

# CAPÍTULO 7

## ASPECTOS MEDICO-LEGALES DE LA MEDICINA DE URGENCIAS

Yambay X., Faicán P., Amoroso G., Méndez D.

**Xavier Rodrigo Yambay Bautista** 0000-0003-3246-6676 

Docente, de la Carrera de Medicina, Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues.  
xyambayb@ucacue.edu.ec

**Pedro Fernando Faicán Rocano** 0000-0001-7887-7417 

Docente, de la Carrera de Medicina, Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues.  
pedro.faican@ucacue.edu.ec

**Gabriela Elizabeth Amoroso Castro** 0000-0002-7127-1161 

Docente, de la Carrera de Medicina, Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues.  
gamorosoc@ucacue.edu.ec

**Diana Méndez Pedroza** 0000-0001-8912-3215 

Universidad Andina Simón Bolívar  
diana.mendez@uasb.edu.ec

### I. Introducción

Todo profesional de la salud debe conocer las leyes y normas de su quehacer habitual para ajustarse al ordenamiento jurídico más aún si la actividad se desenvuelve en los servicios de urgencias y emergencias por la dificultad y presión que conlleva el entorno mismo de esta área.

A continuación, se inicia este capítulo con el abordaje de conceptos básicos que podrán en contexto los aspectos médico-legales de la medicina de urgencias. Después se hará un recorrido por los principales estamentos jurídicos de la legislación ecuatoriana en temas de salud para luego abordar la responsabilidad médica en los servicios de salud y finalmente establecer los principales documentos médico-legales y aspectos éticos en la atención de urgencias y emergencias, todo esto con la finalidad de estudiar someramente algunos aspectos médico-legales de la medicina de urgencias.

### II. Conceptos Básicos

#### Urgencia médica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la urgencia como: “la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente

de atención por parte del sujeto que la sufre o de su familia” (1,2).

De acuerdo con este concepto al tratarse de una urgencia el problema debe resolverse de forma inmediata, sin embargo, al ser de gravedad variable, esto no siempre implica riesgo en la vida de los involucrados o en la evolución del problema de salud, lo cual genera la diferencia entre urgencia y emergencia, teniendo en las urgencias relativamente “mayor” tiempo para llegar al sitio y atender el caso o derivar al enfermo.

En América Latina las urgencias médicas son consideradas un problema de salud pública, de etiología diversa, atribuido en gran medida a complicaciones de las enfermedades crónicas (3).

### **Emergencia médica**

Son situaciones complejas que ponen en riesgo la vida de una persona o la función de algún órgano, lo cual implica el tratamiento rápido y oportuno para salvar la vida del paciente utilizando recursos y medios especiales (1,2)

Desde el punto de vista médico-legal la acepción que se da al significado de urgencia o emergencia debe estar relacionada con aspectos legales, éticos, morales y deontológicos encaminados al fomento de una adecuada relación médico-paciente.

### **Dolo**

El artículo 26 del Código Integral Penal (COIP) ecuatoriano establece que: “actúa con dolo la persona que tiene el designio de causar daño”. Así mismo, “responde por delito preterintencional la persona que realiza una acción u omisión de la cual se produce un resultado más grave que aquel que quiso causar...” (4)

En este contexto la ley en Ecuador establece un sistema que consiste en averiguar si un individuo realmente quiso producir un daño. El dolo en la práctica médica se daría cuando el médico realiza su actividad con el claro propósito de hacer un daño (5)

### **Culpa**

El COIP en su artículo 27 menciona que: “actúa con culpa la persona que infringe el deber objetivo del cuidado, que personalmente le corresponde, produciendo un resultado dañoso” (4).

### **Deber objetivo de cuidado**

“El Deber de Cuidado es una conducta efectuada con el cuidado exigido, que no traspasa los límites del riesgo permitido y tiene como objetivo no crear riesgos típicamente relevantes para el bien jurídico que se busca proteger” (6).

### **Lex Artis**

Llamada también “ley del arte” o ley artesanal, definida como “El conjunto de reglamentaciones provenientes de pautas, protocolos, usos o costumbres de la vida social que regulan las actuaciones de profesionales en el ejercicio de su oficio”, el término ha sido utilizado para apreciar “si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta o se ajusta o no a lo que debe hacerse en cada caso” (6,7).

