

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

Medical Liability in Ecuador: Limits of Criminal Intervention and the Prevalence of Civil Compensation

Autor:

Williams Adrián Herrera Sabando, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9230-7961>. Correo: williams.herrera@unesum.edu.ec

Afiliación institucional: Universidad Estatal del Sur de Manabí

***Autor correo para correspondencia:** williams.herrera@unesum.edu.ec

Resumen

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

Palabras clave: responsabilidad médica; derecho penal; reparación civil; imputación objetiva; mala práctica médica

Abstract

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

Keywords: medical liability; criminal law; civil reparation; objective imputation; medical malpractice.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 22 de julio de 2026

Fecha de aceptación: 28 de julio de 2026

Fecha de publicación: 28 de agosto de 2026

Introducción

La responsabilidad médica constituye uno de los ámbitos más complejos de interacción entre el Derecho, la medicina y la política criminal contemporánea. En ella convergen bienes jurídicos de especial relevancia, como la vida, la integridad personal, la salud, la dignidad y la autonomía del paciente, junto con la legítima expectativa de obtener una respuesta jurídica cuando una actuación sanitaria ocasiona un daño. Sin embargo, la especial importancia de estos bienes no permite asumir que todo resultado clínico adverso deba traducirse automáticamente en responsabilidad penal. La práctica médica se desarrolla, por naturaleza, en escenarios de incertidumbre y riesgo, de modo que incluso una actuación ajustada a la *lex artis* puede producir consecuencias desfavorables que no necesariamente resultan jurídicamente imputables al profesional.

En Ecuador, esta problemática adquiere especial relevancia a partir del artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal, que regula el homicidio culposo por mala práctica profesional y sitúa en el centro del análisis la infracción del deber

objetivo de cuidado. La propia estructura normativa impide identificar la responsabilidad penal únicamente a partir del resultado: exige determinar la existencia de una infracción profesional, su relación con el daño producido y las condiciones concretas de previsibilidad, evitabilidad y diligencia exigibles al profesional. De esta manera, el análisis abandona una comprensión puramente causal del hecho y exige valorar normativamente si la conducta creó o incrementó un riesgo jurídicamente desaprobado que posteriormente se realizó en el resultado.

Esta interpretación ha sido reforzada por la jurisprudencia nacional. La Resolución No. 01-2014 de la Corte Nacional de Justicia diferenció la infracción del deber objetivo de cuidado de la modalidad agravada prevista en el artículo 146, mientras que la Corte Constitucional, mediante la Sentencia 6-21-IN/25, sostuvo la constitucionalidad de esta última bajo una lectura integral de sus elementos. Tales criterios resultan relevantes porque descartan una equiparación automática entre error médico, resultado adverso y delito, y obligan a identificar con precisión cuándo la actuación profesional

supera el ámbito de los riesgos propios de la actividad sanitaria y adquiere auténtica relevancia penal.

A pesar de estas delimitaciones normativas, persiste el riesgo de una expansión excesiva del Derecho Penal ante los conflictos médico-sanitarios. El fallecimiento, la lesión o el agravamiento de un paciente suelen producirse en contextos marcados por el dolor, la incertidumbre, la ruptura de la confianza y, en ocasiones, por deficiencias en la comunicación o en la respuesta institucional. En esas circunstancias, la exigencia de sanción penal puede convertirse en la reacción más inmediata, aun cuando la controversia presente fundamentalmente una dimensión indemnizatoria, administrativa, ética o institucional. El problema, por tanto, no radica en desconocer los derechos de las víctimas, sino en determinar cuál es la respuesta jurídica adecuada para cada forma de afectación.

Desde una concepción garantista, la necesidad de verdad, reparación y garantías de no repetición no puede sustituir las exigencias propias de la responsabilidad penal. La imposición de una pena requiere demostrar,

además del resultado lesivo, la infracción del deber objetivo de cuidado, la creación de un riesgo jurídicamente desaprobado y la realización de dicho riesgo en el resultado concreto. En este punto, la teoría de la imputación objetiva ofrece herramientas particularmente útiles para diferenciar los riesgos permitidos de los penalmente relevantes y para analizar factores como el principio de confianza, la división de roles, la posición de garante, la actuación de terceros, las condiciones previas del paciente o las limitaciones institucionales.

Esta delimitación resulta especialmente importante en la medicina contemporánea, caracterizada por actuaciones multidisciplinarias en las que intervienen médicos tratantes, especialistas, personal de enfermería, laboratorios, instituciones y distintos niveles de toma de decisiones. Por ello, la responsabilidad penal no puede construirse exclusivamente a partir de la proximidad temporal entre una intervención y un resultado adverso, sino que exige reconstruir la competencia específica de cada interviniente y determinar si el daño

constituye la materialización del riesgo creado por su conducta.

