

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**  
**Máster Universitario en Abogacía y Procura**  
**Promoción 2023 / 2024**  
**Universidad de La Laguna**  
**Convocatoria Extraordinaria: Marzo**

# **LA RESPONSABILIDAD PENAL SANITARIA**

Health Criminal Liability



Realizado por la alumna Torahi Verónica Ramos Acosta.

Tutorizado por el profesor Christian Conal Fuertes.

Departamento: Disciplina Jurídicas Básicas.

Área de conocimiento: Derecho Penal.

## **ÍNDICE**

- 1. INTRODUCCIÓN.**
- 2. CONCEPTUALIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA REGULACIÓN GENERAL DE LA RESPONSABILIDAD PENAL SANITARIA.**
- 3. ESTUDIO CRÍTICO DE LOS DELITOS SANITARIOS.**
  - 1. DELITO DE HOMICIDIO IMPRUDENTE.**
  - 2. DELITO DE LESIONES.**
  - 3. DENEGACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA.**
  - 4. EUTANASIA.**
  - 5. DELITOS COMETIDOS POR PERSONAL SANITARIO EN FORMACIÓN.**
- 4. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
- 5. CONCLUSIONES.**
- 6. BIBLIOGRAFÍA.**

## 1. INTRODUCCIÓN.

El análisis de la responsabilidad penal del profesional sanitario es un tema que presenta una elevada complejidad. La aparición constante e incesante de nuevas tecnologías y nuevos instrumentos sanitarios convierten en cada vez más probable la aparición de resultados lesivos y, por consiguiente, la intervención de la responsabilidad penal sanitaria.

Los tipos delictivos que pueden ser cometidos por los sanitarios en el ejercicio de su profesión son muchos y muy variados en su naturaleza, dado el deber de diligencia y la posición de garante que se les presupone en comparación con ciudadanos ordinarios.

En ocasiones, no es la conducta dolosa, sino la omisiva, la que puede conllevar, en los casos más graves, el fallecimiento del paciente; o una lesión grave que altere para siempre su integridad física. Adquieren especial trascendencia, en consecuencia, tanto la *lex artis* como las normas de cuidado que los facultativos están obligados a seguir, teniendo el tipo imprudente un papel destacado en la valoración de todas las intervenciones sanitarias.

Esta investigación quedaría incompleta de no tener en cuenta el impacto que las nuevas tecnologías sanitarias están teniendo en el ejercicio de la profesión médica. Se trata no sólo de herramientas y objetos que la facilitan en el día a día, sino de verdaderas innovaciones tecnológicas que benefician tanto al médico como al paciente. Hay que destacar la incorporación de la inteligencia artificial (IA) a los modernos sistemas sanitarios, que ha generado la lógica preocupación de no pocos especialistas en la materia.

A pesar de la relativamente escasa legislación en relación con esta especialidad, el complejo mundo de la responsabilidad penal sanitaria ofrece interesantes posibilidades para el investigador interesado en saber cómo el Código Penal hace frente a sus desafíos y lucha por mantenerse actualizado en medio de la constante evolución científico – tecnológica.

## **2. CONCEPTUALIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA REGULACIÓN GENERAL DE LA RESPONSABILIDAD PENAL SANITARIA.**

El ejercicio de las distintas profesiones orientadas a garantizar la salud de las personas ha ido convirtiéndose en una actividad cada vez más compleja. Y es que, aunque cada vez se dispone de instrumentos más eficaces, también es cierto que resultan más agresivos en su contacto con el ser humano<sup>1</sup>. En consecuencia, se exige a los profesionales sanitarios unos conocimientos y habilidades cada vez mayores para poder conservar como corresponde la salud y la vida de sus pacientes. El derecho penal no es ajeno a esta tendencia, regulando en numerosos artículos del Código Penal tipos delictivos orientados a prever las acciones de aquellos profesionales sanitarios que incumplan sus deberes y atenten contra la integridad física y contra la vida de quienes han confiado en ellos.

El deber de cuidado mencionado tiene dos vertientes: una externa y una interna<sup>2</sup>. Se habla de un deber de cuidado interno en relación con todos aquellos conocimientos que ostenta un profesional sanitario, los cuales le hacen acreedor de ciertas formas de actuar en situaciones de riesgo. Por otro lado, se habla de un deber de cuidado externo cuando, una vez se concreta dicha situación de riesgo, están obligados a emplear los instrumentos necesarios y adecuados conforme a esos conocimientos que tienen como médicos.

Sentencias como la del Juzgado de lo Penal núm. 2 de Lorca, núm. 208/2019, de 20 de agosto, (proc. núm. 104/2016)<sup>3</sup> nos confirman que la ausencia de un adecuado deber de cuidado conlleva la aplicación de la responsabilidad penal sanitaria, expresando claramente

---

<sup>1</sup> ROMEO CASABONA, C. M: “Evolución del tratamiento jurídico – penal de la imprudencia del personal médico sanitario”, en *Revista Jurídica de Castilla y León*, Nº 13, 2007, pág. 216.

<sup>2</sup> CÓRDOBA RODA, J: “Configuración de la imprudencia en el ámbito sanitario en el nuevo Código Penal”, en *Derecho y Salud*, Vol. 4, Nº 1, 1996, pág. 142.

<sup>3</sup> Sentencia del Juzgado de lo Penal núm. 2 de Lorca, núm. 208/2019, de 20 de agosto, (proc. núm. 104/2016) – ECLI:ES:JP:2019:1823.

que: “*la responsabilidad médica o de los técnicos sanitarios procede cuando en el tratamiento efectuado al paciente se incide en conductas descuidadas de las que resulta un proceder irreflexivo, la falta de adopción de cautelas de generalizado uso o ausencia de pruebas, investigaciones o verificaciones precisas como imprescindibles para según el curso del estado del paciente, actuar, aunque entonces el reproche de culpabilidad viene dado, en estos casos, no tanto por el error (si lo hubiere), sino por la dejación, el abandono, la negligencia o el descuido de la atención que aquel requiere*”.

A este respecto se pronuncia también la Sentencia de la Audiencia Provincial de Salamanca núm. 31/2001, de 23 de febrero (rec. núm. 179/2000)<sup>4</sup>, que hace énfasis en la importancia del deber de cuidado que hemos venido citando, haciendo ver que podemos apreciarlo en aquellas situaciones de la actividad humana en las que existe un riesgo latente para los bienes jurídicos esenciales que hacen necesaria la existencia de normas o reglas generales que expresan “*prohibiciones de conducta para aquellos supuestos en los que la experiencia general de la vida demuestra una gran probabilidad de que una acción de esa índole lesione un bien jurídico*”. Comparte esta postura la Sentencia del Tribunal Supremo del caso Madrid Arena, STS núm. 805/2017, de 11 de diciembre (rec. núm. 2019/2016)<sup>5</sup>, la cual confirma que la infracción del deber de cuidado es, en verdad, la *esencia* del comportamiento imprudente, aspecto que analizaré más adelante en esta investigación.

La infracción de este deber de cuidado tan discutido por la jurisprudencia, es decir, incurrir en aquellas acciones u omisiones del personal sanitario conducentes a resultados de muerte o secuelas permanentes, darán lugar a una responsabilidad<sup>6</sup> cuya pena será más o menos elevada dependiendo del delito y del bien jurídico contra el que se atente.

---

<sup>4</sup> SAP de la Audiencia Provincial de Salamanca núm. 31/2001, de 23 de febrero (rec. núm. 179/2000) – JUR 2001:138410.

<sup>5</sup> STS, Sala de lo Penal, núm. 805/2017, de 11 de diciembre (rec. núm. 2019/2016) – ECLI:ES:TS:2017:4867.

<sup>6</sup> PEÑA Y GONZALO, L: *La responsabilidad penal del personal sanitario: causas de justificación*, Plaza y Valdés, Madrid, 2016, pág. 2.

Resulta apresurado asegurar que la responsabilidad de un médico surge, sin más, en el momento en el que su obligación no es satisfecha o, aun siéndolo, no se lleva a cabo según lo establecido en la ley. No en todos los casos estaríamos ante una violación o incumplimiento que deba ser sancionado. Dicha responsabilidad surgirá cuando se incumpla el acto médico, lo que han definido algunos autores como “*aquella actividad realizada por los profesionales de la salud [...] cuya acción incide directa o indirectamente en la preservación de la salud individual o colectiva, así como en la curación*”<sup>7</sup>

Es importante destacar que, en el ámbito de la responsabilidad penal sanitaria, tiene especial relevancia el consentimiento informado, el cual, previamente a la Ley 41/2002<sup>8</sup>, era potestad exclusiva del profesional sanitario, quien decidía, siempre por sí mismo, qué tratamiento se iba a seguir durante la curación de un enfermo<sup>9</sup>. Actualmente, tras la redacción de la norma citada, la responsabilidad ha pasado a ser compartida: el paciente decidirá cuál es el tratamiento al que quiere someterse, de entre los existentes. Tal y como nos remarca López Robles, esto no significa que la responsabilidad del médico sea menor, sino que el deber principal de éste será el de informar de manera clara y adecuada al paciente sobre el tratamiento que va a llevarse a cabo y sus dificultades, de ahí el término *consentimiento informado* al que he hecho referencia al inicio de este párrafo.

---

<sup>7</sup> GUERRERO SOTELO, R.N; HERNÁNDEZ ARZOLA, L.I; ARAGÓN GONZÁLEZ, G.R.: “Responsabilidad jurídica del acto médico – sanitario”, en *Revista Conamed*, Vol. 24, N° Extra 1, 2019, pág. 41.

<sup>8</sup> 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, BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.

<sup>9</sup> LOPEZ ROBLES, P.: “Algunos aspectos sobre la responsabilidad penal del profesional sanitario. Especial atención al ámbito de la cirugía”, en AA.VV (VIRGINIA DECARVALHO LEAL, ABRIL USCANGA BARRADAS): *El derecho y sus razones, aportaciones de jóvenes investigadores*, 1ª edición, Bubok Publishing S.L., Galicia, 2013, pág. 158-159.

En este sentido, la SAP<sup>10</sup> núm. 100/2020, de 13 de marzo de 2020 (rec. núm. 99/2019) resuelve un recurso de apelación interpuesto como consecuencia del fallecimiento de una paciente sometida a una operación de reducción de estómago y hernia de hiato. Los apelantes alegaron que el consentimiento informado firmado por la paciente fallecida fue defectuoso, porque solo firmó un documento y no dos, cuando hubiese sido conveniente uno por cada operación, lo que conllevaría la imputación de culpabilidad al demandado.

Resuelve la Audiencia Provincial de Barcelona que, aunque, en efecto, la paciente había firmado un único consentimiento, en el mismo fue informada amplia y suficientemente de los riesgos que conllevaba la operación en su conjunto, estableciendo lo siguiente: *“el riesgo que fatalmente aconteció estaba descrito en el documento de consentimiento que firmó [...], y la paciente había sido informada convenientemente del mismo, por lo que la circunstancia de que en aquel documento no se hiciera referencia a la maniobra quirúrgica consistente en deshacer la técnica anterior carece de relevancia”*.

Basándome en lo anterior, es posible llegar a la conclusión de que, tal y como expresa textualmente la sentencia citada: *“para que pueda declararse la responsabilidad derivada de la falta de consentimiento informado es preciso que la información omitida lo sea sobre el riesgo que finalmente aconteció, y que, de haber sido conocido por el paciente su decisión quizás hubiera sido la de no someterse al tratamiento o la técnica quirúrgica”*.

El contraste lo encontramos en la STS núm. 669/2010, de 4 de noviembre (rec. núm. 444/2007)<sup>11</sup>, en la cual se alega mala praxis médica de un facultativo en relación con la falta de información proporcionada. En este caso, el sanitario no informó a la paciente de todas las dudas que le surgían en el periodo legalmente establecido para que la mujer decidiera si continuar con el embarazo o, por otro lado, abortar. Como consecuencia de esa

---

<sup>10</sup> Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 1ª), de 13 de marzo, núm. 100/2020 (rec. núm. 99/2019) - ECLI:ES:APB:2020:8081.

<sup>11</sup> STS núm. 669/2010, Sala de lo Civil, Sección 1ª, de 4 de noviembre (rec. núm. 444/2007) - ECLI:ES:TS:2010:6363.

falta de información, dio a luz a una niña con una incapacidad necesitada de especial protección. La paciente asegura que no habría tenido al bebé de haber sabido la condición que ostentaba, de manera que la falta de información dio lugar a un consentimiento dudoso.