### **Lex artis ad hoc**

Se define como: “el criterio valorativo de la corrección del (...) 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 acto, y en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida...” (7)

En definitiva, en los últimos años y con la aparición del COIP (4) en la legislación ecuatoriana, el acto médico ajustado a la “lex artis” ha tomado relevancia jurídica, pues cada vez y con mayor continuidad las sentencias judiciales hacen alusión a este concepto, convirtiéndolo en el punto de referencia de la buena práctica profesional, ya que el acto médico debe responder a las exigencias deontológicas, legales y profesionales que regulan su ejercicio (8).

### **Mala Praxis Profesional**

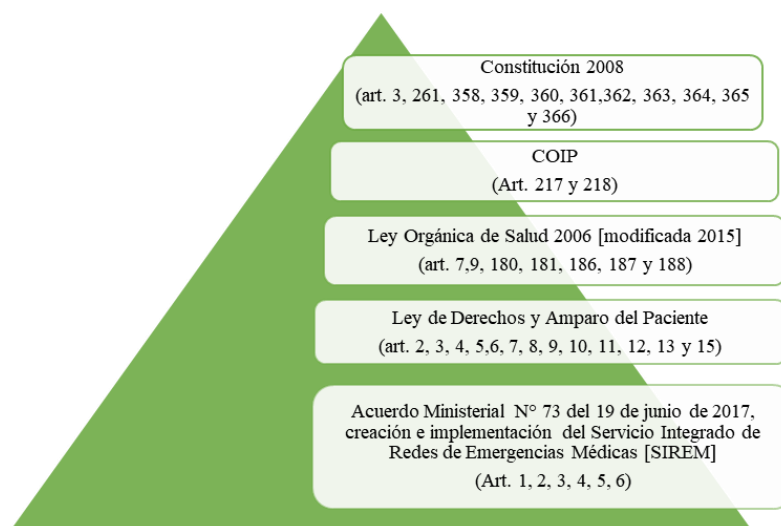
Hace referencia a la conducta de un profesional que incumple las normas de competencia y comete errores u omisiones demostrables que ocasionan por falta de previsión: negligencia, imprudencia e inobservancia de las leyes (6). En el campo médico, la mala praxis tiene que ver con: “los actos culposos atribuidos al médico debido al ejercicio inadecuado de la medicina” (9). Por tanto, a decir de Zendejas (10): “se sustentará la mala praxis cuando exista un daño temporal o permanente atribuible a un actuar negligente, por impericia o imprudencia por parte del profesional de la salud, o bien, por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo”

## **III. Legislación básica en Urgencias-Emergencias**

La legislación de salud como herramienta de instrumentación de políticas de salud y como generadora de responsabilidades civiles, penales y profesionales juega un papel preponderante en el mundo entero (11). En el Ecuador, la normativa aplicable a la salud se

la pueda analizar desde dos perspectivas: a) Estructura del Sistema Nacional de Salud (SNS) (figura 1); y b) Derechos (figura 2),

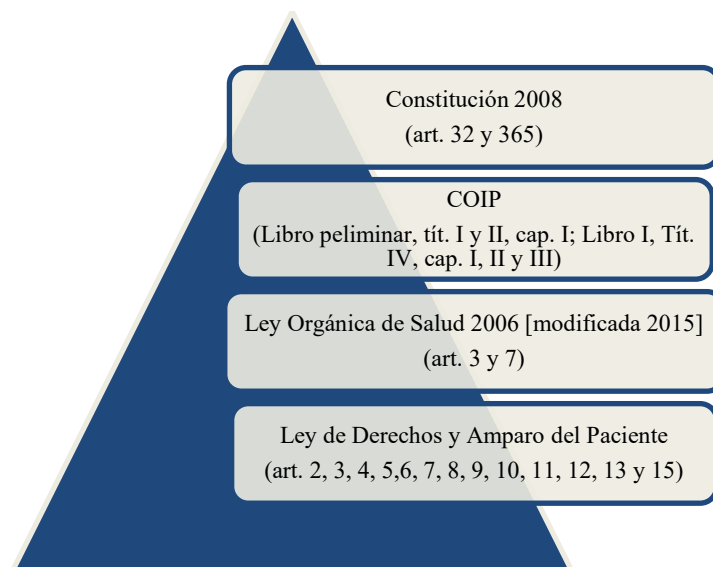
En cuanto a la estructura del SNS la normativa establece una rectoría para dirigir el sistema, siendo en el caso ecuatoriano el Ministerio de Salud Pública (MSP) quien tiene la autoridad sanitaria. Por otra parte, las normas de garantía de calidad referente a infraestructura, equipamiento, recursos humanos están contenidas en los cuerpos legales mostrados en la figura 1. Además, en el país se cuenta con el elemento jurídico (acuerdo ministerial) que incorpora la disposición de creación e implementación del Servicio Integrado de Redes de Emergencias Médicas (SIREM).