Frente a ello, la responsabilidad civil adquiere especial importancia como mecanismo orientado directamente a la reparación del daño. Su reconocimiento no implica minimizar la gravedad de una actuación médica incorrecta ni promover escenarios de impunidad, sino distinguir adecuadamente las funciones que corresponden a cada ámbito del ordenamiento jurídico. La reparación patrimonial y extrapatrimonial, junto con otras medidas destinadas a restablecer la dignidad, atender las consecuencias del daño y evitar su repetición, puede ofrecer en numerosos casos una respuesta más adecuada a las necesidades reales de la víctima que la utilización del castigo penal como mecanismo simbólico de compensación.

En este contexto, el presente artículo se plantea como pregunta de investigación cuáles son los límites dogmáticos, normativos y político-criminales que justifican reservar el Derecho Penal para los casos verdaderamente graves de mala práctica médica en Ecuador y, correlativamente, reconocer la prevalencia de la reparación civil en

los supuestos culposos ordinarios. Su objetivo es analizar, desde una perspectiva garantista del artículo 146 del COIP y con apoyo en la teoría de la imputación objetiva, los criterios que permiten diferenciar la responsabilidad civil de la responsabilidad penal médica, prestando especial atención a la reparación integral de la víctima y a la experiencia comparada entre Ecuador y Colombia. Para ello, se adopta un enfoque cualitativo, documental, dogmático-jurídico y comparativo, sustentado en el análisis de la normativa, la jurisprudencia y la doctrina especializada en responsabilidad médica, imputación objetiva y reparación del daño.

Esta versión deja para el **marco teórico** el desarrollo detallado del consentimiento informado, riesgo permitido, principio de confianza, posición de garante, reparación integral y la comparación entre Ecuador y Colombia, evitando que la introducción aborde prácticamente todo el contenido del artículo.

Metodología

La investigación se desarrolló con un enfoque cualitativo, un diseño documental y jurídico-dogmático, y se orientó al análisis de los límites de la

responsabilidad penal médica y de la reparación civil en Ecuador. Se aplicaron los métodos analítico-sintético, exegético y hermenéutico-jurídico para examinar el artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal, la normativa relativa a la responsabilidad médica y los criterios jurisprudenciales aplicables.

Asimismo, se empleó el método de estudio de caso, mediante el análisis jurídico de casos vinculados a presunta mala práctica médica, considerando como categorías de valoración la infracción del deber objetivo de cuidado, la *lex artis*, el nexo causal, la previsibilidad y evitabilidad del resultado, la imputación objetiva y las posibilidades de reparación integral de la víctima.

La revisión documental comprendió la legislación ecuatoriana, las resoluciones y sentencias de la Corte Nacional de Justicia y de la Corte Constitucional, así como la doctrina y la literatura científica especializada. De manera complementaria, se utilizó el método comparativo para contrastar determinados criterios jurídicos desarrollados en Ecuador y Colombia, lo que permitió identificar semejanzas y diferencias en la

delimitación entre la responsabilidad penal y la civil derivada de la actuación médica.

Resultados

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

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

resultado dañoso provenga directamente de esa infracción y no de circunstancias independientes o conexas, y que se analicen en cada caso la diligencia, el grado de formación profesional, las condiciones objetivas, la previsibilidad y la evitabilidad del hecho.

Este diseño normativo permite identificar que el legislador ecuatoriano, aunque no utiliza de manera expresa todas las categorías de la imputación objetiva, sí recoge una racionalidad compatible con ella. La responsabilidad penal no nace del dato biológico de la muerte, sino de la constatación jurídica de una conducta profesional contraria al deber de cuidado, productora de un riesgo no permitido y normativamente conectada con el resultado. En otras palabras, la muerte del paciente cumple una función de resultado típico, pero no agota la tipicidad culposa. El núcleo de la imputación se desplaza hacia la pregunta por la infracción profesional relevante, por la creación o incremento del riesgo y por la posibilidad de afirmar que ese riesgo, y no otro curso causal clínico, institucional o natural, fue el que se concretó en el resultado lesivo. Esta lectura resulta indispensable para

evitar un razonamiento circular del tipo “hubo muerte, por tanto hubo mala práctica”, pues precisamente ese razonamiento es el que el propio artículo 146 excluye al exigir una valoración técnica, contextual y normativa.

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

calificado como acción innecesaria, peligrosa e ilegítima; para ello debe demostrarse que el acto carecía de justificación terapéutica, que creó un riesgo superior al permitido y que fue contrario al marco normativo, técnico y ético aplicable.

