



**Facultad de Derecho**  
Universidad de La Laguna

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Grado en Derecho**

**Facultad de Derecho**

**Universidad de La Laguna**

**Curso 2019/2020**

**Convocatoria: Septiembre**

**EL DELITO DE DENEGACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA O ABANDONO DE LOS  
SERVICIOS SANITARIOS**

**THE OFFENCE OF REFUSAL OF HEALTH CARE OR ABANDONMENT OF HEALTH  
SERVICES**

Realizado por la alumna Dña. Yara Giarnera Ravelo

43385643F

Área de conocimiento:Derecho Penal

## ABSTRACT

The aim of this end of degree paper is to analyse the most controversial aspects of article 196, which introduced the 1955 Criminal Code into Title IX of Book II, concerning the omission of the duty to assist, this is, the analysis of the protected legal asset, its legal nature, in order to enter into the study of elements of the type.

It also aims to address the study of criminal behaviour that may be incurred by health professionals in cases where their negligence is not due to their negligence, this is, cases of negligence.

Finally, the possible bankruptcy relations that could be related to it because of the crime they typify are analyzed.

**Key Words:** criminal conduct, professional, neglect.

## RESUMEN

El objetivo de este Trabajo de Fin de Grado es analizar los aspectos más controvertidos del artículo 196, que introdujo el Código Penal de 1995 en el Título IX del Libro II relativo a la omisión del deber de socorro, esto es, el análisis del bien jurídico protegido, su naturaleza jurídica, para entrar en el estudio de los elementos del tipo.

Asimismo, se pretende abordar el estudio de las conductas delictivas en que puede incurrir el profesional del ámbito sanitario, en los casos en que su desatención no se deba a un actuar negligente del mismo, esto es, los supuestos de imprudencia.

Finalmente, se analiza las posibles relaciones concursales que presenta este precepto con otros que pudieran tener relación con éste por el delito que tipifican.

**Palabras clave:** conductas delictivas, profesional, desatención.

## Índice:

|  | <b>Páginas</b> |
|--|----------------|
| I. Introducción.....   | 4              |
| II. Naturaleza jurídica del delito.....  | 6              |
| III. El bien jurídico protegido.....   | 10             |
| 3.1 El sujeto pasivo.....  | 12             |
| IV. El sujeto activo.....  | 13             |
| 4.1 Introducción.....  | 13             |
| 4.2 El sujeto activo ha de ser un profesional sanitario.....                   | 15             |
| 4.3 El sujeto activo ha de estar «obligado a ello».....                        | 19             |
| 4.4 El reparto de responsabilidades en el seno del equipo médico.....          | 21             |
| V. La conducta típica.....   | 23             |
| 5.1 Denegación de asistencia sanitaria.....                                    | 23             |
| 5.2 Abandono de los servicios sanitarios.....                                  | 26             |
| VI. El alcance de la cláusula «estando obligado a ello».....                   | 29             |
| 6.1 La posición jurídica del médico privado.....                               | 31             |
| VII. El riesgo grave para la salud de las personas.....                        | 33             |
| VIII. La vertiente subjetiva del tipo.....                                     | 36             |
| IX. Causas de justificación o exculpación.....                                 | 40             |
| X. Relaciones concursales.....   | 42             |
| 10.1 Relación concursal con los delitos de resultado de muerte o lesiones..... | 42             |
| 10.2 Relación concursal con el artículo 409.....                               | 44             |
| 10.3 Relación concursal con el artículo 412.3.....                             | 44             |
| XI. Conclusiones.....  | 46             |
| XII. Bibliografía.....   | 48             |

## I. Introducción

En el presente trabajo, se abarca el estudio de los posibles ilícitos penales en que puede incurrir un profesional de la sanidad u otras personas por denegar la asistencia sanitaria o por el abandono de los servicios sanitarios.

Con carácter previo, resulta preciso mencionar el delito recogido en el artículo 195 del Código penal español, que en lo sucesivo se denominará “CP”, dado que ambos delitos se encuentran estrechamente ligados.

Este delito de omisión del deber de socorro fue introducido por primera vez en el Código Penal español por la Ley 17 de julio de 1951, a través del artículo 489 bis, el cual elevó a la categoría de delito la denegación de auxilio a las personas en peligro, que hasta esa época sólo se castigaba como una falta.

En nuestro texto punitivo actual, el artículo 195 aún mantiene la esencia de aquel artículo 489 bis, aunque se han introducido importantes novedades, siendo la más importante la que afecta a la omisión del deber de socorro a la propia víctima, en su párrafo tercero. También cabe resaltar que ya no se habla de “auxilio debido”, como hacía la regulación anterior, sino simplemente de “auxilio”; y, la reforma más importante es que ya no se contempla una sola pena de prisión sino que se distingue según haya sido la causa del accidente, pues se diferencia entre el accidente ocasionado fortuitamente por el omitente, del accidente ocasionado de forma imprudente<sup>1</sup>.

Ahora bien, en lo que refiere al profesional sanitario como sujeto activo del referido deber de auxilio, escasos son los precedentes históricos. Tan sólo el Código Penal de 1822, en su artículo 585, localizado en el Capítulo “De los que rehúsan al Estado los servicios que le deben”, recogía una referencia específica a los entonces profesionales de la sanidad, más relacionada con la idea de desobediencia que con la de auxilio a la persona que se halla desamparada<sup>2</sup>.

No obstante, a pesar de la ausencia histórica de referencia a los profesionales de la sanidad en el delito establecido en el artículo 195 de nuestro Código Penal, la jurisprudencia se ha pronunciado de manera reiterada sobre este respecto<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Disponible en: [https://guiasjuridicas.wolterskluwer.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAAAAEAMtMSbF1jTAAAUjE2NTtbLUouLM\\_DzbsMz01LySVLXEpOL8nNKS1NCiTNUQotJUAkC5fTUxAAAAWKE](https://guiasjuridicas.wolterskluwer.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAAAAEAMtMSbF1jTAAAUjE2NTtbLUouLM_DzbsMz01LySVLXEpOL8nNKS1NCiTNUQotJUAkC5fTUxAAAAWKE)

<sup>2</sup> MORENO-TORRES HERRERA, M<sup>a</sup>. R: *El delito de desatención sanitaria*, Ed. Tirant lo Blanch, Valencia, 2013, pp.23-24.

<sup>3</sup> STS de 28 de enero de 2008, (RJA n.º1406, FJ 3º.5); y SAP (Sevilla), Sección 1º, de 2 de noviembre de 2006, la cual dispone que “El delito de omisión de socorro de personal sanitario recogido en el art. 196 del Código Penal, refiere la conducta del profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas” (FJ 2º).

Con todo, el único precepto que se refiere de forma específica al delito objeto del presente estudio es el artículo 196 del CP, ubicado en el Título IX del Libro II, que tipifica el delito de omisión del deber de socorro. Así, este artículo prevé que a los autores de este delito se los castigará con las penas del artículo 195 en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio.<sup>4</sup>

Además, aunque no se refiera expresamente al ámbito sanitario, pueden ser aplicables en este campo otros preceptos de características generales como el delito de denegación de auxilio por parte de un funcionario público, recogido en el tercer apartado del artículo 412 del citado texto legal, siempre que concurra la condición de funcionario público o autoridad, con la finalidad de evitar, además del daño a bienes personales, que se entorpezca el correcto funcionamiento de la Administración Pública<sup>5</sup>. Sin embargo, este tipo penal no exige que se derive un riesgo grave para la salud de las personas o que se hallen desamparadas y en peligro manifiesto y grave<sup>6</sup>.

En el caso de que no concurren todos los requisitos típicos de los artículos 196 y 412.3 CP, pero se deniegue el auxilio necesario a una persona desamparada, serán de aplicación el delito del artículo 195, o la denegación de auxilio de los artículos 412 apartado primero. De la misma manera, se castigará como delito la denegación de un servicio por razones racistas, dispuesto en los artículos 511 y 512 CP, para evitar así un menoscabo a la dignidad humana por conductas discriminatorias<sup>7</sup>.

En definitiva, en el presente trabajo, se tratarán las diferentes cuestiones jurídicas discutidas del delito objeto de estudio, esto es, su naturaleza jurídica; quién debe ser considerado sujeto activo del mismo; el bien jurídico objeto de protección; y si el mismo exige que exista posición de garante en el sujeto activo.

---

<sup>4</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, Comares, Granada, 2006, p. 1.

<sup>5</sup> GARCÍA SANZ, J.: “La Responsabilidad penal por denegación de asistencia sanitaria”, *Actualidad penal*, n.º 30, 2001, p. 668.

<sup>6</sup> *Ibidem.*, nota al pie n.º 4.

<sup>7</sup> *Idem.*, p.669.

## II. Naturaleza jurídica del delito

Algunos autores<sup>8</sup> consideran a este delito una modalidad agravada del artículo 195 CP, tanto de su tipo básico (artículo 195.1) como de su tipo agravado (artículo 195.3), puesto que estiman que existe una relación entre ambos a efectos del cálculo de la pena imponible<sup>9</sup>.

La consecuencia necesaria que se deduce de ello es una equiparación en cuanto a la naturaleza de ambos delitos, que se consideran como figuras común y especial, en cada caso, de omisión del deber de socorro.

Así, para esta línea argumental, el delito del artículo 196 CP quedaría configurado como una forma de omisión propia de garante<sup>10</sup>, y por tanto, a partir de estos planteamientos quedaría descrita esta infracción como un delito de omisión propia, de simple actividad, y de peligro concreto, que se consumará desde el instante en que el facultativo no preste la asistencia sanitaria esperada o abandone indebidamente los servicios sanitarios, reconociendo como requisito del tipo un riesgo grave para la salud de las personas<sup>11</sup>.

Tal y como afirma GARCÍA SANZ, resulta contradictorio que sostengan estos autores que se trata de un delito de mera actividad y de peligro concreto, pues, con ello, están reconociendo que existe un resultado y, por tanto, no tendría la estructura de delito de omisión pura ni de simple actividad<sup>12</sup>.

Ahora bien, la parte mayoritaria de la doctrina<sup>13</sup> considera que estamos ante un tipo autónomo, independientemente de su ubicación sistemática y la remisión a efectos de pena, teniendo en cuenta la estructura típica del artículo 196 CP.

<sup>8</sup> GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p.671, nota al pie n.º 13.

<sup>9</sup> HUERTA TOCILDO, S.: *Principales novedades de los delitos de omisión en el código penal de 1995*, Tirant lo blanch, Valencia, 1997, pp. 102-103.

<sup>10</sup> STS de 18 de octubre 2017, (rec n.º 10129) “ dentro de los delitos de omisión se distingue entre los llamados de omisión propia pura y los de omisión impropia, también denominados de comisión por omisión, para cuya diferenciación suele los primeros vincularse a los delitos formales o de simple actividad y los segundos a los delitos materiales o del resultado externo. Así la doctrina más autorizada diferencia en la omisión propia el sujeto se limita a no intervenir ante un peligro ya existente, para combatirlo...”.

<sup>11</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *op.cit.*, pp.15-16.

<sup>12</sup> GARCÍA SANZ, J., *op.cit.*, p.671

<sup>13</sup> En este sentido: GARCÍA SANZ, J.: *Ibidem.*; HUERTA TOCILDO, S.: *op.cit.*, p.68; MORENO-TORRES HERRERA, M<sup>a</sup>. R.: *op.cit.*, pp.31-32; FARALDO CABANA, P.: “ La omisión del profesional sanitario: Los delitos de omisión del deber de socorro y denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios”, en AA.VV. BRANDARIZ GARCÍA J.A.: *Responsabilidad penal del personal sanitario*, Netbiblo, A Coruña, 2002, p.142; entre otros. En sentido distinto, GÓMEZ RIVERO, M<sup>a</sup>.C.: *La responsabilidad penal del médico*, 2º edición, Tirant lo Blanch, Valencia, 2008, p.627 “entiendo que el delito de omisión de prestación de asistencia sanitaria no es más que un tipo de omisión pura cualificado en razón de los sujetos activos y de la consiguiente valoración que su injusto merece al legislador; se trata, en definitiva, de un supuesto agravado del deber de asistencia cuando éste se refiere a la actividad médica y los omitentes son profesionales sanitarios obligados a dicha prestación”.

En cuanto a la naturaleza de este tipo delictivo, se trata de un delito especial, puesto que sólo puede ser cometido por aquéllos que ostenten la condición de profesional. No obstante, el precepto en cuestión, especifica que será castigado quien estuviera obligado a prestar la asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, por haber asumido un compromiso previo por vía legal o contractual<sup>14</sup>, por lo que se está hablando aquí de la posición de garante que ostenta el profesional ejerciente en el ámbito sanitario cuando se produce dicha asunción fáctica del cuidado del paciente, ya que como consecuencia de ello, éste renuncia a la búsqueda de otras posibles medidas de contención del peligro que lo amenaza<sup>15</sup>.

En este sentido, de acuerdo con la autora MORENO-TORRES HERRERA, en dicho precepto se castiga la denegación de asistencia o el abandono de los servicios por la razón de que ello supone la infracción de un deber profesional<sup>16</sup>. Así lo determina el propio Código de Ética y Deontología Médica que nos lleva a concluir que el deber médico no es un deber de resultado sino de acción<sup>17</sup>.

De esta manera, se da respuesta penal al quebrantamiento de un deber profesional, no por la infracción misma de dicho deber, sino porque tal infracción resulta per se peligrosa ex ante para la vida y salud de las personas. Por consiguiente, nos encontramos ante un delito de peligro abstracto sin que sea necesaria la creación de un peligro ex post vinculado causalmente con la acción de abandono o denegación<sup>18</sup>.

De conformidad con lo anterior, esta autora, citando la interpretación del autor SILVA SÁNCHEZ<sup>19</sup> en lo referente a la posición de garantía, dictamina que, “en el ámbito sanitario que nos ocupa, el compromiso genérico de protección de la vida implícito en la adopción de la profesión médica es manifiestamente insuficiente para fundar una equivalencia de la omisión con la realización activa del tipo”, considerando de esta manera, que el mero hecho de que el sujeto sea una profesional sanitario no es suficiente para considerarle garante de la vida o la salud de las personas, cuando no se hayan comprometido de manera específica a tratarlos<sup>20</sup>.

<sup>14</sup> GARCÍA SANZ, J.: *Ibidem.*, nota al pie n.º 17 “En nuestra opinión, la posición de garante a efectos del artículo 196 vendrá impuesta por vía legal o contractual y no por injerencia”.

<sup>15</sup> FARALDO CABANA, P.: *op.cit.*, p.144.

<sup>16</sup> MORENO-TORRES HERRERA, M<sup>a</sup>. R.: *op.cit.*, p.46.

<sup>17</sup> *Ibidem.*, nota al pie n.º.69.

<sup>18</sup> *Idem.*, pp. 46-48.

<sup>19</sup> *Idem.*, p.53.

<sup>20</sup> *Idem.*, p. 54.

