



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES**

**CARRERA DE DERECHO**

**LA RESPONSABILIDAD PENAL MÉDICA CONFORME EL  
ARTÍCULO 218 DEL CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL:  
ANÁLISIS NORMATIVO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ABOGADA**

**AUTORA: ANGIE DEL CARMEN YAMBAY DÍAZ**

**DIRECTOR: DR. JAIME ALBERTO PACHECO SOLANO, MGS.**

**CUENCA-ECUADOR**

**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES**

**CARRERA DE DERECHO**

**LA RESPONSABILIDAD PENAL MÉDICA CONFORME EL  
ARTÍCULO 218 DEL CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL:  
ANÁLISIS NORMATIVO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ABOGADA**

**AUTORA: ANGIE DEL CARMEN YAMBAY DÍAZ**

**DIRECTOR: DR. JAIME ALBERTO PACHECO SOLANO, MGS.**

**CUENCA-ECUADOR**

**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

**Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

**ANGIE DEL CARMEN YAMBAY DÍAZ** portadora de la cédula de ciudadanía N° 0750286395. Declaro ser el autor de la obra: **“LA RESPONSABILIDAD PENAL MÉDICA CONFORME EL ARTÍCULO 218 DEL CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL: ANÁLISIS NORMATIVO”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 30 de abril de 2025

F:  .....

**ANGIE DEL CARMEN YAMBAY DÍAZ**

C.I. 0750286395

### CERTIFICO

Certifico que el presente Trabajo de Investigación fue desarrollado por **ANGIE DEL CARMEN YAMBAY DÍAZ**, con el Tema “**LA RESPONSABILIDAD PENAL MÉDICA CONFORME EL ARTÍCULO 218 DEL CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL: ANÁLISIS NORMATIVO**”, bajo mi supervisión.



**DR. JAIME ALBERTO PACHECO SOLANO, MGS**

Tutor

---

### **Dedicatoria**

Dedico este proyecto a Dios, que me guía siempre a diario en mi día a día desde los actos más pequeños hasta los más grandes y por ser quien me ha permitido recorrer un camino amplio de aprendizaje y sabiduría, para así obtener el título de abogada a través de un viaje lleno de esfuerzo y valentía que, solo él y yo sabemos cuál ha sido la trayectoria y a donde será el destino final.

A los ángeles Carmen Berzabeth Torres Costa, Segundo Daniel Díaz y a los increíbles seres humanos Manuel Mesías Yambay y María Inés Soria, por haber criado y educado a mis padres que son mi vida y dueños de mi corazón el Dr. Angel Abrahan Yambay Soria y la Lcda. Cuba del Rocío Díaz Torres que son el logro más grande que tendré siempre en mi vida, quienes más haya de tener un título y ser grandes profesionales son mis padres, donde uno es un galeno que Dios usa sus manos para ayudar al prójimo y en ella es Dios usando su voz para impartir las enseñanzas que nos dio y al futuro galeno Angel Daniel Yambay Díaz mi hermano por siempre estar ahí y de quien aprendo día a día gracias Danielito.

A mi familia materna mis tías y mi tío John Diaz Torres, son el motor de mi vida siempre guiándome y apoyándome en todas las metas que me propongo y a Rey, Kira, Daki por siempre ayudarme a desconectar cuando es necesario para centrarme en mis estudios y a uno de mis recuerdos más antiguos esa cabalgata en el corcel blanco junto a él y a ti Angie eres increíble cada día me sorprendes más estoy orgullosa de ti por eso y más cosas este trabajo es tuyo.

## **Agradecimiento**

Expreso mi agradecimiento a Dios por culminar esta carrera y todo lo que, me ha otorgado y en este apartado expreso un gracias de corazón a mi tutor el Dr. Jaime Alberto Pacheco Solano por su guía y apoyo incondicional en el ámbito académico en todo este proceso, por esas enseñanzas de medicina legal brindadas en cuarto ciclo y por ese punto de vista en sexto con derecho penal, y por los docentes que han marcado mis estudios con sus enseñanzas y mensajes de aliento y a esa docente que en segundo ciclo nos leyó una de sus reflexiones cuando empezaron los hacinamientos carcelarios y en sexto volvió siempre con ese corazón de madre y al docente de mi séptimo ciclo que me enseñó una perspectiva distinta del derecho penal y a defender lo que pienso contra todo y en especial a los docentes de mi último año, incluidos todos los mencionados con anterioridad son unos grandes catedráticos dignos de admirar en sus materias gracias por no solo brindar una clase sino por enseñar, trabajar y hacer aprender a sus estudiantes aprendí mucho de todos ustedes en mi Alma Mater la Universidad Católica de Cuenca.

## Resumen

El presente estudio analiza la responsabilidad penal médica conforme al Artículo 218 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), evidenciando la falta de precisión en la regulación de la desatención médica y los riesgos de una aplicación punitiva desproporcionada. Se examina cómo la norma no distingue claramente entre la omisión dolosa o culposa del profesional de la salud y aquellas situaciones en las que la falta de atención se debe a factores externos, como la falta de insumos, sobrecarga laboral o deficiencias estructurales del sistema de salud. Desde la perspectiva del garantismo penal y del derecho penal mínimo, se destaca la importancia de limitar la intervención del derecho penal únicamente a casos de negligencia grave, evitando la criminalización injusta de los médicos por circunstancias ajenas a su voluntad. La falta de criterios objetivos en la normativa ecuatoriana puede generar inseguridad jurídica y afectar la prestación de los servicios de salud. En este contexto, se concluye que es necesario reformar el COIP para garantizar un marco normativo proporcional y adecuado, que proteja tanto los derechos de los pacientes como la seguridad de los profesionales de la salud.

**Palabras claves:** *Responsabilidad médica, desatención, regulación.*

### **Abstract**

This study analyzes medical criminal liability under Article 218 of the Comprehensive Organic Criminal Code (COIP, by its Spanish acronym), highlighting the lack of precision in regulating medical neglect and the risks of disproportionate punitive application. It examines how the law does not clearly distinguish between intentional or negligent omission by a healthcare professional and situations in which the lack of care is due to external factors, such as a lack of supplies, work overload, or structural deficiencies in the healthcare system. From the perspective of penal guarantees and minimal criminal law, the importance of limiting the intervention of criminal law only to cases of gross negligence is highlighted, avoiding the unjust criminalization of physicians due to circumstances beyond their control. The lack of objective criteria in Ecuadorian regulations can lead to legal uncertainty and affect the provision of healthcare services. In this context, it is concluded that it is necessary to reform the COIP to guarantee a proportional and adequate legal framework that protects both patients' rights and the security of healthcare professionals.

**Keywords:** *Medical liability, neglect, regulation.*

## Índice

Declaratoria de autoría y responsabilidad.....	II
Certificado del Tutor .....	III
Dedicatoria .....	IV
Agradecimiento .....	V
Resumen .....	VI
<i>Palabras claves</i> .....	VI
<i>Keywords</i> .....	VII
Índice.....	VIII
Introducción .....	1
Capítulo I.....	2
1. La responsabilidad penal del médico en caso de omisión de la atención urgente.....	2
1.1. <i>Antecedentes de la responsabilidad del médico</i> .....	2
1.2. <i>Responsabilidad profesional del médico</i> .....	3
1.3. <i>El Deber de cuidado</i> .....	4
1.3.1. <i>Obligación de medios, de resultados y de seguridad</i> .....	4
1.4. <i>La bioética</i> .....	5
1.5. <i>Atención urgente</i> .....	7
1.3.2. <i>El Triage</i> .....	9
1.8.2. <i>Sistema Manchester (MTS)</i> .....	12
1.8.3. <i>Escala de Glasgow</i> .....	14
1.6. <i>Normativa que regula la responsabilidad del médico</i> .....	14
1.7. <i>Aplicación del Derecho Penal</i> .....	19
1.8. <i>Garantismo penal</i> .....	20
1.9. <i>La omisión</i> .....	21
1.9.1. <i>Clases de omisión penalmente relevantes</i> .....	22
1.10. <i>La responsabilidad penal de los médicos</i> .....	27
1.11. <i>Normativa que regula la responsabilidad penal de los médicos en Ecuador</i> .....	28
1.12. <i>Responsabilidad del Estado ante la desatención urgente</i> .....	31
1.13. <i>Derecho Comparado</i> .....	35
1.12.1. <i>La responsabilidad penal en la legislación mexicana</i> .....	36
1.12.2. <i>Legislación ecuatoriana vs legislación mexicana: responsabilidad penal del médico</i> . .....	39
CAPÍTULO II.....	41
2. Aplicación del Art. 218 del Código Orgánico Integral Penal en situaciones de desatención al paciente y la responsabilidad del médico. ....	41
2.2. <i>Sentencia No. 01283-2021-11224</i> .....	42

2.2.1. Análisis de la sentencia No. 01283-2021-11224, conforme al Artículo 218 del COIP. .....	45
2.3. <i>Caso Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Babahoyo.</i> .....	46
2.3.1. Análisis de caso desde la perspectiva de la omisión impropia.....	46
2.3.2. Aplicación del Art. 218 del COIP.....	47
CAPÍTULO III .....	47
3. Determinar si el artículo 218 identifica de manera eficaz la responsabilidad penal de los médicos.	47
Conclusión.....	50
Recomendaciones.....	52
Bibliografía.....	54
Anexos.....	59

## **Introducción**

La actividad médica, por su propia naturaleza, implica una constante exposición a situaciones críticas que, en ocasiones, no dependen exclusivamente de la voluntad o diligencia del profesional de la salud, sino de circunstancias externas que escapan a su control. En este contexto, la responsabilidad penal del médico ha sido objeto de un amplio debate, especialmente a la luz del artículo 218 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), que sanciona la desatención médica. Sin embargo, la ausencia de un desarrollo normativo que contemple expresamente las excepciones relacionadas con factores externos —como la falta de insumos, recursos humanos limitados o infraestructura deficiente— genera un riesgo jurídico para el personal sanitario, quien podría ser sancionado penalmente aun cuando no haya obrado con dolo o negligencia. El presente análisis normativo busca examinar la configuración actual de la responsabilidad penal médica y advertir la necesidad de delimitar adecuadamente las causas ajenas al actuar voluntario del médico, a fin de evitar que la ley penal sancione injustamente a quienes cumplen su labor bajo condiciones adversas y ajenas a su control.

## Capítulo I

**El objeto de estudio:** Esta investigación tiene como objeto, analizar la falta de regulación sobre la omisión en la atención urgente a pacientes en Ecuador y su impacto en la responsabilidad penal médica. Profundizar en el marco jurídico vigente, con énfasis en el artículo 218 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), para identificar posibles vacíos normativos que puedan afectar la seguridad jurídica de los profesionales de la salud y el ejercicio del derecho a la salud de los pacientes.

### 1. La responsabilidad penal del médico en caso de omisión de la atención urgente.

#### 1.1. Antecedentes de la responsabilidad del médico

La responsabilidad de los médicos, desde una visión histórica de cómo se ha regulado la práctica médica a lo largo de los siglos, mencionando algunos de los códigos legales más antiguos que contenían normas sobre la responsabilidad de los médicos y las sanciones en caso de errores o negligencia, encontramos; El Código de Hammurabi, la Ley de Alejandro Magno, Ley de Aquilea y el Código Napoleónico.

La legislación penal más significativa fue el famoso código del rey Hammurabi. Este código incluía normas tanto civiles como penales, y hacía una distinción entre hombres libres y esclavos, imponiendo sanciones para diversos delitos. En algunos casos de delitos puramente patrimoniales, se permitía la compensación devolviendo el triple de lo sustraído. Este código, inscrito en un cilindro negro de diorita de más de dos metros de altura y compuesto por cerca de 350 líneas, incluye disposiciones específicas para ciertas profesiones. Por ejemplo, la nodriza que causare la muerte de un niño en sus brazos, si no había sido autorizada por los padres, no podría amamantar a otro niño, y se le amputaban los pezones. Asimismo, el médico responsable de la muerte de un paciente sufría la amputación de la mano (Zaffaroni, 1980).

El Código de Hammurabi (1700 a.C.) es uno de los primeros registros escritos de normas legales en la historia. Fue promulgado por el rey Hammurabi en Babilonia y regulaba, entre otras cosas, las faltas cometidas por los médicos. Establecía castigos específicos para aquellos que no cumplían con los estándares médicos de la época. La Ley de Alejandro Magno (356 a.C. - 323 a.C.) durante el reinado de Alejandro Magno,

se promulgó una ley que castigaba con la pena de crucifixión a los médicos que abandonaban a sus pacientes, lo que subraya la gravedad con la que se tomaba la responsabilidad médica en ese momento. La Ley de Aquilea (287 a.C.) requería que los médicos indemnizaran o, en casos más graves, enfrentaran la pena de muerte si se comprobaba que habían actuado con impericia, es decir, si no tenían los conocimientos o habilidades adecuadas para tratar a sus pacientes. El Código Napoleónico, 1807, creado por Napoleón Bonaparte y se convirtió en uno de los más influyentes en la historia del derecho civil. En relación con la práctica médica, establecía que los médicos debían reparar los daños causados por errores o negligencia en su atención. Esto marcó el principio de la responsabilidad civil por mala praxis médica (Varela Mejía & Sotelo Monroy, 2019).

Bajo este contexto, se puede observar cómo la regulación de la práctica médica ha sido un tema importante a lo largo de la historia, con diferentes sociedades estableciendo normas y sanciones para garantizar que los médicos actuaran de manera adecuada y responsable. Estas leyes también reflejan la importancia que se ha dado, desde tiempos antiguos, a la protección de los pacientes frente a los errores médicos. Sin embargo, se ha ido dejando de lado la posición del médico como un ser humano que puede cometer errores, ajenos a la voluntad de causar daño.

## **1.2. Responsabilidad profesional del médico**

Sobre el médico pesa el deber de cuidado dentro del ejercicio de su profesión, con lo cual, deberá procurar que sus pacientes no tengan resultados fatales, haciendo uso de los recursos disponibles para su práctica médica. Así como evitar que dichos resultados sean consecuencia de su acción u omisión, en cuanto al método usado (Moctezuma, 1998). Podemos encontrar la denominada *lex artis* lo cual es importante tocar ya que, se refiere al:

El conjunto de procedimientos, de técnicas y de reglas generales de la profesión (...) para determinar la conducta del profesional de la salud conforme a la *lex artis*, se deben tener presentes, actualmente, los estándares de calidad el servicio en la época del tratamiento (Ramírez, 1990).

La responsabilidad del médico es un tema fundamental en la práctica de la medicina, ya que está estrechamente vinculada al concepto del deber de cuidado. Este deber tiene como objetivo evitar resultados indeseables en los pacientes, que el médico debe anticipar y prevenir en el ejercicio de su labor, como ya se mencionó en el párrafo anterior.

### **1.3. El Deber de cuidado**

La responsabilidad profesional no solo implica la atención adecuada de los pacientes, sino también la capacidad de anticipar las posibles consecuencias de las decisiones médicas. Este deber se determina según una serie de factores, como las circunstancias del caso concreto, el modo que se lleva a cabo la intervención, el tiempo en el que se realiza y el lugar en el que se actúa. La comprensión de la responsabilidad del médico es esencial para garantizar una atención médica adecuada y para proteger los derechos de los pacientes y la tranquilidad del médico (Maurach, 1962).

En la medicina, el deber de cuidado tiene su origen tanto en principios éticos como en las demandas técnicas y científicas. Ese deber representa la obligación primaria del médico, quien, en virtud de su relación con el paciente, se ve obligado a realizar, abstenerse de hacer o ejecutar una acción específica, con el fin de cumplir con el propósito y los objetivos de la relación profesional (Achaval, 1992). En donde, las responsabilidades del médico incluyen varias categorías; *las obligaciones de medios, obligaciones de resultado y obligaciones de seguridad*.