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

el principio de culpabilidad, la prohibición de responsabilidad objetiva y la mínima intervención penal, no desde una lógica expansiva que convierta la incertidumbre médica en sospecha penal permanente.

Espín Rosales (2016) advierte que la mala práctica profesional fue incorporada en el COIP como una forma moderna de imprudencia, vinculada a la violación del deber objetivo de cuidado, pero también reconoce que la producción nacional sobre el delito imprudente y la responsabilidad penal médica ha sido limitada, lo cual dificulta la labor de jueces, fiscales y abogados. Este déficit explica por qué, en muchos litigios, la discusión se desplaza indebidamente hacia la gravedad del resultado y no hacia la estructura completa de imputación. Por tanto, el problema ecuatoriano no se encuentra necesariamente en la inexistencia de filtros normativos, sino en su aplicación desigual, en la debilidad de la motivación técnica y en la tendencia práctica a confundir el resultado adverso, el error médico, la infracción de la *lex artis* y la responsabilidad penal.

**La responsabilidad médica
como categoría plural: entre**

salud, derecho civil, derecho penal y reparación

El segundo resultado muestra que la responsabilidad médica en Ecuador no puede reducirse a la responsabilidad penal ni a la responsabilidad civil, porque se desenvuelve en una pluralidad normativa que comprende derechos constitucionales, obligaciones sanitarias, reglas éticas, deberes profesionales, responsabilidad administrativa, responsabilidad institucional y mecanismos de reparación. La Constitución ecuatoriana reconoce la salud como un derecho garantizado por el Estado y, al mismo tiempo, establece que las personas serán responsables por la mala práctica en el ejercicio de su profesión, arte u oficio, especialmente cuando se ponga en riesgo la integridad o la vida de las personas (Constitución de la República del Ecuador, 2008/2021). El sistema constitucional no concibe la salud únicamente como prestación médica, sino como condición de dignidad, autonomía y ejercicio de otros derechos, lo que obliga a diseñar respuestas jurídicas que protejan a las víctimas sin destruir injustificadamente el espacio legítimo de actuación profesional.

Molleturo Jiménez (2022)

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

necesariamente responsabilidad penal individual.

Desde el punto de vista civil, Del Brutto (2018) identifica tres presupuestos para que proceda la responsabilidad civil por mala práctica médica: actuación dolosa o culpable, daño al paciente y relación de causalidad entre dicha actuación y el daño. Esta estructura resulta particularmente importante porque permite ofrecer una respuesta jurídica a la víctima sin necesidad de activar siempre el aparato penal. La responsabilidad civil cumple una función resarcitoria, no punitiva; busca compensar el daño, restituir, en lo posible, la situación lesionada y trasladar patrimonialmente las consecuencias del hecho dañoso a quien jurídicamente debe soportarlas. Por ello, en los supuestos de culpa ordinaria, defectos de información, incumplimientos contractuales, daño moral, lucro cesante, gastos médicos, rehabilitación o afectación patrimonial, la vía civil puede resultar más adecuada, más útil y más coherente con las necesidades reales de la víctima que un proceso penal largo, incierto y centrado en la privación de libertad.

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

Por ello, la medicina es una actividad falible y que, en la relación médico-paciente, predominan obligaciones de medios antes que obligaciones de resultado; por tanto, no todo resultado dañoso es producto

de mala praxis médica (Aguilar-Apolo & Molleturo-Jiménez, 2023). Ese aporte resulta relevante porque desplaza la discusión del desenlace al estándar de conducta exigible. En una cirugía, una anestesia, un diagnóstico complejo o una emergencia obstétrica, el resultado puede ser desfavorable aun cuando el profesional haya actuado correctamente; del mismo modo, puede existir daño reparable sin que exista delito. La categoría de eximentes permite depurar la atribución de responsabilidad y evitar decisiones injustas basadas en una comprensión retrospectiva y emocional del acto médico.

Henao (2015), desde la perspectiva de la responsabilidad del Estado, sostiene que la reparación no debe reducirse a la indemnización pecuniaria, pues puede incluir restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición. Aunque su estudio se ubica en el derecho administrativo colombiano, su utilidad para la responsabilidad médica es evidente: muchas víctimas no necesitan únicamente una condena penal, sino también explicación, atención posterior, cobertura de tratamientos, disculpas

institucionales cuando procedan, corrección de protocolos, auditorías médicas, medidas de seguridad clínica y garantías de que el mismo error no volverá a ocurrir. M'Causland Sánchez (2008), al estudiar el daño no patrimonial en Iberoamérica y en la jurisprudencia interamericana, aporta un elemento adicional: el daño médico puede afectar bienes que no tienen una traducción económica exacta, como la dignidad, la tranquilidad, la vida familiar, el proyecto de vida, el dolor moral o la autonomía personal. Por eso, la reparación civil no debe verse como una respuesta menor frente al proceso penal, sino como un espacio sofisticado para abordar los múltiples planos del daño.