Y es que, aun habiendo actuado el sanitario de manera diligente y con un especial deber de cuidado, fue condenado al pago de una elevada cantidad de dinero por daños morales a la paciente, porque se consideró que había incurrido en una negligencia médica por el hecho de no haber informado a la paciente de todo lo que conllevaba la situación en la que se encontraba. De ahí la gran importancia que debe dársele al consentimiento informado: puede ser el elemento esencial para una sentencia favorable o condenatoria.

La legislación anteriormente citada, reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002, de 14 de noviembre), regula en su art. 9, apdo. 2, una serie de casos en los que el consentimiento del paciente no es necesario, por lo que podrá el personal sanitario practicar ciertos tratamientos sin necesidad de que exista un consentimiento previo formalizado.

El art. 9.2 establece que: *“Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:*

*a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley [...].*

*b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”.*

En este sentido, autores como Gómez Rivero argumentan que, efectivamente, existen casos en los que un médico lleva a cabo un tratamiento sin consentimiento del

paciente y, aun así, es considerado lícito<sup>12</sup>. Esto viene justificado, igual que en la norma, por “*la protección prioritaria de la salud pública, frente a la voluntad del individuo*”

Lo anterior no significa sacrificar, en ningún caso, el deber de cuidado ni de consentimiento de los pacientes. Sólo introduce una serie de supuestos tasados en los que, en principio, no se incurría en responsabilidad penal por cometer ciertas acciones.

Antes de profundizar en el análisis de cada delito concreto en este ámbito, hay que destacar la posibilidad de que el profesional sanitario sea castigado por sus actos a través del tipo imprudente cuando no se aprecie la diligencia debida y, como consecuencia, se lesione el deber de cuidado necesario que puede, previsiblemente, conducir al fallecimiento de una persona, o a que sufra lesiones físicas o morales<sup>13</sup>. Incluso en esta modalidad, para apreciar el dolo, en palabras del autor Muñoz Conde, se exige el conocimiento y la voluntad de llevar a cabo los actos que conllevan el fallecimiento o lesión a una persona<sup>14</sup>.

Tal y como establece cierto sector de la doctrina y la jurisprudencia, la imprudencia profesional engloba la impericia y la negligencia profesionales<sup>15</sup>, entendidas como la ineptitud manifiesta para el ejercicio de la profesión médica. Esto convierte en razonable la pena accesoria que establece el Código Penal de inhabilitación para el ejercicio de la profesión para los casos en que se omitan los presupuestos de la *lex artis* médica.

Como expondré a lo largo de esta investigación, en determinados casos no existe la modalidad imprudente de un delito en concreto, como ocurre, por ejemplo, en el caso de la

---

<sup>12</sup> GÓMEZ RIVERO, M. C.: *La responsabilidad penal del médico*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2008, pág. 48.

<sup>13</sup> MUÑOZ CONDE, F.: *Derecho penal, parte especial*, 22ª Edición, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2019, pág. 33.

<sup>14</sup> *Ídem*, pág. 32.

<sup>15</sup> LANDECHO VELAZCO, C.M. y MOLINA BLÁZQUEZ, C.: *Derecho Penal parte General*, Tecnos, Madrid, 2020, pág. 333.

denegación de la asistencia sanitaria o de la cooperación al suicidio y, aun así, se le podrán atribuir y les serán aplicables a los profesionales sanitarios en su modalidad dolosa.

Esto evidencia que el facultativo debe llevar a cabo los tratamientos como un buen padre de familia y siguiendo un deber objetivo de cuidado, aplicando los conocimientos que ostenta como profesional sanitario de manera correcta, lógica y adecuada. La mala utilización de los instrumentos a los que tienen acceso como médicos y la ausencia del consentimiento previo al tratamiento, además de poder desembocar en consecuencias fatales (las cuales desarrollaré en el próximo apartado), comportará la aparición de lo que ha sido denominado como mala praxis médica, una figura de vital trascendencia.

Después de la reforma del Código Penal del año 2015 fue posible advertir dos fenómenos en el derecho penal: la eliminación de las faltas, como tales, pese a su pervivencia en la práctica como cierto tipo de penas, y la elevación de las penas entendidas como consecuencias jurídicas. El derecho penal sanitario no fue ajeno a esta tendencia comenzada ahora hace casi diez años, y algunas de las conductas en las que era suficiente una mera falta para prevenir la actividad delictiva pasaron a considerarse delitos, cuya pena aumentó de manera considerable. Esta reforma trajo consigo aspectos enormemente controvertidos en este ámbito, como el hecho de que los delitos leves sí se computan en el registro de antecedentes penales, mientras que las faltas generaban antecedentes cancelables en un plazo de seis meses<sup>16</sup>, siendo mucho más punitivas las normas actuales.

---

<sup>16</sup> CABO PEREZ, P.; GARCÍA ESTEBAN, N.; FERNÁNDEZ PIEDRALBA, E.: “Claves de la reforma del código penal y su impacto en el mundo sanitario”, en *DS: Derecho y Salud*, Vol. 25, N° Extra 1, 2015, pág. 190.

### 3. ESTUDIO CRÍTICO DE LOS DELITOS SANITARIOS.

Numerosa jurisprudencia y doctrina en todo el mundo han definido las obligaciones de los responsables sanitarios, en general, como de medios, lo que quiere decir que “*está obligado no a curar al enfermo, sino a proporcionarle todos los cuidados que requiera*”<sup>17</sup>.

Esto lo avala el Tribunal Supremo en su STS (Sala de lo Civil), núm. 89/2017, de 15 de febrero (rec. núm. 2511/2014)<sup>18</sup>, en la que resuelve un recurso de casación interpuesto en relación con una operación estética cuyo resultado no fue el esperado por la paciente y dice lo siguiente: “*la única imputación significada resulta ajena a la actividad médica asistencial, que es de medios y no de resultado*”, añadiendo más adelante que, en los casos de operaciones estéticas, el contrato de obra que haces con el cirujano plástico en cuestión tiene como finalidad un resultado específico. Esto no ocurrirá con la actividad médica asistencial, como establece el Supremo, en tanto que es diferente de la anterior: “*no estamos ante un contrato de obra en que su objeto contractual esencial no es el proceso seguido para la realización de una obra, sino precisamente el resultado de ese proceso*”.

Como comentamos en el epígrafe anterior, en ocasiones, la responsabilidad penal del médico será castigada con la aplicación de los delitos en su modalidad imprudente, por lo que deberán concurrir una serie de requisitos indispensables. En este sentido, el Auto de la Audiencia Provincial de Islas Baleares núm. 457/2011, de 8 de julio<sup>19</sup> establece expresamente que: “*El delito imprudente en la actividad sanitaria exige en la estructura de su tipo la concurrencia de los elementos siguientes:*

---

<sup>17</sup> ESPINOZA ARIZA, J.: La mala praxis médica y la vulneración del deber objetivo de cuidado, en *Revista Lex*, Vol. 19, Nº 28, 2021, pág. 325.

<sup>18</sup> STS (Sala de lo Civil), núm. 89/2017, de 15 de febrero (rec. núm. 2511/2014) – RJ 2017/583.

<sup>19</sup> Auto de la Audiencia Provincial de Islas Baleares, Sección 1ª, (núm. 457/2011), de 8 de Julio, ECLI:ES:APIB:2011:259A.

*1º) Una conducta no intencional ni dolosa, directa ni eventualmente.*

*2º) La inobservancia de los deberes objetivos de cuidado que impone la concreta actividad.*

*3º) Que de tal acción o, en su caso, omisión de dichos deberes se derive la producción de un resultado lesivo.*

*4º) Relación o nexo causal entre la conducta del agente y el resultado dañoso producido, de modo que por su infracción del deber de cuidado que le incumbe en la actividad que realiza le sea imputable objetivamente a título de mera culpa el resultado dañoso que, en otro caso, no se hubiera producido. No es suficiente, pues, con una conducta imprudente, se precisa además la producción de un resultado material perjudicial, pues se trata de un delito de resultado material”.*

Teniendo en cuenta estos elementos, la actividad del profesional sanitario podrá conllevar la aparición de responsabilidad penal y, por consiguiente, la condena a penas accesorias, además de, en el peor de los casos, penas privativas de libertad. Procedemos ahora a desglosar cuáles podrán ser los delitos cometidos por estos, y a analizarlos:

### **3.1. DELITO DE HOMICIDIO IMPRUDENTE.**

El delito más grave que puede cometer un profesional sanitario es el de homicidio imprudente, castigado en el art. 142 del Código Penal con una pena de prisión de uno a cuatro años y una inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión por un periodo de tres a seis años.

Los requisitos, como ya citamos anteriormente, para considerar imprudente una conducta están establecidos en la doctrina y la jurisprudencia. En este sentido, se pronuncia también la STS 4881/2023, de 15 de noviembre (rec. núm. 834/2023)<sup>20</sup>, la cual establece

---

<sup>20</sup> STS núm. 4881/2023, del Tribunal Supremo Sala de Lo Penal, de 15 de noviembre de 2023 (rec. núm. 834/2023) – ECLI:ES:TS:2023:4881.

que la imprudencia se configura por la concurrencia de 5 elementos, frente a los 4 elementos establecidos en la Sentencia de la Audiencia Provincial anteriormente citada:

1. Una acción u omisión voluntaria no intencional o maliciosa, con ausencia de cualquier dolo directo.
2. El factor psicológico consistente en la negligente actuación por falta de previsión del riesgo.
3. Infracción del deber objetivo de cuidado, impuesto por las normas exigibles al ciudadano medio.
4. Producción de un resultado nocivo.
5. Adecuada relación causal entre el proceder descuidado y el daño sobrevenido.

Por ello, no podríamos calificar de imprudente aquella actuación que no reuniera los requisitos mencionados, lo que significa que una conducta imprudente no podrá ser calificada como tal si no se produce, por ejemplo, el resultado perjudicial o nocivo.

Todo lo mencionado en relación con los requisitos necesarios para considerar que ha existido imprudencia a la hora de realizar una acción se aplicará a todos aquellos delitos cometidos por cualquier persona, siempre y cuando se compruebe que no ha existido dolo y, por tanto, se podrá aplicar en su modalidad imprudente. En cuanto a aquellos delitos cometidos por profesionales, es necesario añadir y recalcar que, en lo que respecta al profesional, requiere una especial preparación y un deber de diligencia mayor del que ostenta un ciudadano medio, por lo que estaría sometido a unas reglas de actuación específicas.

Se castiga en el art. 142 C.P. el homicidio en su vertiente grave y menos grave, desapareciendo la vertiente leve tras la reforma del Código Penal de 2015, estando ahora castigado solo en el ámbito civil y administrativo, en virtud de lo establecido en el Preámbulo de dicha reforma.

El delito de homicidio imprudente grave o menos grave se castigará en atención a las medidas de cuidado que se omitan; es decir, la omisión de la medida de cuidado más elemental que le es exigida a todas las personas, incluso a la menos diligente, comportaría la aplicación del delito en su vertiente más grave<sup>21</sup>. En palabras de autores como Mir Puig, la calificación dependerá de la gravedad de la infracción de la norma de cuidado: aquel deber de cuidado que se le exige, como señalé anteriormente, al menos diligente<sup>22</sup>.

En este sentido, la Sentencia de la Audiencia Provincial de Murcia, núm. 473/2022, de 21 de diciembre (rec. núm. 22/2022)<sup>23</sup>, en la que se resuelve un recurso de apelación interpuesto contra una sentencia en la que se absolvía a tres sanitarios (dos anestelistas y un cirujano, siendo este último el director médico del hospital) por el fallecimiento de una paciente como consecuencia, entre otras cosas, de una intervención quirúrgica llevada a cabo por estos. Pretendía la parte apelante la aplicación de un homicidio por imprudencia grave profesional para uno de los tres sanitarios.

A pesar del fatal resultado de fallecimiento de la paciente, el recurso de apelación fue desestimado y no se castigó a ninguno de los tres acusados porque, tal y como consideró la Audiencia Provincial, los sanitarios actuaron conforme a la '*lex artis*' (la cual definiremos más adelante), por lo que no podrían ser castigados por una actuación imprudente.

---

<sup>21</sup> RODRIGUEZ MORO, L.: “La configuración de la imprudencia como «grave» y «menos grave» en los delitos de homicidio y lesiones de los arts. 142 y 152 cp tras la reforma del código por la lo 1/2015: especial referencia a su conceptualización en el ámbito vial”, en *Revista de Derecho Penal y Criminología*, Nº 20, 2018, pág. 141.

<sup>22</sup> MIR PUIG, S.: *Derecho Penal Parte General*, Editorial Reppertor, Barcelona, 2016, pág. 295 – *Nos hace referencia Mir Puig a las palabras del autor Silvela, el cual definió como imprudencia grave “aquel cuidado y diligencia que puede exigirse al menos cuidadoso, atento o diligente”*.

