



**PROBLEMAS DE AUTORÍA EN LA DIVISIÓN HORIZONTAL DEL TRABAJO EN  
EQUIPO EN LA ESPECIALIDAD MÉDICA DE ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA**

**AUTORA**

**Ana Isabel Tamayo Palacio**

**ASESORA**

**Geovana Andrea Vallejo Jiménez**

**TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**Magíster en Derecho Procesal Penal y Teoría del Delito**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA**

**ESCUELA DE POSGRADOS**

**MEDELLÍN**

**2020**

# PROBLEMAS DE AUTORÍA EN LA DIVISIÓN HORIZONTAL DEL TRABAJO EN EQUIPO EN LA ESPECIALIDAD MÉDICA DE ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA<sup>1</sup>

Ana Isabel Tamayo Palacio<sup>2</sup>

**Resumen:** El propósito de este texto es establecer algunos problemas de autoría que se pueden presentar al momento de determinar la responsabilidad penal por conductas imprudentes que desencadenan un resultado lesivo para el paciente durante el desarrollo de actividades médicas en división horizontal del trabajo en equipo en la especialidad de ortopedia y/o traumatología. Este artículo se desarrolla atendiendo la siguiente estructura, en primer lugar, se analizan las diferentes formas de autoría desde la base conceptual de la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho – propuesta por Luzón Peña y Díaz y García Conlledo– aplicadas al ámbito sanitario y los delitos imprudentes. En segundo lugar, se hace el estudio del principio de la división horizontal del trabajo en equipo y la forma en la que opera el principio de confianza en este tipo de relaciones para determinar el deber objetivo de cuidado que cada uno debe observar y la responsabilidad penal médica por comportamientos imprudentes. Finalmente, precisamos los problemas de autoría en un caso de procedimiento quirúrgico en ortopedia fallado por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, pero cuyo supuesto de hecho nos sirve perfectamente para plantear problemas de autoría en el ámbito de la responsabilidad penal del equipo de trabajo en intervenciones quirúrgicas en la especialidad de traumatología y ortopedia.

**Palabras clave:** Ortopedia y/o traumatología, autoría, imprudencia, determinación objetiva y positiva del hecho, división horizontal del trabajo en equipo, principio de confianza.

---

<sup>1</sup> Este artículo es producto del proyecto de investigación “Problemas dogmático-jurídico penales de la responsabilidad del médico y/o su equipo de trabajo en el ejercicio de especialidades como la ortopedia, la psiquiatría y la medicina estética. Etapa 2” con código 29-000040 que se desarrolla entre la UNAULA y la ULE a través del proyecto DER2016-76715-R, "Principios y garantías penales: sectores de riesgo" del que es investigadora principal la prof. Geovana A. Vallejo Jiménez y de cuyo equipo formo parte como joven investigadora.

<sup>2</sup> Abogada y estudiante de la Maestría en Derecho Procesal Penal y Teoría del Delito de la Universidad Autónoma Latinoamericana, Joven Investigadora e Innovadora en el grupo de investigación “Proceso Penal y Delito” adscrito a la Maestría en Derecho Procesal Penal y Teoría del Delito. Correo: ana.tamayo1593naula.edu.co. Tutora: Geovana Andrea Vallejo Jiménez.

**Abstract:** The purpose of this text is to establish some authorship problems that may arise when determining criminal responsibility for reckless behaviors that trigger a harmful result for the patient during the development of medical activities in a horizontal division of teamwork in the specialty of orthopedics and traumatology. This article is developed taking into account the following structure, firstly, the different forms of authorship are analyzed from the conceptual basis of the theory of the objective and positive determination of the fact –proposed by Luzón Peña and Díaz y García Conlledo– applied to the health field and reckless crimes. Second, a study is made of the principle of the horizontal division of teamwork and the way in which the principle of trust operates in this type of relationship to determine the objective duty of care that each one must observe and the responsibility medical criminal for reckless behavior. Finally, we specify the authorship problems in a case of a surgical procedure in orthopedics that was ruled by the Civil Cassation Chamber of the Supreme Court of Justice, but whose factual assumption serves us perfectly to raise authorship problems in the area of criminal responsibility of the surgical intervention team in the specialty of traumatology and orthopedics.

**Key words:** Orthopedics and traumatology, authorship, recklessness, objective and positive determination of the fact, horizontal division of teamwork, the principle of trust.

## **1. Introducción**

La medicina en la actualidad impone nuevos retos, particularmente por los avances científicos y la forma en la que la actividad se desenvuelve con la participación interdisciplinaria de profesionales y el interés de salvaguardar la vida y la integridad de los pacientes. No obstante, hay casos en los que el profesional de la salud actúa imprudentemente, en consecuencia, desencadena un detrimento precisamente en la salud, la integridad o en el peor de los escenarios, la vida del paciente. En estos supuestos, se requiere un análisis exhaustivo en aras de determinar la responsabilidad bien sea de tipo disciplinaria, civil, administrativa o penal, teniendo especial cuidado sobre esta última ya que uno de los principios pilares del derecho penal es el de la mínima intervención y su aplicación solo en casos excepcionales, cuando dadas las circunstancias no haya otros mecanismos menos lesivos que permitan proteger el bien jurídico tutelado por la norma.

Según esto, observamos que, excepcionalmente, algunos de los casos fallados por los Tribunales civiles, administrativos y disciplinarios, que generaron un menoscabo en la salud de los pacientes, merecen un análisis desde la dogmática jurídico penal para determinar si dadas las particularidades, es posible establecer la responsabilidad penal por los delitos de homicidio o lesiones personales imprudentes. Los cuestionamientos más importantes surgen alrededor de las conductas reprochables y los sujetos a los que se les debe endilgar la responsabilidad, máxime, si la actividad médica fue realizada mediante un conjunto de actuaciones divididas en equipo.

Concretamente, la especialidad en ortopedia y/o traumatología ha tenido un incremento en reclamaciones judiciales en comparación con otras áreas, pese a que en esta no es común que fallezca el paciente por un error médico, sí suele producir secuelas o discapacidades permanentes por lo invasivas que son las intervenciones. La génesis de esta situación tiene fundamento, por una parte, en la falta de preparación médica, conocimientos y experiencia del médico tratante; adicionalmente, los errores técnicos, exámenes insuficientes, descuidos en el posoperatorio y, por último, pero no menos importante, el aumento de los accidentes viales, domésticos e industriales (Dubón y Mejía, 2010, p. 5).

Para exponer mejor esta problemática quiero mencionar algunos resultados hallados en esta investigación sobre errores médicos más habituales en la especialidad de traumatología y ortopedia que fueron identificados en las providencias emitidas por el Tribunal de Ética Médica de Antioquia desde el 2010 al 2014. En total fueron revisados 37 expedientes, y siguiendo la propuesta de De Vicente Remesal (2018) para sistematizar y clasificar la taxonomía de errores médicos y eventos adversos, encontramos, en primer lugar, los errores de tratamiento (59%) por aplicación de terapia o procedimiento equivocado, omisión con relación al tratamiento adecuado, aplicación tardía de terapia o procedimiento. Seguido de los errores de diagnóstico (32%) por pruebas insuficientes y diagnóstico tardío. También se presentaron eventos de creación de riesgos injustificados (6%) vinculados a factores individuales médicos por déficits en los conocimientos, experiencia o habilidades. Y, para concluir, hallamos problemas por complicaciones durante la intervención y/o postoperatorias (3%).

Por otra parte, en algunos fallos de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia y del Consejo de Estado durante el período de tiempo 2018 a 2020, localizamos 12 providencias que abordan casos en materia de ortopedia y traumatología, es importante señalar en

este punto que, en la relatoría de la Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia, no encontramos ninguna sentencia donde resolvieran casos en este tema. Ahora, continuando con el análisis anteriormente expuesto y ajustando los resultados con la sistematización de errores médicos realizada por De Vicente Remesal (2018), tenemos que, los errores de tratamiento por aplicación de terapia o procedimiento equivocado y por aplicación tardía de terapia o procedimiento, continúan siendo el motivo de reclamación más frecuente (66,7%); complicaciones en la intervención y/o postoperatorias (16,7%); olvido de cuerpos extraños en el campo quirúrgico (8,3%); finalmente, en atención a las modalidades terapéuticas de intervención, se presentó un caso de lesiones anormales producto de una inyección (8,3%).

Lo anterior, nos permitió evidenciar la importancia de identificar el problema y analizar, tanto los supuestos de la jurisprudencia del Tribunal de Ética Médica como los que se presentaban en los fallos de la Corte Suprema de Justicia y el Consejo de Estado, que pueden trascender del campo disciplinario o de la responsabilidad civil y administrativa a la responsabilidad penal para que como ejercicio académico se estudien desde los elementos de la dogmática jurídico penal por constituir un delito de homicidio o lesiones personales imprudentes, siempre y cuando se cumpla con los elementos necesarios para catalogar la conducta de imprudente. Sin embargo, teniendo en cuenta que hay una multiplicidad de casos, por razones de espacio, en este trabajo nos detendremos solamente en el estudio de los problemas de autoría en la división horizontal del trabajo en equipo en la especialidad de traumatología y ortopedia.

Por consiguiente, es preciso aclarar que nos ocuparemos en este estudio de los delitos imprudentes, toda vez que son los más comunes en la actividad sanitaria; la definición de la imprudencia tiene unos elementos que son esenciales para su configuración práctica, estos son, el elemento objetivo-normativo integrado por la infracción al deber objetivo de cuidado; el elemento ontológico en su esfera negativa (obrar sin dolo) y positiva (posibilidad de prever el resultado y evitar la conducta infractora); que exista relación de causalidad entre el comportamiento imprudente y el resultado (esto, cuando se trate de comportamientos activos de resultado), y por último, que sea objetivamente imputable (Vallejo Jiménez, 2012, pp. 35 y ss.). Así, en palabras de Vallejo Jiménez (2012):

La imprudencia se define como la infracción del deber objetivo de cuidado determinado por normas jurídicas, reglamentarias, técnicas, científicas o de experiencias

humanas, de un hombre que con su actuación le era previsible y evitable la lesión al bien jurídico, causando como consecuencia un resultado típico no querido e imputable objetivamente a su acción (p. 38).

Conforme a lo expuesto, partiremos del siguiente interrogante ¿Cuáles son algunos de los problemas de autoría que pueden surgir en la división horizontal del trabajo en equipo en procedimientos quirúrgicos de ortopedia y traumatología a la hora de determinar la responsabilidad penal médica por imprudencia?