**Figura 1.** Esquema jerárquico legal en relación a la estructura del SNS

*Fuente:* Cuerpos legales de la legislación ecuatoriana (4,12–15)

Desde el punto de vista de los derechos, la obligatoriedad de la atención médica de urgencia por parte de instituciones públicas y privadas está consagrada en la Constitución del 2008 y en otras normativas que inclusive señalan de forma expresa que la capacidad de pago no debe ser un factor para negar atención, mientras que en el COIP se encuentra las sanciones a quienes se nieguen a brindar atención a un paciente en caso de emergencia, lo cual implica responsabilidad penal.



**Figura 2.** Esquema jerárquico legal en relación a los derechos

*Fuente:* Cuerpos legales de la legislación ecuatoriana (4,12–14)

Es importante hacer énfasis en los artículos concernientes al capítulo de II de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente para su cumplimiento en los servicios de urgencias (14):

Art. 2.- DERECHO A UNA ATENCION DIGNA. - “Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía”.

Artículo 3.- DERECHO A NO SER DISCRIMINADO. – “Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica”.

Artículo 4.- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD. – “Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial”.

Artículo 5.- DERECHO A LA INFORMACIÓN. – “Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el

procedimiento a seguirse. Exceptuándose las situaciones de emergencia”.

“El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento”.

Artículo 6.- DERECHO A DECIDIR. – “Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión”.

Por otro lado, el COIP (4) tiene una gran cantidad de artículos que abordan las infracciones contra los derechos, sin embargo, destaca el artículo 218 que indica: “Desatención del servicio de salud. - La persona que, en obligación de prestar un servicio de salud y con la capacidad de hacerlo, se niegue a atender a pacientes en estado de emergencia, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años”. Así mismo el artículo 146, hace referencia al homicidio culposo por mala práctica profesional, que expresa: “La persona que, al infringir un deber objetivo de cuidado, en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años (...). Será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años si la muerte se produce por acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas”.

#### **IV. Responsabilidad médica**

El siglo XXI y su alta dinámica mediática ha puesto en la palestra de forma cada vez más vertiginosa y sensible el tema de la responsabilidad médica a nivel mundial, entendida como la obligación que tienen los profesionales de la salud de responder a las consecuencias de los actos, omisiones y/o errores voluntarios e involuntarios, pero previsibles y evitables dentro del ejercicio de su profesión (8,16). Cabe mencionar que en la historia de la humanidad existen precedentes que sentaron jurisprudencia en este tópico, se puede describir:

- El Código de Hamurabi, cuyos preceptos condenaba a los médicos que realizaban su actividad con imprudencia y sin la debida responsabilidad a perder sus manos, devolver otro esclavo o pagar una indemnización, según la gravedad del caso.
- Las leyes romanas que consideraban a la impericia también como culpa, castigándola con una sanción pecuniaria (económica) de acuerdo a los criterios de gravedad.

- En 1825 el Dr Helie debió pagar una pensión vitalicia al paciente afectado después del informe provisto por la Academia de Medicina de Paris, cuyo dictamen concluye que el médico “obró imprudentemente, cometiendo una falta contraria al arte médico”.
- En 1832 el caso del Dr. Thouret, Noroy, fue sentenciado al pago de una indemnización por "impericia, negligencia grave, falta grosera, y olvido de las reglas elementales".

En este contexto, en la ley ecuatoriana un médico puede estar sujeto a responsabilidad civil, penal y administrativa; sin embargo, al ejercer su profesión, el médico también tiene responsabilidad deontológica

### **Responsabilidad penal**

El acto médico al ser un acto humano es susceptible de responsabilidad penal cuando la agresión al bien jurídico protegido se produce por infringir algún deber de cuidado tipificada en el COIP (6)

El cometimiento de un delito puede ser de tipo doloso o culposo (infracción del deber objetivo de cuidado por imprudencia), siendo esta última la responsabilidad penal habitual del médico (8,16). En este sentido, el COIP sanciona como homicidio culposo por mala práctica profesional cuando se produce la muerte de un individuo por acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas (4).