<sup>23</sup> SAP de la Audiencia Provincial de Murcia, núm. 473/2022, de 21 de diciembre (rec. núm. 22/2022) – ECLI:ES:APMU:2022:3010.

Esto se debe a que, tal y como cité al inicio del epígrafe, la imprudencia será aplicada cuando concurren todos los requisitos exigidos por la ley. En este caso, y aun habiéndose producido un resultado de muerte como consecuencia, en parte, de la intervención quirúrgica, no se produce una infracción del deber de cuidado. Los tres sanitarios actúan conforme a lo establecido en la *lex artis* y observando el deber de diligencia que ostentan, por lo que no podrán ser acusados de un homicidio por imprudencia profesional.

Cabe recalcar, de nuevo, que la obligación que ostentan los médicos frente a los pacientes es una obligación de medios, no de resultado: su deber no es conseguir un resultado favorable, sino actuar de la mejor manera posible empleando todos los conocimientos a su alcance como profesionales sanitarios para evitar un resultado negativo.

Vemos esto, también, en sentencias como la SAP de Asturias núm. 564/2012, de 5 de diciembre (rec. núm. 152/2012)<sup>24</sup>, en la que se resuelve un recurso de apelación interpuesto contra una sentencia que condenaba por homicidio imprudente a una matrona que, tras no observar el deber de cuidado, no lleva a cabo las actuaciones necesarias para evitar el resultado lesivo. En este caso, tras el parto, el bebé fallece tras unos 20 minutos.

Considera la Audiencia Provincial que, a pesar de que se observara minutos antes del parto lo que ellos denominaron un “*líquido amniótico verde fluido*” y la matrona no lo comunicara inmediatamente al ginecólogo, no se ha infringido el deber de cuidado porque “*el deber de cuidado interno obliga a advertir la presencia de un peligro cognoscible y el índice de su gravedad que obliga a comportarse externamente de forma que no se generen riesgos no permitidos*”. Esto es: consideró la Audiencia Provincial, tras un profundo análisis del caso, que la presencia de un líquido amniótico verde no siempre es sinónimo de

---

<sup>24</sup> SAP de la Audiencia Provincial de Asturias núm. 564/2012, de 5 de diciembre (rec. núm. 152/2012) – ECLI:ES:APO:2012:3721.

peligro y, por tanto, la matrona no tenía por qué conocer de ese riesgo, lo que significa que actuó correctamente y no se produjo ninguna vulneración de la *lex artis* y tampoco mala praxis. Quedó absuelta del delito de homicidio imprudente por el cual se le había castigado.

En contraposición, la Sentencia de la Audiencia Provincial de Castellón, núm. 239/2021, de 28 de julio (rec. núm. 615/2021)<sup>25</sup> sí que condenó a dos enfermeras a una pena de prisión de un año y nueve meses por un homicidio imprudente grave. En este caso, ingresó en el Servicio de Urgencias una paciente menor de edad que, tras ser atendida por su doctora, prescribió un tratamiento específico a la menor. Cuando llegó la hora de suministrarle el tratamiento a la menor, ambas enfermeras ignoraron lo pautado por la doctora y suministraron unos fármacos completamente distintos. La consecuencia de esto fue el empeoramiento del estado de salud de la paciente y su posterior fallecimiento.

Fue por esto por lo que se castigó a ambas por un delito de homicidio por imprudencia grave, basándose en que, según alega la propia Audiencia Provincial, “*crea cada una de ellas una situación de peligro para la menor, con omisión de cualquier cuidado lógico que habría impedido el fatal desenlace [...] así como la especial posición de garante, [...] y la dejadez inexcusable en el desempeño de su actividad ordinaria*”.

En otro caso, la SAP de Castellón, núm. 414/2022, de 1 de diciembre (rec. núm. 1039/2021)<sup>26</sup> castigó como delito leve de homicidio imprudente menos grave a dos cirujanos que olvidaron, una gasa en los pulmones del paciente tras concluir una intervención quirúrgica, lo que acabó por provocar el fallecimiento del mismo.

A pesar de haber alegado los cirujanos que el fallecimiento se produjo como consecuencia de un sangrado y no como consecuencia del olvido de la gasa, la Audiencia

---

<sup>25</sup> SAP de la Audiencia Provincial de Castellón, núm. 239/2021, de 28 de julio (rec. núm. 615/2021) – ECLI:ES:APCS:2021:1107.

<sup>26</sup> SAP de la Audiencia Provincial de Castellón, núm. 414/2022, de 1 de diciembre (rec. núm. 1039/2021) – ECLI:ES:APCS:2022:1249.

Provincial desestimó el recurso de apelación interpuesto por estos y reafirmó que vulneraron el deber de cuidado que ostentaban al no haber prestado atención a la existencia de situaciones de peligro o riesgo. Sin embargo, finalmente se calificó lo sucedido como imprudencia menos grave, porque “*no se considera que su actuación esté afectada por la ausencia u omisión de las más elementales medidas de cuidado o atención*”.

Es posible apreciar, mediante el estudio de estas sentencias, que son exigibles todos los requisitos que doctrinalmente se exigen en relación con el delito imprudente para poder considerar una conducta como tal. En la primera sentencia citada, aunque se hubiera producido un resultado de muerte, se demostró que los tres sanitarios involucrados en el asunto siguieron las normas de cuidado exigidas y, por tanto, actuaron con diligencia. Sin embargo, en el tercer caso, sí se produjo el resultado de muerte de la paciente menor de edad porque las dos profesionales que estaban a cargo de suministrar el tratamiento omitieron todo lo necesario para evitar el fatal desenlace y, además, no actuaron con el deber de cuidado que se les exige por razón de su profesión, de manera que, evidentemente, procedería en este caso la consideración del delito como encuadrable en el tipo imprudente.

Aun comprendiendo la distancia entre ambos, considero pertinente hacer una pequeña referencia al delito de cooperación al suicidio, castigado en el art. 143.2 del Código Penal, el cual expresamente castiga a aquel que “*coopere con actos necesarios al suicidio de una persona*” a una pena de prisión de dos a cinco años. Se diferencia de la eutanasia, a la cual haremos referencia más adelante, en que en el caso de la cooperación necesaria, se castigarán a aquellas personas que lleven a cabo actos sin los cuales el resultado (en este caso, el suicidio) no se hubiera producido<sup>27</sup>, al contrario de lo que ocurre en la eutanasia, en la cual se llevan a cabo de manera directa aquellos actos que pondrán fin a la vida de una persona. Por ejemplo, en el caso de un ciudadano medio, la puesta a disposición de una pistola a un paciente con problemas mentales podría ser castigado como

---

<sup>27</sup> CUELLO CONTRERAS, J. y MAPELLI CAFFARENA, B.: *Curso de Derecho Penal, Parte general*, 3ª edición, Tecnos, Madrid, 2015, pág. 169.

cooperación al suicidio, si se diesen unas circunstancias muy concretas. Por otro lado, también se castiga por este delito a aquella persona que, ostentando una posición de garante, no evite que se produzca este suceso o no intervenga para que no ocurra<sup>28</sup>.

Este delito, en mi opinión, estaría relacionado con el homicidio imprudente, en tanto que un sanitario que omita determinados actos que conducen al paciente al suicidio, vulnera el deber de cuidado y la *lex artis*. En estos casos, considero que estaríamos ante un delito aplicable al psiquiatra, el cual, considero, ostenta una posición de garante más delicada aún que la de cualquier otro sanitario. Esto se debe a que, además de la protección del paciente a través del suministro de fármacos o tratamientos diversos, el psiquiatra tiene el deber de controlar y prevenir aquellos comportamientos que pueda llevar a cabo el paciente contra sí mismo<sup>29</sup>, en perjuicio de sí mismo. Sin embargo, es más difícil aportar pruebas de las negligencias cometidas por un psiquiatra, estando, incluso, demostrado que no suelen incurrir en responsabilidad penal (o civil), correspondiendo siempre la carga de la prueba al afectado<sup>30</sup>. Es una tarea compleja, a mi parecer, valorar si la salud mental de una persona es tan delicada que la misma puede conllevar que el paciente se quite la vida.

### 3.2. DELITO DE LESIONES.

El delito de lesiones está regulado en el art. 147 del Código Penal, que establece expresamente que: *“El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de tres meses a tres años o multa de seis a doce meses, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico”*.

---

<sup>28</sup> MUÑOZ CONDE, F.: op. cit. pág. 70.

<sup>29</sup> VALLEJO JIMENEZ, G.A.: “La responsabilidad penal por imprudencia del médico psiquiatra ante el suicidio del paciente con trastorno mental”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, Vol. 8, nº 79, 2012, pág. 57.

<sup>30</sup> BERTOLÍN GUILLEN, J.M.: “Delitos en el ámbito de la salud mental”, en *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, Nº43 (abril – junio), 2022, pág. 24.

Sin embargo, en estos casos aplicaríamos preferentemente la modalidad imprudente del mismo, regulada en el art. 152 C.P., que recoge en su apdo. 1 la modalidad de imprudencia grave y en su apdo. 2 la modalidad de imprudencia menos grave, siendo castigada la primera con una pena de prisión de tres a seis meses o pena de multa de seis a dieciocho meses, y la segunda con una pena de multa de uno a dos meses<sup>31</sup>. Adicionalmente, “*si las lesiones son cometidas por imprudencia profesional, se impondrá la pena de inhabilitación para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un periodo de seis meses a cuatro años*”<sup>32</sup>, regulado todo ello en el art. 152.3 del Código Penal.

Como he expuesto en el epígrafe anterior, el profesional sanitario está obligado a observar un deber de cuidado específico. Por tanto, aquel profesional que se aparte de estas normas que le exigen un especial cuidado merece lo que autores como Gutiérrez Aranguren denominan como “*mayor reproche en forma de sanción punitiva*”<sup>33</sup> en el ámbito penal.

En definitiva, el delito de lesiones se le puede aplicar a un sanitario cuando se produzcan resultados como los regulados en los arts. 149 (pérdida o inutilidad de un órgano o miembro principal, impotencia, esterilidad, grave deformidad, enfermedad somática o psíquica, mutilación genital) y 150 (pérdida o inutilidad de un órgano o miembro no principal o deformidad) del Código Penal, dada la trascendencia de los mismos.

---

<sup>31</sup> VIZUETA FERNÁNDEZ, J.: “*Las lesiones*”, en AA.VV. (ROMEO CASABONA, C.M.; SOLA RECHE, E.; BOLDOVA PASAMAR, M.A): *Derecho Penal, Parte Especial*, Tercera edición, Editorial Comares, Granada, 2023, pág. 112 y 114.

<sup>32</sup> *Ídem*, pág. 113.

<sup>33</sup> GUTIERREZ ARANGUREN, J.L.: “*La imprudencia profesional*”, en AA.VV. (JUANE SÁNCHEZ, M.; SANZ LARRUGA, F. J.; GÓMEZ, J.M.; DÍAZ-CASTROVERDE): *Lecciones de Derecho Sanitario*, Edición 1999, Universidade da Coruña, A Coruña, 1999, pág. 400.

Se pronuncia en este sentido la SAP de Jaén núm. 46/2017, de 6 de febrero (rec. núm. 991/2016)<sup>34</sup>. En ella, se resuelve un recurso de apelación interpuesto contra una sentencia que condenaba a un profesional sanitario por un delito de lesiones por imprudencia grave, con una pena de prisión de 1 año y ocho meses por haber incurrido en un error de diagnóstico que supuso al paciente una agravación de su estado de salud precisando una intervención quirúrgica posterior, lo que le provocó secuelas permanentes.

Recurrió la defensa alegando que la calificación de la imprudencia como grave la consideraban incorrecta, en tanto que se había producido un error en la valoración de la prueba y, a su entender, no concurrían los requisitos necesarios para apreciar imprudencia profesional y, por tanto, no cabría un delito de lesiones por imprudencia grave.

La Audiencia Provincial de Jaén se pronunció reiterando los requisitos necesarios para observar un delito de lesiones imprudentes, agravado por la condición de profesional sanitario. En primer lugar, debe existir una acción u omisión voluntaria, no intencional o maliciosa; en este caso, el sanitario no interpretó bien las pruebas realizadas a la paciente y no consideró oportuno llevar a cabo un determinado tratamiento. Y, en segundo lugar, una actuación negligente por falta de previsión relevante; en el caso concreto a analizar, el sanitario, por razón de su profesión, ostentaba unas capacidades y conocimientos que le hacían conocedor de las consecuencias que conlleva el no seguir un tratamiento adecuado en determinadas enfermedades, lo que observamos en este caso, reiterando que, si la valoración de las pruebas realizadas a la paciente hubiesen sido las correctas, no habría sido necesario que tuviese lugar una posterior intervención quirúrgica de tal calibre.