#### ***1.3.1. Obligación de medios, de resultados y de seguridad.***

Las *obligaciones de medios*, refiere a que, el médico tiene el compromiso de proporcionar atención médica con el objetivo de obtener el mayor beneficio posible para el paciente. Esto implica la responsabilidad de utilizar los métodos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación establecidos por la legislación vigente. En las *obligaciones de resultado*, en algunos casos, el médico puede comprometerse a obtener ciertos resultados como consecuencia de su intervención. Sin embargo, no será responsable si los resultados no se alcanzan, ya que pueden ocurrir situaciones imprevistas o de fuerza mayor que escapen a su control. En las *obligaciones de seguridad*, el médico tiene la

responsabilidad de evitar incidentes o, al menos, reducir los riesgos, como aquellos relacionados con el uso y mantenimiento de tecnología médica. Generalmente, el médico asume una obligación de medios, es decir, se compromete a brindar el mejor cuidado y hacerlo con competencia, pero no necesariamente a salvar la vida o curar al paciente por completo. Nadie puede ser obligado a lo imposible.

Por lo tanto, el deber de cuidado del médico se sustenta en cuatro pilares fundamentales; el *científico y técnico*, *el ético*, *el jurídico* y el *de derechos humanos*. El deber *científico-técnico* del médico está basado en su formación, conocimientos, habilidades, experiencia y constante actualización. Se refiere a la *lex artis*, que son las normas y procedimientos que la evolución de la medicina ha establecido. El médico debe contar con los recursos necesarios para ofrecer un tratamiento adecuado, pero no será responsable si no tiene acceso a ellos (Varela Mejía & Sotelo Monroy, 2019).

#### 1.4. La bioética

De igual manera, dentro del pilar de la ética, entendemos que en la transición de la ética médica a la bioética se basa en el pensamiento hipocrático sobre la beneficencia y no maleficencia, la filosofía personalista que defiende la inviolabilidad de la vida humana, y los códigos deontológicos médicos que, al valorar la dignidad humana, dieron origen a la bioética como disciplina. En donde, la bioética se refiere al análisis de la conducta humana en las ciencias de la vida y la salud, basado en valores y principios morales (Reich, 1993). Sus cuatro principios esenciales son: beneficencia<sup>1</sup>, no maleficencia<sup>2</sup>, autonomía<sup>3</sup> y justicia<sup>4</sup>. Los principios de ética médica, según el *informe Belmont*, abarcan estos mismos fundamentos. Las principales normas éticas en la bioética, establecidas tras la Segunda Guerra Mundial, incluyendo el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y otras declaraciones importantes (Sgreccia, 1994).

En el ámbito jurídico, la salud es un derecho protegido por el Estado, lo que implica que la relación entre el médico y el paciente constituye un acuerdo, ya sea formal

---

<sup>1</sup> Buscar el bienestar del paciente, evitando en lo mayor posibles daños.

<sup>2</sup>El profesional de la salud no necesariamente busque sanar al paciente (cuando no es posible su curación), sino que, como mínimo, evite causarle el mayor daño posible.

<sup>3</sup> Respetar los derechos fundamentales, como la vida, la libertad, exigiendo el consentimiento informado.

<sup>4</sup> Garantizar que todos reciban los mismos tratamientos de acuerdo con sus circunstancias.

o tácito, según la Teoría del Derecho Civil, con el objetivo de llevar a cabo un acto médico. En este acuerdo, el paciente es quien toma la iniciativa, mientras que el médico es quien posee la competencia para resolver el problema de salud. Se trata de una relación desigual en la que uno tiene una necesidad de salud y el otro la capacidad para atenderla. El acto médico es progresivo y social, permitiendo así la creación de una interacción interpersonal. Este derecho relacionado con la salud forma la base normativa de la responsabilidad profesional del médico, que incluye elementos esenciales de cualquier relación jurídica, tales como; *1. Los sujetos*, el paciente, quien es el receptor del servicio, y el médico, quien tiene la responsabilidad de brindarlo; *2. El vínculo*, que se refiere a la atención médica, la curación o la rehabilitación; *3. El contenido*, que implica los derechos y deberes de ambas partes (Villanova, 1955).

El objetivo de esta relación jurídica es la prevención de enfermedades, la mejora, la curación y la rehabilitación del paciente, lo que sirve como base para evaluar la conducta del médico. Este análisis debe considerar la legislación vigente de cada nación.

A pesar de la existencia de un marco legal para el ejercicio médico, siempre hay riesgos inherentes a la práctica, y estos han aumentado con la incorporación de nuevas tecnologías. Si bien es aceptable cierto margen de error, también pueden ocurrir fallos graves e inaceptables si el médico actúa con negligencia, impericia o imprudencia (Moctezuma, 1998). En estos casos, el concepto de dolo o culpa (Sosa & Sotelo, 2005) se aplica, si el médico actúa con dolo, se considera que tiene la intención de causar daño y se le atribuye responsabilidad total, ya que se trata de una acción prohibida y sancionada por la ley. En el caso de la culpa, el médico no tiene la intención de causar daño, pero es responsable por actuar con negligencia, impericia o imprudencia. Este concepto de culpa se basa en la premisa de que quien realiza una acción está obligado a cumplir con un deber de cuidado para alcanzar los resultados esperados y evitar consecuencias ilegales (Varela Mejía & Sotelo Monroy, 2019).

Por otro lado, autores como Ricardo Royo Villanova, enfatiza que, a la responsabilidad de los médicos, tiene diversas manifestaciones, ya que, es un concepto fundamental en el ejercicio profesional de la medicina, en el que, ofrece un análisis detallado sobre la responsabilidad en el contexto médico, distinguiendo diferentes tipos de responsabilidad que son fundamentales para comprender el comportamiento de los

profesionales de la salud y sus consecuencias legales y éticas. Por lo que, en términos generales, señala que, existen dos tipos de responsabilidad: *moral* y *legal*. Aunque estas responsabilidades son conceptualmente diferentes, ambas están profundamente interrelacionadas y no pueden entenderse de manera aislada. Por un lado, la *responsabilidad moral* es la responsabilidad interna del médico, relacionada con su conciencia y su ética profesional. Este tipo de responsabilidad no se mide por la ley, sino por los principios éticos que el médico debe seguir para ejercer su profesión con honestidad, compasión y respeto por la vida y la salud del paciente. La responsabilidad moral implica que el médico actúe de manera correcta, buscando siempre el bienestar del paciente y respetando su dignidad (Villanova, 1955).

Por otro lado, Royo Villanova determina a la *responsabilidad legal* como aquella responsabilidad se refiere a la obligación del médico de cumplir con las leyes y normativas vigentes en su país o región. Es una responsabilidad externa, que se regula por el Derecho, y que tiene consecuencias concretas y objetivas en caso de incumplimiento. Dentro de la responsabilidad legal, el autor distingue principalmente dos clases; *responsabilidad civil* y *responsabilidad penal*. Por tanto, la *responsabilidad civil* Se refiere a la obligación del médico de indemnizar por los daños y perjuicios causados al paciente debido a una mala praxis, negligencia o errores en el tratamiento. Es una responsabilidad que busca compensar al paciente por el daño sufrido, y suele estar relacionada con la reparación económica (Villanova, 1955).

Mientras que, la *responsabilidad penal*, es el tipo de responsabilidad que se refiere a las conductas ilícitas del médico que, al incurrir en ciertos actos, vulneran no solo el derecho del paciente, sino también el orden público y el bienestar colectivo. Es una responsabilidad más grave, pues implica consecuencias penales que pueden llevar al médico a ser sometido a juicio y, en su caso, recibir una sanción como prisión, multa o inhabilitación profesional (Villanova, 1955).

### **1.5. Atención urgente**

La urgencia se refiere a una situación que comienza de manera rápida, pero no abrupta, y requiere atención inmediata, generalmente en un plazo de horas. Puede involucrar un componente subjetivo, como en los siguientes casos; *Situaciones sin riesgo*

*vital inmediato*, aunque no representan una amenaza inmediata para la vida, pueden ponerla en peligro en un corto período de tiempo si no se diagnostican y tratan rápidamente, como sucede con la obstrucción intestinal o la neumonía; *situaciones sin riesgo vital*, pero relevantes desde el punto de vista epidemiológico: aunque no impliquen un riesgo de muerte inmediato, es crucial diagnosticarlas a tiempo debido a su posible impacto en la salud pública, como en el caso de la tuberculosis; *urgencias sociales*, son problemas que no son estrictamente médicos, pero que requieren intervención inmediata debido a la falta de asistencia social adecuada; *urgencias derivadas de una atención primaria inadecuada*, son situaciones en las que la falta de atención adecuada en el primer nivel de atención médica genera complicaciones que requieren intervención urgente (Sánchez Guillaume, 2018).

La emergencia es una situación crítica que amenaza la vida o el funcionamiento de un órgano, como la pérdida de conciencia, paro cardiorrespiratorio, politraumatismos graves, convulsiones, electrocución, dolor en el pecho, complicaciones en el embarazo, caídas, hemorragias o quemaduras severas. Requiere atención inmediata, recursos especializados y, en algunos casos, diagnóstico rápido para salvar la vida del paciente (López González, 2016).

La medicina de emergencia se encarga de tratar situaciones médicas agudas, dependiendo de la condición del paciente y los recursos disponibles. Los hospitales cuentan con servicios de urgencias que forman parte de un Sistema Integral de Urgencias, el cual organiza actividades secuenciales y protocolos para optimizar la atención de los pacientes críticos, desde el inicio del problema hasta su recuperación (A.J., 2003).

En la medicina de urgencias y emergencias, el "factor tiempo" es crucial para la definición de estas situaciones. Emergencia se refiere a un evento repentino que representa un riesgo vital o amenaza el funcionamiento básico del cuerpo, requiriendo atención inmediata (en minutos) y siendo objetivable. Esta situación demanda el uso de recursos y medios especiales para evitar un desenlace fatal. Por otro lado, la urgencia es un evento que inicia rápidamente, pero no de forma brusca, y requiere atención rápida (en horas). Aunque no siempre implica riesgo vital inmediato, si no se trata a tiempo puede evolucionar hacia una situación grave. Ejemplos incluyen obstrucción intestinal o neumonía, así como casos que requieren diagnóstico precoz como la tuberculosis, o

situaciones sociales que requieren resolución inmediata debido a la falta de asistencia médica adecuada (Sánchez Guillaume, 2018).

Bajo este contexto, es importante identificar el triaje, la Escala de Manchester y la Escala de Glasgow es fundamental para comprender la atención urgente al paciente, debido a que estos sistemas permite evaluar la gravedad en la que se encuentra el paciente, conforme una estructura preestablecida, con el fin de optimizar recursos en la atención médica.

### ***1.3.2. El Triage***

El triaje es un sistema de clasificación médica que define prioridades para la atención de aquellos pacientes cuyo estado de salud es más grave. Se lleva a cabo en condiciones en que el número de pacientes supera la capacidad de proporcionar asistencia a todos. El objetivo del triaje es ayudar a estos pacientes y al mismo tiempo ahorra la mayor cantidad de recursos posibles. Significa que el triaje es necesario para distinguir a aquellos que necesitan intervención experta inmediata, de los que pueden esperar sin ser empeorado. Para ser efectivo, este sistema debe ser rápido y fácil de administrar, así como tener un alto valor predictivo. Dicho valor significa la capacidad de predecir cómo se desarrollará una condición del paciente y cuántos y qué recursos necesitará (Gómez, Urgencia, gavedad y comlejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado, 2006).

El uso de estas escalas se basa en un principio fundamental del triaje: una condición urgente no necesariamente implica gravedad, y una afección grave no siempre requiere atención inmediata (Tudela & Módol, 2003). Esto permite organizar a los pacientes según su nivel de urgencia, priorizando la atención de aquellos en estado más crítico, mientras que los demás son reevaluados hasta que puedan ser atendidos por un médico (Gomez, 2003). Por lo tanto, se reconoce que las funciones del triaje deben ser; 1. Reconocimiento de pacientes en riesgo crítico; 2. Garantizar la priorización de acuerdo con la clasificación de urgencia.; 3. Asegurar la reevaluación de aquellos pacientes que deben esperar atención.; 4. Determinar el área más adecuada para la atención de los pacientes; 5. Proveer información sobre el proceso de atención médica; 6. Brindar información relevante a los familiares; 6. Optimizar el flujo de pacientes y reducir la

congestión en el servicio; 7. Proveer información para mejorar la operación del servicio (Soler, Gomez Muñoz, Bragualat, & Álvarez , 2010).

Contar con un sistema de triaje estructurado en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SHU) se considera un indicador clave de calidad, reflejando la relación entre riesgo y eficiencia. Se entiende que el porcentaje de pacientes en cada categoría de triaje actúa como una especie de "huella digital" del servicio, permitiendo determinar el perfil del SHU según el nivel de urgencia y la intensidad del servicio ofrecido (Gómez, Faura, Burgues, & Pámies, 2004).

Gómez J. presenta cuatro índices que reflejaría la calidad del triaje, los cuales deben ser considerado por los sistemas de salud y el cual garantice la calidad del servicio brindado (Gomez, 2003); 1. El porcentaje de pacientes que se pierden sin ser atendidos por un médico. Este índice se divide en dos grupos: aquellos que no son clasificados y aquellos que son triajeados pero deciden irse antes de ser vistos; 2. El tiempo que transcurre desde que el paciente llega a urgencias hasta que se inicia la clasificación, siendo recomendable que no supere los 10 minutos; 3. El tiempo que se dedica al proceso de clasificación, con una recomendación de no exceder los cinco minutos; 4. El tiempo de espera para ser atendido, que debe estar establecido según los niveles de prioridad del sistema de triaje, y puede variar desde atención inmediata para los pacientes del nivel I hasta un máximo de 240 minutos para los casos menos urgentes (Gómez, Faura, Burgues, & Pámies, 2004).

Los indicadores de calidad en el triaje establecen niveles de priorización para la atención, determinando tiempos óptimos entre la llegada del paciente y su atención. Estos tiempos son similares entre los diferentes modelos de triaje, y las escalas mencionadas coinciden en estos parámetros;

**Nivel 1:** *Prioridad máxima*, requiere atención inmediata sin ninguna demora; **Nivel 2:** *Situaciones extremadamente urgentes con riesgo vital*, inestabilidad o dolor severo. La atención médica no debe demorar más de 15 minutos; **Nivel 3:** *Urgente*, pero estable hemodinámicamente, con un posible riesgo vital que puede requerir pruebas diagnósticas o terapéuticas. El tiempo máximo de espera es de 60 minutos; **Nivel 4:** *Urgencia menor*, sin riesgo vital significativo para el paciente. El tiempo de espera no

debe exceder los 120 minutos; **Nivel 5:** *No urgente*, con problemas de baja complejidad o cuestiones administrativas, como citaciones. El tiempo máximo de espera es de 240 minutos (Gómez, Faura, Burgues, & Pámies, 2004).

Estos cinco niveles se basan en; 1. Descriptores clínicos, síntomas centinela o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, que pueden o no estar acompañadas de algoritmos o diagramas; 2. Criterios que definen el nivel de urgencia: riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempo de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, entre otros (Gómez, Faura, Burgues, & Pámies, 2004).