En este sentido, GARCÍA SANZ considera que la exigencia de riesgo grave tiene la consideración de condición objetiva de punibilidad propia, y su introducción obedece a cuestiones político-criminales y de merecimiento de pena<sup>21</sup>. Por tanto, la conducta será típica cuando pueda apreciarse un peligro abstracto para el bien jurídico-penal protegido, del que hablaremos más adelante, pero para la imposición de la pena será necesario que se determine asimismo, un resultado de peligro concreto como elemento de la punibilidad<sup>22</sup>, y como consecuencia de ello, sostiene que el artículo 196 introduce un delito de omisión pura de garante y de peligro abstracto respecto a la salud de las personas, debiendo estar abarcado por el dolo del autor en cuanto a la potencialidad lesiva de su denegación, para así tener la consideración de delito en sentido material<sup>23</sup>.

Hay varias teorías sobre considerar que la figura delictiva recogida en el artículo 196 se trata de una comisión por omisión.

En primer lugar, existe un sector de la doctrina<sup>24</sup> que consagra el delito en cuestión, visto supra, como un supuesto de comisión por omisión, partiendo de lo que se entiende por posición de garante, que ostenta el profesional del ámbito sanitario, unido a la exigencia de un resultado de peligro, nos aproximaría a la estructura de los tipos delictivos subsumibles en el artículo 11 CP<sup>25</sup>.

En este sentido, BRANDARIZ GARCÍA, considera que “al asumir de hecho el cuidado, el profesional sanitario se convierte en garante de la no producción del resultado de muerte o lesiones con respecto a su paciente, y puede afirmarse que su omisión es equivalente estructuralmente a la causación activa del resultado de lesión o peligro”, puesto que la asunción efectiva del tratamiento por el sujeto activo da lugar a una relación de confianza con el paciente, que hace que éste renuncie a otras medidas de protección frente al riesgo que le amenaza.

Esto genera un incremento del riesgo cuando el garante descuida sus obligaciones<sup>26</sup>, pues el artículo 11 CP alude a la infracción de un especial deber jurídico, para hacer equivaler la omisión a la comisión activa del resultado. De esta manera, la posición de garante se consagra aquí como elemento constitutivo del tipo de injusto de los delitos de comisión por omisión. No obstante, algún autor<sup>27</sup> añade otro requisito: el incremento del peligro preexistente debido a la omisión, pues se convertiría en un peligro concreto, y señala que el sujeto activo actúa de un modo idéntico

---

<sup>21</sup> GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p.674.

<sup>22</sup> *Ibidem*.

<sup>23</sup> *Ibidem*.

<sup>24</sup> MORENO-TORRES HERRERA, M<sup>a</sup>. R.: *op.cit.*, p. 49, nota al pie nº. 75.

<sup>25</sup> *Ibidem*.

<sup>26</sup> FARALDO CABANA, P.: *op.cit.*, p. 143.

<sup>27</sup> *Idem.*, p. 144.

equivalente a la causación activa, pese a no existir una causalidad material como en el hacer activo.

En la misma línea, la jurisprudencia establece la posición de garante como elemento fundamentador de la comisión por omisión, definiéndola de manera genérica como aquella “relación existente entre un sujeto y un bien jurídico, determinante de que aquél se hace responsable de la indermeidad del bien jurídico”, resaltando además, que dicha relación da lugar a un deber jurídico específico de evitación del resultado. Por tanto, si el garante no evita el resultado será equiparable a su causación activa<sup>28</sup>. Además, cita una serie de requisitos<sup>29</sup> que considera precisos para distinguir los sujetos cuyas omisiones produzcan el tipo de comisión por omisión.

De esta manera, tanto la opinión dominante como la jurisprudencia requieren, para que se produzca la comisión por omisión, una causalidad hipotética, y para la comprobación de ésta recurren a una fórmula mediante la cual se afirma que la omisión ha causado el resultado, si mentalmente colocamos la acción que habría cabido esperar del sujeto activo, que no ha realizado, el resultado desaparece. Por tanto, de esta fórmula podemos deducir con una probabilidad rayana en la certeza que la acción omitida hubiera evitado la realización del resultado.

Asimismo, otra línea jurisprudencial<sup>30</sup> dispone que para que sea aplicable la cláusula omisiva del artículo 11 CP, deben concurrir una serie de requisitos, resaltando en primer lugar, “que se haya producido un resultado, de lesión o de riesgo, propio de un tipo penal descrito en términos activos por la ley”. También se exige como requisito, que se haya omitido una acción, la cual hubiera evitado la producción del resultado, debido a la causalidad hipotética, por lo que la no evitación del resultado equivale a su causación. Y en tercer lugar, siendo un requisito de gran trascendencia por la figura delictiva objeto de estudio (artículo 196), pues se trata de un delito especial, se concreta que el omitente deberá estar calificado para ostentar la consideración de sujeto activo del delito que se trate, y como consecuencia de dicha omisión, se infrinja un deber jurídico de actuar, generado por una específica obligación legal o contractual.

<sup>28</sup> SAP (Córdoba) de 24 de julio de 2000. En su fundamento jurídico segundo, apartado a), especifica además que “ como posiciones de garante que tiene un fuerte en la Ley se reconocen sobre todo las que emanan de la estrecha relación familiar (art.68, 154.1 y 155) y las que se derivan de la regulación legal de determinadas profesiones (médicos, funcionarios...)”.

<sup>29</sup> *Ibidem.*, “A) 1.- ... la llamada situación típica, que estaría constituida por el peligro para el bien jurídico. 2.- En segundo lugar se precisa la no realización de la acción de impedir el resultado. 3.- Es necesario, en tercer lugar, que el sujeto tuviera la posibilidad de realizar la acción. 4.- Y, por último, se precisa, como en el tipo de acción, la producción del delito. 5.- Ahora bien, del mismo modo que en el delito de acción se exige una determinada relación interna entre acción y resultado, en el tipo de comisión por omisión debe comprobarse también una determinada relación entre la producción del resultado y la omisión debida”.

<sup>30</sup> STS de 28 de junio de 2017 (RJA nº. 3084; FJ 3º), siguiendo jurisprudencia reiterada de la misma sala: SSTS, de 10 de marzo de 2005, (RJ nº. 4044); 25 de enero de 2006, (RJ nº. 3331); 15 de marzo de 2007, (RJ nº. 3269); 11 de marzo de 2010, (RJ nº. 4482); 27 de enero de 2012, (RJ nº. 2064); 2 de abril de 2013, (RJ nº. 3620) o 3 de febrero de 2015, (RJ nº. 247).

Sin embargo, otros autores<sup>31</sup> entienden que pese a existir conexión entre la conducta tipificada en el artículo 196 y la producción del riesgo grave, la conducta, “dada la inexistencia en ella de los elementos de control del riesgo propio de las omisiones estructuralmente idénticas a la comisión activa”, no puede considerarse un supuesto de comisión por omisión.

Ahora bien, la exigencia de la producción de un riesgo grave para la salud de las personas, lleva a considerar, como la mayoría de la doctrina y jurisprudencia<sup>32</sup>, que se trata de un delito de peligro concreto, puesto que dicho peligro se considera un elemento del tipo, y conlleva la realidad de un peligro próximo de que se materialice la probabilidad de lesión para el bien jurídico protegido. Así, la puesta en peligro concreto del bien jurídico constituiría el resultado típico del delito, y por tanto, deberá probarse no sólo el citado peligro, sino también la relación de causalidad entre la acción y el resultado de puesta en peligro de dicho bien jurídico.

No obstante, esta postura conllevaría a que el ámbito de aplicación del precepto que nos ocupa, prácticamente desapareciera, puesto que el sujeto activo debería conocer el riesgo concreto de lesión, y en las mayorías de los casos el profesional que deniega o abandona los servicios sanitarios no cuenta con que se produzca dicho resultado. Por ello, conviene darle una interpretación más amplia, como la de la autora GARCÍA SANZ, entre otros, considerándolo como un delito de peligro abstracto, en el que el peligro no es un elemento del tipo, y la exigencia del riesgo grave para el bien jurídico protegido ostenta la condición objetiva de punibilidad. Por tanto, bastaría realizar la acción típica para incurrir en el delito tipificado en el artículo 196 CP, en tanto que se establece una verdadera presunción de peligrosidad, desde una perspectiva *ex ante*.

### **III. El bien jurídico protegido**

En un primer momento, se tipificó el delito de omisión del deber de socorro en el antiguo artículo 489 bis CP, con la finalidad educadora, de convertirlo en un deber de orden moral, de asistencia a los semejantes, debido a la falta de solidaridad y al egoísmo existente en las relaciones humanas. De ahí que la vigencia de dicha obligación de auxilio tenga que delimitarse a los bienes personales más esenciales, la vida y la integridad física, y a las situaciones de mayor gravedad del peligro<sup>33</sup>. Conforme a lo anterior, la jurisprudencia se ha pronunciado, señalando que el interés jurídicamente protegido por el delito del artículo 195 es “la mínima cooperación social exigible, la

<sup>31</sup> FARALDO CABANA, P.: *op.cit.*, p.144.

<sup>32</sup> SAP (Madrid) de 15 de febrero de 2010.

<sup>33</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *op.cit.*, pp. 53-75.

solidaridad humana, la vida o integridad física en peligro, la protección de los bienes primarios en desamparo, junto con el escaso riesgo en prestar socorro; por tanto, la perspectiva dominante es la del interés de la persona desamparada, y secundariamente, el interés social en el recto comportamiento cooperativo entre los hombres”<sup>34</sup>.

Teniendo en cuenta la mención específica del requisito de causación de un riesgo grave para la salud de las personas, que contiene el delito que estudiamos, referente a la omisión de asistencia por parte de los profesionales sanitarios, lleva a considerar como bien jurídico el que ya hemos citado supra, esto es, la vida y la integridad física individuales, tal y como lo ha interpretado la mayoría de la doctrina<sup>35</sup>.

Ahora bien, existe una discusión doctrinal en torno a si se debe considerar este bien jurídico de carácter individual y personal, o si de lo contrario, lo integra el deber general de la «solidaridad humana». Pues bien, algunos autores se han inclinado por esta última postura, puesto que consideran que dicha solidaridad humana se concreta en un deber de socorro respecto a la vida y a la integridad física, clasificando, de esta manera, al bien jurídico como un “valor abstracto del orden social, que importa a la comunidad por su condición de fundamento para la seguridad y el bienestar de todos”<sup>36</sup>.

En contraposición, GARCÍA SANZ, junto con otros autores, afirman que el objeto de protección de este delito se fundamenta en el deber específico de los profesionales sanitarios, y que no se encuentra integrado por la salud pública, pese a la utilización en el precepto del término personas, en plural, pues el sujeto pasivo lo identifican con la persona que se halle necesitada de asistencia, y el objeto de protección, por tanto, su vida y salud<sup>37</sup>.

En lo que refiere al deber de asistencia del facultativo, aunque la vida y la salud de las personas constituyan los bienes jurídicos protegidos, ello no obsta a que ostente un papel fundamental, como valor altamente estimado por el orden jurídico, el deber ético y profesional de asistencia a cargo del profesional sanitario, asociado al derecho de los ciudadanos a recibir una adecuada atención por su parte, especialmente en caso de emergencia o grave peligro<sup>38</sup>.

<sup>34</sup> STC, Sala Primera, de 2 de noviembre de 2004, (rec. 3007/1998). Así lo expresa en el párrafo tercero del antecedente de hecho séptimo.

<sup>35</sup> Entre otros: GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p. 674; MORENO-TORRES HERRERA, M<sup>a</sup>. R.: *op.cit.*, p. 32; HUERTA TOCILDO, S.: *op.cit.*, p. 78; y ESQUINAS VALVERDE, P.: *op.cit.*, p. 91.

<sup>36</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *Idem.*, p. 44.

<sup>37</sup> GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p. 675.

<sup>38</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *op.cit.*, p.86.

Por consiguiente, se requiere que ex ante la denegación se presente objetivamente peligrosa para la vida o la salud de las personas, pues de no ser así, no será suficiente para ser objeto de reproche penal, y ello se debe al principio de intervención mínima, pues el Derecho penal debe intervenir con carácter subsidiario y fragmentario, con la exigencia de la exclusiva protección de los bienes jurídicos, que impide castigar conductas que no conlleven la lesión del bien jurídico protegido<sup>39</sup>.

Por su parte, MORENO-TORRES HERRERA, considera que el mandato de actuación contenido en el precepto en cuestión, no se trata de un deber genérico, ni específico de auxilio, sino en una obligación previa que, establecida por medio de la ley o de un contrato, sitúa al facultativo en posición de garante respecto de los bienes jurídicos. De esta manera, estima que se trata de un delito de infracción de un deber, para dar respuesta a los “hipotéticos perjuicios que de la infracción de ese deber pudieran derivarse para la vida y la salud de las personas”<sup>40</sup>.

En cuanto a dicho deber del personal sanitario, la jurisprudencia<sup>41</sup> consagra un deber cualificado, que poseen estos facultativos, de asistencia y ayuda al necesitado de auxilio, a diferencia del deber genérico que cae sobre cualquier ciudadano. En este sentido, encontramos el Código de Deontología Médica de 2011, en el que se establece el compromiso que asumen estos profesionales con respecto a la sociedad a la que prestan sus servicios, los derechos que ostentan los pacientes, así como las responsabilidades que pesan sobre los facultativos, y los principios esenciales de la profesión médica.

### **3.1 El sujeto pasivo**

Por lo que respecta al sujeto pasivo, el artículo 196 CP utiliza el término «personas». Además, se debe tener en cuenta que aparece íntimamente relacionado con el bien jurídico protegido. Así, si partimos de la redacción que realiza el legislador en dicho precepto castigando las omisiones que «generen» un riesgo grave para la salud de las «personas», cabría entender que se refiere a las personas de manera general, como colectividad. Por tanto, habría que considerar que sujeto pasivo no es la persona individual, sino la comunidad.

No obstante, si partimos de la consideración de este delito como un delito de peligro abstracto, podemos apreciar que precisa la creación de un riesgo grave, como condición objetiva

---

<sup>39</sup> *Ibidem.*, nota al pie nº. 35.

<sup>40</sup> MORENO-TORRES HERRERA, M<sup>a</sup>. R.: *op.cit.*, p. 32-33.

<sup>41</sup> Expuesta por ESQUINAS VALVERDE, P.: *op.cit.*, pp.45-46, notas al pie nº. 4-8.

de punibilidad, para la salud de una o varias personas directamente afectadas por la denegación de asistencia sanitaria o el abandono de los servicios sanitarios. Por consiguiente, el sujeto pasivo será la persona individualmente considerada, que sufra dicho riesgo grave para su salud.

A partir de ello, en este delito, a diferencia del delito del artículo 195, el sujeto pasivo no necesariamente tiene que estar desamparado y en peligro manifiesto y grave, sino que el riesgo ha de proceder, precisamente, de la denegación de la asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios, es decir, de la conducta típica. Por tanto, el bien jurídico protegido no es cualquiera, o no lo es sólo el derecho-deber de mutua asistencia correlativo a los deberes del hombre en sociedad, ni la solidaridad humana o la seguridad pública, sino la salud de las personas, como ya hemos dicho.

La doctrina mayoritaria<sup>42</sup> manifiesta que de dicho término no podría deducirse que el sujeto pasivo es la comunidad sino que, lo que pretende la redacción de dicho precepto con tal término es aludir a la protección de los bienes individuales, cuyo titular es la persona a la que se deniega la asistencia sanitaria.