El problema ecuatoriano, sin embargo, es que la reparación integral sigue mostrando limitaciones prácticas, especialmente respecto del daño inmaterial. Santacruz Vélez (2023) concluye que la normativa actual permite garantizar la reparación en caso de daño material, pero resulta insuficiente ante el daño inmaterial. Si la víctima acude al proceso penal porque la vía civil no satisface adecuadamente su necesidad de reparación moral, psicológica, simbólica o existencial, el

problema no se resuelve ampliando el castigo penal, sino fortaleciendo el sistema civil, sanitario y administrativo de reparación. La expansión penal puede producir una sensación inicial de respuesta, pero no necesariamente cubre terapias futuras, rehabilitación integral, pérdida de ingresos, daño moral, acompañamiento psicológico, corrección institucional o seguros profesionales. En ese sentido, la prevalencia de la reparación civil no es una concesión al gremio médico, sino una forma más racional de situar a la víctima en el centro.

La mala práctica médica no puede confundirse con todo daño sanitario

El tercer resultado evidencia la necesidad de diferenciar conceptualmente entre resultado adverso, error médico, complicación inherente al acto médico, infracción de la lex artis, culpa civil, culpa penal, dolo, riesgo permitido y riesgo no permitido. Esta distinción es esencial porque el uso indistinto de esas categorías produce dos efectos negativos: por un lado, facilita la criminalización excesiva del acto médico; por otro, debilita la reparación de las víctimas al ubicar todos los conflictos en un escenario

penal que no siempre está diseñado para responder de manera integral al daño. Un resultado adverso puede ser la concreción de un riesgo propio del procedimiento, una complicación puede derivarse de condiciones previas del paciente, un error puede ser clínicamente comprensible en un contexto de incertidumbre, y una infracción de lex artis puede generar responsabilidad civil o administrativa sin alcanzar siempre relevancia penal.

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

coherencia; pero si esos daños no reciben una reparación efectiva, la víctima queda desprotegida. La respuesta adecuada exige fortalecer las vías no penales y reservar el Derecho Penal para los casos de mayor lesividad y reproche.

Herrera Sánchez (2023) aborda la responsabilidad penal por mala práctica médica en el ámbito de la anestesiología y destaca la complejidad de evaluar la negligencia, la impericia, la falta de atención, las condiciones del procedimiento, la actualización profesional, la supervisión y la comunicación con el paciente. La anestesiología representa un campo paradigmático porque el riesgo es elevado, las decisiones se toman rápidamente, la respuesta fisiológica del paciente puede variar drásticamente y los efectos adversos pueden aparecer aun con el cumplimiento de estándares. Por ello, no basta con afirmar que hubo una complicación anestésica para imputar penalmente al anestesiólogo; se requiere demostrar qué regla técnica fue infringida, cuál era la conducta esperada según la *lex artis*, qué información clínica estaba disponible, cuál era la dosis o el procedimiento correctos, si existían

contraindicaciones previsibles y si el daño habría sido evitable con una conducta alternativa jurídicamente exigible.

El análisis de la comisión por omisión permite precisar aún más este hallazgo. Bernate Ochoa (2010) sostiene que, en materia penal médica, para imputar un delito omisivo al profesional de la salud, es necesario establecer que contaba con los recursos y capacidades para ejecutar la acción esperada. Además, la posición de garante del médico no surge del mero título profesional, sino de circunstancias concretas, como la asunción voluntaria del tratamiento, la injerencia o el deber de control sobre una fuente de peligro. Esta precisión es fundamental para evitar una expansión desmesurada de la responsabilidad penal médica: el médico no es garante universal de la salud de toda persona por el solo hecho de ser médico; asume deberes concretos cuando inicia una relación asistencial, interviene en un procedimiento, controla un riesgo específico o se encuentra jurídicamente obligado a actuar. Incluso entonces, la imputación requiere que la acción omitida fuese posible, exigible y capaz de evitar el resultado.