Por otro lado, la calificación de grave o menos grave de la imprudencia, alegó la Audiencia en esta sentencia, depende de la gravedad o intensidad de la actuación

---

<sup>34</sup> SAP de la Audiencia Provincial de Jaén, núm. 46/2017, de 6 de febrero (rec. núm. 991/2016) – ECLI:ES:APJ:2017:712.

negligente. Las consecuencias de esta negligencia en concreto fueron indudablemente graves, en tanto que la paciente presentó secuelas permanentes, graves complicaciones; además, se le realizaron varias amputaciones en miembros superiores, y, finalmente, en atención a todo lo anterior, se le concedió la incapacidad absoluta con gran invalidez.

Por todo ello, se desestimó el recurso de apelación considerando que se cumplían los requisitos exigidos por la ley para aplicar un delito de lesiones por imprudencia y, además, que la calificación del delito como grave era adecuada al caso en concreto.

Otro caso de lesiones imprudentes graves se refleja en la Sentencia de la Audiencia de Madrid, núm. 991/2008, de 3 de octubre (rec. núm. 279/2004)<sup>35</sup>, en la que castigó a dos sanitarias por dos delitos de lesiones imprudentes graves al recetar a quince personas un medicamento para adelgazar que resultaba ser tóxico y no recomendado para esa finalidad. Consideró la Audiencia Provincial, al igual que en la Sentencia citada anteriormente, que no se siguió la *lex artis* y, por tanto, se llevó a cabo una actuación negligente, es decir: las sanitarias, por la posición profesional que ostentaban, debían conocer sin duda los efectos secundarios de dicho fármaco, y no actuaron conforme al mínimo exigido legalmente.

La Sentencia de la Audiencia Provincial de Castellón, núm. 94/2004, de 23 de marzo, (rec. núm. 4/2004)<sup>36</sup> se opone, en su contenido, a la anterior. En ella se resolvió un recurso interpuesto contra el auto de sobreseimiento provisional de un caso en el que se pretendía castigar a una enfermera por un delito de lesiones imprudentes por no haber cumplido la *lex artis*. En este caso, la paciente se pinchó un dedo con un cactus y, tras recibir un tratamiento médico inadecuado, sufrió gangrena en ese mismo dedo. La Audiencia Provincial, tras el análisis exhaustivo del caso, llegó a la conclusión de que no

---

<sup>35</sup> SAP de la Audiencia de Madrid, núm. 991/2008, de 3 de octubre (rec. núm. 279/2004) – ARP 2009/985.

<sup>36</sup> SAP de la Audiencia Provincial de Castellón, núm. 94/2004, de 23 de marzo (rec. núm. 4/2004) – JUR 2004/112469.

existía nexo causal entre el resultado lesivo (es decir, la gangrena) y el tratamiento médico, uno de los requisitos indispensables para poder castigar un delito como imprudente.

Se comprobó que, evidentemente, la paciente sufrió un daño en el dedo pulgar que requirió una posterior intervención quirúrgica de la cual le quedaron secuelas, por lo que, efectivamente, existía ese resultado lesivo exigido por la ley. Sin embargo, la intervención quirúrgica no se produjo finalmente como consecuencia del tratamiento médico aplicado cuando la paciente acudió al Servicio de Urgencias, sino que se comprobó, tras varios informes médicos, que la gangrena procedía de la infección que le había provocado el haberse pinchado con el cactus; es decir, el resultado denunciado se hubiera producido de igual manera, aunque el tratamiento médico aplicado hubiera sido otro distinto.

Fue por ello por lo que la Audiencia Provincial desestimó el recurso presentado.

### **3.3. DENEGACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA.**

El art. 196 C.P. establece que: *“el 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 [...]”*, será castigado con la pena de multa de tres a doce meses o pena de prisión de seis meses a un año, y con la de inhabilitación especial por tiempo de seis meses a tres años<sup>37</sup>.

Los elementos típicos de este delito son, por tanto, una conducta omisiva en lo que corresponde al deber de socorrer a una persona desamparada y en peligro manifiesto y grave, y una culpabilidad constituida *“no solamente por la conciencia de desamparo de la víctima y la necesidad de auxilio, sino además por la posibilidad del deber de actuar”*<sup>38</sup>. Añade el Auto de la Audiencia Provincial de Madrid núm. 122/2010, de 15 de febrero (rec.

---

<sup>37</sup> GUTIERREZ ARANGUREN, J.L.: op. cit., pág. 394.

<sup>38</sup> SAP de la Audiencia Provincial de Sevilla núm. 14/2006, de 2 de noviembre – ARP 2006/708.

núm. 86/2010)<sup>39</sup> la exigencia también de una situación de riesgo grave para la salud de las personas, aspecto también reflejado en el artículo 196 C.P., es decir: se exige la producción de una situación que pueda desembocar en el resultado de lesión para un bien jurídico (por ejemplo, el fallecimiento del paciente o alguna otra lesión al bien jurídico protegido).

El delito regulado en el art. 196 del Código Penal está estrechamente relacionado con el art. 195 del mismo texto legal, que regula la omisión del deber de socorro, “*el cual obliga a todo aquel con capacidad concreta para cumplir un mandato de auxilio ante la situación de peligro típica*”<sup>40</sup>. Entendemos con esto que, a pesar de poder incluir la denegación de asistencia sanitaria o el abandono de los servicios sanitarios en el marco de un único artículo dedicado a la omisión del deber de socorro, el mismo dispone de su propio tipo delictivo cuando el sujeto activo (es decir, la persona con el deber de socorrer) es un profesional sanitario, por lo que podríamos denominarlo como un delito especial.

Por esto, podríamos definir la conducta típica del delito de denegación de asistencia sanitaria como la no prestación de asistencia solicitada por parte de un sujeto activo que reúne ciertas características, siempre y cuando de dicha denegación se derive un grave riesgo para la salud de las personas. No obstante, si un sanitario no tiene la obligación jurídica de actuar en un momento concreto y, aun así, no presta auxilio a una persona que se encuentra desamparada y en peligro, responderá por el artículo 195 C.P. ya citado, en tanto que corresponde al deber de socorrer que se le exige a cualquier otro ciudadano<sup>41</sup>.

---

<sup>39</sup> Auto de la Audiencia Provincial de Madrid núm. 122/2010, de 15 de febrero (rec. núm. 86/2010) – ECLI:ES:APM:2010:2132A.

<sup>40</sup> FLORES MENDOZA, F.: “*Omisión del deber de socorro*”, en AA.VV. (ROMEO CASABONA, C.M.; SOLA RECHE, E.; BOLDOVA PASAMAR, M.A): *Derecho Penal, Parte Especial*, Tercera edición, Editorial Comares, Granada, 2023, pág. 282.

<sup>41</sup> MARTINEZ GALINDO, G.: “*Autoría y participación en la imprudencia médico – sanitaria*”, en *Anuario de la Facultad de Derecho de Alcalá de Henares*, Vol. 7, 1997 – 1998, pág. 227.

La mayoría de la doctrina ha afirmado que la especialidad de este delito proviene de la *posición de garante* que ostenta el profesional sanitario. Se castiga como autor de un delito de comisión por omisión a aquella persona que ostente una posición de garante, entendida como la obligación de actuar de una manera determinada porque, por distintos motivos, se ostenta un “*específica obligación legal o contractual de actuar*”<sup>42</sup>.

En estos casos, se trata de un delito de comisión por omisión, porque el autor no ha realizado la acción debida y, por tanto, no ha evitado el resultado lesivo. Aquellas personas que ostenten una posición de garante tienen el deber jurídico de evitarlo<sup>43</sup>. En mi opinión, la naturaleza del delito de omisión en el ámbito sanitario debe conservarse en el ámbito del delito de comisión por omisión, en tanto que los profesionales sanitarios ostentan un deber de cuidado, el cual, una vez vulnerado, produce resultados fatales de difícil reparación.

De la denegación de asistencia debe derivarse un grave riesgo para la salud. Es por ello que determinados autores consideran que se establece una posición de garante de evitación de resultados de peligro concretos que se extiende a todos los profesionales sanitarios<sup>44</sup>. El deber de cuidado que debe, valga la redundancia, seguir un profesional sanitario ha sido proclamado, como ya hemos visto en los diferentes epígrafes, por abundante doctrina y jurisprudencia. Al sanitario le rodea un deber cualificado de atención, por lo que el deber de socorro que pesa sobre cualquier ciudadano en virtud del mencionado artículo 195 C.P., se ve intensificado en la figura del facultativo<sup>45</sup>.

---

<sup>42</sup> Art. 11 del Código Penal: “*Los delitos [...] se entenderán cometidos por omisión cuando la no evitación del mismo, al infringir un especial deber jurídico del autor, equivalga a su causación. A tal efecto se equipará la omisión a tal acción: a) cuando exista una específica obligación legal o contractual de actuar*”.

<sup>43</sup> CUADRADO RUIZ, M. A.: “La posición de garante”, en *Revista de Derecho Penal y Criminología*, Nº 6, 2000, pág. 12.

<sup>44</sup> ARÁUZ ULLOA, M.: “El delito de omisión del deber de socorro en el ámbito sanitario”, en *Revista de Derecho*, Nº4, 2003, pág. 225.

<sup>45</sup> ESQUINAS VALVERDE, P.: *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, Editorial Comares, Granada, 2006, pág. 47.

Es por ello que, si se demuestra que la actividad profesional no hubiese podido disminuir ese peligro, es decir, el resultado lesivo se hubiera producido de igual forma si no se hubiera prestado la asistencia sanitaria, no cabría la aplicación del delito del mencionado artículo. Así pues, se exige que el profesional sanitario sea consciente de que se producirán el fallecimiento de la persona o las lesiones graves, como se exige también al ciudadano medio que sea consciente del resultado perjudicial que se producirá si no se presta auxilio<sup>46</sup>.

Este delito, al contrario que las lesiones, no contempla una modalidad imprudente; es decir, únicamente podrá cometerse la denegación de asistencia sanitaria de forma intencionada y voluntaria. De esta manera, y en determinadas ocasiones, no se aplicará dicho delito aun cuando la actuación del sanitario haya sido incorrecta o insuficiente.

Se pronuncia en este caso la SAP de Madrid, núm. 260/2004, de 26 de mayo (rec. núm. 125/2004), en la que se resuelve un recurso de apelación interpuesto contra un auto que acordaba el sobreseimiento y archivo de las actuaciones, en las cuales se querellaban contra una sanitaria que, tras la petición de una ambulancia, consideró que “*era un caso de urgencia, pero no de emergencia*”, por lo que consideró que lo más adecuado era que el paciente fuera atendido por un médico de cabecera y que éste valorase la necesidad de ingreso. El paciente falleció seis días después. Sin embargo, el recurso de apelación fue también desestimado porque la Audiencia Provincial estableció que la sanitaria había considerado que la situación del paciente requería una determinada actuación (la valoración previa del médico de cabecera antes de proceder al ingreso), sin que ello signifique que denegara de manera intencionada y voluntaria la atención que merecía el paciente<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup> DELGADO GIL, A.: “Omisión del deber de socorro (nuevo delito de abandono del lugar del accidente) y denegación de asistencia sanitaria”, en *Revista de Derecho Penal y Criminología*, Nº 21, 2019, pág. 224.

<sup>47</sup> SAP núm. 260/2004, de la Audiencia Provincial de Madrid, de 26 de mayo (rec. núm. 125/2004) – JUR 2004/236421.

Entendemos con esto que este delito no castiga aquellas situaciones en las que el médico haya actuado con diligencia y deber de cuidado, aunque esta actuación no sea del todo correcta, sino que el delito abarca el momento en el que el profesional deniega la atención sanitaria conllevando esto un riesgo grave, como podría ser el fallecimiento.

Para verlo más claramente, la Audiencia Provincial de Cádiz, en la SAP de Cádiz núm. 7/2020, de 8 de enero (rec. núm. 4/2018)<sup>48</sup>, resolvió un recurso de apelación en el que fueron absueltos de un delito de omisión del deber de socorro y de lesiones imprudentes dos sanitarios que, tras intentar tranquilizar a una enferma psiquiátrica, no lo consiguieron, no pudiendo evitar que terminara arrojándose por la ventana para acabar con su vida.

En este caso, reafirma la Audiencia la inexistencia de uno de los requisitos exigidos y mencionados anteriormente para poder contemplar un delito como el que estamos analizando: el nexo causal entre la conducta omisiva y el resultado. No existía riesgo de suicidio, por lo que los sanitarios no pudieron prever que se produjera el fatal desenlace.