La metodología que se empleó en este trabajo consistió en la dogmática penal, la cual nos permitió una aplicación racional para dar solución a los problemas relacionados con autoría, división de trabajo en equipo y principio de confianza para la determinación de la responsabilidad penal en el campo de la ortopedia y traumatología.

Por lo tanto, tal y como veremos a continuación, en este trabajo analizaremos en primer lugar en qué consiste la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho, sin dejar de desconocer que existen otras, pero teniendo en cuenta que esta es la postura teórica que se comparte en este trabajo, nos referiremos exclusivamente a esta, toda vez que por razones de espacio no podemos abordar las demás, y su aplicabilidad a las diferentes formas de autoría en la actividad sanitaria y los delitos imprudentes. En segundo lugar, se explicará cómo opera la división horizontal del trabajo en equipo en la práctica médica. En tercer lugar, a partir de un supuesto de hecho seleccionado de un caso decidido por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, pero perfectamente aplicable a problemas de autoría en materia de responsabilidad penal por imprudencia, estudiaremos algunas cuestiones relacionadas con procedimientos quirúrgicos en la especialidad de traumatología y ortopedia. Por último, se presentará una conclusión en la que se recogerán los principales resultados de este artículo.

## **2. La autoría a partir de la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho en la actividad sanitaria**

En este trabajo, como se manifestó anteriormente, partiremos de la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho, ampliamente desarrollada por los doctrinantes Diego Manuel Luzón Peña y Miguel Díaz y García Conlledo para definir la autoría y sus diversas

modalidades, centrándonos especialmente en los delitos imprudentes que son los que se presentan con mayor frecuencia en el campo médico.

El criterio del que emana esta teoría para distinguir entre autores y partícipes, es el de la determinación positiva y objetiva del hecho a partir de la teoría restrictiva de autor, es decir, la posición de control del hecho (con independencia de su intención) por parte del sujeto que actúa solo o conjuntamente y decide positivamente el sí y el cómo de la conducta. La determinación objetiva del hecho como característica fáctica de la autoría, significa que la conducta bien sea consciente o inconscientemente, queriendo o no, configura el curso causal del acontecer típico, fija el sí y el cómo de este, impulsando la producción del resultado. La determinación positiva es más que la capacidad de impedir el curso del hecho con la simple pasividad, lo que denominan dominio negativo o la posibilidad de impedir el resultado, que se traduce en evitabilidad objetiva, el dominio positivo implica que la persona, en caso de que la conducta sea dolosa, decida la producción del resultado a través de su acción (Díaz y García Conlledo, 1991, pp. 626 y ss.).

La teoría propuesta, parte de un concepto restrictivo de autor que permite la distinción entre autoría y participación tanto en delitos dolosos como imprudentes, en contraste con la teoría del dominio del hecho planteada por Roxin, que propone un concepto unitario de autor para los delitos imprudentes (Roxin, 2014, p.68), lo que implica que se castiga como autores imprudentes a sujetos que resultarían impunes como partícipes imprudentes si se adopta la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho. Vale la pena aclarar desde ya que, la participación en delitos imprudentes debe ser impune, salvo que el legislador prevea lo contrario por asuntos de política criminal, la menor gravedad que comportan las conductas imprudentes y la excepcionalidad de su castigo (Díaz y García Conlledo, 2017, p. 16).

Consecuentemente con el anterior razonamiento, autor es el que realiza la conducta típica, que cumple con los requisitos exigidos por el tipo de la parte especial. En los delitos resultativos, el criterio material para establecer la autoría es la determinación objetiva y positiva del hecho. (Díaz y García Conlledo, 2008, p. 20). Así, Díaz y García Conlledo (1991) define la autoría como:

Autor es quien, reuniendo los elementos personales o especiales de la autoría exigidos por algunos tipos, y cumpliendo el resto de los elementos del tipo, solo e inmediatamente (autor inmediato individual, concurren o no otros intervinientes), a través de otro al que utiliza como instrumento (autor mediato), o mediante la actuación conjunta

con otros (coautor) domina el hecho, es decir determina objetiva y positivamente el curso del suceso (p. 691).

El fundamento material de la autoría se explica mediante la autonomía de las acciones en la producción del resultado, independientemente de que en algunos casos haya una cooperación necesaria, considerando además que en nuestro código penal no existe esa figura y solo se habla de cómplice, sigue existiendo autonomía en la decisión.

la conducta que, sola o a través de otra, determina objetivamente el curso del acontecer típico, o que, unida a otra, ya lo co-determina objetivamente, no depende de otros factores para provocar o configurar el curso causante del resultado; o, si ha habido una cooperación necesaria, ha dependido parcialmente: negativamente de ella para la concreta forma de producción, pero, si la consigue, la acción determinante ya no depende de nada para producir el resultado. Frente a esto, las acciones que meramente favorecen o facilitan el curso del hecho, son totalmente dependientes de otras acciones o sucesos para que se pueda producir el resultado (Díaz y García Conlledo, 1991 pp. 630, 631).

Cabe añadir que el antedicho fundamento material utilizado para el criterio de la determinación objetiva del hecho, está formulado en términos de cierta relatividad por ser un dato prejudicial, conecta el dato fáctico, referido a la mayor independencia de la conducta del autor que la de los partícipes y se apoya en el fundamento normativo de la autoría restrictiva que corresponde al ataque más directo a la prohibición (Díaz y García Conlledo, 1991, p. 637, 638).

Para establecer la autoría en los delitos imprudentes se utiliza el criterio del dominio potencial del hecho como fórmula adicional a la determinación objetiva y no está dirigida a la mera posibilidad de dominar el hecho, por el contrario, está en la capacidad real de determinar objetiva y positivamente el suceso y en caso de que el agente actuara con dolo podríamos hablar de un dominio final del hecho. En términos de Luzón Peña (1989):

O sea, y resumidamente: propongo hablar de dominio potencial (como criterio auxiliar para precisar la autoría imprudente) en el sentido de que sólo le falta el dolo para ser auténtico dominio, pero que hay determinación objetiva real (no potencial) del hecho. En una fórmula: determinación objetiva + dolo = dominio del hecho; determinación



objetiva (sin dolo) = dominio potencial del hecho (Citado en Díaz y García Conlledo, 1991, p. 629).

En los delitos imprudentes de resultado el criterio utilizado es la determinación objetiva del hecho a través de la conducta que marca el curso del hecho a la producción del resultado típico, decide el sí y el cómo y por eso se dice que determina objetiva y positivamente el hecho. La determinación objetiva posibilita que cuando haya dolo, se hable de dominio del hecho y que se diferencie entre autores y partícipes según el aporte al hecho. En los delitos imprudentes de mera conducta se determina objetivamente el hecho con la realización de la conducta típica (Luzón Peña, 2016, pp. 310, 311).

Particularmente la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho al tener asiento en un concepto restrictivo de autor, permite distinguir entre las diferentes modalidades de autoría en delitos imprudentes y dolosos. A saber, la autoría inmediata, mediata, yuxtapuesta y la coautoría, todas ellas serán analizadas a continuación en el contexto de las actividades desplegadas en el ámbito de la medicina.

## **2.1. La autoría inmediata en la actividad sanitaria**

La autoría inmediata individual, directa o unipersonal es aquella en la que el sujeto realiza la conducta típica y determina el hecho sin compartir con nadie el dominio y sin utilizar a otro como instrumento, no obstante, se puede presentar la participación y la pluriautoría, distinta de la coautoría, que sobreviene cuando varios sujetos realizan por sí mismos la actuación típica como autores inmediatos individuales (Díaz y García Conlledo, 2008, p. 21).

El criterio de la determinación objetiva y positiva del hecho tanto en la autoría inmediata, mediata y la coautoría, va referido a la realización de la acción típica, pese a que, en algunos casos, aunque el sujeto realiza y determina la conducta típica, falta otro de los elementos del tipo y no es autor penalmente relevante (Díaz y García Conlledo, 1991, p. 641).

En los eventos en los que solo interviene una persona y su conducta guarda relación causal con el resultado, la determinación del autor no presenta mayores dificultades, igualmente cuando se presentan varios intervinientes, pero una de las acciones destaca desde el punto de vista jurídico

penal. El autor unipersonal realiza la conducta típica descrita en la ley, a saber, la acción más idónea, peligrosa y adecuada para producir el resultado con unas características propias y se convierte en la acción central típica. Según esto, el interviniente puede ser autor del tipo objetivo y determinar el hecho pese a que le faltan elementos para ser autor desde el punto de vista penal. (Rodríguez Vázquez, 2012, pp. 373 y ss.).

Autores como Roxin afirman que la actuación individual de propia mano permite definir la autoría inmediata y entraña un dominio del hecho, lo que resulta cuestionable, pues en los delitos resultativos lo decisivo es la completa ejecución o realización del tipo porque hay eventos en los que, no obstante, hay intervención de propia mano, no hay autoría porque no hay determinación forzada sino un favorecimiento del curso causal como en aquellos eventos en los que el sujeto actúa de propia mano y no es autor porque no hay determinación del curso causal que emana de una fuente natural de peligro y en consecuencia no hay dominio del hecho. Igualmente, cuando el sujeto actúa de propia mano, junto a otro, sin ser autor y en esta ocasión la fuente de peligro humana es la que tiene el dominio del hecho (Díaz y García Conlledo, 1991, pp. 642, 643).

En este orden de ideas, en el ámbito sanitario se presenta la autoría unipersonal cuando el médico sin que medie intervención de terceros, realiza una conducta imprudente durante la prestación del servicio al paciente menoscabando la vida o la integridad de este. En ocasiones cuando la práctica médica es realizada por varios profesionales de manera simultánea, suele ser más difícil la aplicación del criterio de la determinación objetiva y positiva del hecho para establecer la autoría, puesto que las otras conductas relacionadas con el resultado cumplen algunos requisitos típicos, entre ellos la imputación objetiva y su desvaloración como imprudente, en esos casos es necesario establecer la acción o las acciones que determinan el resultado (Rodríguez Vázquez, 2012, p. 375).