La imputación objetiva como estructura de contención del ius puniendi médico

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

Bernate Ochoa (2010) organiza esta discusión en torno a categorías que resultan particularmente útiles para la

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

El principio de confianza cobra especial relevancia en la medicina por equipos. La práctica hospitalaria contemporánea distribuye funciones entre cirujanos, anesthesiólogos, instrumentistas, enfermería, auxiliares, laboratorio, imagenología, farmacia y administración. Si cada

profesional tuviera que verificar exhaustivamente todo lo hecho por los demás, la atención sería inviable; por ello, cada interviniente puede confiar razonablemente en que los demás cumplirán sus funciones, salvo que existan señales concretas de error, incumplimiento, incompetencia o riesgo. La jurisprudencia colombiana contenida en la sentencia SP3218-2023 ilustra este punto en un caso de homicidio culposo relacionado con el olvido de una gasa o material quirúrgico, en el que la Corte Suprema de Justicia valoró la distribución de funciones, la complejidad de la cirugía, la ausencia de personal suficiente, el conteo reportado como completo y el principio de confianza para mantener la absolución de las procesadas (Corte Suprema de Justicia de Colombia, Sala de Casación Penal, 2023). Este precedente no puede trasladarse mecánicamente al Ecuador, pero muestra la importancia de reconstruir técnicamente el rol de cada profesional antes de imputar penalmente un resultado.

Puede existir una infracción médica y, sin embargo, el resultado se debe a una causa independiente, a una complicación propia de la enfermedad, a una intervención

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

En materia de consentimiento informado, la imputación objetiva permite diferenciar entre responsabilidad por vulneración de la autonomía y responsabilidad por el resultado físico. Bernate Ochoa (2010) sostiene que obrar sin consentimiento informado implica la creación de un riesgo desaprobado, especialmente cuando se realiza una intervención distinta o adicional sin autorización del paciente. Sin

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

La prueba como condición de cualquier atribución de responsabilidad

El quinto resultado muestra que la prueba es el punto de unión entre la dogmática y el proceso. En los casos de presunta mala práctica médica, no basta con formular una teoría jurídicamente correcta; es indispensable probarla mediante historia clínica, informes quirúrgicos,

reportes anestésicos, consentimiento informado, protocolos, auditorías médicas, guías clínicas, pericias especializadas, trazabilidad de medicamentos, registros de enfermería, informes de laboratorio, imágenes, segunda opinión médica y reconstrucción científica del nexo causal. El COIP establece que la prueba tiene por finalidad llevar al juzgador al convencimiento de los hechos y circunstancias materia de la infracción y de la responsabilidad de la persona procesada, y regula principios como oportunidad, inmediación, contradicción, libertad probatoria, pertinencia y exclusión de prueba obtenida con vulneración de derechos (COIP, 2014/2026). Por su parte, el COGEP exige pertinencia, utilidad, conducencia y práctica conforme a la ley, y regula la pericia como medio técnico para informar al juzgador sobre hechos que requieren conocimientos científicos, técnicos, artísticos, prácticos o profesionales (Código Orgánico General de Procesos [COGEP], 2015/2026).

La pericia médica no puede concebirse como un simple respaldo formal de la acusación o de la demanda; debe ser una reconstrucción científica del acto médico. En materia penal, una pericia

insuficiente puede conducir a una acusación injusta; en materia civil, una pericia débil puede dejar sin reparación a una víctima que sí sufrió un daño jurídicamente imputable. Por eso, el informe pericial debe identificar la *lex artis* aplicable al momento de los hechos, explicar el estándar técnico esperado, valorar las condiciones clínicas reales, examinar la documentación disponible, determinar si existió una infracción de reglas profesionales, analizar la previsibilidad y la evitabilidad, y justificar si el resultado provino directamente de la infracción o de factores independientes. El COGEP exige que el informe contenga la explicación de los hechos u objetos sometidos a análisis, el detalle de métodos y prácticas utilizados, y los razonamientos que conducen a conclusiones claras, únicas y precisas (COGEP, 2015/2026). Esa exigencia procesal coincide con la necesidad dogmática de evitar inferencias circulares.

La historia clínica ocupa aquí un lugar central porque no es únicamente un documento administrativo, sino el registro dinámico de decisiones, diagnósticos, evolución, información suministrada, consentimiento,

medicación, procedimientos, interconsultas y seguimiento. Su ausencia, alteración, contradicción o pobreza narrativa puede generar consecuencias probatorias relevantes, pero tampoco debe suplir automáticamente la prueba de la infracción penal. Una historia clínica incompleta puede abrir responsabilidad administrativa o civil, e incluso constituir indicio de mala organización sanitaria, pero el juez penal debe seguir preguntando si la conducta atribuida al profesional creó un riesgo no permitido y si ese riesgo se materializó en el resultado. En esta materia, la valoración probatoria no puede sustituir la ciencia médica por la intuición judicial ni convertir el dolor de la víctima en prueba de culpa.