Frente a ello, la doctrina minoritaria considera que el sujeto pasivo debe ser interpretado en sentido amplio, aludiendo a la comunidad como colectividad<sup>43</sup>.

En cuanto a esta cuestión, GARCÍA SANZ, junto con otros autores, afirma que la utilización del término «personas» limitaría el ámbito de aplicación, dejando fuera los casos en que la falta de asistencia afecta al feto y no a la salud de la madre, excepto que se encuentre en peligro también la vida de su progenitora<sup>44</sup>.

## **IV. El sujeto activo**

### **4.1 Introducción**

Desde un punto de vista jurídico-penal, la expresión «sujeto activo» designa a la persona, física o jurídica, que teóricamente puede cometer o comete un determinado hecho delictivo. Ahora bien, la cualidad de «activo», que se atribuye a dicho sujeto, lo distingue de muchos otros individuos por ser el que realiza la acción típica, entendiéndose ésta no sólo como actuación

<sup>42</sup> Entre la doctrina mayoritaria, cabe destacar algunos autores, como GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p. 681, la cual estima que “el sujeto pasivo es la persona individual”.

<sup>43</sup> *Ibidem.*, nota al pie n.º 58.

<sup>44</sup> *Ibidem.*, nota al pie n.º 59.

positiva, sino también como omisión, es decir, como ausencia de una conducta prevista y esperada por el Ordenamiento Jurídico-penal.<sup>45</sup>

El citado precepto utiliza el término «profesional» sin adjetivarlo, no obstante, concreta el círculo de los posibles sujetos activos del delito, al referirse al profesional que esté obligado a prestar asistencia sanitaria o adscrito a un servicio sanitario. Por lo tanto, como hemos visto en el apartado anterior, se trata de un delito especial y de omisión pura de garante, pues sólo pueden realizar este delito aquellos profesionales que hayan asumido un compromiso genérico de atender a un determinado grupo de personas, y no todo profesional que ejerza la medicina privada, pues ello supondría confundir el plano deontológico y jurídico<sup>46</sup>.

A este respecto, es preciso establecer el alcance del término «profesional», para determinar si debe interpretarse como una referencia a cualquier profesional del ámbito sanitario. En este sentido, se discute si dentro de esos profesionales sanitarios se integran sólo los que ejercen su profesión en la sanidad pública, o si también deben integrarse los profesionales de ejercicio libre, de lo cual hablaremos más adelante.

Por su parte, algunos autores afirman que sujetos activos del delito podrían serlo aquéllos que desarrollen su actividad dentro del ámbito sanitario, ya sean facultativos o no, es decir, médicos, auxiliares de éstos en diagnósticos (biólogos, bioquímicos, físicos...), personal de enfermería, celadores, conductores de ambulancias, dispensadores de sus tratamientos (farmacéuticos, protésicos de cualquier clase...), u otras personas que desempeñen funciones en este sector aunque no sean específicamente sanitarias, quedando excluidos, el personal administrativo de los servicios de la salud y el personal de limpieza<sup>47</sup>.

En esta línea, cabe resaltar a MORENO-TORRES HERRERA, puesto que considera que deben integrarse como sujetos activos del delito, tanto los facultativos como los que carecen de tal caracterización, pero que cumplan una función específicamente sanitaria, ya que sin llegar a ser una interpretación analógica, esta interpretación se mostraría más acorde con la propia esencia que el legislador quiso dar al precepto, pues el propósito último del mismo es dar respuesta a las omisiones de carácter sanitario, sin especificar la cualificación específica de éstos. Y, en segundo lugar, alude al artículo 222 CP, para avalar su interpretación, argumentando que este precepto establece, en cuanto al término «facultativo», que dicho término “comprende a los

<sup>45</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *op.cit.*, p. 97.

<sup>46</sup> GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p.676.

<sup>47</sup> *Ibidem.*; y MORENO-TORRES HERRERA, M<sup>a</sup>. R.: *op.cit.*, p. 59.

médicos, matronas, personal de enfermería y cualquier otra persona que realice una actividad sanitaria o socio-sanitaria”<sup>48</sup>.

Sin embargo, otro sector doctrinal restringe el alcance a aquellos profesionales que desarrollan sus funciones en el ámbito de la sanidad y, además, ostenten competencias específicamente sanitarias de diagnóstico y tratamiento de enfermedades (médicos, A.T.S y personal de enfermería)<sup>49</sup>, quedando fuera de esta categoría, quienes llevan a cabo funciones auxiliares que no son sanitarias en sentido estricto, como pueden ser los encargados del transporte de enfermos, cuya eventual omisión podría dar lugar, al delito de omisión del deber de socorro<sup>50</sup>.

De cualquier modo, a partir de la normativa vigente resulta hasta cierto punto indiferente la forma de ejercicio de la profesión sanitaria que haya escogido el sujeto individual<sup>51</sup>, ya se trate de la modalidad absolutamente libre, de la variante de adscripción a un equipo o compañía de asistencia sanitaria de carácter privado, o de la pertenencia al sistema nacional y público de salud. Es decir que a priori, también el profesional que desempeñe su profesión de forma autónoma o por cuenta de la empresa privada se considera «apto» para perpetrar este delito de omisión<sup>52</sup>, pero como ya he apuntado supra, profundizaremos sobre este tema más adelante.

#### **4.2 El sujeto activo ha de ser un profesional sanitario**

En primer lugar, el artículo 196 exige que el autor de la omisión ostente la condición de «profesional». Este término aporta escasa información, lo que es motivo de controversia entre autores que aportan sus diferentes puntos de vista respecto a dicha expresión.

En cuanto al término «profesional», en términos generales, ESQUINAS VALVERDE expone que la relación profesional, en este contexto, es la comunicación entre dos partes, paciente y médico (o enfermero, ATS, etc.), en el que el primero busca, en los conocimientos, arte o ciencia del segundo, un tipo de beneficio, normalmente con fines diagnósticos o curativos, y en la que, al término de una serie de fases, en algunos casos procede abonar al facultativo unos

---

<sup>48</sup> *Idem.*, p.60-61.

<sup>49</sup> GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p. 677, nota a pie n.º 42.

<sup>50</sup> FARALDO CABANA, P.: *op.cit.*, p. 146.

<sup>51</sup> A este respecto está de acuerdo la mayoría de la doctrina consultada, entre ellos: HUERTA TOCILDO, S.: *op.cit.*, p. 79.

<sup>52</sup> Del lado del punto de vista de la autora ESQUINAS VALVERDE, P.: *op.cit.*, p. 100, se encuentra la autora HUERTA TOCILDO, S.: *Ibidem.*, “... el círculo de sus posibles autores comprende a toda clase de personal sanitario, facultativo o no facultativo, por el simple hecho de serlo y con independencia de que el ejercicio de dicha profesión se desenvuelva en el sector público o en el privado”.

honorarios por los servicios prestados, mientras que en tris supuestos éste ya los percibe mediante sueldo a incentivo por parte de la Seguridad Social, empresa, etc.<sup>53</sup>.

Desde la doctrina penal especializada en la materia se ha manifestado, de manera similar, que será profesional, en la perspectiva del artículo 196 CP, quien realice un servicio o prestación laboral, en sentido amplio, a cambio de una remuneración evaluable en dinero<sup>54</sup>. Por otro lado, recoge el Derecho administrativo que se considerará como tal al que desempeñe una labor de índole principalmente intelectual, para la que se precise titulación reconocida por el Estado e inscripción obligatoria en Colegio Profesional, con competencias específicas, exclusivas o no.

No obstante, estas definiciones contienen algunas claves que pueden resultar fundamentales para la interpretación de término típico, en concreto, nos interesan los adjetivos “remunerado” y “titulado”. Respecto al primero, lo que singulariza al profesional es que preste sus servicios expresamente a cambio de una recompensa de valor patrimonial. Esto excluiría de la acepción, y del tipo del artículo 196, a otras personas que pueden estar obligadas a prestar asistencia sanitaria pero que no tienen derecho a percibir contraprestación alguna por ello, como puede ser el caso de los objetores de conciencia, o de los voluntarios de la Cruz Roja, etc. Así lo ha destacado cierto sector doctrinal, valorándolo como una consecuencia necesaria de la redacción elegida por el legislador, pero también como una decisión injusta por parte de éste, ya que los individuos citados, objetores, voluntarios y similares, podrían tener efectivamente una obligación jurídica de practicar asistencia sanitaria semejante a la que pueda compeler a aquel que se gane su sustento por ese medio, sin que el hecho de recibir una retribución o no pueda condicionar una diferencia de trato<sup>55</sup>.

Por otro lado, en cuanto al adjetivo “titulado”, en el marco del tipo de omisión de asistencia sanitaria, se manifiesta que la titulación es una cuestión crucial, pues únicamente podrá denegar la atención sanitaria quien posea la capacidad, por conocimientos y habilidad técnica, para prestarla, y por consiguiente, sólo abandonará los servicios sanitarios de forma típicamente relevante quien pertenezca a los mismos en razón de tal formación específica. Además, teniendo en cuenta la enorme trascendencia social del campo de la salud, la realización profesional de dichas tareas va a requerir inexcusablemente la ostentación del correspondiente título académico. Sin perjuicio de lo anterior, esta cuestión la analizaremos más adelante con más detenimiento y exhaustividad.

---

<sup>53</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *op.cit.*, p. 166.

<sup>54</sup> *Ibidem.*, nota al pie n.º 148.

<sup>55</sup> *Idem.*, p. 168.

Ahora bien, como se vio supra, el tipo presupone que ese profesional está capacitado, y comprometido a ello para prestar asistencia sanitaria, no obstante, es importante destacar que los servicios se han descentralizado, y ello implica que haya a su vez, una diversificación paralela de las funciones y de los puesto de trabajo. Así, en torno a la posición clásica del médico han aparecido una serie de auxiliares de éste para el desempeño de lo que la doctrina denomina «profesiones paramédicas» o «complementarias» y, en definitiva, «profesiones sanitarias». No obstante, todas esas vertientes de una misma actividad se orientan en dirección a un objetivo unitario, que consiste, en definitiva, en el logro de mayores niveles de salud individual y colectiva y en la elevación del grado de bienestar social. Por tanto, integrarán el colectivo mencionado todas aquellas profesiones, de distinto nivel de cualificación, universitarias o no que «son recogidas en el área de conocimiento de Ciencias de la Salud» y que cooperan, en mayor o menor medida, a la mejora del estado de salud de la población<sup>56</sup>.

En este sentido, conviene consultar el artículo 98.1 del Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social<sup>57</sup>, que establece que “la asistencia sanitaria del Régimen General de la Seguridad Social tiene por objeto la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos conducentes a conservar o restablecer la salud de los beneficiarios de dicho régimen, así como su aptitud para el trabajo”. Además, el artículo 103.1 del mismo, añade que la asistencia médica comprenderá los servicios de medicina general, actualmente denominada «atención primaria», “especialidades, internamiento quirúrgico y Medicina de Urgencia, así como los de tratamiento y estancia en centros y establecimientos sanitarios”.

No obstante, es preciso concretar qué engloba dicha «atención primaria» y para ello, se halla el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud<sup>58</sup>, el cual concreta dicha terminología en el apartado segundo del Anexo I, configurándola en primer lugar como: La asistencia sanitaria en las consultas, servicios y centro de salud, como en el domicilio del enfermo. De igual modo, incluirá las indicaciones o prescripciones, y la realización en su caso, de las pruebas y diagnósticos básico por el médico al que corresponda, entre otras.

---

<sup>56</sup> *Idem.*, pp. 101-3.

<sup>57</sup> BOE de 20 de julio de 1974, nº. 173.

<sup>58</sup> BOE de 10 de febrero de 1995, nº. 35.

Y en cuanto a la «atención especializada»<sup>59</sup>, puntualizada en el segundo apartado del mismo Anexo, engloba la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica, así como los servicios de urgencia hospitalaria, además de otros servicios y prestaciones, como los de hemoterapia, diagnóstico y tratamiento de fertilidad, laboratorio, planificación familiar, radioterapia, trasplantes de órganos, etc.

Si aplicamos tales categorías a la dimensión jurídico-penal de asistencia, tal y como se señala en el artículo 196 CP, tendría lugar la extensión del campo de aplicación del delito a un gran número de profesionales, que también serían merecedores de sanción, como los que desarrollan labores de rehabilitación, de traslado de enfermos, de suministro de medicamentos, etc., puesto que todas las atenciones referidas forman parte de la interpretación de «asistencia sanitaria» que propone el citado Real Decreto<sup>60</sup>.

Ahora bien, el concepto de «profesional sanitario» que resulta adecuado para el Ordenamiento jurídico-penal, no puede albergar a sujetos cuya actuación difícilmente conlleva una posición de garantía para los bienes jurídicos de la salud y la vida del paciente, o cuya omisión rara vez va a implicar un momento de peligro para éstos, como es el caso, por ejemplo, de los terapeutas ocupacionales, que se encargan únicamente de la rehabilitación del enfermo; o de los protésicos dentales, los diplomados en óptica, entre otros, quienes en su labor habitual no suelen llevar a cabo un trato directo con un paciente, y sobre todo, con aquellos que estén aquejados de alguna dolencia grave<sup>61</sup>.

Sin embargo, cierto sector de la doctrina penal se opone a la posición anterior, señalando que la figura del sujeto activo deberá comprender, bajo la rúbrica de «profesional sanitario», tanto a los propios médicos como a otros facultativos no médicos, pero auxiliares de éstos en diagnósticos, tales como los biólogos, bioquímicos, físicos, entre otros, o los dispensadores de sus tratamientos como por ejemplo, los farmacéuticos, protésicos de cualquier clase, etc<sup>62</sup>. Asimismo, si integrarán en este grupo la categoría de los diplomados en enfermería o los auxiliares de clínica. No obstante, los más discutibles son los conductores de ambulancia, celadores u operadores de ciertas máquinas, por tanto, desde dicho enfoque, tan sólo el personal administrativo de los servicios de salud y el personal de limpieza quedarían marginados de la definición típica de profesional<sup>63</sup>.

---

<sup>59</sup> *Ibidem*.

<sup>60</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *op.cit.*, p.109.

<sup>61</sup> *Idem.*, p.105, nota al pie n.º 17.

<sup>62</sup> *Ibidem.*, nota al pie n.º17 bis.

<sup>63</sup> *Idem.*, pp. 105-6.

Los defensores de la postura expuesta supra, señalan que la intelección amplia de la idea de asistencia sanitaria, presentaría la ventaja de no discriminar a ciertos grupos profesionales a favor de otros, cuando todos ellos intervienen en el marco común de los servicios sanitarios, y en el ámbito de sus funciones, quedan obligados jurídicamente a coadyuvar, a mejorar o conservar la salud de quien ve su integridad física en peligro<sup>64</sup>.