Para ilustrar de una forma práctica la autoría inmediata propongo como ejemplo uno de los casos fallados por el Tribunal de Ética Médica de Caldas. Se trata de un cirujano ortopedista que interviene a su paciente porque presentaba lesiones patelares izquierdas y necesitaba osteotomía de rótula izquierda más osteosíntesis y corrección de relajación del retináculo lateral de dicha articulación. Cuando la paciente despierta se da cuenta que la rodilla operada fue la derecha con una incisión de 7 cm y con defectos persistentes pese a que después de constatar el error, el médico interviene la rodilla izquierda. La falta médica consistió en la inobservancia de los deberes

prequirúrgicos como la revisión y confrontación de la historia clínica para constatar el procedimiento y la rodilla que debía ser operada (Tribunal Ética Médica de Caldas, 116-2011, 2011). La conducta realizada por el cirujano que determina objetivamente el hecho encaja en el delito de lesiones personales imprudentes, vulnera la norma de cuidado, no toma las medidas de precaución y crea un riesgo penalmente relevante, el sujeto actúa de manera individual, pese a que en la intervención participan otros profesionales, la conducta de este es la que encamina el curso causal y produce el resultado lesivo, por lo tanto, no hay duda de su autoría, pues en estos casos se evalúa la infracción a la norma de cuidado y que el resultado pueda ser imputado objetivamente en los delitos resultativos (Roso Cañadillas, 2004, pp. 239, 240).

## **2.2. la autoría mediata en la actividad sanitaria**

La autoría mediata se presenta cuando el sujeto realiza la conducta típica a través de otra persona que actúa como instrumento de este, para su configuración se requiere además de la realización del tipo, establecer el fundamento para considerar que una persona utiliza a otra como instrumento en la realización de una conducta típica y verificar que el sujeto de atrás determina el hecho y a la vez si la conducta del instrumento es determinante, independientemente de su responsabilidad. La irresponsabilidad del instrumento no es un requisito para la autoría mediata ya que se pueden presentar supuestos de “autor tras el autor” (Díaz y García Conlledo, 2008, pp. 21, 22).

Para explicar la determinación objetiva y positiva del hecho en la autoría mediata suele usarse el criterio material, esto es, la coacción y el error sobre el instrumento, el carácter de inimputable del instrumento y el uso de aparatos organizados de poder, pero no basta con este fundamento de la autoría mediata que solo explica los supuestos en los que se da la acción de una persona que se sirve de otra como instrumento, para determinar la autoría y la participación del sujeto de atrás, es necesario saber si la acción del instrumento determina objetiva y positivamente el hecho, pese a que por falta de otros elementos del tipo no se le considere un autor o partícipe, según sea el caso, penalmente relevante (Díaz y García Conlledo, 1991, p. 646).

Algunos autores aducen la inadmisión de la autoría mediata en los delitos imprudentes, entre las razones se encuentra la fundamentación de la autoría y la participación a partir de un

concepto unitario en el que cualquier persona que aporte causalmente al resultado mediante la infracción al deber de cuidado, es autor. Por otra parte, como en la autoría mediata se presenta el fenómeno de la instrumentalización, que parece suponer que el sujeto de detrás tiene una intención o finalidad en servirse del sujeto de delante para producir el resultado típico y en este sentido resultaría incompatible la autoría mediata con el tipo imprudente, en aquellos delitos imprudentes pese a que hay una infracción al deber objetivo de cuidado no se acepta el resultado y este se produce involuntariamente y en tercer lugar la adopción de la teoría del dominio del hecho en la que para ser autor es necesaria la asunción cognitiva del resultado para hablar de dominio (Rodríguez Vázquez, 2012, pp. 407, 408).

Ahora bien, siguiendo la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho la autoría mediata también es posible en los delitos imprudentes cuando entre el sujeto que infringe el deber de cuidado y el resultado típico, aparece un tercero que es quien ejecuta materialmente el hecho, para que el sujeto de atrás sea responsable penalmente se requiere de esta figura. (Rodríguez Vázquez, 2012, p. 408).

La autoría mediata imprudente se presenta entonces cuando una conducta descuidada, aunque sea sin quererlo, marca forzosamente el curso de otra conducta que es imprudente o en algunos casos fortuita y determina objetivamente la producción del hecho, el segundo sujeto que actúa sin plena consciencia y voluntad es instrumentalizado por el primero. En los tipos imprudentes la instrumentalización del primero no es consciente y voluntaria, excepto en la imprudencia consciente, pero que determina el hecho a través de la conducta del otro. En algunos casos la conducta imprudente del primero genera falta de responsabilidad en el segundo, sin embargo, es posible que la segunda conducta sea igualmente descuidada (Luzón Peña y Díaz y García Conlledo, 1998, p. 83).

En el caso de la actividad médica ocurre que el profesional que atiende al paciente y le causa un daño en su salud o incluso la muerte, puede actuar acatando órdenes de otros profesionales que se encuentran en un rango jerárquico superior, que le precede en el tiempo, siguiendo las indicaciones de un colega o basándose en la experiencia de otros especialistas que han atendido al mismo paciente. Queda claro que este profesional no actúa imprudentemente porque lo hace observando las estructuras de mando y bajo el principio de confianza, así que se

puede invertir la autoría en estos eventos que se presenta la autoría mediata (Rodríguez Vázquez, 2012, p. 410).

Como hemos visto, la autoría mediata exige la concurrencia de más de una persona, por lo tanto, es completamente posible la coautoría mediata cuando sean varios sujetos de atrás y uno solo o varios los sujetos de adelante. Los criterios que se han establecido para identificar y fundamentar la autoría mediata que son aplicables a los tipos imprudentes en el desarrollo de la actividad sanitaria, son los casos de autoría mediata coactiva que se suele presentar en la división vertical de trabajo bajo estricta dependencia de un profesional frente a otro, en las estructuras hospitalarias comúnmente no existen este tipo de relaciones al nivel extremo, así que este criterio se pueden aplicar en las decisiones tomadas por ciertos cargos hospitalarios. El segundo criterio que resulta ser el más frecuente en la actividad médica, es el del error en la actuación del sujeto de delante suscitado por el error del sujeto de atrás, en otros términos, la instrumentalización se sustenta en un desequilibrio entre ambos, este desequilibrio es solamente cognoscitivo, se pueden presentar casos en los que pese a que hay desequilibrio cognoscitivo no hay instrumentalización, cuando el sujeto de delante se percató de la peligrosidad de la acción, pero esto no cambia la configuración de la autoría mediata pues no hay razones jurídicas para que actúe de otra manera (Rodríguez Vázquez, 2012, pp. 412 y ss.).

En la especialidad de traumatología hay una sentencia del Consejo de Estado que refleja una situación de error del sujeto de delante como consecuencia de un error en el comportamiento del sujeto de atrás. Un menor fue ingresado a urgencias tras sufrir una fractura angulada de cúbito y radio derechos producto de una caída, la intervención de reducción cerrada se presentó sin inconvenientes, empero, el médico no le prescribió medicamentos o tratamiento antibiótico y le dio una orden para regresar a control por consulta externa con ortopedia en el término de diez días. Tres días después de la intervención el paciente regresa al centro médico por dolor intenso en el brazo, edema progresivo, cambio de color, frío local, flictenas y parálisis en la mano. Posteriormente le diagnosticaron gangrena gaseosa y le amputaron el miembro superior derecho a nivel del tercio distal. Para el caso en concreto, el médico no le prescribe tratamiento antibiótico y tampoco le informa de manera precisa y detallada al paciente y a sus padres los riesgos de infección y los signos de alarma ante los cuales deben acudir antes de la fecha fijada para el control (Consejo

de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, 25000-23-15-000-2004-01511-01(34641) A, 2018).

Según lo anterior, si bien la conducta de los padres al no acudir antes al centro médico fue descuidada y errónea, a esta le precede el comportamiento imprudente y equivocado del médico como autor mediato que omite formular el tratamiento y explicar las instrucciones claras del peligro y las señales para anticipar el control ortopédico, confiando en el que la herida evolucionaría sin complicaciones. El sujeto de delante, en este caso los padres, confiaron en el criterio médico y no les era exigible tener un conocimiento especializado sobre la materia, actuando instrumentalizados por el error.

### **2.3. La autoría accesoria o yuxtapuesta en la actividad sanitaria**

En estos eventos el hecho lo co-determinan dos o más sujetos que actúan sin acuerdo y por tanto no son coautores, excepto en los casos en los que uno de los sujetos conoce la conducta de los demás, en esos casos se podría hablar de una autoría inmediata o mediata por parte de ese sujeto que conoce. Estos eventos representan un problema de imputación objetiva del resultado al comportamiento de cada interviniente, el resultado no se le puede imputar objetivamente a una de las conductas por sí sola. En la concurrencia de culpas es imperativo analizar qué conductas determinaron el hecho, constituyen supuestos de autoría y por lo tanto se le puede imputar objetivamente el resultado o cuáles solamente hicieron un aporte de manera que se pueda calificar como partícipes (Díaz y García Conlledo, 2008, p. 35).

En los delitos imprudentes se presenta cuando dos o más conductas imprudentes, se realizan de manera individual y aislada por cada sujeto, sin consciencia ni acuerdo recíproco, pero co-determinan objetivamente el hecho. El resultado es imputable a todas las conductas imprudentes o solo a una de ellas cuando sea objetivamente previsible la concurrencia de otra conducta que co-determine el hecho (Luzón Peña y Díaz y García Conlledo, 1998, pp. 84, 85).

En la autoría accesoria para imputar el resultado a los intervinientes aun cuando no exista un acuerdo entre ellos, se debe acudir a la imputación objetiva, no siempre será posible, pero sí en la mayoría de eventos, bien sea a todas las conductas o al menos a una de ellas por ser previsible objetivamente la concurrencia de otra igualmente imprudente y porque el resultado implica la

realización del riesgo inherente que la norma pretendía evitar. Hay supuestos en los que no se puede imputar objetivamente el resultado por la aplicación del principio de confianza, quien actúa cumpliendo el deber objetivo de cuidado, presume que los demás también lo harán y por eso no le es posible prever que va a concurrir la conducta imprudente de otro y ocasiona el resultado típico. Este principio de confianza no opera para quien infringe el deber de cuidado, este no puede esperar que los demás vayan a actuar diligentemente y por lo tanto le es previsible que los demás intervinientes en la actividad puedan comportarse de manera imprudente y concurrir en la producción del resultado lesivo (Rodríguez Vázquez, 2012, pp. 391 y ss.).