Espín Rosales (2016) confirma la necesidad de parámetros probatorios en la valoración judicial de la mala práctica profesional, especialmente bajo la regla general de presunción de inocencia y la comprensión de que, en el campo médico, el análisis ordinario se desarrolla en torno a la culpa, no al dolo. Esta precisión es fundamental: el proceso penal no debe iniciarse a partir de una sospecha de intención dañosa, sino desde la hipótesis, que

debe ser probada, de una infracción culposa del deber objetivo de cuidado. El dolo en medicina es excepcional y exige intención de dañar o aceptación consciente de un resultado típico en términos compatibles con las categorías penales correspondientes. La mayoría de conflictos médicos se sitúan en la culpa, y dentro de ella es indispensable diferenciar culpa civil de culpa penal. La culpa civil puede justificar la indemnización por falta de diligencia; la culpa penal exige una infracción cualificada, jurídicamente desaprobada y directamente vinculada con el resultado típico.

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

El sexto resultado permite afirmar que el enfoque comparado resulta útil siempre que se use con prudencia. Colombia aporta una dogmática penal médica más desarrollada en la imputación objetiva, el principio de confianza, el consentimiento informado, la posición de garante y el análisis de riesgo permitido. La obra de Bernate Ochoa (2010) es especialmente valiosa porque vincula la teoría penal general con casos médicos

concretos, mostrando que la responsabilidad penal médica no puede resolverse desde un causalismo elemental. Dorado Torres (2015), desde la jurisprudencia civil colombiana y los compromisos derivados de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, enfatiza que los derechos a la vida y a la salud exigen una protección seria frente a la mala práctica médica, pero esa protección también requiere acreditar culpa y nexo causal, sin convertir la responsabilidad en una reacción automática ante el daño. Esta tensión entre la protección de la víctima y la exigencia probatoria resulta plenamente trasladable al debate ecuatoriano.

Chile, por su parte, aporta una experiencia relevante en materia de responsabilidad médico-sanitaria y de mecanismos alternativos de solución de conflictos. Riveros Ferrada, Olivares Ramírez y Villarroel Toro (2019) analizan la responsabilidad civil sanitaria en el ordenamiento jurídico chileno y destacan el papel de la mediación en la reparación de los daños ocasionados en las prestaciones asistenciales. Este elemento comparado resulta sugerente para

Ecuador, donde muchos conflictos médico-sanitarios podrían encontrar respuestas más rápidas, menos lesivas y más reparadoras mediante mediación, conciliación, seguros de responsabilidad profesional, disculpas institucionales, auditorías clínicas y acuerdos indemnizatorios, sin perjuicio de reservar el proceso penal para los casos en que exista una infracción grave del deber objetivo de cuidado y un resultado penalmente imputable. La comparación evidencia que la víctima no siempre necesita la cárcel; muchas veces necesita la verdad, el reconocimiento, la reparación y garantías de no repetición.

La lectura comparada también advierte un riesgo: importar categorías sin adaptarlas puede generar confusión. Ecuador cuenta con una estructura constitucional propia, un artículo 146 con parámetros específicos, una Resolución de la Corte Nacional de Justicia que distingue entre el tipo simple y el calificado, y una reciente sentencia constitucional que valida la norma mediante una interpretación integral. Por ello, la comparación debe funcionar como herramienta crítica para mejorar la motivación, la prueba, la reparación y la delimitación

del riesgo penalmente desaprobado, no como sustituto del análisis normativo ecuatoriano. La pregunta no es cómo sancionaría Colombia o Chile un caso determinado, sino qué criterios dogmáticos útiles pueden fortalecer la respuesta ecuatoriana sin vulnerar legalidad, culpabilidad, mínima intervención y seguridad jurídica.

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

víctima; debe ir acompañada de una reparación civil seria, accesible y técnicamente estructurada.

Discusión

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

El artículo 146 del COIP, leído de manera garantista -o interpretado extensivamente-, no autoriza una responsabilidad penal automática por el resultado muerte. Su estructura exige una secuencia argumentativa precisa: primero, la existencia de una conducta profesional; segundo, la infracción del deber objetivo de cuidado personalmente exigible; tercero, la creación o incremento de un riesgo jurídicamente desaprobado; cuarto, la realización de ese riesgo en el resultado muerte; y, solo en la modalidad agravada, la concurrencia adicional de acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas. Si se omite esta secuencia, el tipo penal pierde su función delimitadora y se transforma en una cláusula abierta de criminalización del fracaso médico. Por ello, la Resolución No. 01-2014 de la Corte Nacional de Justicia y la Sentencia 6-21-IN/25 de la Corte Constitucional no deben ser entendidas como simples antecedentes interpretativos, sino como límites institucionales frente a lecturas expansivas del homicidio culposo por mala práctica profesional.