La SAP de Santa Cruz de Tenerife, de 17 de abril (rec. núm. 57/2023)<sup>49</sup>, sirve como evidente contraste. En este caso, se presentó un recurso de apelación en el que se planteaba que, tras llamar la apelante a los servicios de urgencias porque su madre se encontraba en mal estado, y tras explicarles la situación médica por la que pasaba, el facultativo había denegado la asistencia sanitaria. Horas más tarde, la apelante volvió a llamar al 112 porque la salud de su madre había empeorado y, a partir de esa llamada, si se activaron los servicios de urgencia, siendo enviada una ambulancia al domicilio de la paciente. Sin embargo, antes de la llegada de la ambulancia, ésta sufrió una parada cardiorrespiratoria y falleció. Tras el informe médico forense, se concluyó que, si bien la patología que

---

<sup>48</sup> SAP de la Audiencia Provincial de Cádiz núm. 7/2020, de 8 de enero (rec. núm. 4/2018) – ECLI:ES:APCA:2020:1.

<sup>49</sup> SAP núm. 342/2023, de la Audiencia Provincial de Santa Cruz de Tenerife, de 17 de abril (rec. núm. 57/2023) – ECLI:ES:APTF:2023:113A.

presentaba la paciente convertía en alta la probabilidad de fallecimiento, la denegación de asistencia por parte del sanitario convirtió en casi inevitable este suceso.

Atendiendo a lo alegado anteriormente, la denegación de asistencia sanitaria debe desembocar en un riesgo grave para la salud del paciente. En este caso, la denegación derivó en el fallecimiento para ella. La Audiencia Provincial analizó el citado art. 196 C.P. y profundizó en él, concluyendo que la denegación de asistencia no se basaba simplemente en suministrar el tratamiento necesario a un paciente que lo necesita o solicita, sino que, en aquellos casos en los que el profesional sanitario no pueda llevar a cabo este tratamiento, ya sea por no tener los medios suficientes o incluso por no tener capacidad para ello, debía derivarse al enfermo a otros servicios sanitarios capaces de atender sus necesidades.

Y es que el médico colaborador que recibió la llamada no podía tener acceso al historial hospitalario completo de la paciente y, por tanto, no sabía la situación médica de ésta. Sin embargo, considera la Audiencia que, incluso con la poca información con la que contaba el sanitario después de hablar con un familiar de la paciente, debería haber enviado inmediatamente, por si acaso, una ambulancia al domicilio del enfermo. Por esto, se le castigó por un delito de denegación de asistencia sanitaria del art. 196 del Código Penal.

### **3.4. EUTANASIA.**

La eutanasia se encuentra regulada en los arts. 143.4 y 143.5 del Código Penal. En ellos se castigan con la pena de prisión de dos a cinco años aquellos “*actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave [...] o una enfermedad grave e incurable [...] por la petición expresa, serie e inequívoca de ésta [...]*”. Por otro lado, el apdo. 5 establece en el Código Penal actual que no incurrirán en responsabilidad penal aquellas personas que causaran la muerte de otras cumpliendo lo regulado en la Ley Orgánica reguladora de la Eutanasia. Ahora bien, la regulación de la eutanasia en el Código Penal ha sido objeto de reforma en el año 2021, aplicándose actualmente, como he citado en el párrafo anterior, la Ley Orgánica reguladora de la

Eutanasia. Por ello, para poder estudiar más en profundidad la prohibición de la misma, hemos de remitirnos al Código Penal vigente hasta dicho año, que sí castigaba la misma.

La eutanasia fue denominada, entre otras cosas, como suicidio médicamente asistido, incurriendo quien la ejercitase en responsabilidad penal siempre y cuando se tratase de una tercera persona, es decir: la muerte debía proceder de una persona diferente al paciente o a aquella que estaba recibiendo un tratamiento médico o farmacológico. Esto es, el paciente había debido recibir la colaboración de un profesional sanitario para poner fin a su propia vida mediante la administración de algún fármaco o la *puesta a punto de algún dispositivo*, lo cual permitiría causar la muerte del mismo cuando éste lo desee<sup>50</sup>.

Por tanto, el elemento fundamental para poder aplicar este delito, además de los ya citados, será la concurrencia de una situación desfavorable, como por ejemplo una enfermedad terminal o incurable. Cabe destacar que cuando el Código Penal castigó la eutanasia, lo que pretendía era castigar la modalidad activa, aquella que se lleva a cabo por medio de actos dirigidos a ayudar a la muerte de un tercero y que pretenden acortar la vida. Quedaría fuera de este ámbito el suministrar, por ejemplo, fármacos destinados a aliviar el dolor, aunque su efecto secundario sea el acortamiento efectivo de la vida<sup>51</sup>.

Se pronuncia en este sentido la Sentencia de la Audiencia Provincial de Tarragona, núm. 110/2009, de 25 de marzo (Tribunal del Jurado núm. 3/2008)<sup>52</sup>. En ella se juzga por el Tribunal del Jurado un caso del año 2005. Se castigó, mediante la misma, a un profesional sanitario a 1 año, 4 meses y quince días de prisión por un homicidio imprudente en concurso con un homicidio intentado del art. 143.4 (lo ahora conocido como eutanasia).

---

<sup>50</sup> ROYES, A.: “La eutanasia y el suicidio médicamente asistido”, en *Psicooncología*, Vol. 5, Nº 2 – 3, 2008, pág. 324.

<sup>51</sup> PAYAN ELLACURIA, E.: “Análisis jurídico-penal de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: una propuesta de lege ferenda”, en *Revista electrónica de ciencias criminológicas*, Nº 5, 2020, pág. 6.

<sup>52</sup> SAP de la Audiencia Provincial de Tarragona, núm. 110/2009, de 25 de marzo (Tribunal del Jurado núm. 3/2008) – ECLI:ES:APT:2009:351.

El 28 de marzo de 2005, acudió al servicio de urgencias una paciente de 82 años en un estado de salud muy grave, pues padecía, entre otras cosas, un cáncer de colon. Se comunicó a la familia el estado en el que se encontraba, y estos aceptaron el suministrar fármacos a la paciente para disminuir su dolor. Sin embargo, el médico que se encargó de atender a la paciente, tras los insistentes ruegos de esta para acabar con su sufrimiento, le suministró fármacos sedantes (aceptados por los familiares de la señora) y cloruro potásico, un fármaco que no se encuentra enmarcado en aquellos medicamentos necesarios para la sedación de los pacientes, y que momentos más tarde acabó con la vida de la víctima.

Alegó la defensa que el médico cometió un error: interpretó las súplicas de la paciente para que acabase con su sufrimiento como una petición para acabar con su vida, cuando en realidad lo único que supuestamente pedía eran fármacos sedantes. Es por esto por lo que se castigó al facultativo por un homicidio imprudente en concurso con un homicidio intentado del art. 143.4, por concurrir un error vencible del art. 16 C.P., esto es, aquel error que hubiese podido “vencerse” de haberse empleado la diligencia debida<sup>53</sup>.

Considero, basándome en la ausencia de pronunciamiento de la Sentencia citada en este sentido, que se castigó al profesional sanitario por un homicidio imprudente en tanto que se consideró que no actuó con el necesario deber de cuidado y la diligencia imperativa para el profesional médico. Sin embargo, se apreció la tentativa al castigar la eutanasia regulada en el art. 143.4 porque lo que el profesional sanitario consideró conveniente fue acabar con la vida de la paciente como consecuencia de las insistentes súplicas de la misma.

En relación con la misma, estaríamos en este caso ante una tentativa acabada, porque el sujeto llevó a cabo todos los actos que podrían haber conducido a la consumación

---

<sup>53</sup> LANDECHO VELAZCO, C.M. y MOLINA BLÁZQUEZ, C: op. cit. pág. 431.

del delito<sup>54</sup>. Sin embargo, se castigó en concurso con un homicidio imprudente por concurrir un error de tipo vencible. Por esto, aun habiéndose dado todos los actos necesarios para poder apreciar la eutanasia, se consideró que la actuación del médico no fue acorde al deber de diligencia que ostentaba y, por tanto, el homicidio imprudente absorbió el delito de eutanasia del art. 143.4, castigando el mismo sólo en grado de tentativa.

Una ampliación de esta investigación a nivel comunitario pone de manifiesto que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos enjuició algún caso en el que se presentaba una demanda tras haber agotado todos los recursos internos con la finalidad de que se autorizara a un sanitario a suministrar dosis letales de un medicamento para poder acabar con la vida de un enfermo terminal. Destaca, en este sentido, el Caso Manuela Sanles Sanles contra España<sup>55</sup>. La demanda fue desestimada por los órganos jurisdiccionales españoles alegando la vulneración del en aquel entonces vigente artículo 143 del Código Penal.

Previamente a la redacción de la ley a la que me referiré en párrafos posteriores, es obvio que la gente (incluso el Estado) temía, no sin motivo, la legalización de la eutanasia. Consideraban que entonces cualquier persona iba a querer acogerse a ella, y no iba a luchar por su vida, aun sabiendo que la legalización de la misma conllevaba la exigencia de una serie de requisitos<sup>56</sup>. Por otro lado, un amplísimo sector de la población lo considera como un asesinato u homicidio cometido por los sanitarios, siendo esta postura defendible.

En junio de 2021 entró en vigor la Ley Orgánica 3/2001, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia<sup>57</sup>, definiendo la misma en el Preámbulo como *“el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por la voluntad expresa de la*

---

<sup>54</sup> ALASTUEY DOBON, C.: “Los grados de realización del delito”, en AA.VV. (ROMEO CASABONA, C.M.; SOLA RECHE, E.; BOLDOVA PASAMAR, M.A): *Derecho Penal, Parte General*, Segunda edición, Editorial Comares, Granada, 2016, pág. 193.

<sup>55</sup> Sentencia del TEDH, demanda núm. 48335/1999, decisión de 16 de octubre del 2000 – JUR 2007/638.

<sup>56</sup> CALSAMIGLIA, A.: “Sobre la eutanasia”, en *Cuadernos de Filosofía del Derecho*, Nº 14, 1993, pág. 349.

<sup>57</sup> Ley 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia, BOE nº 72, de 25 de marzo de 2021.

*propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento*”. La finalidad principal de esta Ley fue la regulación de la eutanasia, aceptando la ayuda a terceros para poner fin a la vida de pacientes terminales, delimitado esto por determinadas condiciones, entre las que se encuentran las denominadas anteriormente: la existencia de una enfermedad irreversible que provoca un sufrimiento y el consentimiento expreso de la persona que la padezca, siempre y cuando tenga pleno uso de sus facultades y lo lleve a cabo con total autonomía y conocimiento, entre otras<sup>58</sup>. Como consecuencia de la entrada en vigor de esta ley, se despenalizó lo establecido anteriormente en el CP con la incorporación del art. 143.5<sup>59</sup>.

En este sentido, el TC hace referencia a la eutanasia en numerosas sentencias alegando la aplicación del art. 15 CE, que regula el derecho a la vida y a la integridad física. Como explica el catedrático de Derecho Constitucional Presno Linera, el art. 15 CE protegería la inviolabilidad de la persona, “*no solo contra ataques dirigidos a lesionar su cuerpo, sino también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezca de consentimiento de su titular*”. Es aquí cuando nos reiteran que, si una persona no quiere someterse a cierto tratamiento, no debe ser obligada. Por ello, interpreta cierto sector de la doctrina y la jurisprudencia que la Constitución Española reconoce la posibilidad de facilitar los medios necesarios para “ayudar a morir” a un enfermo o la intervención de un tercero que provoque la muerte de este<sup>60</sup>. El encendido debate continúa, y es que en las Sentencias del TC núm. 19/2023, de 22 de marzo (rec. núm. 4057/2021)<sup>61</sup> y STC núm.

---

<sup>58</sup> DEMETRIO CRESPO, E.: “Sedaciones paliativas y responsabilidad penal”, en AA.VV (VALIENTE IBAÑEZ, V. y RAMIREZ MARTÍN, G.): *Un modelo integral de Derecho Penal. Libro homenaje a la profesora Mirentxu Corcoy Bidasolo*, primera edición, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, Madrid, 2022, pág. 121.

<sup>59</sup> MEMENTO PRÁCTICO PENAL, Francis Lefebvre, 2023, pág. 879.

<sup>60</sup> PRESNO LINERA, M.A.: “La eutanasia como derecho fundamental”, en *Teoría y Derecho, revista de pensamiento jurídico*, nº 29, 2021, pág. 28.