### **Responsabilidad civil**

En Ecuador esta clase de responsabilidad se encuentra regulada por el Código civil (17) y constituye una obligación que nace de la ley, de los contratos y cuasi contratos, de los actos y omisiones derivados de la impericia o negligencia profesional (8,16). La consecuencia de la responsabilidad civil es la obligación de indemnizar el daño causado, es decir, si a un individuo le es imputable un daño, debe repararlo (5,6). En el ámbito de la salud encontramos una ausencia de regulación específica, es decir, la responsabilidad civil médica como tal no es contemplada explícitamente por ninguna norma o ley vigente.

Para que proceda la responsabilidad civil por mala práctica médica, debe haber entonces, dolo o culpa del médico, daño al paciente, y una relación de causalidad entre el dolo o culpa del médico y el daño al paciente. Existen 2 tipos de responsabilidad civil que podrían aplicarse al personal de salud: la responsabilidad contractual y la extracontractual (5,8). El artículo 1454 del Código civil ecuatoriano define a un contrato como: “un acto

por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa...” (17)

Habrá *responsabilidad civil contractual* cuando el profesional sanitario incumpla una obligación del contrato, en este caso, si el paciente o sus familiares alegan que tal incumplimiento originó un daño, pueden realizar el reclamo de una indemnización económica como resarcimiento ante la autoridad de justicia competente, pues la actividad profesional del médico es en esencia de tipo contractual (5,8). Un ejemplo de responsabilidad contractual en el servicio de urgencias se da cuando el médico actúa con el consentimiento del paciente o de su representante, llegando a un acuerdo verbal sobre un tipo de atención o procedimiento a realizar, por tanto, hay contrato.

Por su parte, *la responsabilidad civil extracontractual o aquiliana* aplicada al campo de la salud, se presenta cuando no se puede establecer la existencia de la relación contractual y el profesional por acción u omisión ya sea por culpa o negligencia infiere daño a otro individuo, siendo llamado a reparar el daño causado (5,8). En este caso el ejemplo propuesto se da cuando un paciente no puede dar su consentimiento por pérdida del estado de conciencia ante una situación de emergencia y el médico actúa para salvar la vida del involucrado.

### **Responsabilidad Administrativa**

En Ecuador la responsabilidad administrativa en el ámbito de la salud está dada por la Ley Orgánica de Salud que en su artículo 199 establece que: “Corresponde a la autoridad sanitaria nacional la investigación y sanción de la práctica ilegal, negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia en el ejercicio de las profesiones de la salud, sin perjuicio de la acción de la justicia ordinaria” (13). Desde esta perspectiva, la responsabilidad administrativa nada tiene que ver con la sanción civil o penal. La pena administrativa comprende desde la sanción económica hasta la inhabilitación de su profesión (6).

Según el artículo 202 de la Ley Orgánica de Salud (13): “constituye infracción en el ejercicio de las profesiones de salud, todo acto individual e intransferible, no justificado, que genere daño en el paciente y sea resultado de inobservancia, impericia, imprudencia o negligencia”.

### **Responsabilidad Deontológica**

Desde siempre los aspectos humanos, éticos y morales de la práctica médica han sido motivo de preocupación para la comunidad científica y la sociedad en general. El

término deontología literalmente significa “tratado de los deberes” y en la actualidad se concibe a la deontología como el conjunto de normativas que regulan la relación del médico con sus pacientes, con sus colegas, con otros profesionales y con la sociedad (8).

Estas normas se encuentran tipificadas en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y la responsabilidad deontológica del médico consiste en el cumplimiento de las mismas, así no están contempladas específicamente en las leyes, pero que tienen que ver con la defensa de los valores compartidos por la mayoría de los profesionales (16,18)

### Responsabilidad en los servicios de urgencias y emergencia.

En palabras de Bibiano (16): “la misión de la medicina de urgencias es atender y resolver mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento cualquier situación que ponga en riesgo la vida del paciente o suponga una amenaza vital para el mismo o para algunos de sus órganos”. En este sentido es importante considerar ciertas obligaciones y responsabilidades básicas estructurales, organizacionales y funcionales de los servicios de urgencias en los hospitales (tabla 1)

**Tabla 1.** Responsabilidades de un servicio de urgencias para su funcionamiento

Estructura	Organización
Disponer de un espacio diferenciado del resto de áreas hospitalarias.	Funcionamiento las 24 h del día todos los días del año.
Establecer accesos adecuados para vehículos y peatones.	Existencia de un responsable médico y de un responsable de Enfermería.
Espacio amplio para el área de triage.	Ejecución de Protocolos de actuación médica y de enfermería.
Disponer de área de observación y salas especiales para aislamiento.	Disponer de un sistema de triage.
Contar con espacios que funcionen como salas de espera para familiares.	El tiempo máximo de observación-valoración del paciente no debe sobrepasar las 24 h.
	Respeto a los derechos de protección y amparo al paciente.