Un sistema de triaje estructurado no solo clasifica a los pacientes según la gravedad de su condición, sino que también ayuda a evaluar otros factores importantes en la gestión de urgencias. Por ejemplo; *tiempo de estancia en urgencias*: Este parámetro mide cuánto tiempo permanece un paciente en el servicio de urgencias antes de ser atendido o trasladado a otra área. Un triaje adecuado puede ayudar a reducir los tiempos de espera al priorizar a los pacientes más graves; *porcentaje de ingresos según nivel de gravedad*: El sistema también puede indicar cuántos pacientes necesitan ser ingresados en el hospital según la gravedad de su condición. Esto ayuda a gestionar los recursos y garantizar que los pacientes más críticos reciban la atención que requieren; *necesidades de recursos*: Un triaje bien estructurado permite identificar qué recursos (como personal médico, equipos, medicamentos, etc.) serán necesarios para atender a los pacientes según el nivel de gravedad. Esto facilita la planificación y asignación de recursos de manera eficiente (Gómez, y otros, 2003).

Todos estos parámetros están interrelacionados con los niveles de prioridad del triaje, lo que permite gestionar de manera más efectiva los flujos de pacientes y optimizar los recursos disponibles en situaciones de alta demanda.

El triaje es esencial en los servicios de urgencias hospitalarias, ya que permite medir y mejorar su desempeño. Debe basarse en escalas de clasificación de cinco niveles, apoyadas por algoritmos y tecnología que faciliten las decisiones, con la posibilidad de ajustes por el profesional. Aunque los enfermeros pueden realizar el triaje, se valora la participación del médico en casos clínicos importantes. Además, el triaje debe

implementarse en todos los ámbitos de la asistencia urgente, avanzando junto con los sistemas de información y la tecnología.

### ***1.8.2. Sistema Manchester (MTS)***

El Sistema Mancheste (MTS) es el tipo de triaje más usado en Ecuador, por considerarla una de las herramientas más efectivas que busca priorizar la atención de los pacientes en el servicio de Urgencias. A su vez, la MTS se implementa debido a su capacidad para mejorar el manejo de la demanda creciente de pacientes en situaciones de emergencia.

El Manchester Group surge en 1994, en donde se establecieron los siguientes objetivos:

1. Elaborar una nomenclatura común.
2. Usar definiciones comunes.
3. Desarrollar una metodología sólida de triaje.
4. Implantar un modelo global de formación.
5. Permitir y facilitar la auditoría del método de triaje desarrollado. (Gómez, Faura, Burgues, & Pámies, 2004)

Dentro de los niveles de clasificación de la MTS encontramos clasificados por colores y tiempo, según el nivel de urgencia de la llegada del paciente;

**Tabla 1**  
*Niveles del Sistema de Manchester (MTS)*

Número	Nombre	Color	Tiempo máximo
1	Atención inmediata	Rojo	0 minutos
2	Muy urgente	Naranja	10 minutos
3	Urgente	Amarillo	60 minutos
4	Normal	Verde	120 minutos
5	No urgente	Azul	240 minutos

*Nota.* Clasificación de la atención al paciente según su grado de necesidad o urgencia.

La escala de clasificación de pacientes incluye 52 posibles razones para la consulta, que se agrupan de manera general en cinco categorías: Enfermedad, Lesión, Niños, Conducta anormal o inusual, y Catástrofes. En cada una de estas categorías, se utiliza un árbol de decisiones con un máximo de 4 a 5 preguntas para clasificar al paciente en una de las cinco categorías, cada una de las cuales se asocia con un código de color y un tiempo máximo de atención, como se muestra en la tabla 1 (Gómez, Faura, Burgues, & Pámies, 2004).

La explicación de este sistema de clasificación de pacientes implica que los motivos por los que los pacientes acuden a un servicio de urgencias son organizados en cinco categorías generales: Enfermedad, Lesión, Niños, Conducta anormal o inusual, y Catástrofes. Cada una de estas categorías engloba diferentes tipos de problemas médicos o situaciones urgentes que los pacientes pueden experimentar.

Para clasificar a los pacientes, se utiliza un procedimiento estructurado conocido como "árbol de decisiones", que es básicamente un conjunto de preguntas que se hacen al paciente para comprender mejor su situación. Este proceso tiene como objetivo hacer una valoración rápida y precisa del caso para determinar la prioridad de atención. El árbol de decisiones está diseñado para ser eficiente y solo requiere que se hagan entre 4 a 5 preguntas como máximo. Una vez que se obtienen las respuestas, se asigna al paciente una categoría específica, la cual se corresponde con un código de color. Este código de color facilita la identificación visual de la urgencia de cada caso y se utiliza para determinar el tiempo máximo dentro del cual el paciente debe ser atendido.

El sistema de triaje utiliza signos y síntomas específicos para clasificar a los pacientes en 5 niveles de prioridad. A través de diagramas, se aplican discriminadores como el riesgo vital, dolor, hemorragia, conciencia, temperatura y tiempo de evolución, que se utilizan de manera uniforme para todos los pacientes. Este enfoque es flexible, ya que un paciente con síntomas similares puede ser clasificado con la misma prioridad usando diferentes diagramas clínicos (Gómez, Faura, Burgues, & Pámies, 2004).

El objetivo es asegurar que los pacientes más graves o con condiciones más urgentes reciban atención primero, mientras que aquellos con situaciones menos urgentes puedan esperar según la gravedad de su caso.

### ***1.8.3. Escala de Glasgow***

La escala de Glasgow, creada por Teasdale en 1974, es una de las más empleadas para ofrecer un método sencillo y confiable de registrar y monitorear el nivel de conciencia en pacientes con traumatismo craneoencefálico. Inicialmente, fue diseñada como una serie de descripciones sobre la capacidad de apertura ocular, así como las respuestas motora y verbal (J Gabbe, A Cameron, & F Finche, 2003). En 1977, Jennett y Teasdale asignaron valores numéricos a los tres componentes de la escala y propusieron sumarlos para crear la versión actual de la escala de coma de Glasgow (Corral, 2005).

En donde, la escala se organiza en tres áreas que se puntúan de manera independiente: apertura ocular (con un máximo de 4 puntos), respuesta verbal (hasta 5 puntos) y respuesta motora (con un máximo de 6 puntos). La puntuación total varía entre 3 y 15, siendo 15 la puntuación más alta y normal. El traumatismo craneoencefálico se considera leve cuando el Glasgow es de 13 a 15 puntos, moderado de 9 a 12 puntos, y grave cuando es igual o inferior a 8 (Bermejo Pareja, Días Guzmán, & Porta-Etessam, 2001).

Varios estudios coinciden en que la escala de Glasgow es un indicador efectivo de la mortalidad dentro del hospital y una herramienta valiosa para la evaluación inicial antes de la hospitalización (Moore, Lavoie, & Camdem., 2006). A pesar de ser un sistema confiable, la escala de Glasgow no es infalible y debe complementarse con otros exámenes y evaluaciones clínicas. En particular, su eficacia puede verse limitada en pacientes con lesiones múltiples o aquellos bajo el efecto de sedantes o medicamentos que puedan alterar la conciencia. Sin embargo, sigue siendo un pilar fundamental en la práctica médica para el manejo de pacientes.

### **1.6. Normativa que regula la responsabilidad del médico**

La responsabilidad legal del médico en su práctica profesional es esencial para garantizar la seguridad de los pacientes. El Art. 54 de la Constitución de la República del

Ecuador establece que los profesionales de la salud pueden ser responsables civil y penalmente si su actuación pone en riesgo la vida o integridad de los pacientes, al mencionar que;

Las personas o entidades que presten servicios públicos o que produzcan o comercialicen bienes de consumo, serán responsables civil y penalmente por la deficiente prestación del servicio, por la calidad defectuosa del producto, o cuando sus condiciones no estén de acuerdo con la publicidad efectuada o con la descripción que incorpore. Las personas serán responsables por la mala práctica en el ejercicio de su profesión, arte u oficio, en especial aquella que ponga en riesgo la integridad o la vida de las personas. (Asamblea Constituyente, 2008)

Este artículo establece que, tanto las personas como las entidades que ofrecen servicios públicos como los que comercializan bienes de consumo tienen una responsabilidad legal en caso de que su servicio sea deficiente o sus productos defectuosos. Enfocándonos en la responsabilidad civil y penal de quienes prestan servicios públicos, como los médicos en el ámbito de la salud pública, esta disposición se relaciona directamente con la responsabilidad de los médicos, ya que su labor implica la prestación de un servicio esencial para la vida y la integridad de los pacientes.

Cuando un médico actúa con negligencia, impericia o imprudencia, y esto provoca daño al paciente, se configura una mala práctica médica, lo que puede derivar en sanciones civiles o penales, según la gravedad del caso. Esto cobra gran relevancia en el sector público, donde el acceso a la salud es un derecho fundamental, y cualquier deficiencia en la atención puede afectar gravemente a los pacientes, reforzando de esta manera la obligación de los médicos de actuar con diligencia y responsabilidad, asegurando que el servicio de salud se brinde con calidad y respeto a los derechos de los pacientes.

Conforme el Art. 201 de la Ley Orgánica de Salud, establece la responsabilidad de los médicos, dentro del ejercicio de su profesión, en el que establece:

Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio

para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos.

Es su deber exigir condiciones básicas para el cumplimiento de lo señalado en el inciso precedente (Asamblea Nacional, 2006).

La norma establece varias responsabilidades y deberes que los profesionales de la salud deben acatar, como; 1. Brindar atención de calidad, calidez y eficacia, donde los profesionales de la salud deben proporcionar una atención que no solo sea técnica y adecuada, sino también humana y empática, así como ofrecer un trato respetuoso y compasivo; 2. En el ámbito de sus competencias, los profesionales de la salud deben actuar dentro de sus áreas de conocimiento y experiencia. Esto significa que deben ofrecer servicios que estén dentro de su formación y capacidad, evitando realizar actos ajenos a éstos; 3. Buscar el mayor beneficio para la salud de los pacientes y de la población, los médicos y demás profesionales de la salud tienen la obligación de priorizar la salud y el bienestar de sus pacientes, tomando decisiones que contribuyan a su mejora y, en general, buscando el bienestar colectivo de la sociedad; 4. Respetar los derechos humanos y los principios bioéticos, en donde se deberá respetar la autonomía, dignidad y privacidad de los pacientes, para lo cual deberán actuar conforme los principios bioéticos, que incluyen la beneficencia y justicia para el paciente.

Por otro lado, el Art. 202 *íbidem*, referente a las infracciones que pueden cometer los profesionales de la salud en el ejercicio de su labor, determina que;

Constituye infracción en el ejercicio de las profesiones de salud, todo acto individual e intransferible, no justificado, que genere daño en el paciente y sea resultado de:

- a. Inobservancia, en el cumplimiento de las normas;
- b. Impericia, en la actuación del profesional de la salud con falta total o parcial de conocimientos técnicos o experiencia;
- c. Imprudencia, en la actuación del profesional de la salud con omisión del cuidado o diligencia exigible; y,
- d. Negligencia, en la actuación del profesional de la salud con omisión o demora injustificada en su obligación profesional (Asamblea Nacional, 2006).

Este artículo establece de manera clara y detallada las infracciones que pueden cometer los profesionales de la salud, específicamente los médicos, y que resultan en daño para el paciente. La responsabilidad del médico es fundamental en este contexto, ya que su actuación está estrechamente vinculada con la seguridad y el bienestar de los pacientes. La responsabilidad médica implica no solo la habilidad técnica en la ejecución de procedimientos, sino también la toma de decisiones adecuadas, el cumplimiento de normas y la observancia de los principios éticos que guían la profesión.

Uno de los principales elementos mencionados en el artículo es la *inobservancia* de las normas. Los médicos deben seguir las regulaciones, protocolos y guías clínicas establecidas por las autoridades de salud y las sociedades médicas. Esta responsabilidad no es opcional, sino que está basada en un compromiso legal y ético de garantizar que el paciente reciba la mejor atención posible. La omisión de estas normas genera riesgos, pues puede llevar a diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados o incluso complicaciones que, de otro modo, se podrían haber evitado. La inobservancia de las normas no es una simple falta administrativa; es un acto que puede tener consecuencias graves para la salud del paciente, por lo que el médico tiene la obligación de asegurarse de que cumple con todas las regulaciones pertinentes.

Otro aspecto crítico es la *impericia*, es decir, la falta de los conocimientos técnicos o la experiencia adecuada para realizar un procedimiento médico de manera segura y efectiva. La impericia puede ser parcial, cuando el médico tiene algunas habilidades, pero le faltan conocimientos en áreas específicas, o total, cuando el médico carece completamente de la formación necesaria para ejercer una determinada especialidad o realizar una intervención. La omisión de formación continua o la falta de actualización de los conocimientos puede ser igualmente perjudicial, ya que la medicina está en constante evolución. Los médicos tienen la obligación ética y profesional de mantenerse actualizados y de trabajar dentro de sus competencias. Cuando un médico actúa fuera de su nivel de competencia, pone en riesgo la salud del paciente y, por ende, incurre en una infracción grave.

De la misma forma, desde el momento en que un médico es llamado para atender a un paciente, adquiere la responsabilidad de proporcionarle todos los cuidados médicos necesarios para que recupere su salud. La responsabilidad principal del médico es

preservar la vida del paciente, lo que implica que su objetivo primordial es evitar que la vida del paciente corra peligro y que se tomen todas las medidas necesarias para lograr su recuperación.

En otras palabras, el médico tiene un deber de cuidado sobre el paciente desde que asume el compromiso de atenderlo, y esa responsabilidad está centrada principalmente en salvaguardar la vida del paciente, brindando la atención adecuada, ya sea en emergencias o en el tratamiento de enfermedades. Conforme el Art. 6 del Código de Ética Médica ecuatoriana, establece que:

Art. 6.- El Médico desde que es llamado para atender a un enfermo, se hace responsable de proporcionarle todos los cuidados médicos necesarios para que recupere su salud. Su responsabilidad mayor será la conservación de la vida del enfermo (Asamblea Médica Nacional, 1985).

La *imprudencia* es otro factor relevante que implica la actuación del médico sin el cuidado, la atención o la precaución debida. Es la omisión de una serie de medidas que deberían haber sido tomadas para evitar daños al paciente. Un ejemplo de imprudencia sería realizar un procedimiento sin realizar pruebas previas esenciales, como análisis de laboratorio, estudios de imagen o una evaluación exhaustiva del historial médico del paciente. La imprudencia también incluye la desestimación de los riesgos que puede suponer un tratamiento o intervención, lo cual constituye una grave irresponsabilidad, especialmente cuando se pone en peligro la vida o salud del paciente. En este sentido, el médico no solo es responsable de lo que hace, sino también de lo que omite, es decir, de las medidas preventivas que no toma y que son necesarias para la seguridad del paciente.

Finalmente, la *negligencia* es uno de los conceptos más significativos en el ámbito de la responsabilidad médica. Se refiere a la omisión o demora injustificada en la ejecución de una acción médica que debiera haberse realizado dentro de un plazo razonable. Esta demora o falta de acción puede tener consecuencias graves, pues muchas veces los pacientes requieren atención inmediata, y cualquier retraso puede agravar su situación. La negligencia puede presentarse en distintas formas, como no administrar un medicamento a tiempo, no realizar un seguimiento adecuado a un paciente con una condición crónica o no derivar a un paciente a un especialista cuando es necesario. La

responsabilidad del médico, en este caso, radica en cumplir con sus obligaciones profesionales de forma oportuna y eficiente, para evitar que la omisión de su parte cause daños al paciente.

El aspecto de la omisión es crucial, ya que es en muchos casos donde se presentan los mayores riesgos para los pacientes. Los médicos tienen la obligación de actuar, pero también de no omitir aquellas acciones que se consideran indispensables para la atención de un paciente. La omisión de un diagnóstico, de un tratamiento adecuado o de la debida diligencia en el seguimiento de un paciente puede ser tan perjudicial como una acción equivocada. En este sentido, la responsabilidad del médico se extiende no solo a lo que hace, sino también a lo que deja de hacer, especialmente cuando esa omisión implica un daño directo para el paciente.