<sup>61</sup> Sentencia del TC 19/2023, de 22 de marzo (rec. núm. 4057/2021) – RTC 2023/19.

94/2023, de 12 de septiembre (rec. núm. 4313/2021)<sup>62</sup>, establece el Tribunal que la eutanasia no se considera un derecho fundamental, es decir, no existe el “*derecho a morir*”.

### **3.5. DELITOS COMETIDOS POR PERSONAL SANITARIO EN FORMACIÓN.**

Los delitos analizados hasta ahora están relacionados, sobre todo, con el personal sanitario en el ejercicio de su labor. Sin embargo, ¿qué ocurre con aquellos estudiantes que dedican horas al aprendizaje de las técnicas sanitarias? ¿Qué ocurriría si las lesiones o el resultado de muerte fueran consecuencia de una actuación llevada a cabo por estos?

La formación del personal sanitario se regula en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias<sup>63</sup>. En ella se establecen las medidas que deberán adoptarse para una correcta formación práctica de los profesionales. Concretamente, el artículo 20.1 LOPS establece expresamente que “*la formación de Especialistas en Ciencias de la Salud implicará tanto una formación teórica y práctica como una participación personal y progresiva del especialista en formación en la actividad y en las responsabilidades propias de la especialidad de que se trate*”, formación que se llevará a cabo a través del sistema de residencia en centros destinados a ello (20.2 LOPS).

Para poder definir a los residentes nos remitimos a lo aportado por Marco Atienza, quien los define expresamente como “*los Graduados de alguna Ciencia de la Salud que, con el fin de obtener la especialidad [...] simultáneamente reciben una formación y prestan un trabajo que permiten al especialista en formación adquirir las competencias profesionales propias de la especialidad que está cursando, mediante una práctica profesional programada y supervisada [...]*”<sup>64</sup>. Esta figura también viene regulada en el

---

<sup>62</sup> STC núm. 94/2023, de 12 de septiembre (rec. núm. 4313/2021) – RTC 2023/94.

<sup>63</sup> Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003 (en adelante LOPS).

<sup>64</sup> MARCO ATIENZA, C.M.: “La responsabilidad del personal sanitario en formación”, en D.S. *Derecho y Salud*, Vol. 29, N° Extra 1, 2019, pág. 221 – 222.

Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada<sup>65</sup>, concretamente en su artículo primero.

Lo anterior evidencia que, independientemente de la posesión de un Grado en alguna de las Ciencias de la Salud y de haber aprobado un examen previo para poder acceder a formar parte del sistema de residencia, el profesional sanitario en formación deberá estar siempre supervisado por un profesional sanitario suficientemente capacitado.

Aunque es cierto que la confianza de un paciente no es la misma si es tratado por un médico residente, no es coherente pensar que el especialista encargado de supervisar todos los actos del profesional en formación deba intervenir de forma directa en todos aquellos actos médicos que lleve a cabo el primero para asegurarse de que no hay ningún error<sup>66</sup>. Si bien el especialista deberá estar presente en todo momento, salvo que demuestre el residente conocimientos suficientes, estará también en la obligación de formar correctamente al profesional en cuestión, sin basarse sólo en los conocimientos teóricos.

En este sentido, el art. 15 del Real Decreto 183/2008 determina que cuanto más tiempo haya estado formando parte de este sistema de residencia, más responsabilidad ostentará el profesional. Es decir, la supervisión por parte de otro profesional sanitario capacitado irá decreciendo a medida que se vayan adquiriendo conocimientos. No obstante, mientras dure el periodo de residencia, el tutor encargado de supervisar al profesional en formación será responsable del proceso de enseñanza de éste (ex. art. 11 RD 183/2008).

---

<sup>65</sup> Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE Nº 45, de 21 de febrero de 2008.

<sup>66</sup> GUILLÉN ASTETE, C.A.; CORRES GONZALEZ, J.; DE LA CASA RESINO, C.; GALLEGO RODRIGUEZ, P.: “La necesidad de evaluar la actividad de los médicos internos residentes en los Servicios de Urgencias”, en *Archivos de Medicina*, Vol. 11, Nº 1.3, 2015, pág. 2.

El profesional sanitario en formación, al igual que el personal ya capacitado, deberá responder por sus actuaciones negligentes cuando, por su imprudencia, se produzca un resultado lesivo. En aquellas actuaciones en las cuales se le haya dado, siempre estando bajo la supervisión de un tutor, la autonomía suficiente para utilizarla aplicando su propio saber y entender, será responsable penalmente de aquellos daños causados, sin perjuicio de la responsabilidad que ostente el tutor encargado de supervisar la actuación.

Por esto, es posible afirmar que, estando inmerso en un sistema de residencia como el ya detallado, y aunque los conocimientos y las capacidades de los sanitarios en formación no sean, obviamente, los mismos que los de un sanitario profesional, no se exime a los primeros de la necesidad de someterse y aplicar lo establecido en la *lex artis* adecuada, es decir, lo que el Tribunal Supremo definió como *“aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida”*<sup>67</sup>.

Resulta inevitable, en este punto, el debate sobre qué valoración tendrían las actuaciones no autorizadas por los tutores. Esto ocurriría, por ejemplo, en situaciones de urgencia en las cuales el tutor o encargado de supervisar no estuviera presente.

De nuevo, Marco Atienza hace referencia a la Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud<sup>68</sup>. En él, se establece que, cuando por urgencia

---

<sup>67</sup> STS (Sala primera de lo Civil) de 11 de marzo de 1991 (rec. núm. 245/1987) – ECLI:ES:TS:1991:13345.

<sup>68</sup> MARCO ATIENZA, C.M.: op. cit. pág 226.

vital un residente interno deba llevar a cabo una actuación médica sin supervisión de su tutor, deberá dejar constancia de las actuaciones realizadas. Entendemos entonces que, cuando la situación sea de extrema urgencia, el profesional sanitario en formación podrá actuar (siempre y cuando se considere lo suficientemente capacitado) sin supervisión de su tutor sin que ello conlleve la existencia de ningún tipo de responsabilidad penal.

¿Qué sucede entonces con aquellas situaciones en las que, aun sin existir una situación de urgencia vital, el sanitario en formación lleva a cabo una actuación de manera autónoma, sin ningún tipo de supervisión y sin autorización alguna? Estaríamos ante lo que se ha denominado como *imprudencia por asunción*, esto es, asumir un cometido para el cual no se está autorizado ni preparado<sup>69</sup>. La SAP de León, núm. 478/2018, de 9 de noviembre (rec. núm. 1293/2018)<sup>70</sup> resolvió muy ilustrativamente un recurso de apelación presentado tras una sentencia en la que una médico residente de primer año fue condenada por un delito de homicidio imprudente grave a la pena de prisión de 1 año e inhabilitación especial por plazo de tres años. Y es que tuvo lugar el fallecimiento de una mujer de 78 años como consecuencia, en parte, de la negligencia de la acusada. El 11 de febrero acudió la paciente al servicio de urgencias, pero, tras la redacción de un informe en el que se plasmaba su situación médica, fue dada de alta con la condición de acudir de nuevo al hospital si seguía encontrándose mal. El 15 de febrero, sin mejoría, el médico de cabecera de la paciente acudió a su domicilio para valorarla y, en el informe redactado el día 11, añadió como nota la presencia de síntomas propios de un ICTUS, para que la paciente acudiera al servicio de urgencias aportando dicho documento, cosa que hizo horas más tarde para ser atendida por la médico residente, la cual, ignorando todas las explicaciones de la paciente y su hija y las anotadas por el médico de cabecera en la nota, le realizó unas pruebas innecesarias e inútiles y le dio el alta. El 22 de febrero acudió de nuevo al servicio de urgencias porque su estado de salud había empeorado, falleciendo horas más tarde.

---

<sup>69</sup> BARRIOS FLORES, L.F.: “La responsabilidad profesional del Médico Interno Residente”, en *D.S. Derecho y Salud*, Vol. 11, Nº 1, 2003, pág. 18.

<sup>70</sup> SAP de la Audiencia Provincial de León, núm. 478/2018, de 9 de noviembre (rec. núm 1293/2018) – ECLI:ES:APLE:2018:1275.

En el informe forense se constata que, incluso existiendo patologías previas, el fallecimiento podría haberse evitado si la residente hubiera actuado de manera correcta.

La Audiencia Provincial alegó que la acusada actuó infringiendo la *lex artis* y omitiendo las precauciones más elementales, aunque fuera residente de primer año, en tanto que ignoró las instrucciones de la paciente y, además, las dadas por el médico de cabecera. Un matiz a tener en cuenta es que si bien la aparición de resultados desfavorables no siempre es indicativo de responsabilidad penal, en este caso está claro que si lo era, al quedar suficientemente acreditado que la acusada no empleó todos los medios posibles para evitar el fatal desenlace y, aún más importante, tampoco contaba con el obligatorio consentimiento del profesional sanitario que se encontraba también de servicio.

En conclusión, si bien la responsabilidad penal de un médico residente es menor comparada con la de un profesional sanitario veterano, no está del todo exento de ella. Deberá siempre estar supervisado por un profesional capacitado, creciendo esa responsabilidad según van adquiriendo más conocimiento y formación. Por otro lado, será responsable de aquellos actos que lleve a cabo con plena autonomía (siempre bajo la supervisión del tutor o encargado de la formación) que causen daños en un paciente.

No obstante, esta responsabilidad también recaerá sobre el tutor, siempre que haya dado autonomía a un médico residente que carezca de los conocimientos suficientes. Por último, la responsabilidad recaerá exclusivamente sobre el médico residente si estas actuaciones son llevadas a cabo sin la autorización del tutor y si no existe una situación de urgencia vital que imposibilite la posibilidad de comunicarle al tutor la aparición de dicha situación. Cabe recalcar que, si no se produce un resultado lesivo, de ninguna manera podrá ser responsable el médico residente, incluso cuando haya actuado sin autorización.

#### **4. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.**

Esta investigación no estaría completa si, además de un análisis exhaustivo y crítico de las normas jurídico-penales actuales en relación con el ámbito sanitario, no abordase también el impacto de las nuevas tecnologías en el mismo, especialmente en lo que se refiere a la inteligencia artificial (en adelante, IA). La progresiva introducción de las mismas en la práctica médica ha supuesto una revolución cada vez mayor; más, como suele suceder, de esta interacción entre tecnología y derecho penal, o de una de sus ramas, surgen tanto notables beneficios como peligros nuevos que merecen atención y crítica propias.

Esto es especialmente cierto en el ámbito de la IA, que ha sido definida como: “*la simulación de procesos de inteligencia humana por parte de las máquinas mediante la interacción con sistemas informáticos*”, es decir, la hipotética capacidad de una máquina para adquirir los conocimientos y la inteligencia de una persona humana y simular sus pensamientos o acciones<sup>71</sup>; en este caso, los de una persona con tareas sanitarias asignadas.

Y es que en el ámbito de la salud, la IA podrá ser utilizada en múltiples tareas: asistentes robóticos para cirugías, enfermería virtual (que llevará a cabo un seguimiento del estado de salud del paciente a través de una aplicación web), etc., siendo el más importante, hasta ahora, el denominado ordenador Watson creado por la empresa multinacional de tecnología IBM, que es capaz de dar diagnósticos de cáncer con una precisión del 83%<sup>72</sup>.

---

<sup>71</sup> MARTINEZ GARCÍA, D.N.; DALGO-FLORES, V.M; HERRERA LOPEZ, J.L.; ANALUISA JIMENEZ, E.I; VELASCO ACURIO, E.F.: “Avances de la inteligencia artificial en salud”, en *Dominio de las Ciencias*, Vol. 5, Nº 3, 2019, pág. 605.

<sup>72</sup> MARTINEZ GARCÍA, D.N.; DALGO-FLORES, V.M; HERRERA LOPEZ, J.L.; ANALUISA JIMENEZ, E.I; VELASCO ACURIO, E.F.: op. cit. pág. 610.

En conclusión, la inteligencia artificial es sin duda una herramienta que podrá emplearse para la evolución en el campo de la salud en beneficio de los pacientes. Ahora bien, ¿qué ocurriría si estas nuevas tecnologías no fueran utilizadas de la manera correcta?

En primer lugar, considero necesario establecer una limitación en relación con la IA, que es sólo una máquina que simula el pensamiento humano. Es decir, que incluso los robots, por ejemplo, serán siempre de creación humanos. Esto pone las bases para el gran debate jurídico-penal. A mi juicio, respaldado por cierto sector de una doctrina que ya ha comenzado a dividirse en relación con esta cuestión, el ser humano es capaz de comportarse de manera racional, o de no hacerlo. Sólo algunos pensarán en si sus acciones afectarán a los demás. Los robots, por otro lado, están creados para ser, en teoría, racionales, y para adoptar siempre las mejores decisiones, pero cumpliendo siempre las órdenes que le dé el humano que los haya programado<sup>73</sup>, de manera que éste tendría el control y, de nuevo en teoría, sería responsable por los actos de las criaturas artificiales.