En suma, la solución se encuentra en vincular el término profesional con la conducta típica capaz de realizar dicho sujeto, conforme a las funciones que puede y debe desarrollar, en virtud de su contrato de trabajo. Dicho en otros términos, para poder cometer el delito del artículo 196, su conducta deberá repercutir de forma negativa e inmediata<sup>65</sup> en la salud de las personas, de modo que, no realizar adecuadamente las tareas de limpieza, por ejemplo, puede repercutir en la salud de los pacientes al generarse virus, infecciones, alergias, entre otras afecciones, pero faltaría la inmediatez de esta repercusión.

#### **4.3 El profesional ha de estar «obligado a ello».**

Por otro lado, se discute si pueden realizar este delito aquellas personas que ejercen dicha actividad de forma voluntaria, por ejemplo: los voluntarios de la cruz roja que desempeñan funciones sanitarias, colaboradores de O.N.G como médicos del mundo, etc. Algunos autores excluyen a los voluntarios en general del ámbito de aplicación del delito del artículo 196, dado que entienden que en ningún caso puede ostentar la consideración de profesionales, puesto que no existe remuneración. Por consiguiente, sostienen que sólo cabrá sancionarles por el delito del artículo 195, siempre que concurren los requisitos exigidos<sup>66</sup>.

GARCÍA SANZ, hace una distinción entre varios grupos de casos. En primer lugar, clasifica a aquellos voluntarios que llevan a cabo tareas propias de su profesión, por ejemplo, la organización “Médicos del Mundo”, los cuales tienen la consideración de profesional y, además, están obligados a prestar la asistencia sanitaria, puesto que se comprometen, aun de manera voluntaria, a asistir a aquellas personas que acudan a dicha organización, haciendo que nazca, por tanto, “una posición de garante genérica que determina la obligación no sólo moral sino también jurídica de prestar asistencia”<sup>67</sup>.

---

<sup>64</sup> *Ibidem.*, nota al pie n.º 19.

<sup>65</sup> Término utilizado por GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p. 677.

<sup>66</sup> *Idem.*, pág. 679.

<sup>67</sup> *Ibidem.*

En segundo lugar, continúa la distinción de grupos nombrando a los sujetos que, no siendo profesionales de la sanidad, ejercen tareas relacionadas con la misma, responderían por el delito del artículo 195, ya que carecen de cualificación para poder ser sujetos activos del delito del artículo 196.

Por último, alude a aquéllos que, aunque no son voluntarios, prestan un servicio social que implica asistencia sanitaria; o aquéllos no vinculados con la Administración, a los que las autoridades administrativas competentes requieren la colaboración obligatoria, que realizan tareas escasamente o no remuneradas; y si son profesionales que pueden prestar asistencia sanitaria, deberá aplicarse el artículo 196, “pues están obligados legalmente a ello y, por lo tanto, ostentan la posición de garante”<sup>68</sup>.

En contraposición, se sitúa algún autor, que excluye estos supuestos, puesto que considera que la cualificación de profesional sólo podrá ser atribuida a aquellos sujetos que realizan un “servicio o prestación laboral en sentido amplio a cambio de remuneración crematística”<sup>69</sup>.

De conformidad con la posición adoptada por GARCÍA SANZ, el sujeto que se encuentre facultado para realizar la actividad requerida, es decir, prestar asistencia sanitaria, realice o no servicios remunerados, relacionados con la sanidad, ostentará la consideración de profesional, y por tanto, estará obligado a prestar dicha asistencia sanitaria, por cuanto se encuentra en posición de garante y, si realiza cualquiera de las dos modalidades de conductas mencionadas en el apartado anterior, será objeto de imputación de la sanción recogida en el delito que nos ocupa.

De modo que, la expresión «profesional» debe vincularse con la conducta típica y con el principio de exclusiva protección de bienes jurídico-penales, tal y como expone dicha autora, que impide castigar conductas de personas incardinadas en el servicio sanitario, pero que realizan actividades que no inciden directamente en la salud de las personas, esto es, entre otras, tareas administrativas y de limpieza. No obstante, esto no implica la impunidad de la conducta tipificada en el artículo 196 de estos profesionales no específicamente sanitarios, pues también tienen una obligación profesional, pudiendo ser castigados por los delitos del artículo 412.3 in fine o 195 CP.

En consecuencia, sólo deben estar incluidas en el tipo las conductas que puedan repercutir de forma negativa e inmediata en la salud de las personas. Respecto al adjetivo “inmediata”,

---

<sup>68</sup> *Idem.*, pp.679-680.

<sup>69</sup> *Ibidem.*, nota al pie nº. 54.

debemos tener en cuenta que la dejación en las tareas de limpieza en un hospital podría también repercutir negativamente en la salud de las personas al generarse virus, etc, pero faltaría la inmediatez de la repercusión<sup>70</sup>.

En definitiva, la conducta de abandono de los servicios, en principio, parece ser más amplia y cabría incluir, además de los profesionales con competencias específicamente sanitarias en el sentido expuesto, a aquellos que se integran en el servicio sanitario, y cuyo abandono pueda dar lugar a un riesgo grave para la salud de las personas aunque no presten asistencia sanitaria, tales como los celadores, conductores de ambulancia, etc. No obstante, puesto que éstos últimos no tienen capacidad para interrumpir o frenar el riesgo para la salud de las personas no responderían por el artículo 196, sino que incurrían en un delito de omisión del deber de socorro, como ya explicamos supra; en un delito de lesiones o muerte por imprudencia si fue la inobservancia del cuidado objetivamente debido lo que causó la falta de asistencia (por ejemplo, se duerme o se olvida de avisar al médico), así como también podrían responder por los mismos resultados producidos por comisión por omisión dolosa si su conducta implica la interrupción de cursos salvadores ajenos, por ejemplo, los casos en que un celador impida que el enfermo sea asistido por el médico<sup>71</sup>

#### **4.4 El reparto de responsabilidades en el seno del equipo médico**

Esta cuestión también tiene trascendencia en el ámbito de los posibles sujetos activos susceptibles de incurrir en el delito que nos ocupa. Por tanto, a continuación haremos referencia al problema de la actuación médica-sanitaria en equipo, como consecuencia del progreso técnico de la Medicina, así como por el importante aumento de pacientes, que exige a su vez, una adecuada organización de los servicios sanitarios. Esto conlleva que adquiera especial relevancia la misión de coordinar al conjunto de los que actúan, con el fin de asegurar que ningún aspecto quede desprovisto de atención.

En esta línea, conviene plantearse un supuesto hipotético, en el que un miembro de dicho equipo sanitario omitiera de manera consciente y voluntaria la realización de un tratamiento terapéutico, alegando que dicha intervención no le correspondía en ese momento a él sino a otro integrante de del equipo, excluyéndose los casos de error de tipo vencible o invencible acerca de tal deber personal de actuación.

---

<sup>70</sup> *Idem.*, p. 677, nota al pie nº. 44.

<sup>71</sup> *Ibidem.*

Ahora bien, en el supuesto citado, será preciso evaluar la legitimidad de la omisión descrita, así como también, eventualmente, el grado de responsabilidad del jefe del grupo por tal comportamiento de uno de sus subalternos o colaboradores, determinando si llevó a cabo, de manera adecuada, su obligación de supervisión y vigilancia<sup>72</sup>.

En este sentido, la doctrina ha señalado la posibilidad de que puedan darse conflictos de competencias negativos y positivos, en esas áreas de la actuación sanitaria, en las que intervienen profesionales médicos de distintas especialidades y departamentos. En principio, no sería apropiado cargar toda la responsabilidad al jefe del equipo, por el mero hecho de que sea él quien deba reclamar la ayuda de los colaboradores. Por otro lado, tampoco resultaría concebible que el paciente deba correr con todos los riesgos, porque el daño o resultado de peligro no pueda descomponerse en acciones individuales, asignables a personas concretas y tipos delictivos.

Por tanto, para contrarrestar esta situación, se ha propuesto asignar al director del equipo una responsabilidad civil, en principio, por fallos en la organización, cuando éste no haya acometido previamente, entre sus ayudantes, el suficiente acuerdo e información sobre las medidas a adoptar. Esta culpa del jefe, con respecto a la inactividad o actividad de un tercero, tendrá la posibilidad de una “prueba de descargo” a su favor, en la que podrá demostrar que ha atendido, diligentemente, sus “deberes de selección, instrucción y vigilancia en relación con sus subordinados”<sup>73</sup>.

En todo caso, cuando dicho jefe no hubiera podido prever una deficiencia en la comunicación entre los distintos especialistas pertenecientes al grupo, serán estos últimos los que responderán por la culpabilidad, como consecuencia de la defectuosa organización, así como de una eventual responsabilidad mancomunada por los daños ocasionados, ya que la obligación de coordinar las distintas intervenciones recae, en todo caso, sobre todos los miembros del equipo.

En definitiva, si uno de dichos asistentes omite algunas de sus funciones, “bien negándose a intervenir frente a los requerimientos de otro profesional o del propio paciente, o bien abandonando el servicio en horario de trabajo”, y se demuestra que el director, habiendo previsto dicho peligro de incumplimiento, no llevó a cabo su deber de control, a la responsabilidad omisiva de aquél se añadirá, eventualmente, la culpa de éste por infringir sus deberes penales de garante<sup>74</sup>.

---

<sup>72</sup> En este sentido, cabe citar a ESQUINAS VALVERDE, P.: *op.cit.*, p. 193.

<sup>73</sup> *Ibidem.*, nota al pie n.º 202.

<sup>74</sup> *Idem.*, p. 203, nota al pie n.º 223.

De esta manera, debe tenerse en cuenta que, a pesar de que en diversas ocasiones haya sido posible declarar al médico jefe responsable penalmente como autor o coautor imprudente del resultado de lesiones o muerte del paciente, sólo sería factible declararle culpable por contribución omisiva dolosa a un resultado ajeno de creación de un riesgo grave, a partir del momento en que haya infringido de manera consciente su obligación de vigilancia, por cuanto no cabe la sanción de los comportamientos imprudentes con un simple efecto de peligro. Por tanto, como posible solución, alegada por ESQUINAS VALVERDE, podrá sugerirse que se incluya esa eventual conducta omisiva de dicho jefe en la conducta típica de “abandono de los servicios sanitarios”, siempre que ello se mostrase “dogmática y político-criminalmente admisible”<sup>75</sup>.

Por último, se debe hacer referencia al persona auxiliar, enfermeros, ATS, incluidos los médicos en formación o en prácticas, los cuales deberán estar sometidos a la revisión y custodia de los superiores. A este respecto, algunos autores<sup>76</sup> han afirmado la posibilidad de que dicho colectivo pueda llegar a incurrir en el delito del artículo 196, al crear un riesgo grave, de peligro concreto, para la salud y vida de los pacientes, de manera que podrán ostentar una posición de garante de evitación de resultados de peligro, pues tienen la capacidad para asolar ciertas posibilidades de preservación del bien jurídico o de empeorar la situación.

## **V. La conducta típica**

### **5.1 Denegación de la asistencia sanitaria.**

El artículo 196 CP delimita la conducta típica, distinguiendo entre dos comportamientos distintos, de manera que la realización de cualquiera de ellos basta para cometer el delito. Estas modalidades típicas son: de un lado, la denegación de asistencia sanitaria; y de otro, el abandono de los servicios sanitarios.

En cuanto a la primera de las conductas, la denegación de asistencia sanitaria, la cual contextualiza su injusto en el marco de un requerimiento previo de asistencia, por parte de la persona necesitada, o por cualquier otra que lo solicita para aquélla<sup>77</sup>, a partir de la cual el profesional sanitario adopta la actitud tipificada, ya sea de forma expresa o concluyente<sup>78</sup>. Este

---

<sup>75</sup> *Ibidem.*

<sup>76</sup> *Idem.*, p.204, nota al pie n.º 225.

<sup>77</sup> En sentido contrario, se encuentra HUERTA TOCILDO, S.: *op.cit.*, p. 90, pues establece una limitación en este sentido, ya que determina que el requerimiento de asistencia sanitaria debe ser realizado por la propia persona en peligro, excepto cuando se trate de un menor de edad o la persona se halle inconsciente, que lo hará un tercero.

<sup>78</sup> GÓMEZ RIVERO, M<sup>a</sup>.C.: “Otros títulos de responsabilidad del sanitario”, en AA.VV. CAMAS JIMENA M.: *Responsabilidad médica*, Tirant lo blanch, Valencia, 2013, p.108.

requerimiento previo puede ser también tácito, en los casos en que el paciente se encuentre en un estado que no le permita manifestar de forma expresa dicha petición (por ejemplo, persona que se encuentra en estado de coma), pues de lo contrario se estaría excluyendo aquellos supuestos de desatención más graves<sup>79</sup>. En torno a esta cuestión, se aprecian diversas opiniones, pues algunos autores consideran como requisito imprescindible esa reclamación previa por parte del enfermo, para que se origine la obligación de auxilio por parte del facultativo, mientras que otros, conciben que el acto de comunicar al profesional sanitario la circunstancia que ha puesto en peligro la vida o salud de una persona, también llevará implícita una demanda de socorro, situando a aquél, por tanto, dentro de los márgenes del delito, independientemente de la persona que ha informado de tal situación<sup>80</sup>.

Ahora bien, ciñéndonos a la conducta típica “denegar”, que se identifica con “no conceder lo que se pide o solicita”, se discute si deben incluirse como variantes adicionales de la denegación de asistencia algunos supuestos, como por ejemplo, los casos de asistencia errónea o insuficiente<sup>81</sup>.

De esta manera, también cabría plantearse si es suficiente una actuación estándar o, si deberían emplearse todos los conocimientos y técnicas que se dispongan.

A este respecto, algunos autores<sup>82</sup> consideran que los casos en que el profesional no haga uso de todos los procedimientos de ayuda a su alcance, entrarán en la esfera del tipo, siempre y cuando dicho facultativo aluda indebidamente tales esfuerzos conscientemente. No obstante, en el ámbito de la medicina privada, los usuarios no tienen derechos ilimitados en lo que refiere a las prestaciones sanitarias, así como tampoco en lo que respecta a las actuaciones que puedan esperar de los médicos, pues estos sujetos estarán obligados dentro de los límites del compromiso (genérico) asumido; y en cuanto a la asistencia pública, estarán obligados dentro de las posibilidades que puedan ofrecer los centros públicos<sup>83</sup>.

---

<sup>79</sup> *Ibidem*; y GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p.681.

<sup>80</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: “Responsabilidad penal del profesional sanitario por omisión de asistencia. Una revisión dogmática de algunos aspectos del art.196 CP”, en AA.VV. SUÁREZ LOPEZ J.M.: *Estudios jurídicos sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico y otros agentes sanitarios*, Dykinson, Madrid, 2009, p.344.

<sup>81</sup> GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p.681 determina que estos supuestos estarían incluidos dentro de la conducta típica “denegar”, ya que “según el Diccionario de la Real Academia es no conceder lo que se pide o solicita y si el profesional dolosamente presta una asistencia insuficiente no estará actuando en el sentido requerido por la norma”. Se separa de esta postura: GÓMEZ RIVERO, M<sup>a</sup>.C.: *op.cit.*, p. 109, para quien la asistencia insuficiente y errónea quedaría fuera del ámbito de aplicación del precepto que nos ocupa, debiendo discurrir estos supuestos por los delitos contra la vida y la salud, tanto en la modalidad de acción como a título de comisión por omisión.