Bajo este contexto, el Art. 201, subraya que la responsabilidad médica es una tarea compleja que va más allá de la ejecución técnica de procedimientos. El médico debe ser cuidadoso con cada uno de sus actos, asegurándose de cumplir con las normas, actuar dentro de sus competencias, tomar las debidas precauciones y cumplir con todas sus obligaciones en tiempo y forma. La omisión de cualquiera de estos aspectos puede dar lugar a infracciones graves, ya que el médico es responsable de los daños que puedan resultar de su negligencia, imprudencia, inobservancia o impericia.

### **1.7. Aplicación del Derecho Penal**

De acuerdo al planteamiento de Zaffaroni, existen dos tipos de leyes penales, *eventuales* o *eventualmente penales*, es decir, desde un primer orden las leyes buscan en principio un propósito no punitivo, sin embargo, existen situaciones en las que se puede habilitar el ejercicio de un poder que termine adquiriendo una función sancionadora o represiva (Zafaroni, Alagia, & Slokat, 2006).

Algunas normas permiten a ciertas instituciones o actores ejercer poder sobre las personas con fines regulatorios. Sin embargo, si este poder se usa de forma excesiva o indebida, puede transformarse en un mecanismo de castigo, funcionando como una sanción penal implícita. Asimismo, el poder disciplinario en instituciones puede volverse una forma de castigo encubierto cuando impone sanciones excesivas que inhabilitan a

una persona más allá de lo necesario. Finalmente, la coacción policial es legítima para neutralizar peligros, pero cuando se usa arbitrariamente, como en detenciones sin motivo, se convierte en una pena no autorizada por la ley. (Zafaroni, Alagia, & Slokat, 2006).

### **1.8. Garantismo penal**

Desde tiempos antiguos, las sociedades han buscado establecer un orden social que facilite un desarrollo colectivo y una convivencia armónica. Para lograrlo, se crearon normas y leyes para regular las conductas que se consideraban conflictivas. La tipificación de estas conductas como delitos tiene como objetivo proteger los derechos y libertades de los individuos, garantizando así la seguridad y la integridad de las personas.

En este contexto, la tipificación de conductas busca tanto prevenir como disuadir comportamientos indebidos. Estos factores han favorecido la creación de sistemas legales que regulan el comportamiento humano, estableciendo las consecuencias jurídicas de realizar ciertas acciones. Así, resulta crucial centrar el análisis en el garantismo penal dentro de este estudio, con el objetivo de determinar los límites del poder punitivo del Estado, respetando las garantías y principios establecidos en su marco legal.

Para Luigi Ferrajoli (2006), quien ha desarrollado integralmente la teoría del garantismo en el ámbito penal desde 1989, el garantismo es una corriente que busca limitar el poder punitivo del Estado, al mencionar que el garantismo es “cualquier técnica normativa de tutela de un derecho subjetivo<sup>5</sup>” (pág. 29). De esta manera, podemos enfatizar en que, el derecho penal mínimo tiene la capacidad de “someter la intervención punitiva—tanto en la prevención legal de los delitos, como en su constatación judicial— a rígidos límites impuestos en defensa de los derechos de la persona” (Ferrajoli, 2006, pág. 38); con el objetivo de prevenir abusos por parte del Estado y fomentar un sistema de justicia equitativo, basado en derechos garantizados, en lugar de en un enfoque arbitrario o coercitivo.

---

<sup>5</sup> La capacidad de una persona de hacer valer sus derechos frente al Estado o terceros.

Por su lado Cerezo Mir (2006), considera que para que haya una agresión, debe existir una acción concreta que tenga como finalidad causar daño a un bien jurídico protegido, al mencionar que:

La agresión debe entenderse como la realización de una acción dirigida a la producción de la lesión de un bien jurídico. La simple omisión, es decir, la no realización de una acción podría realizar el sujeto, en la situación concreta en que se hallaba, no constituye una agresión. (pág. 5)

Para lo cual, la agresión implica una conducta activa y con el fin de causar daño, excluyendo a la omisión como una agresión, ya que, carece de una acción directa y el fin de causar daño, exceptuando ciertas situaciones. Este argumento, es importante en el derecho penal, cuando se analiza delitos por omisión, ya que sugiere que no toda interacción puede considerarse una agresión punible, pero en los cuales, hay que considerar no solo la acción, sino también factores externos que impiden la ejecución de la acción y pueda configurarse el delito por omisión.

### **1.9. La omisión.**

Para Von Listzt (1994), la omisión se refiere a la falta de acción para evitar un resultado, a pesar de que era posible y esperado que el autor actuara para prevenirlo. En otras palabras, implica que el resultado que ocurrió podría haberse evitado si se hubiera tomado la acción correspondiente, pero el autor decidió no intervenir.

La omisión es un delito o infracción que ocurre cuando una persona no realiza una acción exigida por la ley, como brindar asistencia a menores en situación de vulnerabilidad o a alguien en peligro evidente y grave. “La omisión en sí misma no existe. La omisión es la omisión de una acción que se puede hacer y, por eso mismo, está referida siempre a una acción determinada, cuya no realización constituye su esencia” (Conde & García Arán, 2010). En este sentido, podemos determinar que el sujeto “autor” de la omisión tiene la capacidad de realizar la acción y de la cual no hizo, caso contrario, si el sujeto no tiene dichas facultades para actuar, no podemos hablar de omisión, “por ejemplo, un paralítico no puede omitir la salvación de una persona que se está ahogando en el río” (Conde & García Arán, 2010).

Para que la omisión pueda configurarse se deberá considerar los siguientes elementos;

1. Inactividad o abstención voluntaria. Se da en los delitos de simple actividad; 2. Resultado antijurídico, es decir, la producción de resultado que el omitente tiene el deber de impedir; 3. Relación de causalidad. Es el resultado antijurídico que debe ser consecuencia del comportamiento omisivo. (La Omisión, 2010)

Dentro de los delitos de omisión podemos encontrar a; 1. delitos de simple omisión, que refiere a “*no hacer lo que la ley manda*”; 2. Delitos de comisión por omisión, que refiere a “*hacer lo que no se debe, dejando de hacer lo que se debe*”. (La Omisión, 2010)

La omisión por cuanto es una acción esperada, debido a que, al ordenamiento jurídico le interesa aquella acción que el sujeto tiene obligación de realizar, como el auxilio cuando se tiene la posibilidad, el socorro cuando la persona tiene la preparación para hacerlo como el médico, o el impedir el cometimiento de un delito como en el caso de la policía, en donde la misma ley impone a sujeto realizarla, por cuanto hablamos de una *infracción de un deber* (Conde & García Arán, 2010).

Cuando hablamos del deber, mencionamos dos tipos de deber un *deber genérico* y un *deber específico*. Cuando hablamos del primero, nos referimos a aquella persona que por encontrarse en la misma situación puede ayudar a quien se encuentra en peligro, la ley no especifica la capacidad o cualidad que debe tener el sujeto. Mientras que, en el *deber específico*, “obliga a un determinado círculo de personas (funcionarios, médicos, etc). Pero, aun cuando exista infracción de un deber, si la lesión del bien jurídico se produce por una acción habrá un delito comisivo o activo, no de omisión” (Conde & García Arán, 2010)

### ***1.9.1. Clases de omisión penalmente relevantes***

En el Derecho penal podemos encontrar dos tipos de delitos por omisión; *omisión pura o propia* y *omisión impropia o comisión por omisión*.

### **Omisión propia.**

En un primer orden tenemos a los *delitos de omisión pura o propia*, explica que, la omisión punible ocurre cuando una persona no cumple con un deber legal de actuar. Para lo cual, deberá observarse la existencia de una obligación de actuar y dicha omisión debe ser posible y esperada. En el ámbito subjetivo, el sujeto omitente deberá estar consciente de la situación de peligro y de su capacidad para socorrer, pero decide no hacerlo voluntariamente, así como la imprudencia o negligencia en donde no siempre será punible, con excepciones como por ejemplo, el sujeto malinterpreta la gravedad de la situación o cree erróneamente que no puede ayudar, por lo que, es importante considerar la antijuricidad y la culpabilidad, es decir, si la conducta es ilegal y si la persona tenía la capacidad y facultad de actuar (Conde & García Arán, 2010).

### **Omisión Impropia**

La *omisión impropia o comisión por omisión* ocurre cuando una persona, al no actuar, provoca un resultado prohibido por la ley, aunque el delito originalmente solo describa una acción activa. En estos casos, aunque la norma penal mencione solo una conducta activa (como matar en el homicidio), ciertas omisiones pueden considerarse equivalentes si contribuyen al mismo resultado. Por ejemplo, si una madre deja morir de hambre a su bebé o una enfermera no conecta el suero a un paciente, su omisión es valorada jurídicamente como un acto de matar. Esta *cláusula de equivalencia* entre acción y omisión permite imputar responsabilidad penal a quien tenía el deber de evitar el resultado. Sin embargo, no siempre es fácil determinar cuándo una omisión debe ser equiparada a una acción, ya que no en todos los casos existe consenso sobre si el simple hecho de no actuar puede ser considerado equivalente a causar un daño directamente (Conde & García Arán, 2010).

La omisión de los médicos en la atención de pacientes en situaciones de urgencia, por diversas situaciones ajenas a la capacidad del médico, por ejemplo, la falta de insumos y medios adecuados para tratar a los pacientes puede ser un tema complejo en el marco de la responsabilidad penal y ética médica en Ecuador. Aunque, el COIP establece sanciones claras para la desatención de pacientes, la falta de recursos también plantea un desafío importante en la aplicación de la ley y la determinación de responsabilidad.

En los casos en que los médicos no pueden brindar la atención urgente necesaria debido a la falta de insumos médicos, equipos adecuados o incluso personal especializado, la situación se convierte en una omisión forzada, más que una acción deliberada de desatención. Si bien los médicos tienen la obligación ética y legal de prestar atención a los pacientes, el COIP no necesariamente exime a los profesionales de la salud de responsabilidad penal en casos de omisión por falta de recursos, pero sí puede matizar la gravedad de la falta dependiendo de las circunstancias.

Según el Art. 218 del COIP, el profesional de la salud que no atienda a un paciente en situación de emergencia (sin importar que se deba a la falta de medios) está expuesto a una sanción penal de uno a tres años de prisión. Sin embargo, cuando el médico actúa de buena fé pero no puede resolver la situación debido a circunstancias externas, como la falta de insumos o recursos en el centro de salud, puede alegar la imposibilidad material para cumplir con su deber. Esto no exime automáticamente la responsabilidad, pero sí puede ser un atenuante al momento de evaluar el caso.

Si la muerte de un paciente se debe a la omisión de atención por falta de insumos médicos adecuados, la pena por desatención puede ser más grave (de 13 a 16 años de prisión). En este tipo de situaciones, la pregunta clave es ¿La falta de recursos puede ser considerada como un factor atenuante? Aunque los médicos no sean responsables directos por la escasez de insumos, sí se puede cuestionar si existía una forma razonable de buscar alternativas o derivar al paciente a otro centro, donde se pudieran cubrir las necesidades urgentes.

La responsabilidad de las instituciones (hospitales, clínicas, centros de salud) también debe ser considerada. De acuerdo con el COIP, las personas jurídicas (en este caso, las instituciones de salud) pueden ser sancionadas con multas o clausura temporal si se determina que la falta de recursos fue una causa directa de la desatención de los pacientes. La responsabilidad penal de las instituciones de salud se activa cuando se comprueba que no se han cumplido con los estándares mínimos para ofrecer atención urgente, como por ejemplo la disponibilidad de insumos médicos esenciales, equipos adecuados o personal capacitado.

En cuanto a la proporcionalidad de las sanciones, la ley ecuatoriana permite matizar la responsabilidad penal de los médicos dependiendo de la situación objetiva en la que se encuentren. Si la falta de medios y recursos impide ofrecer una atención adecuada, y el médico ha actuado dentro de su compromiso ético de hacer lo mejor posible con los recursos disponibles, la sanción puede ser atenuada o revisada. Además, en muchos casos, el abordaje biopsicosocial de las emergencias puede incluir derivar al paciente a otro centro que cuente con los medios adecuados.

En este sentido, el contexto es crucial para la aplicación de la responsabilidad penal. Si bien los médicos tienen la obligación de actuar diligentemente ante situaciones urgentes, la falta de insumos y medios adecuados para resolver adecuadamente un problema médico puede complicar esta obligación. En los casos en que un hospital o clínica carezca de los medios necesarios, los médicos podrían verse obligados a realizar omisiones debido a circunstancias ajenas a su control.

La responsabilidad penal del médico en Ecuador está claramente definida en cuanto a la desatención de pacientes en situaciones urgentes. Sin embargo, cuando la falta de insumos y recursos impide que el médico cumpla con su deber, esto no significa necesariamente que quede exento de responsabilidad. Es necesario un análisis detallado de la situación, donde se valore si el profesional actuó con la debida diligencia dentro de los límites de su competencia y recursos disponibles, y si se pudo haber tomado una decisión alternativa (como la derivación a otro centro).

La normativa vigente en Ecuador permite una evaluación de la responsabilidad del médico en estos casos, considerando tanto la necesidad de recursos como la capacidad del profesional para tomar decisiones bajo presión. La responsabilidad penal es, por tanto, compleja y depende de diversos factores, como el contexto, la ausencia de medios adecuados y la actuación del médico dentro del marco ético y legal.

Bajo este contexto, podemos analizar ciertas situaciones en las que el médico adquiriría algún tipo de responsabilidad penal, conforme el tipo de omisión. Por ejemplo, en la desatención de los médicos en la atención urgente, cuando el establecimiento público no cuenta con persona e insumos suficientes, podría considerarse una omisión impropia, con ciertas limitaciones. Ya que, si recordamos este tipo de omisión de

configura cuando la persona, teniendo el deber legal de evitar un resultado dañino, no actuó y permitió que ocurra. En el caso de los médicos, su responsabilidad depende de si tenían los medios y la posibilidad real de atender al paciente. Si la falta de atención se debe exclusivamente a la escasez de recursos o personal, y no a la negligencia o falta de voluntad del médico, su responsabilidad podría verse atenuada o incluso excluida, ya que no tendría el control total de la situación.

Sin embargo, si el médico pudiera haber hecho algo dentro de sus posibilidades y no lo hizo, como gestionar una derivación o brindar primeros auxilios con los medios disponibles, su omisión podría ser valorada como punible. En este caso, la clave estaría en determinar si la falta de acción fue evitable y si el médico tenía un deber jurídico específico de intervenir.

Otro supuesto, en el caso en que el paciente llegó a la sala de urgencias, pero según la Escala de Manchester, a primera impresión el paciente no tenía un problema grave y no fue atendido a tiempo y falleció, porque no encajaba en dicha escala. La omisión médica podría evaluarse desde la perspectiva de la comisión por omisión, dependiendo de si hubo una mala valoración del paciente y si existía un deber jurídico y capacidad real de evitar el fallecimiento. La Escala de Manchester es un sistema de triaje que clasifica a los pacientes según la urgencia de su atención. Si el paciente fue evaluado conforme a este protocolo y su estado no parecía crítico, pero luego falleció por una condición que no se detectó a tiempo, se podría analizar si hubo una negligencia en la clasificación.