La división del trabajo en la actividad sanitaria no revela el acuerdo, es elemental que los sujetos acuerden infringir el deber objetivo de cuidado y que con su conducta co-determine objetiva y positivamente la producción del resultado lesivo. Cada interviniente debe conocer su aporte al resultado, por lo tanto, le es previsible y cada acción por sí misma es incapaz de producirlo, las acciones en conjunto han decidido el sí y el cómo (Vallejo Jiménez, 2012, pp. 253 y ss.).

Para ejemplificar la autoría accesoria, voy a incluir algunas variables a un supuesto a partir de la situación fáctica de una de las providencias del Tribunal de Ética Médica del Meta para ajustar el caso a esta forma de autoría. La paciente ingresa al hospital por un accidente en el que se lesionó el pie izquierdo, allí fue atendida por el ortopedista A quien le ordenó una radiografía y le diagnosticó esguince de tobillo y le recomendó hacerse sobar el pie. El dolor y la hinchazón persistieron por lo que 3 días después consulta nuevamente y esta vez es revisada por el ortopedista B que le ordena tomar antiinflamatorios y aplicarse hielo en la zona. Las molestias continuaron por lo que la paciente acude una vez más, pasados 5 días al centro médico y el ortopedista C encontró síntomas de infección local, ordenó hospitalizar a la paciente en una unidad de cuidados intensivos, le diagnosticó una fractura de tobillo que no fue evidenciada por los médicos anteriores y por no ser operada a tiempo, le ocasionó secuelas permanentes (Tribunal de Ética Médica del Meta, 49-2010, 2010). En este caso, el resultado no se le puede atribuir a la conducta de A o de B exclusivamente, es la suma de estas dos conductas imprudentes las que generan el resultado lesivo, la lesión era evidente tanto para A como para B según la radiografía inicial. Ambos co-determinaron el hecho, pese a que no media acuerdo entre A y B, la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho, exige responsabilizar a cada interviniente a título de autor a través

de la imputación objetiva porque era previsible que a esa conducta infractora se le adhiriera otra y ambas concurren en la producción del resultado y la relación de riesgo, además de que les era evitable la producción del resultado lesivo, pudiéndoles imputar objetivamente el resultado a cada una de estas conductas que actuaron por separado (Rodríguez Vázquez, 2012, pp. 389 y ss.).

#### **2.4. La coautoría en la actividad sanitaria**

La coautoría se presenta cuando varios sujetos mediante división de trabajo y acuerdo, realizan conjuntamente la conducta que va a determinar positivamente el sí y el cómo del hecho (Díaz y García Conlledo, 1991, p. 677). La coautoría es la realización conjunta del hecho típico, ninguna de las conductas valoradas individualmente produce el hecho, cuando hay varios autores y cada uno cumple los requisitos de la autoría, hablamos es de una pluriautoría distinta de la coautoría. El criterio de la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho para caracterizar la coautoría es el de la realización conjunta de la acción típica nuclear, que se concreta con la co-determinación positiva del hecho, la actuación de cada uno por sí sola no es autoría, debe ser conjunta (Díaz y García Conlledo, 2008, p. 32).

Algunos autores en la doctrina alemana como Maurach (1962), Welzel (1970), Jakobs (1997), Roxin (2000), Jescheck (2002), Stratenwerth (2005), entre otros, y en la doctrina española, Gómez Benítez (1984), Bacigalupo (1998), Bustos Ramírez (1995), y, Cerezo Mir (2000), niegan la posibilidad de que la coautoría se presente en los delitos imprudentes porque acogen un concepto unitario de autor en la imprudencia, el principal argumento es la exigencia de un acuerdo de voluntades para que se configure la coautoría y que solo es posible en los delitos dolosos. No obstante, esta interpretación del mutuo acuerdo es errónea, ya que este versa sobre el comportamiento que se pretende desplegar y no como el plan común que tienen los intervinientes sobre del resultado. En los delitos imprudentes el acuerdo recae es sobre el comportamiento descuidado (Vallejo Jiménez, 2012, pp. 238 y ss.).

La coautoría imprudente ocurre cuando se realizan de común acuerdo varias conductas descuidadas, no se exige que el acuerdo sea estricto y expreso, solo que las conductas co-determinen objetiva y positivamente el curso del hecho y este supuesto se presenta con mayor frecuencia en la división de funciones durante el trabajo en equipo en el que no existe una relación



de subordinación, sino que los integrantes están en condiciones de igualdad y horizontalidad. Hay eventos de coautoría en la imprudencia consciente donde una de las acciones solo incita a la segunda imprudentemente, esta última por sí sola no determina el hecho, por tanto, hay una co-determinación de la producción del resultado, lo que no implica que la segunda conducta sea instrumento de la primera (Luzón Peña y Díaz y García Conlledo, 1998, pp. 83, 84).

Para que se configure la coautoría imprudente, se requiere el común acuerdo sobre la conducta, pero no es necesario que los coautores se hayan representado la posible producción del resultado. Asimismo, es necesaria la división de trabajo en la que cada coautor contribuya al hecho. Finalmente, La realización del tipo debe ser conjunta, que co-determinen el sí y el cómo del hecho (Roso Cañadillas, 2004, p. 241).

Partiendo de un concepto restrictivo de autor, el requisito de la división de trabajo no debe ser usado como criterio exclusivo para explicar estructuralmente la coautoría ya que supone grandes riesgos, especialmente en las actividades sanitarias en las que pueden concurrir varias acciones imprudentes y esto supondría la coautoría en el resultado lesivo de los que aportaron al hecho sin importar la gravedad de su conducta, es decir, operaría como un criterio automático (Rodríguez Vázquez, 2012, pp. 383 y ss.).

Hay que evaluar algunos requisitos en la coautoría desde la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho para establecerla en cada caso. Según lo anterior es preciso comenzar a establecer la coautoría a partir de la valoración del requisito objetivo, entendido como la co-determinación del hecho, se refiere a que la actuación conjunta realmente determine objetiva y positivamente el hecho. Dentro de este requisito hay otros elementos, primero, concurren mínimo dos conductas en la producción del hecho, segundo, que cada una por sí sola sea insuficiente para producir el resultado y tercero, verificar la conjunción de las conductas realizadas por diferentes sujetos, sea la que co-determina objetiva y positivamente el hecho (Rodríguez Vázquez, 2012, pp. 383, 384).

El segundo requisito es de carácter subjetivo y se refiere al acuerdo como elemento diferenciador de la coautoría. En la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho se exige el acuerdo como criterio porque primero, posibilita la imputación recíproca, sin el acuerdo no sería posible que cada uno de los intervinientes responda por las conductas de los demás sujetos que determinaron el hecho. En segundo lugar, permite referirse a una actuación conjunta formada

por actos parciales que sumados determinan objetiva y positivamente el hecho y ellos se conectan por la existencia de un acuerdo con división de funciones. El acuerdo es el que permite diferenciar la coautoría de la autoría accesoria en la que solo hay una suma de acciones sin acuerdo, pero esas aportaciones co-determinan el hecho (Rodríguez Vázquez, 2012, pp. 385 y ss.).

Para efectos didácticos propongo un caso hipotético que reúne las características de la coautoría imprudente, igualmente partiendo de un caso resuelto por el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, pero con unas adecuaciones. Como consecuencia de un accidente, la paciente, menor de edad, se fracturó el radio distal izquierdo por lo que es ingresada al servicio de urgencias y es atendida por el médico especialista en ortopedia y este en avenencia con el anestesiólogo, dadas las circunstancias y por cuestiones de tiempo, deciden intervenir sin previo consentimiento informado de los padres de la menor, sin tomar las medidas previas como el peso corporal y las preexistencias patológicas, efectúan la reducción de la fractura inyectando xilocaína para anestesia local y excediendo la dosis permitida, esta fue absorbida prontamente por el organismo de la paciente, luego convulsiona y se produce un paro cardio respiratorio que posteriormente le causa muerte cerebral (Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, 02-2006, 2006). Para analizar este caso, primero, ambas conductas unidas co-determinaron objetiva y positivamente el hecho, si se analiza por separado la conducta del cirujano que infringe el deber de informar al paciente o a sus representantes legales el procedimiento a realizar y opera sin obtener el consentimiento de estos, por sí sola no determina la producción del resultado. A esta se le suma la del anestesiólogo que no le realiza la consulta preanestésica a la paciente para determinar la dosis y las condiciones de salud de la paciente, ambas conductas descuidadas, conjuntamente, ocasionan el resultado. Segundo, media un acuerdo entre ambos profesionales independientemente de que sea expreso o no, en el que cada profesional tiene unas funciones específicas y en este caso con división horizontal de trabajo en equipo, como resultado de todo lo anterior, se produce el resultado dañoso.

Así las cosas, tal y como se ha reiterado a lo largo de este trabajo, aquí se parte de la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho para poder explicar el concepto de autoría y las diferentes formas en las que se presenta, particularmente, en materia de delitos imprudentes y la posibilidad de advertirlas al momento de establecer la responsabilidad penal en la actividad sanitaria, exclusivamente en consideración a la especialidad de traumatología y ortopedia. Por lo tanto, aclarado esto, en lo que sigue vamos a referirnos a las particularidades de la división

horizontal del trabajo en equipo y el límite a la aplicación del principio de confianza cuando media una relación de horizontalidad entre profesionales que desarrollan una actividad conjunta.

### **3. El principio de división horizontal del trabajo en equipo en la actividad sanitaria**

El principio de división del trabajo en equipo desde la óptica del derecho penal es entendido como la formulación jurídica de una realidad práctica que se utiliza en numerosas actividades profesionales; particularmente, en el ámbito sanitario es producto de la interrelación y clasificación entre especializaciones y subespecializaciones que se observa desde la formación académica y a la vez están integradas por otras disciplinas auxiliares a la medicina. La organización hospitalaria tiene una estructura jerárquica en la que opera la figura del equipo médico donde cada uno cumple y ejecuta unas tareas y funciones específicas sobre las que dirigen la atención e incorporan a todo el personal sanitario como médicos generales, especialistas, auxiliares, etc. (Rodríguez Vázquez, 2012, pp. 183 y ss.). En la legislación colombiana no existe definición de equipo médico, no obstante, la normatividad que rige esta materia, permite entender que la actividad médica se desarrolla por un conjunto de profesionales entre facultativos y no facultativos (Vallejo Jiménez, 2012, p. 39).

Uno de los principales aportes del principio de división del trabajo en equipo, además de establecer las funciones y contribución de cada interviniente, es que, junto con el principio de confianza, opera como un criterio delimitador del deber de diligencia y cuidado y permite identificar la eventual responsabilidad penal de cada uno atendiendo a la modalidad de división del trabajo en equipo que puede ser vertical u horizontal (Jorge Barreiro, 1989, pp. 169, 170).