<sup>82</sup> *Idem.*, p. 682, nota al pie nº. 63 ; y ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, p.235.

<sup>83</sup> *Ibidem*.

Cuestión distinta, es el supuesto en el que el paciente rechaza el tratamiento por cuestiones religiosas. En principio, en este supuesto, el profesional sanitario no incurriría en el tipo delictivo tipificado en el artículo 196 CP, pues la persona necesitada se niega a recibir tanto la asistencia sanitaria como el tratamiento que requiere a fin de evitar un riesgo grave para su salud, pues en tales casos no existe un deber de intervenir contra la voluntad de dicho paciente<sup>84</sup>. No obstante, si el rechazo es a un tratamiento concreto, el profesional sanitario deberá ofrecer otras posibles alternativas, si existen, y además estará obligado a practicar los restantes tratamientos cuando puedan evitar el riesgo para la salud del mismo<sup>85</sup>, siempre que dicho paciente tenga derecho a la elección, pues de lo contrario, de omitir dicha posibilidad, sí podría incurrir en el delito citado, o incluso podría responder en comisión por omisión de los resultados efectivamente producidos si no se había interrumpido la relación médico-paciente<sup>86</sup>.

Otros de los supuestos discutidos se refiere a la no reclamación de auxilio ajeno<sup>87</sup>, esto es, cuando el profesional, que se ha comprometido con el paciente, ha llegado al límite de sus posibilidades técnicas y científicas o, se encuentre temporalmente imposibilitado para prestar de manera idónea la asistencia sanitaria. De esta manera, cuando el profesional se encuentre en tal situación, deberá recurrir a otro compañero que sea competente para prestar la asistencia

<sup>84</sup> Así lo expone GARCÍA SANZ, J.: *Ibidem.*; y HUERTA TOCILDO, S.: *op.cit.*, p. 90-91. Además la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en su artículo 2, apartado tercero: “El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”; y en el apartado cuarto del mismo artículo: “Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito”.

<sup>85</sup> En este sentido: STSJ de Canarias (Gran Canaria), Sala de lo Social, de 26 de febrero de 2004, (rec. 207/1999), la cual apoya esta línea argumental, en relación con la cuestión que se le plantea sobre una paciente testigo de Jehová, manifestando en su fundamento jurídico tercero “El juez de instancia parte de facto de la idea de que ha existido denegación de asistencia, entendiéndolo que la recurrente disponía de técnicas quirúrgicas que no requerían la transfusión sanguínea y no las practicó, lo que sitúa el tema de lleno en el tema de la denegación de asistencia”. Asimismo, debemos citar a este respecto el artículo 12, apartado primero y segundo del Código de Deontología Médica, los cuales hacen referencia a ese derecho del paciente a decidir libremente entre las opciones clínicas y, el deber del médico de informarle adecuadamente sobre las mismas, con las consecuencias que conllevan su rechazo para la salud de aquél.

<sup>86</sup> GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p. 682, nota al pie nº. 69. También debemos citar aquí al profesor MOLINA NAVARRETE, C.: “El respeto a la libertad religiosa como cláusula de excepción justificada y razonable del régimen general de la prestación legalmente exigible a la Seguridad Social”, en Reflexiones generales a propósito de la sentencia del Tribunal Constitucional 166/1996 de 28 de octubre, *Diario la Ley*, tomo 2, 1997, el cual manifiesta en el apartado c) de este punto que no existe imposibilidad de que se preste la asistencia sanitaria requerida, ya que “dado los medios técnicos disponibles, ni resulta abusiva, caprichosa o desproporcionada desde el punto de vista económico, pues los costos de hospitalización en la clínica privada se ajustan plenamente a los ocasionados por el tratamiento en el régimen público. A este respecto, como afirma el Ministerio Fiscal, la intervención quirúrgica sin transfusiones sanguíneas no excepciona gravemente los planes de previsión presupuestaria asistencial de la Sanidad Pública”, y concluye disponiendo que, en el supuesto que le ocupa, se trata de una denegación injustificada de asistencia sanitaria, por los motivos anteriores, pues a un testigo de Jehová le corresponde constitucionalmente, “el pleno derecho a negarse a una prestación sanitaria inadecuada con sus creencias, y a los profesionales del centro público una mínima, razonable y proporcionada obligación de adecuación de la terapia a estas creencias cuando así sean requeridos expresamente por el paciente-creyente, en todo momento persona y ciudadano de pleno derecho”.

<sup>87</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, p. 220.

requerida, a fin de evitar dejar al paciente en una situación de desamparo<sup>88</sup>. En caso de que el profesional omitiera esta conducta de coordinación o cooperación con el profesional especializado, se podría hablar de una denegación expresa o tácita, es decir, podría consistir en una actuación positiva, esto es, se niega de manera expresa, oralmente, a intervenir; o se lleva a cabo a través de omisión directa; o incluso que tras haber asumido el cuidado del paciente, y de haber realizado alguna labor de exploración, se limitara a desentenderse de hecho del enfermo y, prescindiera del deber de recurrir a otro colega cuando se hallara limitado para garantizar de manera efectiva la recuperación del paciente<sup>89</sup>.

En definitiva, en relación con el supuesto anterior, no será preciso que se lleve a cabo una inacción total o negativa expresa, pues el mero hecho de no prestar la debida colaboración o algún auxilio obligado por el cargo bastará para incurrir en el tipo, lo que nos lleva a concluir, de acuerdo con ESQUINAS VALVERDE<sup>90</sup>, que la negativa tácita o inacción parcial, sujetas a determinadas condiciones, podrá constituir una efectiva denegación de asistencia.

## 5.2 Abandono de los servicios sanitarios.

En lo que se refiere al abandono de los servicios sanitarios, para que exista, deberá haberse realizado un desplazamiento físico de las instalaciones sanitarias, sin procurar alguna cobertura profesional en su ausencia, derivándose un riesgo grave para la salud de las personas que asistan durante ese período de absentismo, y se estableciera la existencia de un vínculo suficiente entre la omisión y el riesgo<sup>91</sup>.

No obstante, algunos autores consideran que esta segunda conducta típica, es más amplia que el concepto de denegación de asistencia sanitaria, pues en tanto que ésta es aplicable a aquellos casos en los que media un requerimiento previo de asistencia, la conducta de abandono no sólo integraría los supuestos en los que el profesional abandona el centro, sino que además englobaría aquellos casos en los que se abandona la prestación misma, de manera que serían subsumibles todos aquellos supuestos en los que se deja a una persona desamparada, bien por no atenderla; o por haberla atendido, y no haber continuado prestándole los servicios

<sup>88</sup> Código de Deontología Médica, artículo 22.

<sup>89</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, p. 230-231.

<sup>90</sup> *Idem.*, p.232.

<sup>91</sup> En esta línea se encuentran: MORENO-TORRES HERRERA, M<sup>a</sup>. R.: *op.cit.*, p. 75; ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, p. 322; y ESQUINAS VALVERDE, P.: “Responsabilidad penal del profesional sanitario por omisión de asistencia. Una revisión dogmática de algunos aspectos del art.196 CP”, p. 345.

necesarios por el tiempo que se hubiese requerido<sup>92</sup>.

A este respecto, partiendo de que se trata de una «omisión por acción»<sup>93</sup>, el profesional que abandonara físicamente los servicios sanitarios, conociendo y pudiendo prever el riesgo de inasistencia al que se sometería los posibles pacientes necesitados de atención, se estaría situando de forma dolosa en una posición de «incapacidad»<sup>94</sup> para obedecer el mandato penal de ayuda, y sólo en este caso sería posible sostener que su comportamiento habría ocasionado un grave riesgo para ese sujeto que se encuentra, debido a ello, desamparado<sup>95</sup>. No obstante, esto plantearía una serie de inconvenientes, pues habría que demostrar en primer lugar, el conocimiento por parte del médico de la existencia de dicho futuro paciente necesitado de auxilio, con el fin de constatar la existencia del dolo; y en segundo lugar, la existencia de dicho paciente, lo que se debería constatar posteriormente a la realización de la omisión, de modo que si no llegara a comparecer en el centro del que se ausenta el médico, tendría que renunciarse a la aplicación del artículo 196<sup>96</sup>.

En contraposición a lo anterior, algunos autores<sup>97</sup> consideran, en primer lugar, que la conducta de abandono, se castigará cuando sea previsible ex ante la posterior situación de peligro grave. En segundo lugar, cuando el profesional da comienzo a un tratamiento, y abandona al paciente posteriormente dejándolo desasistido, no cabe hablar de la conducta típica de abandono, sino de la responsabilidad en comisión por omisión, si se produce el fallecimiento o lesión del enfermo por dicho abandono, ya que en este caso se ha establecido una relación médico-paciente.

Se discute asimismo, si la conducta del facultativo que, incumpliendo su horario de trabajo de forma injustificada, bien llega tarde al mismo, o bien no aparece, ocasionando, este retraso o ausencia, un peligro grave para la salud del paciente.

Un sector doctrinal<sup>98</sup> apunta que estos casos conllevarían una responsabilidad disciplinaria, ya que consideran que el término «abandono» hace referencia a una previa incorporación, y por consiguiente, este supuesto quedaría fuera del ámbito del artículo 196 CP.

Conforme a ello, GARCÍA SANZ, lo argumenta basándose en dos motivos: En primer lugar,

<sup>92</sup> MORENO-TORRES HERRERA, M<sup>a</sup> Rosa, *Ibidem*.

<sup>93</sup> Parafraseando a ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, p. 323.

<sup>94</sup> *Ibidem*. La doctrina lo denomina “omissio libera in causa”.

<sup>95</sup> *Ibidem*.; y ESQUINAS VALVERDE, P.: “Responsabilidad penal del profesional sanitario por omisión de asistencia. Una revisión dogmática de algunos aspectos del art.196 CP” p. 346.

<sup>96</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: “Responsabilidad penal del profesional sanitario por omisión de asistencia. Una revisión dogmática de algunos aspectos del art.196 CP”, *Ibidem*.

<sup>97</sup> Entre ellos, GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p.683.

<sup>98</sup> *Idem.*, p. 684.

considera que de interpretarlos como abandono, se ampliaría de manera excesiva el alcance de dicho precepto; y en segundo lugar, entiende que se garantiza la protección del bien jurídico, pues existe la obligación de no abandonar los servicios, aunque se haya cumplido su horario laboral, hasta que se incorpore el siguiente turno, pues de lo contrario, el primero incurriría en responsabilidad penal, ya que se consideraría abandono, y además se da una mayor inmediatez.

Sin embargo, MORENO-TORRES HERRERA, discrepa de la argumentación expuesta por la autora citada supra, y clasifica la anterior conducta como abandono, pues el facultativo que ha omitido, de manera injustificada, acudir a su trabajo, abandona una actividad ya iniciada, esto es, llevar a cabo el desarrollo de la prestación impuesta en su contrato<sup>99</sup>. De modo que, para esta autora, el concepto abandono engloba, tanto una conducta positiva, a saber, abandonar las instalaciones sanitarias; como una negativa, de un no hacer.

De otro lado, será preciso que el sujeto activo haya podido evitar el resultado de peligro concreto para la salud de las personas, prestando la asistencia, o atendiendo el servicio sanitario correspondiente<sup>100</sup>. En tal sentido, si el peligro para la salud se hubiera producido igualmente aunque se hubiera prestado la asistencia o atendido el servicio, dicho resultado no sería imputable a la omisión, y por tanto el profesional no debe responder por él<sup>101</sup>.

En definitiva, el precepto objeto de estudio del presente trabajo de investigación, no sólo exige la condición de profesional sanitario sino que, además, tiene que existir la posibilidad de que éste a través de su denegación o abandono de los servicios sanitarios, origine un riesgo grave al bien jurídico protegido, esto es, la salud de las personas. Esto significa que en el sujeto activo ha de afluir un deber de garante de evitación de dicho riesgo, el cual se infringe con tal privación de la asistencia reclamada. Conjuntamente, será necesario que el profesional sanitario esté obligado a ello, tal y como exige el precepto, puesto que únicamente podrá imputársele como garante, el resultado derivado de su omisión, a aquel facultativo que esté jurídicamente obligado a actuar aplicando una concepción normativo-social, basada en las expectativas, de la causalidad<sup>102</sup>.

<sup>99</sup> MORENO-TORRES HERRERA, M<sup>a</sup>. R.: *op.cit.*, p.76.

<sup>100</sup> FARALDO CABANA, Patricia.: *op.cit.*, p. 148, nota al pie n.º 132.

<sup>101</sup> *Ibidem*.

<sup>102</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, p.114.

## VI. El alcance de la cláusula «estando obligado a ello».

En virtud del artículo 196 CP, se limita la aplicación del tipo al profesional que deniega la asistencia sanitaria o abandona los servicios sanitarios «estando obligado a ello», esto es, que se restringe el círculo de posibles sujetos activos a aquellos profesionales del ámbito sanitario que, en el momento de ser requeridos para mitigar la enfermedad del paciente, se encuentren «de servicio»<sup>103</sup>. De esta manera, nos alejamos de los argumentos tendentes a incardinar al profesional sanitario en el permanente deber de asistencia, cuyo incumplimiento conlleva la imposición de la pena del artículo citado, por el simple hecho de serlo, vinculándose dicha responsabilidad con la posición de garantía que, en el momento de la omisión, ostente dicho profesional con respecto al bien jurídico protegido<sup>104</sup>. Dicho de otra manera, habrá de excluirse la tipicidad de su conducta, por tanto, en los supuestos en que se encuentre fuera de servicio temporalmente, se le solicite una prestación que exceda de sus funciones, o cuando su obligación se cancele por el ejercicio del derecho fundamental de la huelga<sup>105</sup>.

Por consiguiente, el profesional ha de estar obligado a actuar en evitación de que la enfermedad o dolencia que presente el paciente empeore hasta tal punto de que pueda representar un riesgo grave para su salud, y sólo estará obligado a prestar asistencia y permanecer de servicio conforme a lo que se establezca en la regulación administrativa vigente<sup>106</sup>. Fuera de estos supuestos, y salvo determinadas excepciones, de acuerdo con la unanimidad de la doctrina, la obligación del profesional sanitario será idéntica que la de un ciudadano ajeno a la sanidad, respondiendo en virtud del artículo 195 CP, sin que deba apreciarse su cualificación profesional.

Conforme a lo anterior, el personal sanitario estará de servicio cuando se encuentre de guardia o integrado en un servicio de urgencias hospitalarias<sup>107</sup>. En este sentido, respecto a la posición del médico rural, que se encuentra en una situación de monopolio de asistencia en un

<sup>103</sup> MORENO-TORRES HERRERA, M<sup>a</sup>. R.: *op.cit.*, p. 62; y HUERTA TOCILDO, S.: *op.cit.*, pp.79-80.

<sup>104</sup> *Ibidem*.

<sup>105</sup> GÓMEZ RIVERO, M<sup>a</sup>.C.: *op.cit.*, p.110.