Más allá de su novedosísima legislación, la propia Unión Europea ha desarrollado una guía de consideraciones en la que se proponen como fundamentales tres principios<sup>74</sup>:

- a. Asegurarse que la IA esté centrada en el ser humano, es decir, que refleje los derechos fundamentales y los valores sociales de la humanidad.
- b. Prestar especial atención a las situaciones que involucran a los grupos más vulnerables.
- c. Reconocer que, aunque la IA tenga beneficios sustanciales, puede también tener un impacto negativo.

---

<sup>73</sup> SALAZAR CEBALLOS, A.: “La inteligencia artificial vs la inteligencia humana”, en *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, Vol. 15, Nº 3, 2018, pág. 249 – 250.

<sup>74</sup> ÁVILA TOMÁS, J.F.; MAYER PUJADAS, M.A.; QUESADA VARELA, V.J.: “La inteligencia artificial y sus aplicaciones en medicina II: Importancia actual y aplicaciones prácticas”, en *Atención Primaria*, Vol. 53, Nº 1, 2021, pág. 85.

La aparición de estos sistemas ha conllevado la desaparición de puestos de trabajo en todos los sectores, en tanto que los robots y la inteligencia artificial van tomando el relevo. En el caso de los médicos, la sustitución de los mismos por la aparición de la IA es más compleja. Podrá ser de indudable ayuda en tareas específicas y también en actividades repetitivas o específicas como, por ejemplo, el hallazgo de patologías en imágenes<sup>75</sup>. Sin embargo, la realidad es que los sistemas de IA, más allá de resultar beneficiosos en aquellos casos en los que es necesario disponer de cantidades masivas de datos de cada paciente individual, carecen, en la actualidad, de la pericia de la que disponen los médicos. Pese a todo, el hecho de que la IA esté en constante evolución no permite descartar que, en algún momento, pueda realizar con total autonomía el trabajo de un sanitario con gran calidad.

Esto se debe a que la salud no es simplemente una *interacción intelectual*, sino que hay que tener en cuenta que está en juego, en muchos casos, la calidad de vida de un paciente, por lo que la confianza que emana de los profesionales sanitarios y, sobre todo, la humanización de la atención sanitaria hacen necesaria la presencia de un profesional<sup>76</sup>.

Lo anterior, que es invariable por ser parte del espíritu humano, me hace llegar a la conclusión de que la IA mantendrá su propia esencia como sistema informático recopilatorio de datos masivos siempre añadidos por personas, y que irá perfeccionándose a medida que se vayan añadiendo cada vez más datos; no obstante, la información que recibirá podría ser de dudosa calidad o, incluso, errónea a propósito, de manera que resulta imperativo prepararse para prever los graves errores que pudiese cometer en este ámbito.

---

<sup>75</sup> GOMEZ-GONZALEZ E, GOMEZ E, MARQUEZ-RIVAS y alumnos: “*Inteligencia Artificial en Medicina y Salud: revisión y clasificación de las aplicaciones actuales y del futuro cercano y su impacto ético y social*”, Universidad de Sevilla, 2020, pág. 9.

<sup>76</sup> *Ídem*, pág. 10.

Miró Llinares, a partir de datos genéricos propuestos por la propia IA, ha relacionado a los hombres jóvenes con la comisión de delitos<sup>77</sup>. Esto se debe a que, a la hora de hacer su evaluación, y teniendo en cuenta los datos masivos que han sido insertados en el sistema, considera como autores en la mayoría de los casos al grupo de personas citado anteriormente. Demuestra esto la delicadeza del asunto: si la IA puede llevar a errores a la hora de enjuiciar un caso concreto, podrá conllevar también, por ejemplo, un error de diagnóstico que pueda desembocar en la pérdida de vida de una persona, porque ya sabemos que cada caso concreto requerirá un tratamiento determinado, puesto que es sabido que no siempre se trata una única enfermedad de la misma manera para todos.

La propia Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) ha demostrado su preocupación por un uso seguro y ético de la IA en el ámbito sanitario, haciendo hincapié en los principios establecidos en su libro *“Ethics and Governance of artificial intelligence for health”* (*“Ética y gobernanza de la inteligencia artificial en el ámbito de la salud”*), entre los cuales se establece que los principios fundamentales establecidos por la OMS en el ámbito de la IA empleada en sanidad son: la protección de la autonomía, la promoción del bienestar y la seguridad de las personas y el interés público, la garantía de transparencia y de inclusividad, y la promoción de una IA con capacidad de respuesta y sostenible<sup>78</sup>.

Estas intenciones tan positivas no restan importancia a las inquietudes que la IA lleva aparejada, pero que bien podrían extenderse a la robótica, o el aprendizaje automático:

1. Los datos utilizados por la IA podrían estar sesgados, y podrían dar lugar a información engañosa que conllevaría riesgos para la salud humana.
2. Las respuestas que proporcione un sistema de IA podrían ser incorrectas o contener errores graves.

---

<sup>77</sup> MIRÓ LLINARES, F.: “Inteligencia artificial y justicia penal: Más allá de los resultados lesivos causados por robots”, en *Revista de Derecho Penal y Criminología*, Nº 20, 2018, pág. 124.

<sup>78</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION: *“Ethics and Governance of artificial intelligence for health”*, 2021, Switzerland.

3. La IA podría no proteger datos confidenciales.
4. Los sistemas de IA podrían utilizarse indebidamente para generar o difundir información convincente que, aun siendo errónea o falsa, el público podría ser incapaz de distinguir de la información correcta.
5. La IA no garantizaría al 100% la seguridad y la protección de los pacientes.

La OMS también sostiene que la adopción de estos sistemas tecnológicos está siendo muy precipitada, en tanto que no han sido analizados en su totalidad y podrían inducir a error, además de, en el peor de los casos, provocar daños a los pacientes, lo que, a la larga, de concretarse el peor escenario, conllevaría una gran desconfianza hacia los sistemas de IA que, aunque beneficiosos en su mayoría, verían retrasada su utilización.

Encontramos un ejemplo de lo anterior en el año 2020, cuando, a raíz de la nueva pandemia (el COVID-19), se intentaron utilizar distintos sistemas de IA para que ayudasen a diagnosticar la enfermedad. Científicos de todo el mundo comenzaron a hacer estudios acerca de cuál sería el algoritmo más adecuado para implantar en los sistemas de IA, de manera que acertarán lo más precozmente posible en el diagnóstico de la enfermedad.

Laura Wynants, sanitaria encargada del análisis de algunos de dichos sistemas, analizó junto a otros compañeros hasta 230 algoritmos empleados para diagnosticar el COVID-19<sup>79</sup>, llegando a la conclusión de que, de todos los algoritmos analizados, ninguno era apto para el uso clínico, a excepción de dos de ellos, los cuales, con la evolución correcta y con el tiempo, podrían llegar a ser suficientes para diagnosticar la enfermedad.

La razón tras estos escasos resultados es que los modelos que se utilizan en la IA para el diagnóstico están basados en imágenes de escáner de personas que padecen la enfermedad, que son contrapuestas con imágenes de personas que no la padecen. El uso de

---

<sup>79</sup> WYNANTS, L.: “Prediction models for diagnosis and prognosis of covid-19: systematic review and critical appraisal”, en *BMJ*, 2020.

una imagen de escáner de tórax de un niño sano para contraponerla a la de un escáner de tórax de otro niño contagiado no dio los resultados deseados, toda vez que la IA, en lugar de prepararse para comparar, absorbía la información con un objetivo propio y distinto, como era contar en su base de datos con una imagen con las características descritas.

El desarrollo de la IA en la actualidad es, por lo tanto, muy limitado, y no conviene fantasear sobre sus grandes capacidades descuidando la formación de los facultativos.

Esto no es impedimento para que, en el ámbito del derecho penal sanitario, y siempre teniendo en cuenta los peligros que conlleva el uso de las nuevas tecnologías (ya se trate de IA, de robótica, de aprendizaje automático, o de otras novedades consecuencia del avance de la informática, como las historias clínicas digitalizadas), se entienda que se trata de meras herramientas, susceptibles de ser mejoradas por el ingenio humano y puestas al servicio de los pacientes llegado el momento. La clave es la comprensión de que, como creación humana, nunca se las podrá considerar neutrales, sino que llevarán aparejadas una carga ideológica y subjetiva mayor o menor. Si la misma es capaz de lesionar los bienes jurídicos protegidos por el derecho penal es algo que corresponde analizar al jurista.

Coincido con la línea doctrinal que sostiene que la IA carece de capacidad de invención, y se limitará meramente a presentar sus propias conclusiones basándose en los datos con los que se la alimente. Es por ello que, a pesar de las escasas referencias que aún existen, no podemos obviar la posibilidad de que, mediante su manipulación, estas tecnologías sean utilizadas con mala fe y para dañar la integridad física de las personas.

En conclusión, por todo lo expuesto anteriormente, considero que el derecho penal sanitario debe impedir que ciertos aspectos de la vida humana queden completamente en manos de los sistemas de IA y de ciertas nuevas tecnologías sanitarias, puesto que todavía no puede asegurarse que funcionen de manera objetiva, correcta y autónoma, y es imperativo velar porque nadie envenene las fuentes de las que se pretende que aprendan.

## 5. CONCLUSIONES.

Después del profundo análisis llevado a cabo en esta investigación, he llegado a las siguientes conclusiones en relación con la responsabilidad penal sanitaria y su relevancia:

**PRIMERA.-** Que la responsabilidad penal del profesional sanitario, lejos de ser una cuestión pacífica, es aún objeto de una enorme controversia, por mucho que ciertos artículos del Código Penal español, como el 196, puedan considerarse ya históricos.

**SEGUNDA.-** Que es precisamente en artículos como el 196 CP, así como en otros como el homicidio o las lesiones, en los que descansa principalmente la responsabilidad penal sanitaria, existiendo un adecuado sistema de tipos delictivos con sus acciones típicas y consecuencias jurídicas adecuados a la actividad de los facultativos, cuando corresponde, destacando la pena accesoria de inhabilitación para el ejercicio de la profesión médica.

**TERCERA.-** La *lex artis* y ciertos textos extrapenales suponen una primera barrera de protección para los pacientes que no invalida la necesaria actividad del derecho penal.

**CUARTA.-** Los casos de negligencias médicas son muy abundantes de acuerdo con las estadísticas nacionales e internacionales, pese a lo cual la jurisprudencia relacionada es escasa, igual que es insuficiente, a mi juicio, la regulación penal específica en este sentido.

**QUINTA.-** Las nuevas tecnologías sanitarias, como la IA, la robótica o el aprendizaje automático adaptado a la sanidad, aunque harán posible grandes avances como la asistencia médica a distancia en lugares remotos o la generalización del acceso a la cirugía de calidad, presentan en la actualidad un elevado riesgo de ser manipuladas con fines delictivos por parte de humanos malintencionados, y, en su estado actual, no puede depositarse en las mismas una confianza suficiente como para considerarlas autónomas.

## 6. BIBLIOGRAFÍA.

1. **ALASTUEY DOBON, C.:** “Los grados de realización del delito”, en AA.VV. (ROMEO CASABONA, C.M.; SOLA RECHE, E.; BOLDOVA PASAMAR, M.A): *Derecho Penal, Parte General*, Segunda edición, Editorial Comares, Granada, 2016, pág. 193.
2. **ARÁUZ ULLOA, M.:** “El delito de omisión del deber de socorro en el ámbito sanitario”, en *Revista de Derecho*, Nº 4, 2003, pp. 219 – 236.
3. **ÁVILA TOMÁS, J.F.; MAYER PUJADAS, M.A.; QUESADA VARELA, V.J.:** “La inteligencia artificial y sus aplicaciones en medicina II: Importancia actual y aplicaciones prácticas”, en *Atención Primaria*, Vol. 53, Nº1, 2021, pp. 81 – 88.
4. **BARRIOS FLORES, L.F.:** “La responsabilidad profesional del Médico Interno Residente”, en *D.S. Derecho y Salud*, Vol. 11, Nº1, 2003, pp. 1 – 22.
5. **BERTOLÍN GUILLEN, J.M.:** “Delitos en el ámbito de la salud mental”, en *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, Nº 43 (abril – junio), 2022, pp. 21 – 28.
6. **CABO PEREZ, P.; GARCÍA ESTEBAN, N.; FERNÁNDEZ PIEDRALBA, E.:** “Claves de la reforma del código penal y su impacto en

el mundo sanitario”, en *DS: Derecho y Salud*, Vol. 25, N° Extra 1, 2015, pp. 188 – 195.