La división horizontal del trabajo en equipo se presenta cuando cada miembro del equipo posee competencias autónomas e independientes respecto de los demás, esta autonomía funcional se caracteriza por una relación de igualdad entre los integrantes que cuentan con una formación similar, cada uno actúa sin atender órdenes de otro interviniente. Ahora bien, frente a los criterios que permiten calificar la relación de trabajo como horizontal, tradicionalmente se entendía desde una visión restrictiva que el criterio determinante era el nivel de formación del profesional, es decir, este incluye solo la titulación académica. No obstante, desde una interpretación más amplia, además del título académico, se debe exigir la experiencia profesional. Incluso un sector de la

doctrina, Villacampa Estiarte (2003), Steffen (1996), Molkentin (1999), señalan que pueden converger relaciones de igualdad entre facultativos y no facultativos, independientemente de la cualificación académica. En este sentido, explican que el criterio diferenciador está en la posición que cada uno ocupa dentro del organigrama y el reparto de funciones a través del cual se observan competencias autónomas e independientes no solo entre profesionales de la misma categoría, sino, además, entre profesionales con diferente cualificación. Así sucede en algunos eventos cuando en el organigrama del centro médico no existe supra- subordinación que justifique las órdenes del médico ni el deber de las enfermeras de acatarlas (Rodríguez Vázquez, 2012, pp. 192 y ss.).

Existe una postura intermedia que es la que considero más acertada ya que recoge todos los elementos necesarios y complementarios entre sí para determinar los eventos de división horizontal del trabajo en equipo, es la planteada por Rodríguez Vázquez (2008) que propone como criterios en primer lugar, la formación de los intervinientes; segundo, la posición que cada uno ocupa en el organigrama de la institución; tercero, la experiencia profesional que posean (Vallejo Jiménez, 2012, p. 147).

Ahora bien, el trabajo en equipo conlleva una división de funciones coordinada que puede ser implícita o explícita, dirigida a obtener un resultado común. Cuando se presenta la colaboración sucesiva de profesionales, no estamos frente a una modalidad de trabajo en equipo, sino ante un ejemplo de división horizontal porque no hay colaboración directa entre los miembros que actúan de manera independiente, incluso cronológicamente y por eso, inicialmente, la responsabilidad penal se deriva de la acción u omisión de cada uno y el principio de confianza en la actuación ajena opera con mayor eficacia (De Vicente Remesal y Rodríguez Vázquez, 2007, p. 164).

En las relaciones de horizontalidad se puede presentar la delegación, donde el delegado posee la formación, preparación y posición jerárquica para aceptar o rechazar la tarea que se le ha propuesto por el delegante, sin embargo, en el supuesto que el delegado carezca de competencia para realizar la función encomendada con el cuidado necesario para proteger los bienes jurídicos que estén expuestos, tales como la vida o la integridad del paciente, deberá rechazar el ofrecimiento por no estar capacitado so pena de responder por el resultado lesivo que se presente. Por el contrario, si el delegado tiene las capacidades objetivas y subjetivas para desarrollar la actividad encomendada, así como los medios necesarios y acepta llevarla a cabo, el delegante se exonera de responsabilidad y se transmite al delegado (Fernández Cruz, 2002, p. 117). En estos eventos, la

responsabilidad surge por asumir la función de protección o control sin que exista un contrato, en otras palabras, la asunción unilateral de la función de garante se fundamenta en un pacto tácito entre quien asume voluntariamente y el delegante (Luzón Peña, 2016, p. 623).

Un ejemplo sencillo de división horizontal del trabajo en equipo, se manifiesta en la relación entre el anestesiólogo y el cirujano, para ello primero hay que destacar las funciones independientes que tiene cada especialista. Algunas de las tareas del anestesiólogo en la fase preoperatoria consisten en el estudio y la preparación del paciente; en fase intraoperatoria, se encarga del suministro de la anestesia y el monitoreo de los signos vitales del paciente y en fase posoperatoria supervisa la recuperación del paciente y las posibles complicaciones respiratorias o circulatorias. Este profesional es responsable de sus funciones y tiene plena autonomía e independencia en el ejercicio de estas actividades. El cirujano es considerado el director técnico de la intervención quirúrgica que realiza en el ámbito de su especialidad (Romero Flores, 2001, p. 273). Entre las funciones del cirujano se encuentran las de carácter preoperatorio como conocer las condiciones de salud del paciente, establecer el diagnóstico, brindar tratamiento integral, seleccionar la forma de intervención; durante la fase intraoperatoria están las de realizar el procedimiento quirúrgico, ejecutar las actividades necesarias para atender emergencias médicas o complicaciones, y en el posoperatorio, se encarga, entre otras cosas, de orientar el curso de la rehabilitación y las acciones conducentes a la recuperación del paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pp. 129 y ss.). No obstante, pese a las funciones de líder que desempeña el cirujano dentro del equipo de trabajo, estas no implican que exista una relación de supra-subordinación con el anestesiólogo, pues cada uno de ellos cumple dentro de la intervención quirúrgica tareas determinadas por su especialidad; no obstante, en caso de que el cirujano advierta el incumplimiento de las funciones del anestesiólogo, este estará en la obligación de intervenir para evitar la producción de un resultado lesivo en el paciente, pues en estos supuestos el principio de confianza pierde su fuerza. Sin embargo, no me voy a detener en la explicación de la manera en la que opera este principio, ya que es abordada en el siguiente apartado.

En suma, el principio de la división del trabajo en equipo permite que cada interviniente realice sus funciones de manera independiente, facilitando que centren su atención en la tarea que desempeñan y, de igual manera, que se establezca el ámbito de competencia que deben observar y el deber objetivo de cuidado. La modalidad de división del trabajo en equipo que acá nos interesa

estudiar es la horizontal, esta se determina a través de la formación, la experiencia profesional y la posición que ocupa cada integrante en el organigrama del centro médico, si se cumplen estos criterios, la relación entre los profesionales se puede caracterizar en términos de igualdad y en principio cada uno actúa de manera independiente y autónoma, sin estar obligados a acatar las órdenes de otro. No obstante, esa relación deberá estar mediada por el principio de confianza, pues este opera como límite de esa división del trabajo en equipo, el cual estudiaremos a continuación.

### **3.1. Límite al principio de la división horizontal del trabajo en equipo por ruptura del principio de confianza en la actividad sanitaria**

El principio de confianza es definido como la confianza que tienen los participantes de una actividad en que la actuación de los otros es adecuada y correcta, excepto cuando existan razones fundadas para pensar lo contrario y desconfiar de la actuación de los terceros, en este evento desaparece la presunción para los participantes. Este principio desde el punto de vista del derecho penal, surge para tratar de solucionar los problemas en el ámbito de la responsabilidad por resultados lesivos durante el ejercicio de diversas actividades, entre ellas, la sanitaria precisamente cuando hay múltiples intervinientes (Rodríguez Vázquez, 2012, pp. 216 y ss.).

Para que opere el principio de confianza, se deben cumplir dos requisitos; el primero, es la realización de un trabajo en equipo o el desarrollo de una actividad conjunta; segundo, que exista una distribución de tareas entre los miembros del grupo, que cada integrante tenga sus funciones y competencias claramente delimitadas y establecidas, en el caso de la actividad médica los profesionales poseen experiencia y formación especializada, que se traduce en la capacidad de asumir el acto médico (Bernate Ochoa, 2010, pp. 172, 173). La delimitación de las competencias puede tener génesis en diferentes aspectos como la organización interna de la institución mediante protocolos escritos, reglas extrapenales, los roles asignados desde las ciencias médicas como la especialización y profesionalización según los planes de estudio de cada área y finalmente, los acuerdos entre los intervinientes como expresión del ejercicio de la libertad de terapia médica (Contreras Chaimovich, 2019, p. 37, 38).

No obstante lo anterior, es preciso advertir que este principio que opera como instituto jurídico para la concreción del deber de cuidado, tiene unos límites y no tiene carácter de absoluto. El primero es la aplicación a favor del interviniente que obró cuidadosamente, pero su rechazo frente al que no lo hizo, en otras palabras, quien actúa infringiendo el deber de cuidado no puede

ampararse en el principio de confianza creyendo que los terceros realizarán sus respectivas actividades correctamente o que van a subsanar el peligro de su comportamiento. El segundo límite, indica que no se puede confiar en la conducta de uno de los intervinientes cuando se sospecha que va a actuar de manera imprudente, este postulado se relaciona con el concepto de la previsibilidad. El tercero, va dirigido a la imposibilidad de aplicar el principio de confianza cuando los terceros son incapaces o inimputables, en estos eventos el agente debe incrementar el cuidado al punto de abarcar la conducta de estos. Finalmente, el cuarto límite instaurado, comprende los especiales deberes de diligencia y control, este se presenta generalmente en la división vertical del trabajo en equipo (Rodríguez Vázquez, 2012, pp. 238 y ss.).

Sobre el primer límite que se acaba de mencionar, Puppe (2006, p. 4 y s.) discrepa de su utilidad y advierte que el hecho de que alguien se haya comportado de manera descuidada no es fundamento para aumentar sus deberes de cuidado al punto que tenga que prepararse para el comportamiento imprudente de algún interviniente. En este sentido, propone como ejemplo el del cirujano que al coser la herida de manera imprudente deposita en el paciente una pinza arterial y el médico encargado de continuar con el tratamiento omite ordenar un examen de rayos X, lo que genera graves complicaciones posteriores en la salud del paciente. El cirujano claramente no podrá alegar la confianza en la actuación del otro médico que no cumple adecuadamente con el control posterior, el fundamento se encuentra en la única función del principio de confianza para este autor, que es restringir los deberes de cuidado de cada interviniente, más no la responsabilidad, por eso para decir que responde por las consecuencias de su actuación no es necesario el enunciado que quien infringe el cuidado no puede ampararse en el principio de confianza. No comparto este planteamiento porque como ya mencioné atrás, el principio de confianza desempeña un papel esencial al momento de delimitar no solo el deber objetivo de cuidado, sino también la responsabilidad penal de cada uno, tanto de autores como partícipes (aunque se recuerda que la participación imprudente es impune). Por lo tanto, la persona que actúe de manera descuidada no puede confiar en que los demás van a corregir su actuación o que cumplirán con el deber de cuidado exigido, este límite no es de aplicación automática ni implica que todos los resultados deban ser imputados al médico que en primer momento transgredió sus deberes de diligencia, para ello se requiere un estudio detallado en cada caso donde asimismo se pueda establecer la relación de causalidad entre la conducta imprudente y el resultado producido y que este último sea imputable objetivamente a dicha acción.