<sup>106</sup> FARALDO CABANA, P.: *op.cit.*, p. 147. Sin embargo, señala HUERTA TOCILDO, S.: *op.cit.*, pp.79-80, que no puede ser éste el único significado de la cláusula “estando obligado a ello” que contiene el artículo 196, puesto que, en este caso, sería innecesaria y no cumpliría exclusivamente la función de garantizar en forma expresa el derecho de huelga por parte del personal sanitario, añadiendo en su nota al pie n.º34, “dado que el ejercicio legítimo del derecho de huelga, como el de cualquier otro derecho, excluiría toda responsabilidad penal del personal sanitario por aplicación de lo dispuesto en el artículo 20.7” del CP de 1995.

<sup>107</sup> STS (Sala de lo Penal) de 22 de octubre de 2015 (rec. n.º 385). En su fundamento jurídico cuarto expone “el artículo 2.a) del Decreto 866/2001, donde se establecen las funciones de los médicos de urgencia hospitalaria, que indica que corresponderá a los facultativos de urgencia hospitalaria la realización de las siguientes funciones, a) prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan al servicio de urgencias del hospital, con los medios disponibles a su alcance, colaborando con el resto de los servicios hospitalarios en la atención de la urgencia”. En el siguiente párrafo, alude además, a la fórmula “obligado a ello”, y manifiesta que la obligación de asistencia del profesional debe derivarse de un vínculo jurídico establecido previamente. Asimismo, añade que dicha obligación debe incluir también a aquellos pacientes que se hallen “a pie del hospital, frente a la puerta principal”.

concreto ámbito geográfico, no es posible atribuirle una perenne posición de garante respecto de la vida o la salud de los residentes de la zona<sup>108</sup>. HUERTA TOCILDO, en cuanto a ello, plantea acudir al principio de no exigibilidad de otra conducta, otorgándole especial relevancia a la hora de excluir, en determinados supuestos, toda responsabilidad por el delito que nos ocupa, concretando que se trataría de aquellos casos en los que, por una u otra razón, sea posible afirmar que no les era exigible la prestación de la asistencia sanitaria requerida<sup>109</sup>.

Ahora bien, para cometer el delito descrito en el artículo 196 CP, HUERTA TOCILDO, estableciendo una diferencia con respecto al delito del artículo 195, considera que es preciso la concurrencia de otros elementos de naturaleza objetiva, que se hallan o se deducen de la descripción típica, además de la omisión por el profesional sanitario de la prestación de asistencia al necesitado de auxilio<sup>110</sup>. De esta manera, establece como primer elemento, “la situación típica preexistente a la omisión de asistencia o al abandono de los servicios sanitarios”; es decir, aquella persona que, aunque no llegue a tener aún la consideración de «grave», se encuentre amenazada por un peligro para su salud. Y, en segundo lugar, establece como elemento característico, el requerimiento previo de asistencia por parte de la persona necesitada de la misma, amenazada por dicho peligro; y en el supuesto de abandono, se hará alusión al mismo como conducta típica cuando éste se produzca en el período de tiempo en el que acudan a los servicios sanitarios las personas citadas supra <sup>111</sup>.

Sin embargo, esta obligación de asistencia se puede encontrar limitada por el propio interés del facultativo, pues no sólo son relevantes los derechos que tenga un tercero ajeno sobre el deber de auxilio que ostenta el primero con respecto a éste, sino también los propios derechos que a aquél beneficien, es decir, “su derecho al descanso, al ejercicio de la facultad de huelga, a preservar su propia vida e integridad física, a su libertad de conciencia, etc”<sup>112</sup>.

En este sentido, dentro del marco de la exigibilidad del auxilio, se ha examinado el aspecto referente a la importancia de esos bienes de titularidad del profesional sanitario omitente, en confrontación con los intereses del enfermo, que acude a aquél necesitado de auxilio. En relación a esto, se ha propuesto como solución el artículo 20.5º. CP, referente al estado de necesidad, extrayendo del mismo, en relación con el delito que nos ocupa, que dependiendo de la trascendencia que ostente el bien jurídico de uno y otro, se deberá valorar cuál de ellos deberá

<sup>108</sup> FARALDO CABANA, P.: *op.cit.*, p. 148.

<sup>109</sup> HUERTA TOCILDO, S.: *op.cit.*, p.86.

<sup>110</sup> *Idem.*, p.87.

<sup>111</sup> *Idem.*, pp. 88-90.

<sup>112</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, p. 401

soportar un menoscabo, por ser el que resultaría menos perjudicado de los dos. Dicho de otro modo, lo que viene a decirnos dicho precepto, es que cualquier ciudadano tendrá el deber de soportar un ataque o deterioro de sus bienes, para preservar otros intereses de igual o mayor importancia, o sometidos a un riesgo aún más grave<sup>113</sup>. No obstante, se deberá analizar cada caso concreto, para llegar a la solución más correcta posible.

## 6.1 La posición jurídica del médico privado

Este punto abarca una discusión doctrinal acerca de si el delito que analizamos en el presente trabajo, puede ser cometido sólo por profesionales integrados en la sanidad pública o, si también podrá llevarse a cabo por profesionales de ejercicio libre.

Los profesionales de ejercicio libre, ejercen su profesión de manera autónoma, por medio de los llamados “actos médicos privados”<sup>114</sup>, estableciendo una relación directa e inmediata con el paciente. Además, tienen a su disposición las instalaciones físicas, y los instrumentos materiales y técnicos necesarios para poder prestar, adecuadamente, asistencia al enfermo. No obstante, para que tenga lugar esta “medicina individual”, tendrá que establecerse un vínculo contractual, expreso o tácito, entre el facultativo y el paciente<sup>115</sup>.

Este contrato habrá de reunir una serie de requisitos, entre ellos, deberá ser personal, esto es, como consecuencia de la libre elección del paciente, ello supone que deposita su confianza en el facultativo; además deberá ser consensual, bilateral y, generalmente, oneroso<sup>116</sup>.

Respecto al régimen jurídico al que pertenece dicha relación, podría tratarse de un contrato de arrendamiento de servicios, puesto que el facultativo, al ofrecer sus servicios al enfermo, se estaría obligando a emplear todos los métodos y estrategias de los que disponga, para la curación o mejoría de aquél. No obstante, ello no garantiza, por lo general, el logro de dicha curación, debido a determinadas circunstancias que pueden jugar a favor o en contra de ese logro, tales como “la actual complejidad de la medicina, la inevitable individualidad de cada persona y de cada organismo humano, el carácter impredecible que presenta la evolución de

<sup>113</sup> *Idem.*, pp.404-405.

<sup>114</sup> *Idem.*, p. 146, nota al pie nº. 98.

<sup>115</sup> *Ibidem.*, nota al pie nº. 99, “El contrato entre el médico y el paciente, ya sea en el ámbito ambulatorio hospitalario o extrahospitalario, quedará sometido a los cauces del Derecho civil y a la competencia de los tribunales de este orden. Las únicas particularidades serán, en ese caso, que la prestación sanitaria deberá adaptarse al mandato de rentabilidad y que el facultativo carece de todo derecho a percibir honorarios de manos del paciente, puesto que su retribución corresponde, en exclusiva, a la citada Asociación de Médicos de la Seguridad Social”.

<sup>116</sup> *Idem.*, p. 147.

cualquier enfermedad, lo irreversible de ciertos padecimientos o secuelas”, entre otras, además de que “ningún médico es infalible y de que todo ser humano es finito”<sup>117</sup>.

Sin embargo, existen ciertos supuestos especiales, en los que el profesional sanitario se compromete a la producción de un resultado, como puede ser en las operaciones de cirugía estética, interrupción del embarazo, etc. De modo que, la obligación que el profesional sanitario asume no presentará sólo el carácter de una prestación de servicios, sino que además poseerá rasgos característicos del arrendamiento de obra<sup>118</sup>. Conforme a ello, el paciente que requiere al profesional para la consecución de un resultado concreto, si éste no consigue el resultado deseado, el perjudicado podría poseer un derecho a ser indemnizado conforme a la “responsabilidad por el resultado conseguido”<sup>119</sup>.

De conformidad con lo anterior, encontramos un sector doctrinal cuya línea argumental expone que la anterior afirmación no sería acorde a la esencia del contrato sanitario, en el que es precisamente el tratamiento médico, y no un resultado concreto, el que ocupa una posición predominante. No obstante, admiten que el mismo puede contener elementos característicos del contrato de obra. Ello ocurrirá, por ejemplo, cuando el profesional sanitario, durante el período que dure el tratamiento, emplee alguna prestación técnica, como es el caso del “médico ortopeda, la fabricación y suministro de prótesis, corsés o plantillas, o, en general, la realización de pruebas radiográficas, de laboratorio, etc.”<sup>120</sup>

No obstante, este sector de la doctrina germana, a pesar de las afirmaciones anteriores, esto es, a pesar de que, en determinados supuestos, el contrato sanitario tenga rasgos característicos del contrato de obra, no considera que dicho contrato médico lleve aparejado por ello la “responsabilidad objetiva o sin culpa”. De igual manera, el artículo 1104.1º. del Código Civil, sostiene que “la culpa o negligencia del deudor consiste en la omisión de aquella diligencia que exija la naturaleza de la obligación y corresponda a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar”<sup>121</sup>.

Ahora bien, en cuanto a la discusión doctrinal que mencionábamos al inicio del presente

---

<sup>117</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, p.148. En este sentido, es preciso citar la STS de 11 de diciembre de 2017, (rec. n.º 2019/2016), la cual apoya el argumento expuesto por la autora ESQUINAS VALVERDE, Patricia, al subrayar que “la obligación del personal médico con respecto al paciente no es de resultado sino de medios, esto es, proporcionar todos los cuidados y tratamiento que sean precisos conforme a la *lex artis*”.

<sup>118</sup> *Idem.*, p.150.

<sup>119</sup> *Idem.*, p. 151.

<sup>120</sup> *Ibidem.*

<sup>121</sup> *Idem.*, p.152, nota al pie 115.

apartado, referente a si sólo responderían por el delito del artículo 196 CP los profesionales integrados en la sanidad pública o, si también se aplicaría la sanción recogida en dicho precepto a los facultativos que desarrollan su actividad mediante el ejercicio libre, la doctrina mayoritaria entiende que afecta tanto a los profesionales que ejercen su actividad en la sanidad pública como en la privada, siempre que estén obligados legal o contractualmente<sup>122</sup>.

Sin embargo, para la tesis minoritaria la conducta prevista en el artículo 196 es susceptible de ser cometida tanto por los profesionales de la sanidad pública como por aquéllos de la privada. No obstante aclaran que, no responderá por este delito cualquier profesional que desarrolle su actividad en su consulta o clínica privada, sino sólo aquéllos que hayan asumido previamente un compromiso genérico de asistir a un grupo de personas<sup>123</sup> sin que se haya concretado aún la relación médico-paciente, y “si se ha concertado y continúa vigente dicha relación, el profesional responderá en comisión por omisión en virtud del artículo 11.a) CP”<sup>124</sup>.

Por tanto, GARCÍA SANZ, rechaza la exclusión de los profesionales de ejercicio libre, ya que, según ha señalado, el artículo 196 responde a la necesidad de introducir una figura que finalice con la situación de privilegio del médico libre frente al integrado en la Sanidad pública.

## VII. El riesgo grave para la salud de las personas

Retomando el elemento de riesgo grave, del que ya hemos hablado a lo largo del trabajo, parece que éste y la posición de garantía son inseparables, puesto que no será posible adjudicar a un médico concreto la producción del peligro, si la misión protectora sobre la salud del enfermo, debía ser asumida por otro colega del mismo ámbito sanitario, que está legalmente mayor comprometido que el primero.

El riesgo grave debe ser para la salud, y por tanto, para la vida de las personas, debiendo surgir con posterioridad a la conducta típica recogida en el artículo 196, esto es, a la denegación o abandono de los servicios sanitarios, puesto que no es necesario, por la interpretación literal de dicho precepto, que haya una situación de peligro preexistente al requerimiento de la asistencia.

<sup>122</sup> GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p.678.

<sup>123</sup> *Ibidem*. En su nota al pie n.º49, cita a modo de ejemplo: “conciertos con determinados seguros, pues con ello, se están obligando a atender a todas las personas que hayan suscrito ese seguro de salud; o aquellos casos de concierto de la Administración con clínicas privadas”.

<sup>124</sup> *Ibidem*., nota al pie n.º. 50; y MORENO-TORRES HERRERA, M<sup>a</sup>. R.: *op.cit.*, p. 64, según la cual, cuando el profesional deniega la asistencia sanitaria a un paciente, respecto del cual había asumido previamente el tratamiento, se le imputará el resultado de lesión o muerte del mismo, en comisión por omisión, o en su caso, se podrá proceder a la aplicación de una tentativa de lesiones o de homicidio en comisión por omisión.

No obstante, GARCÍA SANZ considera que también deberá ser de aplicación este precepto cuando exista previamente una situación de peligro para la vida del paciente, y sea susceptible de ser agravada<sup>125</sup>.

En consecuencia, para que se origine la obligación de intervenir en el sentido requerido por la norma, será preciso que dicho peligro sea previsible ex ante.

Respecto a la situación de peligro preexistente, ésta no debe haber sido creada por facultativo, puesto que de ser así se debe diferenciar varios casos. En cuanto al primero de ellos, si en el ejercicio de su profesión, el facultativo actúa imprudentemente dando lugar a una situación de peligro para el bien jurídico, GARCÍA SANZ considera que debería plantearse la responsabilidad por acción o en comisión por omisión por los resultados producidos, en contra de lo que opinan otros autores, que entienden que debería aplicarse el artículo 195.3 CP<sup>126</sup>.

Por otra parte, si el profesional sanitario, actuando como cualquier particular, atropella accidentalmente a una persona, deberá ser castigado por el delito del artículo 195 CP, puesto que, como argumentamos anteriormente, el profesional no puede estar permanente de servicio, de modo que, para que tenga lugar la aplicación del artículo 196, éste deberá ostentar una posición de garantía respecto del bien jurídico, por haber asumido previamente una obligación de prestar asistencia en el sentido requerido.

Ahora bien, volviendo al análisis del presente apartado, la configuración del peligro tiene que tener necesariamente su origen en un deber jurídico, y esto a su vez conlleva a una reflexión sobre su verdadera esencia, pues podría oscilar entorno a dos conceptos.

Por una parte, desde un planteamiento jurídico, sería entendido como la falta de ayuda o desamparo, teniendo en cuenta que, generalmente, el estado de salud del paciente ya es grave en el momento previo a la desasistencia. Partiendo de este concepto, un sector de la doctrina<sup>127</sup> se inclina por considerar este elemento de riesgo grave como condición objetiva de punibilidad, lo que implica que el auténtico resultado en la construcción típica del artículo 196 CP, no será la situación de riesgo grave para la salud de las personas, sino la propia conducta tipificada en dicho precepto, es decir, la denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios.

<sup>125</sup> GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p. 684.

<sup>126</sup> *Idem.*, p. 685, nota al pie nº. 78.

<sup>127</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, p. 535, nota al pie nº. 84.