*Fuente:* Adaptado de Manual de Urgencias (16)

Una vez resueltos los inconvenientes de estructura, organización y función; en algo va a disminuir la complejidad para el buen desenvolvimiento del personal de urgencias, no obstante, esto debe complementarse con la capacitación y el entrenamiento perenne del

profesional para una adecuada toma de decisiones. En estos aspectos radica la importancia de la responsabilidad de los servicios de urgencias y emergencia, sumado al respeto de los derechos de los pacientes que, a decir de Julián (2), se fundamentan en el principio de autonomía y entre los que resaltan: el derecho a la información, el consentimiento informado, el derecho a la intimidad y confidencialidad de la información relativa a la salud de las personas, el derecho a una atención digna, derecho a no ser discriminado, derecho de protección etc. Varios de estos derechos ya fueron analizados en párrafos anteriores.

En el Ecuador, la Ley de Derechos y Amparo del Paciente (14) vela por el cumplimiento de esta responsabilidad en todo el Sistema Nacional de Salud y expresa en su artículo 8 que: “Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo”, mientras el artículo 12 establece las sanciones pertinentes, pues “bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia. El centro de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional (...), la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause”.

#### **V. Documentos médico-legales y aspectos éticos en la atención de urgencias**

Diferentes son los documentos médico-legales que se manejan en los servicios de urgencias y emergencias que pueden convertirse en pruebas dentro de un proceso judicial, entre ellos destacan la historia clínica, el consentimiento informado, el parte médico, el certificado, la receta, el informe médico-legal, entre otros (8,9).

##### **Historia clínica**

Varios autores (2,8,9,16,19,20) coinciden en señalar la importancia legal que adquiere la historia clínica, considerada como un instrumento de registro que contiene información de gran valía derivada de la relación médico paciente. Para Vargas Alvarado (9) la historia clínica es “el relato escrito de lo que le ha sucedido al paciente durante su permanencia en el hospital o centro de salud”.

La historia clínica en el servicio de urgencias inicia con la entrevista al paciente, familiar, representante o acompañante para su admisión, y va aumentando con la

exploración física en el momento que se registra los informes médicos, los exámenes complementarios, las notas de evolución, las notas de enfermería, etc. (2,8,9), alcanzando, a decir de Rogers (19): “una gran responsabilidad, desde su redacción, su legibilidad, los conocimientos científicos adecuados que quedan plasmados en ella, las firmas de todos los que aportan a la misma, al igual que sus respectivos sellos, son factores que determinan su elaboración”. Algunas características fundamentales de la historia clínica son: la veracidad, la integralidad (promoción, prevención, curación y rehabilitación), la pertinencia, la secuencialidad (orden cronológico), la disponibilidad (formularios completos), la calidad del registro y la actualización (20).

Con respecto a las partes de la historia clínica existen varios modelos propuestos y aunque la mayoría se asemejan bastante, se puede describir 3 secciones: Una “sección sociológica”, donde se plasma principalmente los datos de identificación del paciente y del establecimiento de salud. Una segunda sección, llamada “sección médica”, básicamente recopila los datos de la anamnesis, examen físico diagnóstico y tratamiento. Finalmente la “sección de enfermería”, que contempla las notas y procedimientos de enfermería (9). A continuación, se presenta el formato de la historia clínica utilizado en el Hospital Universitario de Toledo, España