Si el médico o el personal de triaje cometieron un error evitable al clasificar al paciente con una prioridad baja cuando realmente necesitaba atención urgente, podría haber responsabilidad por omisión impropia, ya que tenían el deber de evaluar correctamente y proporcionar la atención adecuada. Sin embargo, si el fallecimiento ocurrió por una evolución inesperada de la enfermedad que no era previsible con los síntomas iniciales, la responsabilidad sería más difícil de establecer. En términos legales, se analizaría si hubo una falta de diligencia en la aplicación del protocolo, es decir, si se hizo una evaluación adecuada con los medios disponibles o si hubo un error grave que contribuyó directamente al fallecimiento del paciente.

Por ejemplo, si un médico decide no atender a un paciente en una situación de emergencia bajo el argumento de que "no es su responsabilidad" o "no le corresponde", podría estar incurriendo en un abuso de poder asistencial. En este caso, el Artículo 218 del COIP, que sanciona la desatención médica, podría aplicarse como un mecanismo para convertir esa omisión en una infracción penal, reflejando cómo una ley eventualmente penal puede activarse en función del uso o abuso del poder que otorga.

En resumen, nos advierte sobre el peligro de que ciertas normas, aunque no sean explícitamente punitivas, puedan convertirse en herramientas de castigo si se usan de manera abusiva o desproporcionada.

### **1.10. La responsabilidad penal de los médicos**

La responsabilidad penal se basa en el principio de lesión a un bien jurídico protegido que, en el contexto médico, abarca la vida, la integridad física y la salud tanto mental como corporal del paciente. Esta responsabilidad se rige por el principio de legalidad, el cual está consagrado en el Constitución y en la respectiva norma penal, asegurando que ninguna conducta pueda ser sancionada como delito si no ha sido previamente tipificada como tal.

Surge como resultado habitual de la comisión de un delito, lo que conlleva para el infractor la obligación de aceptar la pena que la legislación correspondiente ha dispuesto. Esta sanción se distingue por su naturaleza punitiva, ya que conlleva una restricción o pérdida de derechos fundamentales del condenado, siendo la pena privativa de libertad la forma más común y representativa de esta sanción. Autores, como el profesor Carlos Künsemüller menciona que, la responsabilidad del médico se divide en dos tipos de delitos: los de sujeto activo indeterminado, que cualquier persona imputable puede cometer, independientemente de su profesión, y los delitos especiales, que requieren una cualidad específica, como la profesionalidad del médico. Los delitos que involucran al médico como autor están relacionados con su desempeño profesional, y son considerados *delitos del facultativo* cuando la calidad de su labor médica es esencial para la configuración del delito (Kunsemuller, 1986).

Siguiendo el estudio de Royo Villanova, la responsabilidad penal es un tema crucial dentro de la práctica médica, ya que implica la existencia de un delito. Según el autor, la responsabilidad penal en el ámbito de la medicina se da cuando el médico comete una conducta ilícita grave que afecta directamente al paciente, como puede ser una mala praxis que cause daño físico, emocional o incluso la muerte del paciente. La responsabilidad penal busca que el médico sea sancionado por su conducta delictiva, y no se limita solo a la reparación de los daños, sino que también tiene un componente punitivo (Villanova, 1955).

Existen varias situaciones que pueden dar lugar a una responsabilidad penal en la medicina, como; la *negligencia grave*, en donde el médico actúa de manera desatenta o sin tomar las medidas adecuadas para evitar un daño, lo que puede provocar un daño físico o incluso la muerte del paciente; la *impericia*, el médico, por falta de conocimiento o habilidad, comete un error técnico que tiene consecuencias graves para el paciente; la *imprudencia*, el médico actúa sin la debida cautela, realizando un procedimiento de manera inapropiada o sin el cuidado necesario para prevenir daños; *delitos dolosos*, en casos más extremos, donde el médico actúa con la intención de dañar al paciente, como en el caso de homicidio o lesiones intencionadas, se configura una responsabilidad penal muy grave.

El derecho penal en el ámbito médico tiene como objetivo proteger no solo al paciente, sino también la integridad del sistema sanitario en general. Si un médico incurre en una conducta que es calificada como un delito dentro de la legislación vigente, enfrentará las consecuencias de la justicia penal, que pueden ser severas.

Por cuanto, el médico debe actuar de acuerdo con sus principios éticos para evitar caer en negligencia, imprudencia o impericia, que son las principales causas de responsabilidad penal (Villanova, 1955).

### **1.11. Normativa que regula la responsabilidad penal de los médicos en Ecuador**

El Derecho a la Salud en Ecuador, se encuentra regulada en el Art. 358 de la Constitución de la República del Ecuador, al establecer que el Sistema Nacional de Salud

tiene como propósito principal promover, proteger y recuperar la salud de las personas, tanto a nivel individual como colectivo, en donde, deberá integrar principios como; bioética, suficiencia, interculturalidad, enfoque de género y generacional, que responda a las necesidades de la población en general, cuando establece que:

El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. (Asamblea Constituyente, 2008)

En Ecuador, la responsabilidad penal de los médicos en relación con la atención urgente está regulada principalmente por el COIP, que establece varias normativas relevantes para abordar situaciones de desatención médica y negligencia, especialmente en escenarios urgentes.

La norma de alguna manera busca regular la desatención del servicio de salud en el Art. 218 del COIP, estableciendo que, cualquier persona con la obligación de prestar atención en el sector de salud y que se niegue a atender a pacientes en situación de emergencia, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. En caso de que dicha desatención derive en la muerte de la víctima, la pena se incrementa a una privación de libertad de trece a dieciséis años. Además, si se determina que una persona jurídica (como un hospital o una institución de salud) es responsable de la desatención, esta será sancionada con una multa que va de treinta a cincuenta salarios básicos unificados del trabajador en general y con la posibilidad de sufrir una clausura temporal, conforme el Art. 218 del COIP, que establece:

La persona que, en obligación de prestar un servicio de salud y con la capacidad de hacerlo, se niegue a atender a pacientes en estado de emergencia, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. Si se produce la muerte de la víctima, como consecuencia de la desatención, la persona será sancionada con pena privativa de libertad de trece a dieciséis años. Si se determina responsabilidad penal de una persona jurídica, será sancionada con multa de

treinta a cincuenta salarios básicos unificados del trabajador en general y su clausura temporal (Asamblea Nacional, 2014).

Este artículo a simple vista, refleja un “compromiso” superficial con la protección de la salud y la vida de los ciudadanos, estableciendo consecuencias penales para quienes incumplen su deber en situaciones de emergencia.

El Art. 218 del COIP establece que la persona encargada de prestar un servicio de salud, y que tenga la capacidad de hacerlo, pero que se niegue a atender a un paciente en estado de emergencia, será sancionada con una pena privativa de libertad de uno a tres años. Este artículo se aplica específicamente en situaciones de emergencia donde se pone en riesgo la vida o la salud del paciente.

Si la desatención de un paciente en situación de emergencia provoca la muerte, la pena para la persona encargada de la atención será de 13 a 16 años de privación de libertad. En este caso, la responsabilidad penal es más grave y está directamente vinculada a la causa de la muerte.

El COIP también establece que si se determina que una persona jurídica (como un hospital o clínica) es responsable por la desatención en la atención urgente, se aplicarán sanciones económicas, tales como multas de 30 a 50 salarios básicos unificados del trabajador en general, además de la posibilidad de clausura temporal de la institución. Esta disposición busca asegurar que las instituciones de salud mantengan un estándar adecuado de atención en situaciones críticas. Aunque no es directamente un aspecto penal, el Código de Ética Médica establece la responsabilidad de los médicos hacia sus pacientes, especialmente en situaciones de urgencia. Los médicos deben actuar con profesionalismo, diligencia y dentro de los límites de sus competencias. Si se demuestra que el médico actuó con negligencia, impericia o imprudencia, podría ser sancionado tanto por el sistema penal como por el sistema ético-profesional.

La Ley General de Salud de Ecuador regula las responsabilidades en cuanto a la calidad de la atención sanitaria y las condiciones mínimas para la prestación de servicios de salud. Si un médico no cumple con los estándares establecidos por esta ley,

especialmente en situaciones de urgencia, podría incurrir en responsabilidad penal por desatención, de acuerdo con lo estipulado en el COIP.

De cierta manera, la normativa ecuatoriana establece un marco legal en cuanto a la responsabilidad penal de los médicos en situaciones de atención urgente. Los médicos deben atender adecuadamente a los pacientes en situaciones críticas, y la negligencia o desatención en estos casos puede resultar en sanciones severas, incluyendo penas privativas de libertad tanto para los profesionales de la salud como para las instituciones responsables. Sin embargo, como en todos los casos legales, será necesario demostrar que hubo una falta de acción o actuación inadecuada para que se apliquen las sanciones previstas.

#### **1.12. Responsabilidad del Estado ante la desatención urgente.**

La Corte Interamericana de Derechos Humanos señala que, el derecho a la vida es fundamental y constituye la base sobre la que se ejercen los demás derechos humanos, siendo un requisito esencial para la titularidad y el ejercicio de dichos derechos. A su vez que, establece dos tipos de obligaciones; *obligaciones negativas* (No hacer) y *obligaciones positivas* (de hacer), para el Estado. Por cuanto, el Estado no solo deben evitar privar arbitrariamente de la vida a las personas, sino que también deberá implementar medidas que garanticen su desarrollo pleno, para ello, la Corte ha señaló lo siguiente:

Este Tribunal ha establecido que el derecho a la vida juega un papel fundamental en la Convención Americana, por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos. La observancia del artículo 4, relacionado con el artículo 1.1 de la Convención Americana, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva), conforme al deber de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de todas las personas bajo su jurisdicción. (Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela, 2017)

Por lo que, al hacer referencia a las *obligaciones negativas* en cuanto a la responsabilidad del Estado y su deber de proteger la vida, hace un énfasis en prohibir este derecho sea por acción u omisión. Para ello, menciona a las acciones como las ejecuciones y genocidios, así como “las omisiones de los deberes que el Estado como garante de la vida tenía bajo su responsabilidad” (Corte Constitucional del Ecuador, 2021, pág. 169).

La Corte IDH está destacando que, cuando se trata de casos en los que un paciente muere bajo la atención del Estado (por ejemplo, en hospitales públicos o durante intervenciones del sistema de salud pública), se deben cumplir tres condiciones para determinar si el Estado es responsable de esa muerte. Esto significa que, para que el Estado sea considerado responsable, no basta con que haya ocurrido una muerte, sino que deben verificarse tres elementos específicos que justifiquen la culpa o la falta del Estado en el cuidado adecuado del paciente. Estos elementos podrían incluir factores como negligencia, violaciones de los derechos del paciente, o fallas en la prestación de servicios de salud. Para ello, la Corte señala:

- (i) Que por actos u omisiones se haya negado a un paciente el acceso a la salud en situaciones de urgencia médica o tratamientos médicos esenciales, a pesar de ser previsible el riesgo que implica dicha denegación para la vida del paciente; o bien,
- (ii) Que se acredite una negligencia médica grave; y
- (iii) Que exista un nexo causal, entre el acto acreditado y el daño sufrido por el paciente. Cuando la atribución de responsabilidad proviene de una omisión, se requiere verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso (Corte Constitucional del Ecuador, 2021, pág. 169).

El Estado actúa como garante tanto del derecho a la salud de los pacientes como del derecho de los médicos a ejercer su profesión en condiciones adecuadas. Esta doble función deriva de su obligación constitucional e internacional de proteger, respetar y garantizar. El Estado no solo debe proteger a los pacientes, sino también a los médicos y profesionales de la salud, garantizando condiciones adecuadas para su labor. Esto significa que debe: proporcionar insumos médicos suficientes para que los profesionales puedan ejercer su trabajo; garantizar condiciones laborales dignas, incluyendo un entorno

seguro y sin sobrecarga laboral excesiva; Evitar la criminalización injusta del personal médico cuando la falta de atención se debe a factores ajenos a su control, como la falta de recursos o infraestructura inadecuada.

Si el Estado no garantiza estos derechos, estaría afectando el ejercicio profesional del médico y podría ser responsable de la violación de su derecho a trabajar en condiciones justas. los derechos humanos. Cuando un médico no puede atender a un paciente por causas ajenas a su voluntad (por ejemplo, falta de insumos, infraestructura deficiente o sobrecarga del sistema de salud), la responsabilidad de la desatención no debe recaer únicamente en el profesional de la salud, sino en el Estado, que es el principal encargado de garantizar que el sistema de salud funcione correctamente. Es decir, si un hospital público no tiene medicamentos esenciales o equipo necesario para atender una emergencia, el médico no puede ser responsabilizado penalmente por la falta de atención, ya que no depende de su voluntad sino del incumplimiento del Estado en dotar de recursos al sistema de salud.

Bajo este contexto, si un médico trabaja en condiciones de sobrecarga extrema debido a la falta de personal suficiente y no logra atender a todos los pacientes, la omisión no puede considerarse negligencia individual, sino una falla estructural del Estado.

El Estado es el principal garante del derecho a la salud y del derecho de los médicos a ejercer su profesión en condiciones adecuadas. Si bien los médicos tienen el deber de atender a los pacientes, no pueden ser penalizados cuando la falta de atención es consecuencia de factores estructurales fuera de su control. En estos casos, la responsabilidad recae en el Estado, que debe garantizar los recursos y las condiciones necesarias para una adecuada prestación de servicios de salud.

La Corte Constitucional dentro de la sentencia No.983-18-JP explica dentro de las garantías del derecho que “las prestaciones que se encuentran concernidas dentro del servicio público de salud se analizan como obligaciones de medio y no como obligaciones de resultado” (pág. 169). Debido a que, la responsabilidad del médico y del sistema de salud no se basa en garantizar un resultado específico, como la curación total del paciente,

sino en poner todos los medios adecuados y actuar con diligencia conforme a la *lex artis*<sup>6</sup>. Para ello, el médico debe aplicar su conocimiento, técnicas y herramientas necesarias para brindar la mejor atención posible, pero lo que no puede garantizar es que el tratamiento sea cien por ciento efectivo en todos los casos. Por otro lado, las obligaciones de resultado implican que el profesional de la salud garantice un desenlace específico, como la curación del paciente o el éxito del mismo, lo cual, no constituye un hecho realista, debido a los múltiples factores que pueden influir en la evolución del paciente.

En el sector público, donde los recursos pueden ser limitados, exigir una obligación de resultado implicaría responsabilizar al sistema de salud por todos los desenlaces negativos, sin considerar factores externos como la falta de insumos, infraestructura o la gravedad del paciente al momento de su atención. Si se considerara que la atención médica es una obligación de resultado, los médicos podrían ser responsabilizados injustamente por cualquier desenlace negativo, incluso cuando actuaron con profesionalismo y dentro de los estándares médicos. Además, la Corte para exponer su razonamiento, adopta el criterio del Tribunal Supremo Español el cual expone;

(...) conforme reiterada y consolidada doctrina jurisprudencial, la responsabilidad en el ámbito sanitario no lo es en función del resultado, sino de adecuación de los medios a emplear y exige la necesaria e incluso concentrada y máxima atención al enfermo, por no resultar de recibo satisfactorio las precipitaciones ni los diagnósticos inadecuados, incompletos, rutinarios o apresurados, al tratarse la salud de un derecho fundamental de las personas, que les hace acreedores de obtener todas las prestaciones sanitarias precisas e idóneas, sin regateos u omisiones injustificadas, para el logro de su restablecimiento. (pág. 31)

Con ello, la Corte hace una distinción para resaltar que el médico y el sistema de salud no pueden garantizar la curación de un paciente, pero sí están obligados a brindar una atención adecuada, ética y conforme a los estándares médicos. Esto con el fin de proteger tanto a los profesionales de la salud de responsabilidades injustas, como a los

---

<sup>6</sup> Buenas prácticas médicas.

pacientes, al asegurar que reciban un tratamiento basado en las mejores prácticas disponibles.