Sin embargo, la autora ESQUINAS VALVERDE, de acuerdo con la redacción otorgada por el legislador, y más concretamente, con el principio de culpabilidad, entiende que parece más apropiada la interpretación de riesgo grave como elemento típico, identificarlo con el resultado de desamparo, que arrastra la propia omisión del garante de la asistencia necesaria, delimitando, mediante esta interpretación, el marco de utilización de dicho precepto a los supuestos en que podría imputársele “objetiva (nexo de causalidad entre omisión y efecto) y personalmente (dolo) al omitente un resultado efectivo de empeoramiento de la salud del paciente”<sup>128</sup>.

Por otra parte, en función de criterios médicos, podría entenderse que el término riesgo iría ligado al agravamiento en la enfermedad del paciente, a la existencia de complicaciones en su evolución clínica con la consiguiente disminución de expectativas positivas, o al aumento de sus dolencias, entre otras, afectando al normal funcionamiento de órganos relevantes, todo ello como consecuencia de la desasistencia por parte del personal sanitario responsable de cuidado de aquél. No obstante, se exige que este empeoramiento del bienestar físico del paciente no desemboque en un delito de lesiones o en una tentativa de homicidio, debiendo limitarse, únicamente, a ese riesgo grave. Esto presenta dificultades debido a la proximidad de estas nociones, pues tanto la jurisprudencia como la doctrina, le vienen dando al concepto de lesión, al que se asocia el concepto de enfermedad, un significado amplio, asociándolo al mero menoscabo de la salud, o al aumento de la dolencia existente en el paciente, siempre que concurra la obligación jurídica de mitigar dicha dolencia<sup>129</sup>.

Por su parte, MORENO-TORRES HERRERA, diferencia entre dos grupos de casos. De una parte, aquéllos en los que es imposible que se agrave la dolencia padecida por el paciente. En estos supuestos será impune la conducta omisiva del profesional, por faltar la condición objetiva de punibilidad, a saber, “el incremento del riesgo para la salud del paciente” que, a su juicio, no puede producirse en estos casos. No obstante, cuando el sujeto activo omitente ignore dicha imposibilidad de agravación del necesitado de asistencia, habrá que comprobar la concurrencia, por un lado, del dolo típico; y por otro lado, “la acción objetivamente idónea desde el punto de vista del espectador objetivo situado en la perspectiva *ex ante*”<sup>130</sup>. Por ello, como podemos observar, concurren todos los elementos típicos, pero la carencia de la condición objetiva de punibilidad, hará que no sea punible dicha conducta.

---

<sup>128</sup> *Ibidem*.

<sup>129</sup> *Idem.*, p. 437.

<sup>130</sup> MORENO-TORRES HERRERA, M<sup>a</sup>. R.: *op.cit.*, p.88.

De otra parte, alude a aquellos casos, en los que es imposible una mejora del paciente. En estos supuestos, si omite la prestación sanitaria el sujeto activo, y por consiguiente, se incrementa el riesgo, aunque éste no hubiera sido evitable, la conducta omisiva del profesional será punible conforme al artículo 196 CP, pues además de los elementos típicos, se da también la condición objetiva de punibilidad.

En cambio, si considerásemos este delito como un delito de peligro concreto, como HUERTA TOCILDO, cabría la punibilidad de la conducta en el supuesto en que, ex ante, el médico, no conociendo la ineficacia de su intervención debido a que la enfermedad no es susceptible de mejora, deniega la asistencia debiendo haber entendido que tal vez podría, con su acción, disminuir o erradicar el peligro. Por ello, a pesar de que el riesgo grave no sea imputable a dicha conducta omisiva por no ser consecuencia de la misma, nada impediría considerarla como conducta dolosa típica, apreciando un delito de omisión del deber de socorro del personal sanitario en grado de tentativa.

### **VIII. La vertiente subjetiva del tipo**

Coinciden varios autores en que las dos modalidades de conductas sancionadas en el artículo 196, sólo pueden cometerse dolosamente, al no haberse previsto en el Código penal una modalidad imprudente para esta clase de delitos<sup>131</sup>. Sería difícil imaginar el supuesto en el que se deje de actuar de forma imprudente, es decir, denegar la asistencia sanitaria, o abandonar el centro sanitario, por olvido del profesional sanitario de atender a su paciente, o por despiste respecto de su obligación permanente de permanecer en el puesto.

Partiendo de la afirmación anterior, teniendo en cuenta la consideración de que el riesgo grave para la salud de las personas, exigido en el artículo 196 CP, se trata de una condición objetiva de punibilidad, y no de un elemento del tipo, afecta a la amplitud del objeto del dolo, ya que sería innecesario que dicho riesgo fuera abarcado por el dolo, pues se estaría ampliando de manera considerada el ámbito de lo punible. Por ello, el ámbito de la punibilidad quedaría limitado a la realización de un delito de peligro abstracto, es decir, el objeto del mismo quedará delimitado a la omisión típica, a saber, denegar la asistencia sanitaria o abandonar los servicios sanitarios<sup>132</sup>.

<sup>131</sup> En este sentido: HUERTA TOCILDO, S.: *op.cit.*, p.94; GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p. 685; ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, p. 535; entre otros.

<sup>132</sup> MORENO-TORRES HERRERA, M<sup>a</sup>. R.: *op.cit.*, p. 93.

De esta manera, el sujeto activo tiene que ser conocedor de la necesidad de su intervención, así como del carácter ex ante peligroso que generaría su omisión con respecto al bien jurídico protegido.

Conforme a lo anterior, si el sujeto activo desconoce la inutilidad de su auxilio profesional porque no hay posibilidad de mejora en el paciente, y a pesar de ello no presta la asistencia, se considerará que concurre el dolo típico, y por tanto, la infracción del deber profesional, “aunque su punición quede condicionada a la efectiva causación del incremento del riesgo”<sup>133</sup>.

Sin embargo, el dolo quedaría excluido en el supuesto en que el profesional no presta la asistencia sanitaria al paciente, por considerar que, por la gravedad que presenta, no puede hacer nada para mitigar su enfermedad, o para evitar el resultado de muerte, pues en este caso la omisión no es ex ante peligrosa con respecto a la vida y salud del mismo, de modo que no sería aplicable el artículo 196 CP.

En cuanto al tratamiento de los casos de error, éste puede afectar a cualquiera de los elementos del tipo, excluyendo el dolo, es decir, a las situaciones que fundamentan la posición de garante. En estos supuestos, puesto que el legislador ha optado por rechazar la modalidad imprudente de este delito, el error, vencible e invencible, sobre el tipo dará lugar a la impunidad de la conducta<sup>134</sup>.

Un supuesto problemático que se plantea en torno a esta cuestión, podría ser cuando el facultativo se equivoca acerca de la necesidad de prestar atención inmediata a un paciente que requiere su intervención, llevándolo dicho error a denegarla o dilatarla indebidamente en el tiempo.

A este respecto, un sector doctrinal considera que tal hipótesis debería permanecer impune, pues para ellos no cabe la posibilidad de sancionar dicha conducta por el delito de la omisión general de socorro, ni tampoco sería aplicable el artículo 412.3º CP, relativo a la denegación de auxilio por parte de funcionario, y tampoco cabría castigarla por el artículo 196<sup>135</sup>.

---

<sup>133</sup> *Ibidem*.

<sup>134</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, p.540.

<sup>135</sup> *Ibidem.*, nota al pie nº. 10.

Por el contrario, otros autores discrepan de la postura anterior, alegando una serie de razones que fundamentan su posición en este sentido. En primer lugar, aluden al supuesto en que el profesional sanitario deniega la asistencia de manera consciente. En este supuesto, el posible error vencible que se pueda dar sobre el estado de la salud del enfermo, no impide que exista ya una conducta dolosa susceptible de sanción. Y en segundo lugar, cuando el error verse sobre el riesgo grave para la salud del paciente, que podría paliar un facultativo medianamente diligente, su falta de conocimiento de dicha circunstancia sería difícilmente creíble, tratándose más bien de indiferencia por parte del mismo con respecto al paciente voluntariamente desatendido, de manera que podrá identificarse esta situación con el dolo eventual, en relación al resultado de peligro concreto no evitado dolosamente.

En definitiva, lo que estos autores vienen a decir es que cuando el error resulte incomprensible, dada la peligrosidad objetivamente existente, pues ninguna persona sensata habría confiado en que el daño no se produciría, la conducta deberá ser calificada como dolosa (eventual), independientemente de que el autor hubiera valorado en serio ese riesgo o no<sup>136</sup>.

Frente a lo anterior, MORENO-TORRES HERRERA entiende que el error recae indirectamente sobre la posibilidad de causar un incremento del riesgo para la salud del enfermo, siendo su objetivo, realmente, la situación generadora del deber de actuar, que no se ha valorado diligentemente. Además, apunta que si adoptáramos la postura anterior, es decir, considerar el error vencible sobre el riesgo grave como una conducta merecedora de ser calificada como dolo eventual, estaríamos privando a los profesionales de la medicina de equivocarse imprudentemente. Conforme a ello, añade que el Tribunal Supremo se ha pronunciado en torno a esta cuestión, entendiendo que cuando la negativa del profesional se deba a su valoración razonada profesionalmente, estimando que, “bien por el tiempo transcurrido, bien por la naturaleza del motivo que generaba el aviso, bien por haberse producido cuando existían otras posibilidades de atención alternativas, o bien por el conjunto de dichas circunstancias u otras razonablemente atendibles, ya no se hacía necesaria su intervención”, no se cometerá el delito de denegación de auxilio, sino que podrá hablarse de la infracción del deber objetivo de cuidado, si la valoración de aquél se considera negligente<sup>137</sup>.

Una vez analizado el objeto del dolo, esto es, la conducta omisiva y la posibilidad de causación de un peligro concreto para el bien jurídico, debemos determinar la relación subjetiva que el profesional omitente deberá establecer, para ser objeto de reproche personal por este

<sup>136</sup> *Idem.*, p.541-542. De la misma argumentación encontramos a HUERTA TOCILDO, S.: *op.cit.*, pp. 94-95.

<sup>137</sup> MORENO-TORRES HERRERA, M<sup>a</sup>. R.: *op.cit.*, pp. 95-96.

delito, con la posibilidad de que dicho peligro dé lugar a un posterior resultado de lesiones o muerte.

De conformidad a lo expuesto anteriormente, concluimos que nuestro delito se trata de un tipo de peligro doloso, y eventualmente, con imprudencia en relación con el resultado de lesión. Por tanto, según esta línea argumental, quedarán impunes las conductas imprudentes no seguidas de un resultado lesivo. Sin embargo, esta postura es contraria a la que considera que ciertas tentativas imprudentes, tanto activas como omisivas, en relación a la peligrosidad que conllevan para el bien jurídico, deben ser sancionadas.

No obstante, ESQUINAS VALVERDE, respecto a dicha teoría basada en la peligrosidad, se muestra disconforme, alegando que, por un lado, cuando el sujeto activo omite la asistencia, generalmente lo hará de forma consciente y voluntaria, convirtiendo la conducta en dolosa, seguida del dolo de peligro como elemento necesario del tipo. Por tanto, esta conducta omisiva sería, sin duda alguna, merecedora de castigo. Por otro lado, afirma que, en tanto en cuanto el delito del artículo 196 CP se ha estructurado como un delito de peligro, el resultado que se exige es la producción de un grave riesgo para el bien jurídico, y no un resultado lesivo, el cual no forma parte del tipo, por lo que no tendría sentido extender el dolo a dicho resultado<sup>138</sup>.

Por tanto, en cuanto a la dimensión subjetiva del artículo 196, se debe tener en cuenta la necesidad de que el sujeto activo actúe con dolo, al menos eventual, de peligro; y respecto a la posibilidad de daño efectivo en la salud del paciente, no será necesario, ni siquiera de forma imprudente, pues como ya hemos apuntado, la propia realización del tipo no lo requiere.

En consecuencia, cuando el delito que se está analizando no pertenece a la categoría de los tipos de resultado lesivo, sino a los de peligro concreto, el intérprete deberá de investigar si el sujeto activo conocía la alta probabilidad de que su conducta produciría el resultado de riesgo para la salud del paciente. De esta manera, el riesgo funcionaría como un resultado y, la conciencia de peligro, podría considerarse como el conocimiento de la situación fáctica, donde tendrían que incluirse el factor de la necesidad de la asistencia respecto del paciente, así como la exigibilidad de la misma al facultativo, cuyo deber es evitar el riesgo.

Sin embargo, la dificultad se encuentra en explicar el desconocimiento, por parte del profesional omitente, de la inminente posibilidad del resultado lesivo, teniendo en cuenta que es

---

<sup>138</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, pp. 547-550.

conocedor del grave riesgo y de la delicada situación en la que se encontraría el paciente de denegarle la asistencia, y aún así, confie en que dicho peligro no origine un menoscabo en la salud del paciente.

Pues bien, la solución parece residir en separar objetiva y temporalmente en el curso causal, los supuestos de creación del peligro y de producción de la lesión material, al adelantar la valoración del primero la concepción normativa del riesgo, como la que se ha escogido en el artículo 196. De este modo, en algunos supuestos el sujeto activo, ignorando la concurrencia de algunos factores o por una errónea valoración de los mismos, confía en que su abandono no repercutirá negativamente en la salud del enfermo, teniendo conocimiento del desamparo que se derivaría de su conducta. Al cabo, esto implica una “separación *cognitiva* del dolo de peligro respecto del dolo de resultado”<sup>139</sup>.

En definitiva, se tratará de buscar indicios que demuestren objetivamente que esa confianza o ignorancia del autor, no obstante su omisión ilegítima, no daría lugar a un resultado lesivo, esto es, por ejemplo, que el mismo contaba con que viniera más tarde un segundo médico que pudiera paliar el peligro originado al paciente desamparado con su desatención.

A este respecto, cabe mencionar que la posición de garante del sujeto activo nunca podrá originar por sí misma una omisión equivalente estructural y materialmente a la causación activa del resultado, pues deberán concurrir otros elementos y circunstancias para que pueda apreciarse dicha equivalencia, con vistas a poder estimar en la conducta omisiva del profesional sanitario una tentativa de lesiones u homicidio, susceptibles de ser castigada en comisión por omisión.

En definitiva, de acuerdo con todo lo expuesto, cabrá acoger, por tanto, una “interpretación cognitiva” del dolo típico en el artículo 196 CP<sup>140</sup>.

## **IX. Causas de justificación o exculpación**

En el marco del derecho penal, nos encontramos, por un lado, con las normas de prohibición, y por otro, con las normas de autorización. Las primeras, se consideran como normas inflexibles que obligan a no realizar actos lesionen los derechos de las personas. Por su parte, las segundas, suponen una limitación de lo prohibido en una norma, para aquellos casos en

---

<sup>139</sup> *Idem.*, p. 562.

<sup>140</sup> *Idem.*, p. 563.

los que un sujeto se encuentre en una situación de conflicto, es decir, en un contexto de colisión de bienes jurídicos, debiendo actuar en favor de uno, el poseedor del interés superior o preponderante, sacrificándose el otro o debiendo tolerar el interés de aquél. Por consiguiente, entra en juego la “teoría del interés preponderante”<sup>141</sup>.

En el Código penal de 1995, podemos apreciar que se recogen varias causas de justificación: la legítima defensa, redactada en el artículo 20.4 CP; el estado de necesidad, en el apartado quinto del mismo artículo que el anterior; y el cumplimiento de un deber o ejercicio legítimo del derecho, oficio o cargo, ubicado también en el mismo artículo que los anteriores, pero en el apartado séptimo.