Algunos autores como Wilhelm (1983), sostienen una postura de vigencia ilimitada del principio de confianza y que por definición en la división horizontal del trabajo no es posible exigirle a un profesional velar por el cumplimiento de las tareas de otros profesionales con los que se encuentra en relación de igualdad. Por otro lado, un sector mayoritario de la doctrina española, entre ellos, Agustín Jorge Barreiro (1990), Silva Sánchez (1994), Hava García (2001), Gómez Rivero (2003), Villacampa Estiarte (2003), De Vicente Remesal, Rodríguez Vázquez (2007), afirman que el principio de confianza tiene una vigencia limitada y se encuentra en las situaciones donde dadas las circunstancias no es posible confiar en la actuación de los otros. La normalidad y la confianza forman un binomio y si se rompe al fallar la primera, da lugar a la intervención de uno de los sujetos que en principio tenía unas funciones definidas y una actuación completamente independiente para que extienda su intervención y abarque con su cuidado la conducta del otro. La normalidad declina en circunstancias excepcionales que sean reconocibles o que el sujeto tenga la posibilidad de prever, ahí se entiende que la confianza que depositó en su compañero está limitada y pierde eficacia el principio de confianza que demarca el deber de cuidado. Las circunstancias se refieren, por un lado, a la falta de cualificación en la persona que desarrolla una determinada conducta y por otro lado, cuando el proceder del sujeto es a todas luces erróneo, la obligación de reconocer la situación surge para cualquiera de los intervinientes que se relacione desde un enfoque de igualdad y le es exigible adecuar su conducta a la situación de riesgo generada por su compañero que infringió el deber objetivo de cuidado, so pena de responder penalmente por una conducta imprudente (Rodríguez Vázquez, 2012, pp. 261 y ss.).

En suma, el límite al principio de confianza en la división horizontal del trabajo en equipo se encuentra en la ruptura de la normalidad, es ahí donde se pierde la confianza como delimitador de la infracción al deber de cuidado. En toda intervención en la que participan varios sujetos y la división del trabajo es horizontal, lo primero que hay que hacer es establecer claramente las competencias de cada uno y el momento en que debe desarrollar su actuación, por esto, la conducta de cada partícipe debe estar enlazada y coordinada con la de los demás porque la infracción al deber de cuidado de uno, puede generar una conducta imprudente en los demás o que deba intervenir para evitar la producción del resultado lesivo (Vallejo Jiménez, 2012, pp. 175 y ss.).

Para concluir, el principio de confianza permite que cada interviniente en una actividad confíe en que los demás realizarán el trabajo que les corresponde con el deber de cuidado exigido,



hay situaciones en las que se rompe la normalidad y el sujeto no podrá ampararse en el principio de confianza, por lo tanto, deberá adecuar su propia conducta hasta abarcar la de los participantes que infringieron el deber de cuidado a efectos de evitar el resultado lesivo. Aclarado lo anterior y atendiendo al concepto que en este trabajo se asume con relación al tema de autoría, sus diferentes formas, la división horizontal de trabajo de en equipo y el límite impuesto por el principio de confianza, pasaremos a exponer un caso práctico en materia de ortopedia y traumatología, que aunque fue resuelto por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, el supuesto fáctico allí planteado, nos sirve para evidenciar la posible solución en esas situaciones desde el contexto del derecho penal.

#### **4. Problemas de autoría en la división horizontal del trabajo en equipo en un caso de procedimiento quirúrgico en traumatología y ortopedia. Un ejemplo a partir de un supuesto fáctico**

El caso seleccionado para desarrollar este capítulo fue resuelto por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, sin embargo, para efectos de adecuarlo a las problemáticas de la dogmática jurídico penal y al objeto de estudio de este artículo, realicé algunas variaciones a la situación fáctica relacionada en la sentencia:

Un paciente ingresa al servicio de urgencias tras ser atropellado por una motocicleta, el médico general que lo atendió diagnosticó politraumatismo, herida en la cara y trauma dental, por lo que le ordenó una cita de evaluación con el odontólogo quien le practicó exodoncia de dos muelas y notó en el paciente una disminución de la apertura bucal, entonces sugirió evaluación por ortopedia maxilofacial, una vez en consulta, el cirujano le diagnosticó fractura condilomandibular y dispuso realizarle una intervención quirúrgica consistente en reducción abierta de fracturas mandibular y exploración del conducto dentario bajo anestesia general inhalatoria.

La cirugía se desarrolló sin complicaciones, sin embargo, el anestesiólogo que asistió la intervención, ingresó al quirófano con evidentes síntomas de embriaguez, situación que fue advertida por el cirujano, pese a lo cual decide continuar con la operación y con la asistencia del anestesista. Durante toda la etapa del acto anestésico el paciente no fue monitoreado en cuanto a la oxigenación y frecuencia cardiaca, lo que impidió detectar la depresión respiratoria que

presentaba, asimismo, la dosis de morfina fue de 20 miligramos, según el dictamen del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) la dosis no debió superar los 5 miligramos, esto permite calificar la dosis suministrada al paciente como alta, sin que el anestesiólogo se preocupase por revertir los efectos secundarios de la dosis. Al finalizar, el cirujano ordena el traslado del paciente a la Unidad de Cuidados Posanestésicos (UCPA) y le prescribió una dieta líquida con algunos medicamentos.

Para dar paso a la etapa posanestésica el paciente fue a la UCPA sin cumplir las exigencias de la *lex artis* para el ingreso tales como, la recuperación de la conciencia en un nivel cercano al que tenía el paciente antes del acto anestésico, el control adecuado de la vía aérea y que se encontrara hemodinámicamente estable. El anestesiólogo se limitó a desentubar al paciente sin supervisar ni succionar las secreciones que podrían obstruir la vía aérea y los pulmones. Adicionalmente, la Clínica no contaba con un especialista asignado a la Unidad o un enfermero profesional para atender cualquier tipo de complicación.

Tiempo más tarde, el paciente comienza a drenar secreciones sanguinolentas por el mentón, presentó broncoaspiración y taponamiento de las vías respiratorias superiores, por su estado de somnolencia no pudo solicitar ayuda, escupir o toser, situación que ocasionó la obstrucción y la cianosis central y periférica (no hubo oxigenación debida) tanto al cerebro como a los demás órganos, lo que produjo un paro cardiorrespiratorio y consecuentemente el paciente fallece, según el INMLCF por un cuadro de hipoxia aguda en el posoperatorio inmediato. En el dictamen también se añade que por la elevada dosis de morfina el proceso de renarcotización podía tardar entre 2 y 6 horas y el término de recuperación del paciente para este caso, excedió las 6 horas sin que se utilizara la naloxona para revertirlo.

#### **4.1. Análisis y solución al caso planteado desde el contexto de la responsabilidad penal**

Para desarrollar este apartado, me voy a referir primero al análisis de las formas de autoría en el contexto de este caso y cuál es la que considero que se presenta siguiendo los postulados de la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho estudiada en acápite anteriores. En segundo lugar, explicaré el tipo de relación que surge entre el anestesiólogo y el cirujano conforme a la división del trabajo en equipo que puede ser horizontal o vertical. Por último, revisaré si opera

el principio de confianza o si, por el contrario, hay una ruptura. Para finalizar, determinaremos la existencia o no de los elementos de la conducta imprudente.

Comenzando por la forma de autoría inmediata o directa, debemos tener presente que el sujeto que realiza la conducta típica más apta para producir el resultado, debe determinar objetiva y positivamente el hecho sin compartir el dominio con nadie y sin que haya instrumentalización. En el caso bajo análisis, la conducta que podríamos considerar que destaca desde el punto de vista de la responsabilidad es la del anesthesiólogo quien en varias ocasiones infringió el deber objetivo de cuidado, en primer lugar, ingresó en estado de embriaguez, situación que disminuyó su destreza, sus capacidades motoras y racionales; sucesivamente, desatendió el monitoreo de los signos vitales del paciente durante el acto anestésico; se excedió en la dosis de morfina suministrada sin realizar los esfuerzos requeridos para mitigar los efectos secundarios al punto que el paciente no recobró la conciencia en el postoperatorio inmediato; pese a todo, lo ingresó a la UCPA y se retiró del centro médico sin hacer los controles y el seguimiento postoperatorio exigido, pese a que en estas unidades se requiere de la presencia de un anesthesiólogo responsable del monitoreo de los pacientes, para que haga una evaluación constante de su estado de salud y cuando se presenta una complicación debe informar tanto al cirujano como al paciente o sus representantes sobre el manejo que se le dará (Benavides et al., 2015, p. 25). Con todo lo dicho, queda claro que el anesthesiólogo determina objetiva y positivamente el resultado, no obstante, este no es autor directo toda vez que, como analizaremos a continuación, comparte el dominio con otro sujeto, situación que nos permite descartar esta modalidad de autoría.

Evocando los planteamientos anteriores, la coautoría tiene lugar cuando varios sujetos a través de división del trabajo y acuerdo, co-determinan objetiva y positivamente el hecho. Así las cosas, paralelamente a la conducta del anesthesiólogo, hay que estudiar en este caso el rol del cirujano ortopedista que es igual de relevante e influyente en el menoscabo al bien jurídico vida del paciente, si bien dentro de su ámbito de competencia no se encuentra la inducción anestésica ni su monitorización, este sí se percató de la conducta imprudente del anesthesiólogo que se incorporó a su lugar de trabajo en estado de embriaguez, lo que lo obligaba a expulsar del quirófano a aquel o por lo menos a extender sus funciones y vigilar correctamente las constantes vitales del paciente y las dosis de anestesia que le eran suministradas; sin embargo, el cirujano no lo hace y, decide continuar con la cirugía sin tomar medidas adicionales. Asimismo, una vez el paciente es

trasladado a la UCPA, pese a que requería cuidados especiales durante su evolución en el postoperatorio, deja a la suerte la vigilancia de la rehabilitación, abandonando completamente sus obligaciones.