La *lex artis* no puede ser utilizada como una expresión retórica para justificar acusaciones, sino

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

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

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

En este punto, el principio de confianza adquiere una importancia particular. La medicina contemporánea se desarrolla, en buena parte, mediante equipos interdisciplinarios y cadenas de actuación. El cirujano confía en el anesthesiólogo, el anesthesiólogo en el laboratorio, el médico tratante en el radiólogo, el especialista en la historia clínica correctamente elaborada, y todos ellos en que el establecimiento de salud dispone de equipos funcionales, insumos

adecuados y protocolos mínimos de seguridad. Esta confianza no es ciega ni absoluta, pero sí constituye una regla funcional de distribución de responsabilidades. Si cada profesional estuviera obligado a verificar exhaustivamente todas las tareas de los demás, la atención médica se volvería impracticable. Por ello, solo se rompe el principio de confianza cuando existen señales concretas de error, incumplimiento, falta de cualificación, contradicción, anomalía o riesgo manifiesto que obliguen a intervenir. La sentencia colombiana SP3218-2023 resulta útil precisamente porque muestra que, incluso en un caso dramático de olvido de material quirúrgico, la imputación penal debe reconstruir las funciones concretas de cada interviniente, la prueba disponible, las condiciones de la cirugía, la distribución de roles y el grado real de dominio sobre el riesgo.

Ahora bien, una perspectiva garantista no puede convertirse en una defensa acrítica del gremio médico. La última ratio penal no significa neutralización de la responsabilidad, sino selección racional de la vía adecuada. Existen casos en los que la intervención penal sí se justifica, cuando el

profesional actúa con desprecio grave de reglas técnicas elementales, abandona injustificadamente al paciente, ejecuta procedimientos para los que no está cualificado, omite exámenes indispensables en un contexto claramente indicativo, realiza actos innecesarios sin finalidad terapéutica, expone al paciente a riesgos no consentidos o falsea información clínica relevante. En estos supuestos, la respuesta civil puede resultar insuficiente porque el hecho no solo produce un daño indemnizable, sino que lesiona de forma intensa bienes jurídicos fundamentales y expresa una infracción grave del rol profesional. El punto crítico, entonces, no es excluir la pena, sino impedir que se la aplique sin satisfacer sus presupuestos dogmáticos y probatorios.

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

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

Esta idea exige superar la percepción cultural de que la vía civil es una respuesta débil. En los daños médicos, una reparación civil bien estructurada puede ser más útil que una sentencia penal condenatoria, porque permite cubrir necesidades concretas de la víctima y su familia. En casos de lesiones permanentes, por ejemplo, la víctima puede requerir tratamientos de por vida, adecuaciones domiciliarias, asistencia psicológica, medicación, terapias físicas, acompañamiento familiar, prótesis, pérdida de ingresos

y compensación por daño moral. En casos de vulneración del consentimiento informado, puede requerirse compensación por afectación a la autonomía y por pérdida de oportunidad decisional. En supuestos de wrongful conception, la discusión civil permite abordar daños asociados al proyecto familiar, a la autonomía reproductiva y a los perjuicios derivados de una prestación médica defectuosa, sin forzar necesariamente una respuesta penal. De ahí que la reparación civil no deba quedar reducida a una suma abstracta, sino estructurarse conforme a las diversas dimensiones del daño.

La principal debilidad del sistema ecuatoriano no consiste en que exista una vía civil, sino en que esta no siempre aparece como suficientemente eficaz, rápida, especializada y sensible frente al daño inmaterial. La doctrina reciente ha señalado que la reparación integral en casos de mala práctica médica puede garantizarse con mayor claridad cuando se trata de daño material, pero presenta insuficiencias frente al daño inmaterial. Esta constatación ayuda a explicar por qué muchas víctimas se inclinan por la vía penal: no

necesariamente porque el caso sea penalmente más sólido, sino porque el sistema civil no siempre comunica una promesa real de reparación digna. La solución, sin embargo, no debe ser ampliar indebidamente el Derecho Penal, sino fortalecer la responsabilidad civil médica mediante criterios claros de cuantificación, reconocimiento de daños extrapatrimoniales, medidas de satisfacción, rehabilitación, garantías de no repetición, seguros profesionales obligatorios, mecanismos de mediación sanitaria y tribunales o jueces con formación técnica en responsabilidad médica.

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

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

Desde una política criminal sanitaria, la expansión del derecho penal puede generar efectos contraproducentes. La sobrecriminalización de la mala práctica médica fomenta medicina defensiva, incrementa costos del sistema, deteriora la relación médico-paciente, estimula la ocultación de errores y desincentiva la atención de casos complejos o de alto riesgo. Un sistema sanitario aprende de sus errores cuando los documenta, los audita y los corrige; pero si todo error se traduce inmediatamente en amenaza penal, los profesionales e instituciones tenderán a protegerse antes que a transparentar los fallos.