**Tabla 2.** Estructura de la Historia Clínica

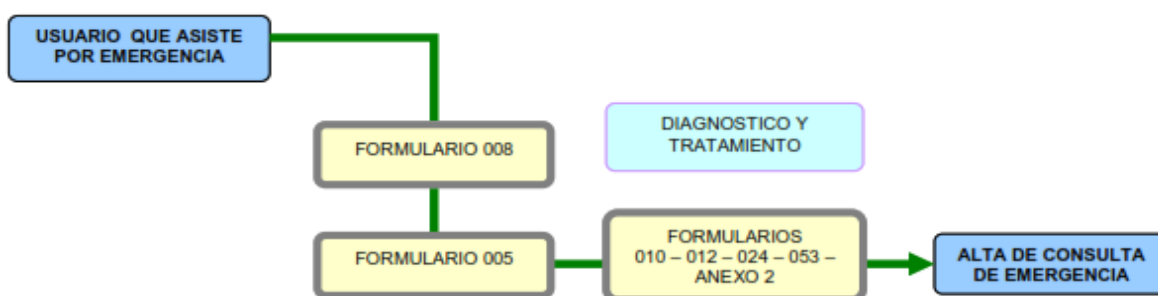
1. Datos del centro asistencial.
2. Datos de identidad y filiación del enfermo.
3. Motivo de consulta
4. Antecedentes personales
5. Enfermedad o historia actual
6. Exploración física
7. Pruebas complementarias
8. Comentarios y evolución de urgencias
9. Juicio clínico o diagnóstico
10. Plan y tratamiento a seguir
11. Datos del médico y firma
12. Fecha y hora de salida de urgencias y destino

*Fuente:* Tomado de Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias (2)

En el Ecuador, para febrero de 2007, la Comisión Ministerial de la Historia Clínica,

con apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), presentó 20 formularios básicos para su aprobación y aplicación (20), siendo obligatorio, de acuerdo a la ley, “el uso y aplicación de la historia clínica única en las instituciones de salud que integran el sistema” (21). Así mismo, “el acceso a la historia clínica estará permitido al usuario, al profesional responsable y a las autoridades judiciales y sanitarias, de acuerdo a la ley” (20).

Dentro de los formularios mencionados anteriormente y con el fin de mantener disponible un registro sistemático de los datos recopilados durante la atención a los usuarios en el servicio de emergencia de los establecimientos de salud del Ecuador, se dispone del formulario 008 – EMERGENCIA, además de otros formularios, tal como se puede apreciar en el esquema (figura 3).



**Figura 3.** Uso de formularios en emergencia, Ecuador

*Fuente:* Tomado de Formularios Básicos de la Historia Clínica Única (20)

En la figura 4 se detalla las instrucciones de llenado del formulario 008.

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
<b>ANVERSO: EMERGENCIA (1)</b>			
	<b>INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA</b>	<b>CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN</b>	<b>NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA</b>
1	REGISTRO DE ADMISIÓN		REGISTRAR LOS DATOS COMPLETOS DE IDENTIFICACIÓN Y DIRECCIÓN DEL USUARIO, FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO, PAÍS DE NACIONALIDAD Y GRUPO CULTURAL (SI AMERITA) REGISTRAR LA FECHA DE ADMISIÓN Y LOS DATOS LABORALES REGISTRAR EL NOMBRE DE UN FAMILIAR O AMIGO PARA EL CASO DE QUE SEA NECESARIO LA PRESENCIA URGENTE. MARCAR "X" EN LA FORMA DE LLEGADA DESCRIBIR LA FUENTE DE INFORMACIÓN, INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE Y NÚMERO TELEFÓNICO RESPECTIVO
2	INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO		REGISTRAR LA HORA Y MARCAR "X" EN LA CAUSA QUE OCASIONA LA LLEGADA A EMERGENCIA MARCAR "X" SI SE HA NOTIFICADO LA EMERGENCIA A LA POLICIA Y SI EXISTE OTRO MOTIVO DE CONSULTA (ESPECIFICAR) REGISTRAR EL GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh, SI ESTÁ DISPONIBLE
3	ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS		MARCAR "X" EN LAS OPCIONES SEÑALADAS Y REGISTRAR EL RESULTADO DEL INTERROGATORIO SOBRE CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, FRECUENCIA Y FACTORES AGRAVANTES DEL PROBLEMA
4	ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO Y QUEMADURA		REGISTRAR LA FECHA,, EL LUGAR (HOGAR, VIA PÚBLICA,, FABRICA) Y DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO MARCAR "X" SI EL PACIENTE ACUDE CON CUSTODIA POLICIAL MARCAR "X" SEGÚN EL TIPO DE EMERGENCIA Y ESCRIBIR LAS OBSERVACIONES MARCAR "X" SI EL PACIE TE TIENE ALIENTO ETÍLICO REGISTRAR EL VALOR ALCOCHECK, SI ESTÁ DISPONIBLE
5	ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES		MARCAR "X" EN LOS ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES SEÑALADOS Y DESCRIBIR LOS DETALLES RESUMIDOS DEL ANTECEDENTE."