La Corte establece que la responsabilidad del médico y del sistema de salud no se mide por el resultado final, sino por si la atención fue completa, diligente y conforme a los estándares médicos. No se pueden justificar errores derivados de diagnósticos apresurados, negligencia o falta de atención adecuada, ya que los pacientes tienen derecho a recibir un tratamiento médico que respete su dignidad y garantice el acceso a todos los recursos sanitarios disponibles para su recuperación.

### **1.13. Derecho Comparado**

En el ámbito penal, tanto Ecuador como México han desarrollado normativas que regulan la responsabilidad médica, estableciendo sanciones en casos de negligencia o desatención injustificada. No obstante, el tratamiento legal de estos supuestos varía entre ambos países, particularmente en la delimitación de las excepciones y causas que eximen de responsabilidad al médico cuando la falta de atención no depende de su voluntad, sino de factores externos como la escasez de insumos, infraestructura deficiente o sobrecarga del sistema de salud.

Este análisis comparativo busca evidenciar las diferencias normativas entre ambas legislaciones y resaltar la importancia de contar con marcos jurídicos que garanticen un equilibrio entre la protección del paciente y la seguridad jurídica del profesional de la salud, evitando la criminalización injusta del acto médico en contextos adversos.

México ha desarrollado un marco normativo más preciso en la regulación de la responsabilidad penal médica en comparación con otros países, y hay varias razones por las cuales resulta preferible utilizar su enfoque en un análisis de derecho comparado en lugar de otros modelos legislativos. Otros países como Ecuador, tienden a dejar mayor margen a la interpretación judicial, lo que puede derivar en resoluciones desproporcionadas contra los médicos. En este sentido, la legislación mexicana proporciona mayor seguridad jurídica al establecer criterios objetivos para la imputación penal.

### *1.12.1. La responsabilidad penal en la legislación mexicana*

A diferencia de otros países, el sistema penal mexicano establece con claridad la diferencia entre conductas dolosas, culposas y omisivas en la responsabilidad médica. Esto es crucial para evitar que los médicos sean penalizados injustamente por eventos que escapen de su control. En México, el Código Penal Federal y los códigos penales estatales especifican que un médico solo puede ser sancionado penalmente si actúa con negligencia grave, imprudencia, falta de pericia o inobservancia de protocolos médicos.

El Artículo 228 del Código Penal Federal establece que, el personal médico tiene la obligación de prestar auxilio en casos urgentes, salvo que existan causas justificadas para no hacerlo. El incumplimiento de esta obligación puede derivar en sanciones penales, cuando establece que:

Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso: I.- Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y II.- Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos (Código Penal Federal, 1931).

El Art. 228 establece sanciones para médicos y otros profesionales de la salud que se nieguen a prestar atención en casos urgentes sin causa justificada. Esto aplica cuando un paciente requiere asistencia inmediata y el profesional, teniendo los medios para brindarla, decide no hacerlo sin una razón válida.

No obstante, el artículo contempla excepciones y causas justificadas que eximen de responsabilidad penal al médico cuando la negativa a atender un caso de urgencia se debe a factores ajenos a su voluntad, tales como la falta de insumos médicos o equipo necesario, infraestructura hospitalaria deficiente o insuficiente, sobrecarga de trabajo que

impida la atención adecuada, riesgo inminente para el propio profesional de la salud, o la necesidad de intervención de otro especialista debido a un conflicto de competencias.

El Art. 229 *ibidem* establece la responsabilidad penal de los médicos que, habiendo aceptado formalmente la atención de un paciente mediante una responsiva, lo abandonen sin una causa justificada y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente, al establecer que:

El artículo anterior se aplicará a los médicos que habiendo otorgado responsiva para hacerse cargo de la atención de un lesionado o enfermo, lo abandonen en su tratamiento sin causa justificada, y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente (Código Penal Federal, 1931).

Este artículo busca proteger a los pacientes asegurando que los médicos que asumen su cuidado no suspendan el tratamiento de manera arbitraria, lo que podría poner en riesgo su salud o su vida. Para que se configure el delito, es necesario que el médico haya aceptado explícitamente la responsabilidad del paciente, ya sea en un hospital, consultorio o cualquier otro centro de salud, y posteriormente interrumpa la atención sin justificación válida. No se trata simplemente de que un médico deje de atender a un paciente, sino de que, habiendo asumido la responsabilidad de su tratamiento, lo abandone sin garantizar su continuidad ni notificar a las autoridades médicas. Para lo cual, impone un deber legal a los médicos de no abandonar a sus pacientes sin justificación una vez que han aceptado formalmente su atención. No busca obligar a los médicos a atender en todas las circunstancias, sino garantizar que la atención médica sea continua y responsable, evitando situaciones de negligencia que podrían comprometer la salud de los pacientes.

México adopta un enfoque garantista en el cual la responsabilidad penal médica solo debe activarse cuando las instancias administrativas y civiles han sido insuficientes para corregir una mala praxis. En muchas situaciones, el derecho penal mexicano orienta los conflictos hacia vías de responsabilidad civil o administrativa, lo que permite una mayor proporcionalidad en las sanciones y evita que los médicos enfrenten procesos penales cuando el problema es meramente una controversia sobre la calidad del servicio y no una negligencia grave. Como lo establece el Art. 30, que menciona:

Se impondrá prisión de tres meses a dos años, hasta cien días multas y suspensión de tres meses a un año a juicio del juzgador, a los directores, encargados o administradores de cualquier centro de salud, cuando incurran en alguno de los casos siguientes:

- I.- Impedir la salida de un paciente, cuando éste o sus familiares lo soliciten, aduciendo adeudos de cualquier índole;
- II.- Retener sin necesidad a un recién nacido, por los motivos a que se refiere la parte final de la fracción anterior;
- III.- Retardar o negar por cualquier motivo la entrega de un cadáver, excepto cuando se requiera orden de autoridad competente.

La misma sanción se impondrá a los encargados o administradores de agencias funerarias que retarden o nieguen indebidamente la entrega de un cadáver, e igualmente a los encargados, empleados o dependientes de una farmacia, que al surtir una receta sustituyan la medicina, específicamente recetada por otra que cause daño o sea evidentemente inapropiada al padecimiento para el cual se prescribió. (Código Penal Federal, 1931)

Este artículo enfatiza la responsabilidad médica y administrativa en la garantía del derecho a la salud y la dignidad de los pacientes, estableciendo sanciones por la retención indebida de pacientes o recién nacidos, la negativa injustificada en la entrega de cadáveres y la sustitución inapropiada de medicamentos. A diferencia de la normativa penal ecuatoriana sobre desatención médica, que sanciona la omisión en la prestación del servicio de salud bajo el Artículo 218 del COIP, este precepto no solo regula la falta de atención, sino que también protege derechos fundamentales relacionados con la libertad del paciente, el derecho al duelo y la seguridad en el tratamiento médico, abordando así la responsabilidad desde una perspectiva más amplia que trasciende la simple omisión y se enfoca en evitar abusos administrativos y negligencias graves en la gestión de los servicios sanitarios.

A su vez, contempla la evaluación de factores externos que pueden influir en la atención médica. Se toma en cuenta si el médico tuvo los recursos necesarios para prestar la atención adecuada o si hubo circunstancias que escapaban de su control, como fallas en la infraestructura hospitalaria, falta de insumos médicos, o sobrecarga de pacientes.

Define con mayor precisión el concepto de omisión impropia, es decir, los casos en los que un médico es penalmente responsable por no haber actuado cuando tenía el deber y la posibilidad de hacerlo. Sin embargo, también se reconoce que hay situaciones en las que un médico no puede actuar porque el contexto hospitalario no se lo permite.

Esta legislación ha desarrollado una evaluación basada en la *lex artis* para determinar la responsabilidad de los profesionales de la salud. Además, en México, la carga de la prueba suele recaer en la parte acusadora, lo que significa que se deben presentar pruebas científicas claras que demuestren que el médico incumplió los estándares de atención. En cambio, en algunos países, el proceso judicial puede ser más subjetivo, permitiendo interpretaciones amplias que terminan castigando a los médicos sin que existan pruebas científicas contundentes de negligencia.

#### ***1.12.2. Legislación ecuatoriana vs legislación mexicana: responsabilidad penal del médico.***

La responsabilidad penal de los médicos por desatención del paciente está regulada tanto en la legislación ecuatoriana como en la mexicana, aunque con diferencias clave en cuanto a la tipificación del delito, las sanciones y las excepciones aplicables.

En Ecuador, la responsabilidad penal médica está regulada en el Art. 218 del COIP, el cual establece que, un profesional de la salud puede ser sancionado penalmente por el delito de desatención médica cuando omite prestar asistencia a un paciente que lo necesita. Sin embargo, esta norma no especifica con claridad las excepciones aplicables cuando la falta de atención no es atribuible al médico, sino a factores externos, como la falta de insumos, infraestructura deficiente o sobrecarga del sistema de salud. Esta falta de precisión en la norma ecuatoriana puede derivar en la criminalización injusta del personal médico, ya que no diferencia adecuadamente entre una omisión intencional y una imposibilidad material de prestar atención.

En México, los Art. 228 y 229 del Código Penal Federal regulan la responsabilidad penal de los médicos por desatención. El Art. 228 sanciona la negativa injustificada a atender casos de urgencia, pero exime de responsabilidad si la falta de atención se debe a factores fuera del control del médico, como falta de recursos o

infraestructura deficiente. El Art. 229 castiga el abandono de un paciente tras asumir su responsabilidad mediante una responsiva, aunque reconoce causas justificadas que eximen al profesional de responsabilidad penal.

Podemos encontrar que, en la legislación mexicana es más clara en cuanto a las causas justificadas que eximen de responsabilidad penal al médico, mientras que, en Ecuador, la falta de precisión en el COIP puede generar interpretaciones desfavorables para los profesionales de la salud, es decir, hablamos de la claridad en las excepciones. A su vez que, en Ecuador, la desatención médica se tipifica como delito sin diferenciar adecuadamente si la omisión es intencional o si se debe a factores externos. En México, la normativa penal distingue entre negativa injustificada a prestar atención médica y abandono de un paciente previamente aceptado, estableciendo criterios específicos para cada caso.

De la misma forma, en la legislación mexicana contempla excepciones que protegen a los médicos cuando la falta de atención es causada por deficiencias del sistema de salud. Mientras que, en Ecuador, la ley no delimita claramente estas excepciones, lo que puede dar lugar a sanciones injustas en situaciones donde el médico no tiene control sobre la atención del paciente.

Si bien ambos países establecen sanciones para la desatención médica, la legislación mexicana es más detallada y contempla excepciones que protegen a los médicos en casos donde la falta de atención no depende de ellos. En contraste, la normativa ecuatoriana presenta vacíos legales que podrían derivar en una criminalización desproporcionada del personal de salud. Esto resalta la necesidad de una reforma en el COIP que establezca criterios más justos y objetivos para diferenciar entre la negligencia médica y la imposibilidad de atender debido a factores externos.

Una norma penal debe ser clara, específica y objetiva, de manera que no permita interpretaciones amplias que puedan llevar a la criminalización injusta. En Ecuador, la falta de una diferenciación adecuada entre una desatención médica dolosa, negligente o forzada por circunstancias externas genera una incertidumbre jurídica que puede traducirse en un abuso del poder punitivo. Esta ambigüedad: criminaliza al médico por condiciones que no controla, como la falta de recursos hospitalarios o la sobrecarga de

trabajo; no distingue entre errores humanos inevitables y conductas verdaderamente reprochables, lo que puede llevar a sancionar de manera desproporcionada; genera un efecto disuasorio negativo, haciendo que los médicos actúen con temor a represalias legales, lo que podría afectar la toma de decisiones en situaciones críticas. En contraste, el sistema mexicano, aunque también penaliza la desatención médica, ofrece una mayor seguridad jurídica al médico, ya que permite evaluar las condiciones en las que ocurrió la omisión antes de imponer una sanción.

## CAPÍTULO II

### **2. Aplicación del Art. 218 del Código Orgánico Integral Penal en situaciones de desatención al paciente y la responsabilidad del médico.**

En el presente capítulo, se examinan casos prácticos en los que la intervención de profesionales de la salud ha sido determinante en situaciones médicas críticas. A pesar de que en estos casos no se han iniciado procesos penales en contra de los médicos involucrados, se plantea un estudio hipotético sobre las posibles implicaciones jurídicas si se aplicara el Art. 218 del COIP, que sanciona la desatención médica. A través de este ejercicio, se busca comprender hasta qué punto la normativa penal podría afectar la labor médica y si su aplicación considera adecuadamente las circunstancias bajo las cuales los profesionales de la salud toman decisiones en entornos de emergencia.

El análisis de la responsabilidad penal médica que hace la Corte es fundamental para garantizar la protección del ejercicio profesional y evitar sanciones injustas cuando el desenlace de un paciente no depende exclusivamente de la actuación del médico, sino de factores estructurales del sistema de salud. Es crucial evitar la criminalización de la profesión médica, ya que no todo resultado adverso implica responsabilidad penal, sino que debe demostrarse una conducta negligente, imprudente o con impericia. Asimismo, se debe garantizar el principio de legalidad, evitando que los médicos sean sancionados sin una tipificación clara del delito y sin pruebas contundentes que demuestren su responsabilidad directa en el daño causado. La falta de regulación específica sobre la omisión en la atención médica deja un margen de interpretación que puede derivar en decisiones judiciales desproporcionadas, por lo que es necesario revisar el marco normativo y establecer criterios objetivos que delimiten cuándo un médico puede ser

penalmente responsable, evitando que las deficiencias del sistema de salud se conviertan en un factor de imputación automática.

## **2.2. Sentencia No. 01283-2021-11224**

Se ha considerado importante analizar esta sentencia que resultó en la condena del acusado, debido a que se consideró importante revisar la desatención de los médicos al paciente y el tiempo que se tardó en actuar, por situaciones ajenas a la voluntad de los médicos, pero que, abarcaron la deficiencia del sistema de salud en este caso del IESS

El 8 de marzo de 2021, alrededor de las 08h41 en Cuenca, el señor Salvador Remigio Beltrán Gutiérrez, conductor de un camión recolector de basura de la Empresa Pública Municipal de Aseo de Cuenca (EMAC-EP), circulaba por la Av. 10 de agosto y, al girar hacia la calle Miguel Moreno, chocó con la bicicleta conducida por Jhon Paul Jarrín Díaz. La Fiscalía acusa a Beltrán Gutiérrez de muerte culposa según el Art. 377 del COIP. Se argumenta que la conducta del procesado encaja en la figura de autor directo según el Art. 42.1 literal a) del COIP, y se plantea la necesidad de debatir la reparación integral. En el caso no solo se analiza la responsabilidad del actor, sino que, a su vez, se analiza la atención brindada por el personal de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el proceder desde que fue atendido por los paramédicos hasta el momento de su fallecimiento.

Tras el accidente, Jhon Paul Jarrín Díaz fue trasladado al Hospital José Carrasco Moscoso a las 09h14 del 8 de marzo de 2021, donde se le realizó un triaje y se identificó un trauma craneoencefálico grave. A pesar de estar hemodinámicamente estable al principio, su estado empeoró, con una caída en la escala de Glasgow de 10/15 a 7/15, lo que indicó un deterioro neurológico progresivo. Se realizaron exámenes, incluyendo una resonancia magnética que mostró hematomas subgaleales y subdurales. Debido a la falta de tomógrafo, el diagnóstico fue corroborado con resonancia. A las 11h22, se activó la red de salud para un traslado a la Clínica Santa Ana debido a la necesidad de cuidados intensivos, pero, debido al deterioro del paciente y a un paro cardíaco alrededor de las 12h00, se suspendió el traslado y se optó por cirugía. A pesar de los esfuerzos, el paciente sufrió una nueva parada cardíaca en el quirófano a las 15h00 y falleció tras no responder al tratamiento. La autopsia confirmó que la causa de muerte fue un edema cerebral severo

debido al trauma craneoencefálico, en concordancia con el historial clínico. Aunque el proceso de atención fue adecuado y se activaron todos los protocolos necesarios, la rapidez del deterioro del paciente dificultó la posibilidad de salvarlo.