Para afirmar la coautoría se exige el cumplimiento del primer elemento de carácter objetivo que es la co-determinación objetiva y positiva del hecho, este requisito se observa entre el anesthesiólogo y el cirujano quienes desarrollan tareas propias de su campo de acción a través del reparto de funciones que permite que realicen conjuntamente la conducta (formada por un grupo de actuaciones imprudentes) que, finalmente, co-determina el sí y el cómo del hecho produciendo el resultado típico, insuficientes cada una de ellas para producir el hecho por sí misma. El segundo criterio es de naturaleza subjetiva y se refiere al acuerdo de los sujetos para infringir el deber objetivo de cuidado, no se exige que sea expreso y se puede evidenciar en la alianza entre el cirujano ortopedista maxilofacial y el anesthesiólogo cuando deciden intervenir quirúrgicamente al paciente sin cumplir los requerimientos de la *lex artis* y sin prestar el auxilio debido en la etapa posanestésica.

De tal suerte que, en este caso es perfectamente viable hablar de una coautoría imprudente, lo cual excluye automáticamente la configuración de la autoría accesoria o yuxtapuesta en la que los sujetos realizan aportes objetivamente determinantes en la producción del hecho sin que exista acuerdo, es decir, cada uno de manera individual realiza una conducta imprudente que influye en el resultado y la concurrencia de las acciones es fruto del azar o de la casualidad.

En relación con la autoría mediata que surge cuando una persona realiza la conducta típica utilizando a otra como instrumento, es decir, el sujeto de atrás determina el hecho a través de la conducta del instrumento que es quien determina objetiva y positivamente el hecho, sin olvidar que a este no se le considera autor o partícipe penalmente relevante. En el caso bajo análisis, el anesthesiólogo y el cirujano co-determinan el hecho con sus comportamientos imprudentes durante la intervención y en la fase posanestésica, no obstante, estos no efectúan el hecho delictivo a través de otra persona ni marcan el curso de otra conducta imprudente, es decir, entre la infracción al deber objetivo de cuidado y el resultado, no se interpone un tercero que ejecute materialmente el hecho, siendo así, también prescindimos de esta forma de autoría.

Asimismo, es preciso aclarar que, en este caso nos encontramos ante una división horizontal del trabajo en equipo. Para constatar esta forma de organización laboral entre el

anestesiólogo y el cirujano, es fundamental revisar en primer lugar, la formación de los intervinientes, ambos son médicos, profesionales de la salud, cada uno con especialización en su respectiva área, esto es, ortopedia maxilofacial y anestesiología. En segundo lugar, tenemos la posición que cada uno ocupa dentro del organigrama de la institución, aunque no es posible conocer de primera mano el contenido del documento en el que se establece la organización del trabajo y la distribución de funciones entre facultativos y no facultativos de la Clínica, de la sentencia se puede extraer que se trata de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que ofrece diferentes servicios como anestesiología, cirugía en ortopedia maxilofacial, cirugía general, entre otras. La vinculación de los profesionales se hace mediante un contrato de prestación de servicios médicos en el que los especialistas son quienes solicitan y reservan el quirófano de la Clínica, ambos profesionales cooperaban en las funciones de la institución, adicionalmente, el cirujano fue contratado por el SOAT. Lo anterior demuestra que dentro de la estructura hospitalaria no existía una posición de desigualdad jerárquica o de supra- subordinación entre el anestesiólogo y el cirujano, ambos acordaron la cirugía, programaron la fecha y solicitaron el quirófano en la Clínica. El tercer criterio que nos permite afirmar la división horizontal del trabajo en equipo, corresponde a la experiencia profesional, aunque de la situación fáctica narrada no es posible precisar con exactitud el tiempo que estos llevan ejerciendo, empero, si los dos prestan sus servicios en centros médicos como especialistas, son contratados directamente por los pacientes y las empresas de seguros, se puede deducir que tienen toda la experiencia, competencia y cualificación para ejercer con idoneidad las actividades propias de la profesión que cada uno integra. Así las cosas, ellos tenían funciones independientes, ninguno debía esperar las indicaciones del otro para llevar a cabo su labor, es clara la contribución de cada interviniente y el deber objetivo de cuidado exigido.

Ahora bien, aunque es cierto que en las relaciones horizontales de trabajo en equipo opera el principio de confianza, hay que comenzar por decir que para este caso hay una ruptura relevante del principio. Brevemente se recuerda que el principio de confianza permite que cada uno de los intervinientes de una misma labor confíen en que el otro se comportará de manera diligente, este principio tiene unos límites que operan cuando se rompe la normalidad y surgen unos deberes que amplían el campo de acción del profesional que advierte su ruptura.

Así las cosas, para el caso concreto el anestesiólogo, como hemos visto, infringió el deber objetivo de cuidado al realizar sus funciones en el quirófano bajo los efectos de bebidas embriagantes, alterando su diligencia y cuidado frente al paciente, lo que le impidió detectar las afecciones respiratorias que este poseía, dispensó una alta dosis de anestesia sin revertir los efectos secundarios y, por si fuera poco, se ausentó en toda la fase posanestésica, pese a los riesgos que implica el mal manejo de esta etapa. Teniendo esto en cuenta, ni el cirujano, ni el anestesiólogo pueden ampararse en el principio de confianza, es decir, este último no puede aducir que esperaba que la Clínica tuviese el personal que exige la *lex artis* en una UCPA para que realizara correctamente las funciones propias de su especialidad y subsanara el peligro que él creó para el bien jurídico, ya que el primer límite al principio de confianza señala que quien actúa infringiendo los deberes de cuidado no puede confiar en que los demás van a corregir el peligro que su conducta descuidada generó o que van a llevar a cabo sus actividades diligentemente. Por otra parte, el cirujano, tampoco podrá hacerlo, porque no tuvo reparo ante las ostensibles faltas del anestesiólogo, teniendo en cuenta que las actividades desarrolladas por ambos no son aisladas y atienden a un objetivo común, el bienestar del paciente, fueron circunstancias reconocibles por el cirujano que estaba en la posibilidad de prever que con esos comportamientos imprudentes se produciría un resultado lesivo e implican la ruptura de la normalidad, por lo que la confianza que depositó en el anestesiólogo estaba limitada, en consecuencia, debió adaptar su conducta y tomar todas las medidas necesarias con el propósito de neutralizar la infracción al deber objetivo de cuidado y el factor de riesgo creado por su compañero, lo que lo obligaba a extender sus funciones hasta cubrir las de su colega. Siendo así, el principio de confianza se rompe y no opera para ninguno de los dos profesionales de la salud.

En último lugar, la responsabilidad en este caso es civil como bien lo concluyó la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, empero esto no excluye que eventualmente tenga lugar una responsabilidad de tipo penal por homicidio culposo según el art. 109 del Código Penal. Como vimos, el anestesiólogo infringió el deber objetivo de cuidado con múltiples descuidos durante la práctica del acto anestésico y en el postoperatorio, por lo tanto, responde por un homicidio imprudente, ya que, en primer lugar, estaba obligado a proteger el bien jurídico vida del paciente, segundo, su falta de diligencia generó el peligro socio- normativo que produjo el resultado típico (Vallejo Jiménez, 2012, pp. 457 y ss.). El cirujano en virtud de la ruptura del principio de confianza que se presentó en la división horizontal del trabajo en equipo, reconoció

la infracción del otro interviniente y debió adecuar su conducta a la del anesthesiólogo para evitar que se produjera el resultado y como no lo hizo, infringió su propio deber de cuidado, su conducta es desvalorada jurídico- penalmente hasta calificarla de imprudente (Rodríguez Vázquez, 2012, p. 304). En este caso existe relación de causalidad entre las conductas infractoras de los profesionales de la salud y el resultado muerte del paciente. Conducta que generó un riesgo penalmente relevante no atribuible a otra situación o al azar, posibilitando la imputación objetiva del resultado (Luzón Peña, 2016, pp. 221 y ss.). Las infracciones al deber de cuidado de ambos especialistas ocasionan un homicidio imprudente y por ende los profesionales sanitarios responden a título de coautores, pese a que tenían la posibilidad de prever el resultado típico por su conducta infractora y de evitar que aquel se produjera.

## **5. Conclusión**

Como quedó expuesto a lo largo de este trabajo, las conductas imprudentes realizadas por profesionales de la salud durante el desarrollo de las actividades que corresponden a su especialidad, en ocasiones producen resultados lesivos para la vida o la integridad del paciente y son objeto de reproche en el ámbito civil, administrativo y disciplinario, no obstante, el asunto también puede ser debatido en sede de responsabilidad penal.

La aplicación práctica de la teoría de la determinación objetiva y positiva del hecho para determinar la autoría y sus diferentes formas, entraña complejos problemas que deben ser sometidos a un análisis riguroso en cada caso para lograr establecer cuáles son las conductas que deciden el sí y el cómo del acontecer típico y los sujetos responsables, particularmente cuando se trata de delitos imprudentes en el campo médico y los profesionales interactúan bajo división horizontal del trabajo en equipo.

Así, para establecer la autoría inmediata o directa en supuestos en los que opera la figura del equipo médico y a partir de allí se distribuyan las tareas y funciones que cada integrante debe observar, será necesario indagar qué conducta destaca dentro del grupo por ser la más adecuada para producir el resultado, puesto que determina objetiva y positivamente el hecho, sin compartir el dominio con otro interviniente y sin que haya instrumentalización, pero puede suceder que sean

varias las conductas que cumplan con los requisitos típicos, o, por el contrario, que no cumpla con todos los elementos exigidos por el tipo, en consecuencia, no sea un autor penalmente relevante.

De la misma manera, surgen cuestionamientos alrededor de la autoría mediata que para su configuración exige la concurrencia de mínimo dos conductas imprudentes que determinen objetiva y positivamente el curso del hecho y produzcan el resultado. En este punto emergen diversas dificultades para establecer cuál de ellos es el sujeto de atrás que con su comportamiento imprudente marcó el curso de la conducta del sujeto de adelante que, finalmente, actúa instrumentalizado por el primero y cuya participación es igualmente imprudente o en algunos casos fortuita. Cabe mencionar que el instrumento no es autor o participe significativo desde el punto de vista de la responsabilidad penal, pues hay casos en los que su comportamiento obedece a estructuras de mando dentro del centro médico o actúa amparado por el principio de confianza, creyendo que los demás intervinientes realizarán sus funciones de manera adecuada. En todo caso, se debe identificar el criterio material de la autoría mediata aplicable para las conductas imprudentes en la actividad sanitaria que puede ser la coacción (más común en la división vertical del trabajo en equipo) y el error del sujeto de atrás que genera el error del instrumento.