Esto no significa que los errores graves deban quedar sin sanción, sino que el sistema debe distinguir entre error humano, evento adverso, falla institucional, culpa civil y delito. La seguridad del paciente mejora más con transparencia, protocolos, auditorías clínicas, cultura de reporte, formación continua y reparación efectiva que con una política criminal basada en la expansión simbólica del castigo.

A partir de esta discusión, puede proponerse un criterio de selección de vía jurídica. Cuando el daño deriva de una actuación médica deficiente, pero no se acredita una infracción grave del deber objetivo de cuidado ni una conexión normativa directa entre la conducta y el resultado típico, la vía preferente debe ser civil, administrativa, disciplinaria o sanitaria, según el caso. Cuando el conflicto se relaciona principalmente con falta de información, consentimiento insuficiente, incumplimiento de obligaciones de medios, daño moral, daño patrimonial, pérdida de oportunidad o prestación institucional defectuosa, la respuesta debe orientarse hacia reparación integral, mediación, indemnización, medidas correctivas y garantías de no

repetición. En cambio, cuando existan elementos técnicos que permitan sostener que el profesional creó un riesgo no permitido, infringió reglas esenciales de la *lex artis*, omitió una conducta exigible y posible, actuó fuera de su competencia, abandonó injustificadamente al paciente o realizó actos peligrosos, innecesarios e ilegítimos que se concretaron en la muerte, la vía penal puede activarse legítimamente, siempre con prueba suficiente y motivación reforzada.

Esta propuesta también permite diferenciar entre responsabilidad individual y responsabilidad institucional. Muchos daños sanitarios no se explican por la conducta aislada de un médico, sino por fallas de organización, falta de insumos, ausencia de protocolos, deficiente mantenimiento de equipos, saturación hospitalaria, contratación de personal no cualificado, turnos excesivos, errores administrativos o incumplimiento de deberes estatales de control. En esos escenarios, dirigir toda la respuesta contra el médico visible puede ser injusto y, además, ineficaz. La responsabilidad civil o administrativa de clínicas, hospitales, aseguradoras, prestadores de salud y, eventualmente, del Estado debe

desarrollarse con mayor fuerza, porque la víctima tiene derecho a que se identifique la fuente real del daño. Si el riesgo fue creado por una estructura institucional defectuosa, la reparación y la garantía de no repetición deben recaer sobre esa estructura, sin perjuicio de la responsabilidad individual cuando esta también se encuentre probada.

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

garantista exige reparar más y criminalizar menos, sin renunciar a castigar cuando el hecho lo justifique verdaderamente.

Conclusiones

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

El artículo 146 del COIP presenta una estructura compatible con la imputación objetiva, aunque no adopta expresamente su terminología clásica. La norma exige que el resultado provenga directamente de la infracción del

deber objetivo de cuidado y obliga a valorar la diligencia, el grado de formación profesional, las condiciones objetivas, la previsibilidad y la evitabilidad. Esta configuración impide atribuir responsabilidad penal por la sola muerte del paciente. La modalidad agravada requiere, además, la concurrencia de acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas, por lo que su aplicación debe ser excepcional y motivada con especial rigor. La Resolución No. 01-2014 de la Corte Nacional de Justicia y la Sentencia 6-21-IN/25 de la Corte Constitucional refuerzan esta lectura restrictiva y garantista.

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

aquellos resultados que constituyen la realización del riesgo no permitido que él creó o incrementó de manera jurídicamente relevante.

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

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

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

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

Bibliografía

Acaro Pereira, J. M. (2021).

Parámetros para la determinación de la mala práctica médica en el Ecuador [Artículo científico de maestría, Universidad Regional Autónoma de los Andes].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dorado Torres, D. F. (2015). Derecho a la vida, derecho a la salud y mala práctica médica: Análisis desde la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia colombiana y los compromisos derivados de la

Convención Americana de Derechos Humanos. *Foro: Revista de Derecho*, 23, 141–161.

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

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

Herrera Sabando, W. A., Alcívar Cobeña, J. E., Villacreses Palomeque, J. L. O., & Llor Moreira, B. V. (2026). Imputación objetiva y Derecho Penal ecuatoriano. *RECIMUNDO*, 10(1), 624–634. <https://doi.org/10.26820/recimundo/10.1.enero.2026.624-634>

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

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

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

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

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

Santacruz Vélez, M. A., Álvarez Pacheco, J. C., Pérez Ycaza, J. C., & Castillo Galvis, S. H. (2023). Responsabilidad médica por mala praxis, análisis en la educación de

médicos y abogados del Ecuador.

Revista Conrado, 19(91), 350–357.