de mayo de 2014.

Corte Suprema de Justicia de Colombia, Sala de Casación Penal. (2023). *Sentencia SP3218-2023*. Radicación No. 54707, 8 de noviembre de 2023.

Del Brutto, O. (2018). Requisitos para que proceda la responsabilidad civil por mala práctica médica. *Revista Ecuatoriana de Neurología, 27*(2), 79–82.

Dorado Torres, D. F. (2015). Derecho a la vida, derecho a la salud y mala práctica médica: Análisis desde la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia colombiana y los compromisos derivados de la Convención Americana de Derechos Humanos. *Foro: Revista de Derecho, 23*, 141–161.

Espín Rosales, W. G. (2016). *La responsabilidad penal en la mala práctica médica en el Ecuador. Un enfoque desde la actuación probatoria* [Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador].

Henao, J. C. (2015). Las formas de reparación en la responsabilidad del Estado: Hacia su unificación sustancial en todas las acciones contra el Estado. *Revista de Derecho Privado, 28*, 277–366. https://doi.org/10.18601/01234366.n28.10

Herrera Sabando, W. A., Alcívar Cobeña, J. E., Villacreses Palomeque, J. L. O., & Loor Moreira, B. V. (2026). Imputación objetiva y Derecho Penal ecuatoriano. *RECIMUNDO, 10*(1), 624–634. https://doi.org/10.26820/recimundo/10.(1).enero.2026.624-634

Herrera Sánchez, C. S. (2023). *La responsabilidad penal por mala práctica médica aplicada a médicos anestesiólogos* [Trabajo de titulación de maestría, Universidad Central del Ecuador].

M'Causland Sánchez, M. C. (2008). *Tipología y reparación del daño no patrimonial: Situación en Iberoamérica y en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. Universidad Externado de Colombia.

Molleturo Jiménez, A. (2022). La responsabilidad médica en la pluralidad normativa del Ecuador. *Analysis, 33*(1), 1–25.

Riveros Ferrada, C., Olivares Ramírez, M., & Villarroel Toro, G. (2019). La responsabilidad civil médico-sanitaria en el ordenamiento jurídico chileno. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado, 51*(156), 1575–1598.

Sánchez, M. P. (2022). Wrongful conception: Su posible aplicación en el Derecho ecuatoriano. En A. Borja Pozo & J. A. García Amado (Coords.), *Responsabilidad jurídica médica* (pp. 407–432). Editorial Universitaria Católica de Cuenca.

Santacruz Vélez, M. A., Álvarez Pacheco, J. C., Pérez Ycaza, J. C., & Castillo Galvis, S. H. (2023). Responsabilidad médica por mala praxis, análisis en la educación de médicos y abogados del Ecuador. *Revista Conrado, 19*(91), 350–357.