7. **CALSAMIGLIA, A.:** “Sobre la eutanasia”, en *Cuadernos de Filosofía del Derecho*, N°14, 1993, pp. 337 – 358.
8. **CÓRDOBA RODA, J.:** “Configuración de la imprudencia en el ámbito sanitario en el nuevo Código Penal”, en *Derecho y Salud*, Vol. 4, N° 1, 1996, pp. 141 – 146.
9. **CUADRADO RUIZ, M. A.:** “La posición de garante”, en *Revista de Derecho Penal y Criminología*, N°6, 2000, pp. 11 – 68.
10. **CUELLO CONTRERAS, J. y MAPELLI CAFFARENA, B.:** *Curso de Derecho Penal, Parte general*, 3ª edición, Tecnos, Madrid, 2015.
11. **DELGADO GIL, A.:** “Omisión del deber de socorro (nuevo delito de abandono del lugar del accidente) y denegación de asistencia sanitaria”, en *Revista de Derecho Penal y Criminología*, N° 21, 2019, pp. 189 – 232.
12. **DEMETRIO CRESPO, E.:** “Sedaciones paliativas y responsabilidad penal”, en AA.VV (VALIENTE IBAÑEZ, V. y RAMIREZ MARTÍN, G.): *Un modelo integral de Derecho Penal. Libro homenaje a la profesora*

*Mirentxu Corcoy Bidasolo*, 1ª edición, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, Madrid, 2022, pág. 121.

13. **ESPINOZA ARIZA, J.:** La mala praxis médica y la vulneración del deber objetivo de cuidado, en *Revista Lex*, Vol. 19, N° 28, 2021, pp. 317 – 332.
14. **ESQUINAS VALVERDE, P.:** *El delito de denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios. El artículo 196 del Código Penal*, Editorial Comares, Granada, 2006.
15. **FLORES MENDOZA, F.:** “*Omisión del deber de socorro*”, en AA.VV. (ROMEO CASABONA, C.M.; SOLA RECHE, E.; BOLDOVA PASAMAR, M.A): *Derecho Penal, Parte Especial*, Tercera edición, Editorial Comares, Granada, 2023.
16. **GOMEZ-GONZALEZ E, GOMEZ E, MARQUEZ-RIVAS y alumnos:** “*Inteligencia Artificial en Medicina y Salud: revisión y clasificación de las aplicaciones actuales y del futuro cercano y su impacto ético y social*”, Universidad de Sevilla, 2020, pág. 9.
17. **GÓMEZ RIVERO, M. C:** *La responsabilidad penal del médico*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2008.

18. **GUERRERO SOTELO, R.N; HERNÁNDEZ ARZOLA, L.I; ARAGÓN GONZÁLEZ, G.R.:** “Responsabilidad jurídica del acto médico – sanitario”, en *Revista Conamed*, Vol. 24, N° Extra 1, 2019, pp. 40 – 46.
  
19. **GUILLÉN ASTETE, C.A.; CORRES GONZALEZ, J.; DE LA CASA RESINO, C.; GALLEGRO RODRIGUEZ, P.:** “La necesidad de evaluar la actividad de los médicos internos residentes en los Servicios de Urgencias”, en *Archivos de Medicina*, Vol. 11., N°1.3, 2015, pp. 1 – 4.
  
20. **GUTIERREZ ARANGUREN, J.L.:** “*La imprudencia profesional*”, en AA.VV. (JUANE SÁNCHEZ, M.; SANZ LARRUGA, F. J.; GÓMEZ, J.M.; DÍAZ-CASTROVERDE): *Lecciones de Derecho Sanitario*, Edición 1999, Universidade da Coruña, A Coruña, 1999.
  
21. **LANDECHO VELAZCO, C.M. y MOLINA BLÁZQUEZ, C.:** *Derecho Penal parte General*, Tecnos, Madrid, 2020.
  
22. **LOPEZ ROBLES, P.:** “Algunos aspectos sobre la responsabilidad penal del profesional sanitario. Especial atención al ámbito de la cirugía”, en AA.VV (VIRGINIA DECARVALHO LEAL, ABRIL USCANGA BARRADAS): *El derecho y sus razones, aportaciones de jóvenes investigadores*, 1ª edición, Bubok Publishing S.L., Galicia, 2013.

23. **MARCO ATIENZA, C.M.:** “La responsabilidad del personal sanitario en formación”, en D.S. *Derecho y Salud*, Vol. 29, N° Extra 1, 2019, pp. 220 – 231.
24. **MARTINEZ GALINDO, G.:** “Autoría y participación en la imprudencia médico – sanitaria”, en *Anuario de la Facultad de Derecho de Alcalá de Henares*, Vol. 7, 1997 – 1998, pp. 199 – 248.
25. **MARTINEZ GARCÍA, D.N.; DALGO-FLORES, V.M; HERRERA LOPEZ, J.L.; ANALUISA JIMENEZ, E.I; VELASCO ACURIO, E.F.:** “Avances de la inteligencia artificial en salud”, en *Dominio de las Ciencias*, Vol. 5, N°3, 2019, pp. 603 – 613.
26. **MIR PUIG, S.:** *Derecho Penal Parte General*, 10ª edición, Editorial Reppertor, Barcelona, 2016.
27. **MIRÓ LLINARES, F.:** “Inteligencia artificial y justicia penal: Más allá de los resultados lesivos causados por robots”, en *Revista de Derecho Penal y Criminología*, N°20, 2018, pp. 87 – 130.
28. **MUÑOZ CONDE, F.:** *Derecho penal, parte especial*, 22º Edición, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2019.

29. **PAYAN ELLACURIA, E.:** “Análisis jurídico-penal de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: una propuesta de lege ferenda”, en *Revista electrónica de ciencias criminológicas*, N°5, 2020, pp. 1 – 36.
  
30. **PEÑA Y GONZALO, L.:** *La responsabilidad penal del personal sanitario: causas de justificación*, Plaza y Valdés, Madrid, 2016.
  
31. **PRESNO LINERA, M.A.:** “La eutanasia como derecho fundamental”, en *Teoría y Derecho, revista de pensamiento jurídico*, N° 29, 2021, pp. 24 – 45.
  
32. **RODRIGUEZ MORO, L.:** “La configuración de la imprudencia como «grave» y «menos grave» en los delitos de homicidio y lesiones de los arts. 142 y 152 cp tras la reforma del código por la lo 1/2015: especial referencia a su conceptualización en el ámbito vial”, en *Revista de Derecho Penal y Criminología*, N°20, 2018, pp. 131 – 179.
  
33. **ROMEO CASABONA, C. M.:** “Evolución del tratamiento jurídico – penal de la imprudencia del personal médico sanitario”, en *Revista Jurídica de Castilla y León*, N° 13, 2007, pp. 211 – 252.
  
34. **ROYES, A.:** “La eutanasia y el suicidio médicamente asistido”, en *Psicooncología*, Vol. 5, N° 2 – 3, 2008, pp. 323 – 337.

35. **SALAZAR CEBALLOS, A.:** “La inteligencia artificial vs la inteligencia humana”, en *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, Vol. 15, N°3, 2018, pág. 249 – 250.
  
36. **VALLEJO JIMENEZ, G.A.:** “La responsabilidad penal por imprudencia del médico psiquiatra ante el suicidio del paciente con trastorno mental”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, Vol. 8, n° 79, 2012, pp. 56 – 70.
  
37. **VIZUETA FERNÁNDEZ, J.:** “*Las lesiones*”, en AA.VV. (ROMEO CASABONA, C.M.; SOLA RECHE, E.; BOLDOVA PASAMAR, M.A.): *Derecho Penal, Parte Especial*, 3ª edición, Editorial Comares, Granada, 2023.
  
38. **WORLD HEALTH ORGANIZATION:** “*Ethics and Governance of artificial intelligence for health*”, 2021, Switzerland.
  
39. **WYNANTS, L.:** “Prediction models for diagnosis and prognosis of covid-19: systematic review and critical appraisal”, en *BMJ*, 2020.

## **ANEXO JURISPRUDENCIAL ORDENADO CRONOLÓGICAMENTE**

1. STS núm. 4881/2023, del Tribunal Supremo Sala de Lo Penal, de 15 de noviembre de 2023 (rec. núm. 834/2023) – ECLI:ES:TS:2023:4881.
2. STC núm. 94/2023, de 12 de septiembre (rec. núm. 4313/2021) – RTC 2023/94.
3. SAP núm. 342/2023, de la Audiencia Provincial de Santa Cruz de Tenerife, de 17 de abril (rec. núm. 57/2023) – ECLI:ES:APTF:2023:113<sup>a</sup>.
4. Sentencia del TC 19/2023, de 22 de marzo (rec. núm. 4057/2021) – RTC 2023/19.
5. SAP de la Audiencia Provincial de Murcia, núm. 473/2022, de 21 de diciembre (rec. núm. 22/2022) – ECLI:ES:APMU:2022:3010.
6. SAP de la Audiencia Provincial de Castellón, núm. 414/2022, de 1 de diciembre (rec. núm. 1039/2021) – ECLI:ES:APCS:2022:1249.
7. SAP de la Audiencia Provincial de Castellón, núm. 239/2021, de 28 de julio (rec. núm. 615/2021) – ECLI:ES:APCS:2021:1107.
8. Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 1<sup>a</sup>), de 13 de marzo, núm. 100/2020 (rec. núm. 99/2019) - ECLI:ES:APB:2020:8081.
9. SAP de la Audiencia Provincial de Cádiz núm. 7/2020, de 8 de enero (rec. núm. 4/2018) – ECLI:ES:APCA:2020:1.

10. Sentencia del Juzgado de lo Penal núm. 2 de Lorca, núm. 208/2019, de 20 de agosto, (proc. núm. 104/2016) – ECLI:ES:JP:2019:1823.
11. SAP de la Audiencia Provincial de León, núm. 478/2018, de 9 de noviembre (rec. núm 1293/2018) – ECLI:ES:APLE:2018:1275.
12. STS, Sala de lo Penal, núm. 805/2017, de 11 de diciembre (rec. núm. 2019/2016) – ECLI:ES:TS:2017:4867.
13. STS (Sala de lo Civil), núm. 89/2017, de 15 de febrero (rec. núm. 2511/2014) – RJ 2017/583.
14. SAP de la Audiencia Provincial de Jaén, núm. 46/2017, de 6 de febrero (rec. núm. 991/2016) – ECLI:ES:APJ:2017:712.
15. SAP de la Audiencia Provincial de Asturias núm. 564/2012, de 5 de diciembre (rec. núm. 152/2012) – ECLI:ES:APO:2012:3721.
16. Auto de la Audiencia Provincial de Islas Baleares, Sección 1ª, (núm. 457/2011), de 8 de Julio, ECLI:ES:APIB:2011:259A.
17. STS núm. 669/2010, Sala de lo Civil, Sección 1ª, de 4 de noviembre (rec. núm. 444/2007) – ECLI:ES:TS:2010:6363.
18. Auto de la Audiencia Provincial de Madrid núm. 122/2010, de 15 de febrero (rec. núm. 86/2010) – ECLI:ES:APM:2010:2132A.
19. SAP de la Audiencia Provincial de Tarragona, núm. 110/2009, de 25 de marzo (Tribunal del Jurado núm. 3/2008) – ECLI:ES:APT:2009:351.

20. SAP de la Audiencia de Madrid, núm. 991/2008, de 3 de octubre (rec. núm. 279/2004) – ARP 2009/985.
21. SAP de la Audiencia Provincial de Sevilla núm. 14/2006, de 2 de noviembre – ARP 2006/708.
22. SAP núm. 260/2004, de la Audiencia Provincial de Madrid, de 26 de mayo (rec. núm. 125/2004) – JUR 2004/236421.
23. SAP de la Audiencia Provincial de Castellón, núm. 94/2004, de 23 de marzo (rec. núm. 4/2004) – JUR 2004/112469.
24. SAP de la Audiencia Provincial de Salamanca núm. 31/2001, de 23 de febrero (rec. núm. 179/2000) – JUR 2001:138410.
25. Sentencia del TEDH, demanda núm. 48335/1999, decisión de 16 de octubre del 2000 – JUR 2007/638.
26. STS (Sala primera de lo Civil) de 11 de marzo de 1991 (rec. núm. 245/1987) – ECLI:ES:TS:1991:13345.