El informe analiza el caso de un paciente con traumatismo craneoencefálico severo, cuya atención inicial en emergencia fue adecuada, pero su tratamiento quirúrgico se postergó debido a la falta de disponibilidad en la unidad de cuidados intensivos. Durante su estancia en el hospital, se evidenció la necesidad urgente de una cirugía para tratar un hematoma subdural, pero la demora en su traslado y en la respuesta de la clínica Santa Ana agravó su estado. A pesar de estar hemodinámicamente estable en un inicio, su condición se deterioró progresivamente hasta sufrir un paro cardíaco. Finalmente, cuando se realizó la intervención quirúrgica, ya no había circulación cerebral, lo que llevó al fallecimiento del paciente. Se concluye que la causa médica de muerte fue el traumatismo craneoencefálico y la hemorragia intracraneal, mientras que desde el punto de vista médico-legal, se señala que la falta de atención quirúrgica oportuna influyó en el desenlace fatal.

El perito resalta tres puntos clave que sustentan su argumento de desatención: en primer lugar, el edema cerebral incipiente al ingreso, que no había causado un desplazamiento significativo de la línea media cerebral, lo que indicaba que aún existía la posibilidad de intervención con un pronóstico más favorable; en segundo lugar, la hemorragia intracraneal sin desviación de la línea media, lo que sugería que una cirugía precoz podría haber evitado un deterioro mayor y una compresión fatal del tronco encefálico; y finalmente, la postergación de la cirugía hasta después del deterioro, ya que la craneotomía, que debía haberse realizado de emergencia, se llevó a cabo cuando el paciente ya no presentaba circulación cerebral, lo que demuestra que fue demasiado tarde para salvar su vida.

Por lo tanto, el peritaje médico sugiere que, de haberse realizado la intervención quirúrgica cuando el paciente aún tenía estabilidad hemodinámica y circulación cerebral, el desenlace podría haber sido distinto. Esta conclusión refuerza la hipótesis de que el fallecimiento no fue únicamente consecuencia del traumatismo, sino también de la demora en la atención quirúrgica, lo que podría considerarse una falla en la prestación del servicio de salud.

En donde, el análisis de la jueza sobre la atención médica brindada a Jhon Paul Jarrín Díaz destaca que, si bien la respuesta inicial al trauma craneoencefálico fue adecuada y siguió los protocolos establecidos, la evolución del paciente revela posibles deficiencias en el sistema de salud. Se reconoce que el diagnóstico fue oportuno, con una valoración inicial adecuada, monitoreo hemodinámico, intubación y estudios de imagen, aunque la falta de un tomógrafo en el hospital retrasó la confirmación del diagnóstico. Asimismo, la jueza señala que la carencia de camas en la UCI llevó a la activación de la red de salud para gestionar un traslado, cuya confirmación tardó más de una hora, tiempo en el que el paciente comenzó a deteriorarse. Aunque la Clínica Santa Ana aceptó el traslado a las 13h06, la gravedad de su condición obligó a los médicos a suspenderlo y optar por una cirugía que se realizó a partir de las 15h00, cuando el deterioro ya era crítico. La jueza no atribuye negligencia al equipo médico, pero enfatiza que la falta de infraestructura y la demora en las decisiones pudieron influir en el desenlace fatal. Aunque la evolución del paciente era incierta desde el punto de vista médico, el análisis judicial sugiere que una respuesta más rápida y mejores recursos hospitalarios podrían haber cambiado el resultado, dejando abierta la discusión sobre el impacto de estas deficiencias en la atención brindada.

Aunque la atención médica brindada al paciente fue conforme a los protocolos establecidos, el caso resalta la importancia de exonerar la responsabilidad directa de los médicos en cuanto a desatención, ya que estos cumplieron con las pautas de actuación en una situación crítica. Sin embargo, la responsabilidad recae en las instituciones de salud, ya que la falta de una infraestructura adecuada, como la disponibilidad de recursos clave (tomógrafo en funcionamiento, espacio en la UCI, y capacidad de respuesta ante emergencias), pudo haber influido negativamente en la evolución del paciente. La ausencia de una atención quirúrgica inmediata, derivada de las limitaciones del sistema hospitalario, refleja una falla en la gestión y en la preparación de los centros de salud para atender emergencias de alta complejidad. Por lo tanto, es crucial que las instituciones de salud sean conscientes de sus obligaciones en cuanto a la mejora de infraestructura y recursos para garantizar una atención oportuna y adecuada, evitando que situaciones similares se repitan.

Si bien la jueza exime a los médicos de responsabilidad directa y atribuye el desenlace a la gravedad del trauma y las limitaciones del hospital, el perito argumenta que hubo una desatención quirúrgica debido a la postergación de la cirugía. La falta de disponibilidad de una UCI y la demora en el traslado fueron factores clave que, según el perito, impidieron que el paciente recibiera el tratamiento a tiempo.

***2.2.1. Análisis de la sentencia No. 01283-2021-11224, conforme al Artículo 218 del COIP.***

En este supuesto, si la demanda fuera contra los médicos conforme al Art. 218 del (COIP), que tipifica el delito de desatención médica, la acusación podría fundamentarse en el hecho de que los médicos involucrados en la atención del paciente Jhon Paul Jarrín Díaz no actuaron con la debida diligencia y cuidado profesional al momento de tratar su trauma craneoencefálico, resultando en el deterioro del estado del paciente y, finalmente, en su fallecimiento.

Se alegraría que los médicos, a pesar de haber identificado el trauma grave desde el principio, no tomaron decisiones quirúrgicas inmediatas y, en cambio, postergaron la intervención hasta que el paciente ya no tenía posibilidad de sobrevivir debido a la falta de circulación cerebral. El hecho de no haber realizado una intervención quirúrgica temprana, cuando el edema cerebral era incipiente y la hemorragia intracraneal no había causado un desplazamiento significativo de la línea media, podría considerarse una negligencia que agrava el deterioro del paciente, lo cual sería una violación directa de su deber de cuidado profesional.

En este caso, se sostendría que los médicos no actuaron con la celeridad ni con la técnica adecuada que el caso requería, lo que contraviene las pautas establecidas para el tratamiento de traumas craneoencefálicos graves y urgentes. Si bien no se puede probar que la actuación médica fue la causa directa de la muerte, la acusación se centraría en que la demora en la toma de decisiones y la postergación de la intervención quirúrgica cuando aún existían posibilidades de salvar al paciente constituyeron un incumplimiento de los protocolos médicos, lo que podría haberse evitado si se hubiera actuado de manera más inmediata y efectiva

### **2.3. Caso Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Babahoyo.**

En fecha 09 de noviembre del 2023, un hombre de 60 años de edad falleció, en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de Babahoyo, luego de haber esperado a que lo atendieran en el área de emergencia, por in dolor lumbar. Los hechos fueron grabados por un paciente de la casa de salud. La casa de salud informó que el ciudadano, fue atendido en el área de Triage, en donde se categorizó como una *urgencia menor*, por lo cual, según la escala de Manchester, debía esperar a que le atendieran, siguiendo la línea de tiempo de espera, por lo que, al ser llamado para ser atendido, sufrió un desmayo y tras ser atendido y estabilizado por el profesional de salud, falleció minutos después producto de un paro cardíaco (La Hora, 2023).

Ante tales hechos, la Dirección Provincial de los Ríos, emitió un comunicado, ante los hechos suscitados, manifestando que:

El informe médico del paciente determina que al momento de realizar la primera valoración en Emergencia (Triage) indicó sentir dolor lumbar y al tener signos vitales estables fue catalogado como una urgencia menor. Al momento de ser llamado para recibir atención médica sufrió un desmayo, fue ingresado a Emergencia y tras estabilizarlo clínicamente murió súbitamente por paro cardíaco. (Dirección Provincial de los Ríos, 2023)

#### ***2.3.1. Análisis de caso desde la perspectiva de la omisión impropia***

En este caso en particular, desde la perspectiva de la *omisión impropia* y la *responsabilidad penal* del médico o de la institución de salud, conforme el Art. 218 del COIP, conociendo que este tipo de omisión se refiere al deber legal de actuar, y al no hacerlo, permite que se produzca un resultado lesivo, es pertinente mencionar que, el paciente fue clasificado como una urgencia menor conforme la Escala de Manchester, lo que determinó un tiempo de espera prolongado. Sin embargo, al sufrir un deterioro repentino de su salud se puede argumentar que existió una falta de previsión o un error en la categorización inicial que pudo haber contribuido a su fallecimiento.

Desde la perspectiva del derecho penal, si se demuestra que el equipo médico o la institución tenía la capacidad y el deber jurídico de prever y evitar el desenlace fatal, se

podría considerar una omisión relevante, es decir, una omisión impropia con responsabilidad penal.

### ***2.3.2. Aplicación del Art. 218 del COIP***

El Artículo 218 del COIP establece sanciones para los profesionales de la salud que, sin causa justificada, nieguen o abandonen la atención médica a un paciente en estado de urgencia o emergencia, causando daño a su salud o su fallecimiento.

Bajo este contexto, si se comprueba que hubo negligencia en la clasificación del paciente o en su seguimiento, y que esto contribuyó a su fallecimiento, se podría argumentar una responsabilidad penal por desatención médica. Si, por el contrario, se siguieron los protocolos y no hubo una omisión dolosa o culposa, entonces la responsabilidad penal podría recaer más en el hospital o el sistema de salud por la falta de recursos o demoras en la atención.

Si se demuestra que hubo una mala clasificación del triaje o falta de seguimiento adecuado, podemos hablar de que la responsabilidad recaería en el médico tratante. Por otro lado, puede tener responsabilidad el Hospital del IESS de Babahoyo, si se evidencia que la demora en la atención se debió a fallas estructurales, como falta de personal o saturación del servicio de salud.

## **CAPÍTULO III**

### **3. Determinar si el artículo 218 identifica de manera eficaz la responsabilidad penal de los médicos.**

La aplicabilidad del artículo 218, sobre la desatención del servicio de salud depende de varios factores y de cómo se interprete la ley en la práctica judicial. A continuación, se detallan algunos puntos clave para analizar si realmente la norma es aplicable:

*Obligación de prestar el servicio de salud*, el artículo establece que la persona que tiene la obligación de atender y se niega a hacerlo, será sancionada. Esto implica que la persona (médico, enfermero, personal de salud) debe estar en condiciones de atender al paciente y tener la capacidad para hacerlo. La ley parece enfocarse en situaciones donde

hay una desatención deliberada, y no en casos donde la incapacidad para atender esté justificada por circunstancias excepcionales, como falta de recursos o personal.

*Las emergencias y riesgo vital*, la norma también menciona específicamente que se trata de situaciones de emergencia. Es decir, la aplicación de la sanción está reservada para aquellos casos en los que el paciente se encuentra en una situación de riesgo inmediato para su vida o integridad, lo que requiere atención urgente. La distinción entre qué constituye una emergencia y qué no lo es puede ser compleja y, en algunos casos, depende del juicio del personal médico, así como la aplicación del tipo de triaje que se aplique en la institución de salud, como la Escala de Manchester.

*La prueba de desatención y causa de muerte*, para que se imponga una pena de prisión por desatención que provoque la muerte, se debe demostrar que la desatención fue la causa directa de la muerte del paciente. Esto requiere pruebas sólidas y la determinación de que la omisión de atención fue la única causa o una causa decisiva de la fatalidad.

*La responsabilidad penal de las personas jurídicas*, la ley también establece sanciones para las personas jurídicas (como hospitales o clínicas) que sean responsables de la desatención. En este caso, se necesita un proceso legal que identifique de manera clara la responsabilidad de la institución y no solo de los individuos. La imposición de multas y clausura temporal es una medida más compleja, ya que involucra a la entidad en su conjunto y puede requerir una investigación más exhaustiva sobre la gestión de los recursos y los procesos dentro de la institución.

*La aplicación práctica*, en la práctica, para que se aplique la pena de prisión o las multas mencionadas, es necesario que existan pruebas de que la desatención fue intencional o producto de negligencia grave. En muchos casos, los hospitales o instituciones pueden argumentar falta de recursos, sobrecarga de trabajo, o situaciones excepcionales que dificultaron la atención.

La norma es aplicable en los casos en los que se cumplan los requisitos establecidos, como la capacidad y la obligación de prestar el servicio de salud, y que el paciente se encuentre en una situación de emergencia. Sin embargo, la aplicación real de la ley dependerá de los hechos específicos de cada caso y de la interpretación de la ley

por parte de las autoridades judiciales. En muchos casos, las autoridades también deben evaluar si hubo desatención intencionada o negligencia grave, así como las circunstancias que rodean la atención brindada.

El análisis de la responsabilidad penal médica conforme al Art. 218 del COIP evidencia la falta de precisión normativa en la regulación de la desatención médica, lo que podría derivar en una aplicación punitiva desproporcionada y contraria a los principios del garantismo penal y del derecho penal mínimo. Si bien la norma establece sanciones para los profesionales de la salud que incurran en desatención, no distingue con claridad entre la omisión dolosa o culposa y aquellas situaciones en las que la falta de atención es consecuencia de factores externos ajenos a la voluntad del médico.

Desde la perspectiva del garantismo penal, el derecho penal debe ser restrictivo y garantizar la protección de los derechos fundamentales, evitando una criminalización excesiva de conductas que no son reprochables en sí mismas. En este sentido, sancionar penalmente a un médico cuando la desatención se debe a la falta de insumos, infraestructura deficiente, sobrecarga laboral o riesgos inminentes para el profesional resulta contrario a este principio, ya que se vulneraría el principio de culpabilidad al no considerar el contexto en el que se desarrollan los hechos.

Asimismo, desde el enfoque del derecho penal mínimo, la intervención del derecho penal debe ser residual y aplicarse solo cuando sea estrictamente necesario para proteger bienes jurídicos fundamentales. Sin embargo, el Art. 218 del COIP no establece una diferenciación clara entre la negligencia médica grave y la imposibilidad material de brindar atención por circunstancias ajenas al médico, lo que podría dar lugar a una criminalización desproporcionada y arbitraria de los profesionales de la salud.

La omisión de estos factores en la legislación ecuatoriana genera un riesgo de abuso punitivo, pues deja a discreción de los operadores judiciales la interpretación de la responsabilidad médica sin criterios claros que permitan distinguir entre la falta de diligencia del profesional y las deficiencias estructurales del sistema de salud. En consecuencia, se podría sancionar injustamente a médicos que, lejos de haber actuado con negligencia, se vieron impedidos de cumplir con su labor debido a condiciones adversas fuera de su control.

Por ello, resulta imperativo que la normativa penal ecuatoriana incorpore criterios objetivos que permitan delimitar la responsabilidad del médico, diferenciando entre casos en los que realmente exista una falta de diligencia profesional y aquellos en los que la desatención médica haya sido consecuencia de problemas estructurales del sistema de salud. De lo contrario, se vulnera el principio de proporcionalidad y de legalidad, afectando no solo los derechos de los médicos, sino también la calidad del sistema de salud, al generar un efecto disuasorio que podría inhibir la práctica médica por temor a sanciones penales desproporcionadas.