Ahora, en la autoría accesoria o yuxtapuesta, es clave identificar la existencia o no del acuerdo que obra como elemento subjetivo en la coautoría y permite establecer si es un caso de coautoría o autoría yuxtapuesta. Dado que esta última, surge cuando convergen varias conductas imprudentes que determinan objetiva y positivamente el hecho, el resultado no se le puede atribuir solo a una de ellas porque ambas, unidas, sin que intermedie acuerdo, ocasionan el resultado. Puede acontecer que uno de los sujetos conozca la acción de los demás, de ser así, estaríamos ante un evento de autoría inmediata o mediata; en igual sentido, si era previsible para el sujeto la concurrencia de otra conducta, solo responderá él por el resultado. También hay que analizar en cada supuesto si se presenta una ruptura del principio de confianza, recordemos que quien quebranta el deber objetivo de cuidado no puede invocar a su favor este principio, teniendo en cuenta que le era previsible la concurrencia de otra conducta imprudente no puede esperar que los demás miembros se comporten con diligencia y cuidado.

Los problemas que pudimos identificar en la coautoría se evidencian al momento de constatar el cumplimiento de los requisitos para su configuración, entre ellos, establecer las conductas que co-determinan objetiva y positivamente el hecho, puesto que hay casos en los que



cada interviniente cumple con los requisitos de la autoría, razón por la cual se presentaría la figura de la pluriautoría. Adicionalmente, verificar la concurrencia de una acción conjunta formada por actos parciales realizados por múltiples intervinientes y separados no producen el resultado. En cuanto al acuerdo que funge como requisito en la coautoría y permite la imputación recíproca del resultado, se debe tener presente que en los delitos imprudentes el acuerdo entre los sujetos es para infringir el deber objetivo de cuidado, sin embargo, no se exige que sea expreso ni estricto, basta con que se evidencie la aceptación de los intervinientes para realizar las conductas imprudentes. Suele ser común que los supuestos de coautoría surjan en la división horizontal del trabajo en equipo.

Para terminar, el principio de división horizontal del trabajo en equipo y el principio de confianza desde la óptica del derecho penal, surgen para constatar jurídicamente la realidad práctica del ejercicio de ciertas actividades, entre ellas la medicina, particularmente cuando se trata de conductas imprudentes desplegadas por dos o más profesionales de la salud que interactúan en relación de igualdad, atendiendo al criterio de la formación o cualificación académica, las competencias funcionales que cada uno desempeña dentro de la estructura del organigrama de la institución y la experiencia profesional. Adicionalmente, permiten delimitar el deber objetivo de cuidado que deben guardar y establecer si en virtud del principio de confianza cada uno responderá por el resultado que se genere con su propia conducta imprudente o si están ante una situación de anormalidad que implique una ruptura de dicho principio y, en consecuencia, puntualizar quiénes son autores y partícipes del hecho para finalmente individualizar la responsabilidad penal por resultados lesivos.

## **Bibliografía**

Bacigalupo, E. (1998). *Principios de Derecho Penal*. 5ª ed. Madrid, España: Akal.

Barreiro, A. (1989). Aspectos básicos de la imprudencia punible en la actividad médico quirúrgica. *Estudios penales y criminológicos*, (14), 137-176.

Barreiro, A. (1990). *La imprudencia punible en la actividad médico-quirúrgica*. Madrid, España: Tecnos.

- Benavides, C., Prieto, F., Torres, M., Buitrago, G., Gaitán, H., García, C., y Gómez, L. (2015). Manual de práctica clínica basado en la evidencia: Controles posquirúrgicos. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 43(1), 20-31.
- Bernate, F. (2010). *Imputación objetiva y responsabilidad penal médica*. Bogotá, Colombia: Universidad del Rosario.
- Bustos, J. (1995). *El delito culposo*. Santiago, Chile: Editorial Jurídica de Chile.
- Cerezo, J. (2000). *Derecho Penal, Parte General*. 2ª ed. Madrid, España: UNED.
- Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo. (11 de julio de 2018) Sentencia 25000-23-15-000-2004-01511-01(34641) A. [MP Stella Conto Díaz del Castillo].
- Contreras, L. (2019). El principio de confianza como criterio delimitador de la responsabilidad penal de los médicos. *Acta Bioethica*, 25(1), 35-43.
- Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. (22 de julio de 2010) Sentencia 41001 3103 004 2000 00042 01. [ MP Pedro Octavio Munar Cadena].
- De Vicente, J. (2018). Factores latentes de riesgo, eventos adversos y errores en la práctica médica (su sistematización como instrumento para el análisis de la jurisprudencia y de otras fuentes). *Libertas- Revista de la Fundación Internacional de Ciencias Penales*, (7), 259-288.
- De Vicente, J., y Rodríguez, V. (2007). El médico ante el Derecho penal: consideraciones sobre la imprudencia profesional, inhabilitación profesional y el trabajo en equipo. En Pérez, F., Núñez, M., García, I., *Universitas vitae. Homenaje a Ruperto Núñez Barbero* (145-178).
- Díaz y García Conlledo, M. (1991). *La Autoría en Derecho Penal*. Barcelona, España: PPU.
- Díaz y García Conlledo, M. (2008). Autoría y Participación. *Revista de Estudios de la Justicia*, (10), 13- 61.
- Díaz y García Conlledo, M. (2017). Diálogo crítico con Claus Roxin y su teoría de la autoría. *Cuadernos de política criminal, III* (123), 5-40.

- Dubón, M., Mejía, A. (2010). La queja médica en ortopedia y traumatología. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 53(6), 3-10. Recuperado de: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no53-6/RFM053000602.pdf>
- Fernández, J. (2002). El delito imprudente: la determinación de la diligencia debida en el seno de las organizaciones. *Revista de Derecho*, 13, 101-121.
- Gómez, J. (1984). *Teoría Jurídica del Delito: Derecho Penal, Parte General*. Madrid, España: Civitas.
- Gómez, M. (2003). *La responsabilidad penal del médico*. Valencia, España: Tirant lo Blanch.
- Hava, E. (2001). *La imprudencia médica*. Valencia, España: Tirant lo Blanch.
- Jakobs, G. (1997). *Derecho Penal. Parte General*. 2ª ed. (Traducción al español de Joaquín Cuello Contreras et al.). Madrid: Marcial Pons.
- Jescheck, H. (2002). *Tratado de Derecho Penal, Parte General*. 5ª ed. (Traducción al español de Miguel Olmedo Cardenete). Granada: Comares.
- Luzón, D. (2016). *Lecciones de Derecho Penal Parte General*. Valencia, España: Tirant lo Blanch.
- Luzón, D., y Díaz y García Conlledo, M. (1998). Determinación objetiva y positiva del hecho y realización típica como criterios de autoría. *Anuario de la Facultad de Derecho*, (8), 53-88.
- Maurach, R. (1962). *Tratado de Derecho Penal*. 2ª ed. Barcelona, España: Ariel.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Perfiles y competencias profesionales en salud. Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>
- Molkentin, T. (1999). Arzt und Krankenpflege: Konfliktfelder und Kompetenzen Eine Entgegnung auf zwei gleichnamige Beiträge von Erich Steffen und Hans Wolfgang Opderbecke. *MedR*, (17), 29-31.

- Puppe, I. (2006). División del trabajo y de la responsabilidad en la actuación médica. *InDret*, (4), 1- 13. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2123776>
- Rodríguez, V. (2008). La responsabilidad penal en el equipo médico. División del trabajo sanitario y principio de confianza. En Adroher Biosca, S. (Coord.) et al., *Los avances del derecho ante los avances de la medicina* (pp. 307-326). Navarra: Aranzadi.
- Rodríguez, V. (2012). *Responsabilidad penal en el ejercicio de actividades médico-sanitarias, Criterios para delimitar la responsabilidad penal en supuestos de intervención conjunta de los profesionales sanitarios*. Madrid, España: Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales S. A.
- Romero, B. (2001). La imputación objetiva en los delitos imprudentes. *Anales de Derecho*, (19), 259-278.
- Roso, R. (2004). Los criterios de autoría en el delito imprudente. *Derecho Penal y Criminología*, 25(75), 227-244. Recuperado de: <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/derpen/issue/view/114>
- Roxin, C. (2000). *Autoría y Dominio del Hecho en Derecho Penal*. 2ª ed. (Traducción al español por Joaquín Cuello Contreras). Madrid: Marcial Pons.
- Roxin, C. (2014). *Derecho Penal, Parte General, Tomo II. Especiales formas de aparición del delito*. (Traducción al español y notas de Diego Manuel Luzón Peña (Director) et al.). Madrid: Civitas Thomson Reuters.
- Silva, J. (1994). Aspectos de la responsabilidad penal por imprudencia de médico anestesista. La perspectiva del Tribunal Supremo. *DS: Derecho y salud*, 2(1), 41-58.
- Steffen, E. (1996). Arzt und Krankenpflege - Konfliktfelder und Kompetenzen. *MedR*, (6), 265-266.
- Stratenwerth, G. (2005). *Derecho penal, parte general I: el hecho punible, Volumen 1*. 4ª ed. Navarra, España: Aranzadi.
- Tribunal Seccional de Ética Médica de Caldas, Sala Plena. (29 de noviembre de 2011) Providencia 116-2011. [MP Efraím Otero Ruíz].

- Tribunal Seccional de Ética Médica del Meta, Sala Plena. (8 de junio de 2010) Providencia 49-2010. [MP Juan Mendoza Vega].
- Tribunal Seccional de Ética Médica del Valle del Cauca, Sala Plena. (24 de enero de 2006) Providencia 02-2006. [MP Efraím Otero Ruíz].
- Vallejo, G. (2012). *Responsabilidad penal sanitaria: problemas específicos en torno a la imprudencia médica*. (Tesis doctoral). Universidad de León, León, España.
- Villacampa, C. (2003). *Responsabilidad penal del personal sanitario: atribución de responsabilidad penal en tratamientos médicos efectuados por diversos profesionales sanitarios*. Navarra, España: Aranzadi.
- Welzel, H. (1970). *Derecho Penal Alemán: Parte general*. 11ª ed. (Traducción al español de Juan Bustos Ramírez et al.). Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- Wilhelm, D. (1983). Probleme der medizinischen Arbeitsteilung aus strafrechtlicher Sicht. *MedR*, (2), 45-51.