Ahora bien, la teoría que nombramos supra, esto es, la “teoría del interés preponderante”, cuyo cometido es establecer el factor común a todas las causas de justificación, considerando que es el hecho de que se permita la lesión de un interés jurídico cuando entre en conflicto con otro superior. No obstante, debemos tener en cuenta que algunas causas de justificación sólo excluyen el desvalor de la acción y, se deberá atender a los rasgos característicos de cada una de ellas. Por lo tanto, la generalización que efectúa dicha teoría llega a resultar errónea, por cuanto no se puede generalizar el fundamento de todas las causas por igual, ya que cada una, como ya hemos dicho, presenta sus propias características.

En razón de lo expuesto, de acuerdo con la teoría nombrada supra, en el supuesto en que el profesional sanitario deniegue la asistencia requerida a un paciente para asistir a otro que se encuentra en un estado más grave, su conducta estará justificada. Y lo mismo para el caso en que abandonare los servicios sanitarios con el mismo fin.

Respecto al ejercicio legítimo de un derecho, que como hemos dicho se trata de una causa de justificación, generalmente se dará esta circunstancia cuando el facultativo ejercite su derecho huelga.

Por su parte, cuando se trate del cumplimiento de un deber de obediencia, sólo dará lugar a la causa de justificación cuando la orden que deba acatar el facultativo proceda de su superior jerárquico, que ostente competencia para ello, siempre que el contenido de dicha orden no sea antijurídica<sup>142</sup>.

---

<sup>141</sup> Disponible en: <https://www.iberley.es/temas/causas-justificacion-delitos-48131>

<sup>142</sup> GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p. 687.

Por lo que concierne a las causas de exculpación, podemos apreciar la eximente de miedo insuperable, que se encuentra recogida en el artículo 20.6 CP, como causa de exclusión de la culpabilidad, basándose en que el sujeto no pueda actuar de otro modo, pues “obre impulsado por miedo insuperable”, es decir, cuando exista un posible riesgo para su persona. No obstante, teniendo en cuenta que se trata de un profesional sanitario, será difícil apreciar esta eximente, pues se supone que dicho profesional debía conocer los riesgos que conllevan su profesión.

Además, para poder apreciar esta eximente será necesario que exista una situación inminentemente gravosa, que produzca una verdadera perturbación del ánimo invencible en el profesional. De manera, que sólo podrá apreciarse esta eximente, de acuerdo con el delito descrito en el artículo 196, cuando el profesional presente alguna fobia patológica al contagio. Sin embargo, esta circunstancia inhabilitaría al facultativo para el ejercicio de su profesión<sup>143</sup>.

## **X. Relaciones concursales**

### **10.1 Relaciones concursales con los delitos de resultado de muerte o lesiones**

La primera dificultad que plantea el delito del artículo 196 CP, es determinar su relación concursal con la responsabilidad del sanitario por el resultado lesivo que pudiera llegar a originarse, y que pudiera imputársele a título de comisión por omisión. Dicho de otro modo, es preciso analizar si la realización de la conducta típica descrita en el artículo 196 puede equipararse estructural y materialmente con una hipotética causación activa de dicho daño.

En este sentido, hay diversas orientaciones doctrinales, siendo la opinión mayoritaria la que entiende que la responsabilidad del profesional sanitario es alternativa, por subsidiaria a aquélla en la que podría incurrir como comitente omisivo. Respecto a esto, se reproduce el mismo razonamiento que se sostiene cuando se plantea un supuesto concursal entre el subtipo agravado del artículo 195.3 y los delitos de lesiones u homicidio.

De esta manera, un sector doctrinal ha afirmado que debe apreciarse un concurso de normas entre el delito del artículo 196 y el artículo 11 CP cada vez que se produzca un resultado lesivo, siendo suficiente que éste se manifieste como consecuencia de una progresión del riesgo grave. Así, pese al mayor desvalor de resultado que ello implicaría, no sería relevante desde el punto de vista punitivo<sup>144</sup>. Por tanto, cuando por las circunstancias del hecho y apelando al

---

<sup>143</sup> *Ibidem*.

<sup>144</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios*

sentido común y jurídico, no pueda equipararse la omisión del facultativo con la producción de dicho resultado mediante acción directa, no podrá imputársele a dicha omisión tal resultado lesivo.

Por su parte, otros autores cuya línea argumental ha sido tendente a atribuir dicho resultado lesivo a los profesionales sanitarios, han defendido que cuando se ponga de manifiesto una conducta dolosa, al menos eventual, en el actuar del facultativo, con relación al resultado de muerte o lesiones, aquél deberá responder en comisión por omisión, lo que les lleva a apreciar un aparente concurso de normas, determinado por la subsidiariedad<sup>145</sup>. No obstante, si solo se detectara imprudencia en la actuación de dicho facultativo, en relación con tal resultado, cabrá apreciar un concurso ideal de delitos entre el artículo 196 CP y el homicidio o lesiones a título de comisión por omisión imprudente<sup>146</sup>.

En cambio, otro sector doctrinal, se inclina por considerar que existe un concurso de normas, considerando que “la imprudencia de lesión consume el desvalor del comportamiento doloso de peligro”<sup>147</sup>, pues de acoger la postura anterior se estaría infringiendo el principio *ne bis in idem*. Sin embargo, de considerarlo así, podría dar lugar a soluciones materialmente injustas<sup>148</sup>. Con todo, para evitar tales anomalías se ha propuesto la aplicación del artículo 8.4º. CP, esto es, resolver conforme al principio de alternatividad, aplicando el precepto penal más grave con exclusión de aquél que presente una pena menor, atendiendo a un determinado contexto fáctico.

En definitiva, de conformidad con lo expuesto, cabrá apreciar un concurso de normas cuando como consecuencia de la omisión del profesional sanitario se derive un resultado de muerte o lesiones, tanto en los supuestos de resultado doloso, en cuyo caso cabrá resolverlo por el principio de subsidiariedad, como en los supuestos de resultado imprudente, aplicando en este caso el principio de alternatividad. En sentido, debemos tener en cuenta que, para que el profesional sanitario responda por el resultado lesivo en comisión por omisión, será necesario probar que dicho sujeto ostente una posición de garante en cuanto a la evitación de tal resultado, y que su conducta omisiva pueda ser equiparada estructural y materialmente con una hipotética comisión activa de dicho resultado.

---

*sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, p. 569.

<sup>145</sup> En contra, GARCÍA SANZ, J.: *op.cit.*, p. 691, manifiesta que cabría apreciar un concurso de normas, pero no por la regla del apartado segundo del artículo 8 CP, sino en relación de especialidad, prevaleciendo la aplicación del artículo 11 cuando se haya asumido de manera previa el cuidado del paciente.

<sup>146</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, p. 570.

<sup>147</sup> *Ibidem*.

<sup>148</sup> *Ibidem*., “por ejemplo si se determina la presencia únicamente de una culpa leve”.

No obstante, de acuerdo con cierta línea doctrinal, no siempre que se dé un incumplimiento de esa obligación, cuya consecuencia sea un resultado de muerte o lesiones, debe acudir automáticamente a la figura de la omisión impropia, pues será necesario que dicho sujeto activo sea de hecho garante por haber asumido previamente de un modo “específico, personal e inequívoco”<sup>149</sup> el compromiso de asistir al paciente concreto necesitado de auxilio, pues sólo en este caso se podrá admitir que el facultativo tiene una *posición de dominio sobre el riesgo* equivalente a la que cabría esperar de su comisión activa, debiendo actuar, por tanto, de manera que evite o mitigue cualquier riesgo que pueda amenazar al bien jurídico protegido.

### **10.2 Relación concursal con el artículo 409**

Este precepto castiga a las autoridades o funcionarios públicos que abandonen un servicio público, bien de manera promovida por ellos mismo, o bien simplemente tomando parte en dicho abandono.

Conforme al contenido del propio precepto, sólo podrá apreciarse un posible concurso en relación con su apartado segundo, el cual recoge el supuesto de abandono del servicio como acto individual de quien lo realiza. Por tanto, de concurrir los presupuestos de ambos preceptos, es decir, del artículo 196 y 409 CP, cabrá apreciarse un concurso ideal, pues la razón reside en que el segundo se agota en el desvalor que de por sí supone la alteración del servicio como tal, pero sin valorar como se infiere por lo demás de la pena de multa prevista, la entidad de los bienes jurídicos que mediatamente puedan resultar afectados<sup>150</sup>.

### **10.3 Relación concursal con el artículo 412.3**

Este precepto castiga a la autoridad o funcionario público que, requerido por un particular para prestar auxilio, estando obligado a ello por razón de su cargo, para evitar un delito contra la vida de las personas, se abstuviera de prestarlo.

En primer lugar, resulta evidente el parecido entre este delito y el recogido en el artículo 196 CP, hasta el punto de que, en su apartado tercero, castiga también los supuestos en que se deniega la asistencia por parte de un sujeto que está obligado a ello. De este modo, sería posible aplicar tal apartado a los supuestos de denegación de asistencia por el personal sanitario, pues el

---

<sup>149</sup> *Idem.*, p. 573.

<sup>150</sup> GÓMEZ RIVERO, M<sup>a</sup>. C.: *op.cit.*, p. 644.

mismo se refiere a la evitación de otro mal, y sólo en este caso podrá observarse la concurrencia del artículo 412.3 con el artículo 196 CP.

Ahora bien, la denegación de auxilio que castiga el artículo 412.3 hace referencia al sujeto considerado individualmente, que está obligado a prestar tal auxilio, y cuando el mal que describe el tipo se suscite en el ámbito sanitario, el punto de referencia será también una situación de peligro para la persona o personas que pudieran verse afectadas. Por tanto, se debe apreciar entre el delito del artículo 196 y el delito anterior un concurso de leyes, siendo de aplicación preferente el del artículo 196, no sólo por razones de especialidad en relación con el supuesto que contempla, sino también por ser el que prevé una pena superior<sup>151</sup>.

---

<sup>151</sup> *Idem.*, p. 645.

## **XI. Conclusiones**

1. La naturaleza jurídica de este tipo penal, a mi juicio, y conforme con la doctrina mayoritaria, será la de un delito especial, de omisión pura de garante y de peligro abstracto.

En primer lugar, delito especial porque, siguiendo la interpretación literal del precepto objeto de estudio, este delito sólo podrá ser cometido por los profesionales que se hallen obligados a prestar asistencia sanitaria. En segundo lugar, es un delito de omisión pura de garante, pues para poder incurrir en el tipo, el sujeto activo debe ostentar una posición de garante con respecto al bien jurídico protegido, y ello se dará cuando haya asumido previamente un compromiso por vía legal o contractual. Y por último, tiene la consideración de delito de peligro abstracto, en tanto en cuanto lo relevante será, en este supuesto, que la actuación del profesional resulte peligrosa ex ante, pudiéndose derivar de tal peligrosidad la creación de un riesgo grave para la salud del paciente.

2. El bien jurídico que pretende proteger este tipo penal, de acuerdo con la autora GARCÍA SANZ, entre otros de igual opinión, es la vida y salud de las personas, consideradas de manera individual, pues pese a que en el precepto se utilice el término personas en plural, realmente se está haciendo referencia a aquel sujeto que se halle necesitado de auxilio. Se pretende aludir a la protección de los bienes individuales, cuyo titular es la persona a la que se le prive de la asistencia sanitaria, con la que se hubiera establecido previamente una relación médico-paciente.

3. El sujeto activo será el profesional sanitario que se halle obligado a prestar asistencia sanitaria, independientemente de que se encuentre incardinado en la sanidad pública o en la privada, aún se trate de los que ejercen sus funciones de manera voluntaria, pues lo trascendente, a efectos de incurrir en el tipo delictivo, será que esté capacitado y comprometido a ello para prestar asistencia sanitaria, debiendo repercutir su conducta de forma negativa e inmediata en la salud del enfermo.

4. En lo que refiere a la conducta típica, se incurrirá en este delito, conforme con ESQUINAS VALVERDE, cuando a través de la actuación ilícita del profesional sanitario se origine un riesgo grave para el bien jurídico que se protege, ostentando aquél un deber de garante de evitación de dicho riesgo. Por lo tanto, en este punto lo relevante será las expectativas, la causalidad.

5. Con la cláusula «riesgo grave», se esta haciendo referencia, de acuerdo con la interpretación literal del mismo, a que dicho riesgo lo debe ser para la salud de las personas, debiendo ser previsible ex ante, para que se origine la obligación de intervenir. Por tanto, se encuentra ligado a un agravamiento en la enfermedad o dolencia del necesitado de asistencia, debido a la conducta típica.

6. El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios, como consecuencia de la falta de previsión de la modalidad imprudente para estos delitos en el Código penal, sólo podrá ser cometido dolosamente. Dicho en otros términos, el sujeto activo deberá ser conocedor de la necesidad de su intervención, así como del carácter ex ante peligro que presenta su omisión con respecto al bien jurídico. En consecuencia, sólo deberá apreciarse error en su conducta típica cuando hayan indicios que demuestren, de manera objetiva, que la confianza o ignorancia del profesional, no obstante su omisión ilegítima, no daría lugar a un agravamiento en la enfermedad del paciente.

## XII. Bibliografía

- ESQUINAS VALVERDE, P.: “Responsabilidad penal del profesional sanitario por omisión de asistencia sanitaria. Una revisión dogmática de algunos aspectos del art.196 CP”, en AA.VV. SUÁREZ LÓPEZ J. A.: *Estudios jurídicos sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico y otros agentes sanitarios*, Ed. Dykinson, Madrid, 2009.

- ESQUINAS VALVERDE, P.: *El Delito de Denegación de Asistencia Sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, Ed. Comares, Granada, 2006.

- FARALDO CABANA, P.: “ La omisión del profesional sanitario: Los delitos de omisión del deber de socorro y denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios”, en AA.VV. BRANDARIZ GARCÍA J.A.: *Responsabilidad penal del personal sanitario*, Netbiblo, A Coruña, 2002.

- GARCÍA SANZ, J.: “La Responsabilidad penal por denegación de asistencia sanitaria”, *Actualidad penal*, n.º 30, 2001.

- GÓMEZ RIVERO, M<sup>a</sup>.C.: “Otros títulos de responsabilidad del sanitario”, en AA.VV. CAMAS JIMENA M.: *Responsabilidad médica*, Tirant lo blanch, Valencia, 2013.

- GÓMEZ RIVERO, M<sup>a</sup>.C.: *La responsabilidad penal del médico*, 2º edición, Tirant lo Blanch, Valencia, 2008.

- HUERTA TOCILDO, S.: *Principales novedades de los delitos de omisión en el código penal de 1995*, Tirant lo blanch, Valencia, 1997.

- MOLINA NAVARRETE, C.: “El respeto a la libertad religiosa como cláusula de excepción justificada y razonable del régimen general de la prestación legalmente exigible a la Seguridad Social”, en *Reflesicones generales a propósito de la sentencia del Tribunal Constitucional 166/1996 de 28 de octubre*, Diario la Ley, tomo 2, 1997.