Bajo este criterio, el Código Orgánico Integral Penal no especifica los factores externos que podrían eximir al médico de responsabilidad penal en situaciones donde la desatención médica no dependa de su voluntad, sino de condiciones estructurales que impiden el adecuado ejercicio de su labor. Esto contraviene los principios del garantismo penal y del derecho penal mínimo, poniendo en riesgo la seguridad jurídica de los profesionales de la salud y evidenciando la necesidad de una reforma legal que contemple estos aspectos para evitar la criminalización injusta del ejercicio médico en Ecuador.

### **Conclusión.**

La tipificación de la desatención del servicio de salud como un delito contra el derecho a la salud en el Art. 218 del COIP no garantiza una adecuada determinación de la responsabilidad penal de los médicos, debido a la falta de un análisis integral de los factores que inciden en el ejercicio de su profesión. Si bien la norma busca sancionar aquellas situaciones en las que se omite la prestación del servicio de salud de manera injustificada, su redacción ambigua y la ausencia de criterios claros para diferenciar entre negligencia médica y limitaciones estructurales del sistema de salud generan un margen de interpretación que puede llevar a decisiones punitivas desproporcionadas.

Uno de los principales problemas radica en que la norma no distingue con precisión entre la omisión dolosa, la negligencia grave y los casos en los que la falta de atención es consecuencia de circunstancias ajenas a la voluntad del profesional de la salud. En muchos hospitales y centros de salud, los médicos y demás trabajadores sanitarios se enfrentan a una escasez de recursos, una alta carga de pacientes, deficiencias en infraestructura y riesgos inherentes a su labor, factores que pueden impedir la

prestación inmediata o adecuada de la atención médica. Sin embargo, la falta de regulación específica sobre estas situaciones dentro del COIP deja a discreción de los operadores judiciales la valoración de la responsabilidad penal del médico, lo que puede derivar en decisiones arbitrarias o en la criminalización de quienes, lejos de haber actuado con desidia, se vieron imposibilitados de cumplir con su labor debido a condiciones estructurales adversas.

Desde la perspectiva del garantismo penal y del derecho penal mínimo, esta ambigüedad normativa representa un riesgo para los principios de proporcionalidad y culpabilidad. El derecho penal debe aplicarse como *última ratio*, es decir, como un mecanismo de intervención excepcional y solo cuando otras ramas del derecho no sean suficientes para sancionar conductas realmente reprochables. No obstante, el artículo 218 no establece criterios objetivos que permitan diferenciar entre una verdadera falta de diligencia profesional y la imposibilidad material de atender a un paciente por razones externas. Como resultado, existe la posibilidad de que médicos sean sometidos a procesos penales injustos, lo que no solo afecta sus derechos fundamentales, sino que también puede tener repercusiones negativas en el sistema de salud en general, generando un efecto disuasorio en el ejercicio de la profesión y un temor a ser criminalizados por situaciones que escapan de su control.

Además, el hecho de que la norma contemple sanciones para las personas jurídicas, como hospitales y clínicas, añade una capa adicional de complejidad, ya que se requiere un análisis más detallado para determinar si la falta de atención responde a una negligencia institucional o a deficiencias estructurales del sistema de salud. Sin una diferenciación clara en la legislación, se corre el riesgo de imponer sanciones que no abordan el problema de fondo, lo que perpetúa la precarización del sistema sanitario en lugar de garantizar una mejora en la calidad de la atención.

Resulta fundamental una reforma legal que precise los elementos constitutivos del delito de desatención del servicio de salud y establezca criterios objetivos que permitan evaluar la responsabilidad penal del médico en función de las condiciones reales en las que ejerce su labor. Esta reforma debe garantizar que las sanciones penales se apliquen únicamente en casos donde exista un verdadero incumplimiento de los deberes médicos y no en situaciones en las que la desatención derive de factores ajenos a la voluntad del

profesional. De lo contrario, la actual normativa seguirá vulnerando principios esenciales del derecho penal, afectando la seguridad jurídica de los médicos y comprometiendo el adecuado funcionamiento del sistema de salud en Ecuador.

### **Recomendaciones**

Es fundamental que el Código Orgánico Integral Penal (COIP) sea reformado para incluir criterios objetivos que permitan diferenciar entre la negligencia médica y la imposibilidad material de prestar atención por factores estructurales ajenos a la voluntad del médico. Actualmente, la falta de precisión en la norma genera un riesgo de criminalización injusta de los profesionales de la salud, quienes pueden enfrentar sanciones penales incluso cuando las deficiencias en la atención son consecuencia de escasez de insumos, sobrecarga laboral, falta de infraestructura o problemas administrativos en el sistema sanitario.

Desde la perspectiva del derecho penal, el análisis de la responsabilidad médica en casos de desatención debe considerar el concepto de omisión impropia o comisión por omisión. Este principio establece que una persona puede ser penalmente responsable no solo por acciones que causen daño, sino también por la omisión de un deber de actuar cuando tenía la obligación jurídica de evitar un resultado lesivo. Sin embargo, en el contexto sanitario, esta obligación debe ser evaluada dentro de los límites razonables en los que el médico puede ejercer su labor, considerando si realmente tenía la posibilidad de actuar y si las condiciones del sistema de salud permitían la adecuada prestación del servicio.

La aplicación del Art. 218 del COIP debe diferenciar entre casos en los que el médico, pudiendo actuar, omitió su deber deliberadamente o con negligencia grave, y aquellos en los que la falta de atención fue consecuencia de factores externos que imposibilitaron su actuar, como la falta de camas, recursos insuficientes, sobrecarga de trabajo o condiciones que pusieran en riesgo su propia seguridad. Criminalizar de manera indiscriminada la omisión en la atención médica, sin considerar estas diferencias, vulnera el principio de culpabilidad y el de proporcionalidad en el derecho penal. Para garantizar un adecuado equilibrio entre la protección del derecho a la salud y la seguridad jurídica de los médicos, se recomienda:

Definir con claridad la responsabilidad penal médica, donde la legislación debe establecer criterios específicos para distinguir entre la omisión dolosa, la negligencia grave y la omisión impropia en el contexto médico, evitando interpretaciones arbitrarias por parte de los operadores judiciales. La responsabilidad del médico no puede derivarse automáticamente de la simple falta de atención, sino que debe analizarse si realmente tenía los medios y la posibilidad de actuar para evitar un daño al paciente.

Incorporar el análisis del contexto estructural del sistema de salud, en el cual, la norma debe considerar factores como la disponibilidad de recursos, la infraestructura hospitalaria y la carga laboral al momento de evaluar la responsabilidad de un médico en casos de desatención. No se puede exigir responsabilidad penal cuando el sistema no le proporciona al médico los medios necesarios para actuar.

Diferenciar la omisión de la imposibilidad material de actuar, para ello, no toda omisión constituye un delito si existen circunstancias que impiden al médico cumplir con su deber de asistencia. En muchos casos, la falta de atención es resultado de problemas sistémicos que deben ser abordados mediante reformas en la gestión de los servicios de salud, y no a través de la criminalización de los profesionales sanitarios.

El fortalecer los mecanismos administrativos y civiles antes de recurrir al derecho penal, ya que, el derecho penal debe ser utilizado como *última ratio* y solo en casos de negligencia grave comprobada. La responsabilidad administrativa y civil deben ser las vías prioritarias para evaluar la calidad de la atención médica y la gestión del sistema de salud, reservando la vía penal para situaciones excepcionales en las que exista dolo o imprudencia manifiesta. Es fundamental que los operadores judiciales comprendan que la omisión penalmente relevante solo puede sancionarse cuando el profesional tenía los medios para actuar y decidió no hacerlo, no cuando la falta de acción es consecuencia de limitaciones estructurales.

Evaluar la responsabilidad de las instituciones sanitarias y del Estado, ya que, si bien la norma sanciona a personas jurídicas, es necesario diferenciar entre la responsabilidad institucional y las limitaciones derivadas de políticas públicas deficientes. En muchos casos, la desatención médica es consecuencia de falta de financiamiento, planificación deficiente o decisiones administrativas que impiden una

adecuada asignación de recursos. Para ello, se debe establecer un marco legal que exija al Estado y a las entidades de salud garantizar las condiciones necesarias para la correcta prestación del servicio.

Bajo este contexto, la actual redacción del Art. 218 del COIP deja en una situación de vulnerabilidad a los profesionales de la salud, quienes pueden ser sancionados penalmente incluso cuando la desatención médica es resultado de factores externos que escapan a su control. El concepto de omisión impropia en la responsabilidad penal médica exige una evaluación más profunda de cada caso, asegurando que el profesional solo sea sancionado si tenía el deber y la posibilidad real de evitar el daño y no cuando la falta de atención se deba a deficiencias estructurales del sistema de salud. Implementar estos cambios contribuirá a evitar una aplicación punitiva desproporcionada y permitirá proteger tanto el derecho a la salud de los pacientes como la seguridad jurídica de los médicos. Un sistema de salud eficiente y justo no debe basarse en la criminalización de sus profesionales, sino en el fortalecimiento de sus estructuras y en la garantía de condiciones adecuadas para la atención médica.

### **Bibliografía**

STS 508/1997 (Tribunal Supremo Español 09 de junio de 1997).

A.J., J. (2003). *Manual de protocolos y actuación en urgencias para residentes*.

Barcelona: Hospital Virgen de la Salud - Hospital Virgen del Val.

Achaval, A. (1992). *La responsabilidad civil del médico* (2da ed.). Buenos Aires,

Argentina: Abeledo-Perrot.

- Asamblea Constituyente. (2008). En *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi: Registro Oficial No. 449.
- Asamblea Médica Nacional. (1985). En C. d. Médica. Quito: Acuerdo Ministerial 14660.
- Asamblea Nacional. (22 de diciembre de 2006). De las profesiones de salud, afines y su ejercicio. *Ley Orgánica de Salud*. Quito, Ecuador: Registro Oficial Suplemento 423.
- Asamblea Nacional. (10 de febrero de 2014). Delitos contra el derecho a la salud. *Código Orgánico Integral Penal*. Quito, Ecuador: Registro Oficial .
- Bermejo Pareja, E., Días Guzmán, J., & Porta-Etessam, J. (2001). *Cien escalas de interés en Neurología*. Prous Science.
- Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela, C N. 338 (Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) 22 de agosto de 2017).
- Código Penal Federal. (14 de agosto de 1931). 63-64. México: Diario Oficial de la Federación.
- Conde, F. M., & García Arán, M. (2010). En *Derecho Penal. Parte General* (págs. 2-242). Valencia: tirant lo blanch.
- Corral, L. M. (2005). ESCALA DE COMA DE GLASGOW.
- Corte Constitucional del Ecuador, No. 983-18-JP (25 de agosto de 2021).
- Corte Constitucional del Ecuador, No. 983-18-JP (25 de agosto de 2021).
- Dirección Provincial de los Ríos. (9 de noviembre de 2023). *Ante el video que circula en redes sociales sobre el desvanecimiento de un ciudadano en el exterior del Hospital General Babahoyo, esta unidad médica informa*. Obtenido de @LosRiosIESS: <https://x.com/LosRiosIESS/status/1722779773666050314>
- Ferrajoli, L. (2006). *Sobre los derechos fundamentales y sus garantías*. (M. Carbonell, & P. Salazar, Trads.) México: Trotta.

- Ferrajoli, L. (2006). *Sobre los derechos fundamentales y sus garantías*. (M. Carbonell, A. De Cabo, & P. Gerardo, Trads.) México: Trotta.
- Gómez, J., Murray, M., Beveridge, R., Pons, J., Albert, E., & Ferrando, J. (2003). Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage parameters serve as Emergency Department Quality Indicators? *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 315-322.
- Gomez, J. (2003). Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*, 165-174.
- Gómez, J. (2006). Urgencia, gavedad y comlejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*, 156-164.
- Gómez, J., Faura, J., Burgues, L., & Pámies, S. (2004). Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario: indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística (case mix). *Gestión Hospitalaria*, 3-12.
- J Gabbe, B., A Cameron, P., & F Finche, C. (2003). The status of the Glasgow Coma Scale. *Emergency Medicine*, 14(4), 352-360.
- Kunsemuller, C. (1986). *Responsabilidad del acto médico*. Revista Chilena de Derecho. La Hora. (14 de noviembre de 2023). *Muerte de un paciente origina auditoría al Hospital del IESS*. Obtenido de <https://www.lahora.com.ec/los-rios/muerte-paciente-origina-auditoria-hospital-iess/>
- La Omisión. (2010). En O. P. Gonzáles, & F. Almanza Altamirano, *Teoría del Delito. Manual práctico para su aplicación en la teoría del caso* (págs. 115 -117). Lince: Asociación Peruana de Ciencias Jurídicas y Conciliación.

- López González, J. (2016). En *Manual Urgencias y Emergencias. TI*. Málaga. Obtenido de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/urgencias%20y%20emergencias%20I.pdf>
- Maurach, R. (1962). *Tratado de Derecho Penal*. Barcelona: Ariel.
- Mir, J. C. (2006). *Derecho Penal Parte General*. Perú: ARA Editores.
- Moctezuma, G. (1998). La responsabilidad del médico. *Isonomía. Revista de Teoría y Filosofía del Derecho*, 8, 63-74.
- Moore, L., Lavoie, A., & Camdem. (2006). Statistical validation of the Glasgow Coma Score. *Journal of Trauma*, 60(6), 1283-1244.
- Muñoz, F., & García, M. (2017). *Derecho penal parte general*. Tirant lo Blanch.
- Ramírez, V. A. (1990). De la responsabilidad civil médica. 380.
- Reich, W. (Ed.). (1993). *Encyclopedia of bioethics* (Vol. 1). New York: The Free Press.
- Sánchez Guillaume, J. (13 de marzo de 2018). Un acercamiento a la medicina de urgencias y emergencias. *MEDISAN*, 3. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192018000700630&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000700630&lng=es&tlng=es).
- Sgreccia, E. (1994). *Manual de Bioética*. México: Diana-Universidad Anáhuac.
- Soler, W., Gomez Muñoz, M., Bragualat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 55-68.
- Sosa, B., & Sotelo, G. (2005). Notas sobre responsabilidad profesional en insituaciones de salud. En E. Rebasa, & J. Ramírez (Edits.), *Problemas actuales del derecho social mexicano*. México: Porrúa-Teconológico de Monterrey.
- Tudela, P., & Módol, J. (2003). Urgencias hospitalarias. *Medicina Clínica*, 711-716.

- Varela Mejía, H. F., & Sotelo Monroy, G. E. (2019). El deber del cuidado del médico en México. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 44-46.
- Villanova, R. R. (1955). Sobre el concepto y definición de la responsabilidad legal del médico. . *Anuario de derecho penal y ciencias penales*.
- Von Liszt, F. (1994). *Tratado de derecho penal*. REUS.
- Zafaroni, E. R., Alagia, A., & Slokat, A. (2006). La pena como delimitación al derecho penal. En *Manueal de Derecho Penal. Parte General* (pág. 31). Buenos Aires: Sociedad anpinima editoria, comercial, industrial y financiera.
- Zaffaroni, E. R. (1980). Los sucesivos horizontes de proyección de la ciencia del derecho penal (la historia de la legislación penal). En *Tratado de Derecho Penal. Parte General* (pág. 325). Buenos Aires: Sociedad Anónima Editara.

## **Anexos**



Universidad  
Católica  
de Cuenca

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Angie del Carmen Yambay Díaz** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0750286395**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "**La responsabilidad penal médica conforme el artículo 218 del Código Orgánico Integral Penal: Análisis normativo**" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **1 de abril de 2025**

F:  .....

**Angie del Carmen Yambay Díaz**

C.I. **0750286395**