REVERSO: EMERGENCIA (2)				
6	SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES	SIGNOS VITALES Y MEDICIONES	REGISTRAR LOS DATOS RECOPIADOS DE PRESIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDIACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, TEMPERATURA, PESO, TALLA.	
		VALORES	REGISTRAR LOS VALORES CALCULADOS DE LA ESCALA DE GLASGOW REGISTRAR LOS VALORES REACCIÓN PUPILAR DERECHA E IZQUIERDA, TIEMPO DE LLENADO CAPILAR Y SATURACIÓN DE OXÍGENO (SI SE DISPONE)	
7	EXAMEN FÍSICO		MARCAR "SP" SI SE ENCUENTRA SIN PATOLOGÍA, MARCAR "CP" SI SE ENCUENTRA CON PATOLOGÍA REGISTRAR ABAJO EL NÚMERO Y LOS HALLAZGOS PATOLÓGICOS	
8	LOCALIZACIÓN DE LESIONES		ESCRIBIR EN EL DIAGRAMA EL NÚMERO DE LA LESIÓN CORRESPONDIENTE A LA REGIÓN AFECTADA REGISTRAR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL DIAGRAMA TOPOGRÁFICO, SI ES NECESARIA UNA ACLARACIÓN	
9	EMERGENCIA OBSTÉTRICA		REGISTRAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA REALIZAR OBSERVACIONES ADICIONALES, SI AMERITA	
10	SOLICITUD DE EXÁMENES		MARCAR "X" EN LAS CELDAS DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS NECESARIOS ANOTAR UNA DESCRIPCIÓN EN LA PARTE INFERIOR DEL BLOQUE.	
11	DIAGNÓSTICOS DE INGRESO		REGISTRAR EL NOMBRE DEL <b>DIAGNÓSTICO DE INGRESO SI ES PRESUNTIVO O DEFINITIVO</b> ESCRIBIR LA CODIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES "CIE"	
12	DIAGNÓSTICOS DE ALTA		REGISTRAR EL NOMBRE DEL <b>DIAGNÓSTICO DE INGRESO SI ES PRESUNTIVO O DEFINITIVO</b> ESCRIBIR LA CODIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES "CIE"	
13	PLAN DE TRATAMIENTO	INDICACIONES	DESCRIBIR LAS INDICACIONES GENERALES PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO O LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS	
		MEDICAMENTOS	REGISTRAR EL NOMBRE GENÉRICO DEL PRINCIPIO ACTIVO CON LA CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN RESPECTIVA REGISTRAR LA POSOLOGÍA Y OTRAS INDICACIONES CORRESPONDIENTES.	
14	ALTA		MARCAR "X" O SEGÚN LA OPCIÓN CORRESPONDIENTE. REGISTRAR DATOS DEL DESTINO DEL PACIENTE Y SU CONDICIÓN AL SALIR, INDICANDO TAMBIÉN LA CAUSA DE SU ALTA O SALIDA (EJEMPLO: "TRATAMIENTO TERMINADO, ABANDONO VOLUNTARIO CON O SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA, ETC.)	
FECHA      HORA      NOMBRE DEL PROFESIONAL      CÓDIGO      NÚMERO DE HOJA				

**Figura 4.** Instrucciones de llenado formulario 008- EMERGENCIA, Ecuador

*Fuente:* Tomado de Formularios Básicos de la Historia Clínica Única (20)

### Consentimiento informado

El consentimiento informado es un proceso deontológico médico ineludible que efectiviza el principio de la autonomía del paciente y el derecho a recibir información veraz, oportuna, comprensible e individualizada (2,16,22–24), por tanto, toda asistencia de salud necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado que puede ser verbal o escrito y queda registrado en la historia clínica (2,16), siendo el responsable del consentimiento informado el profesional sanitario que realizará el procedimiento (25).

Desde la perspectiva del derecho el consentimiento informado “es una construcción jurídica al servicio de la medicina, como resultado de una necesidad impuesta por los parámetros éticos, de indispensable cumplimiento por los médicos para proteger la dignidad, libertad y autonomía de los pacientes. Su elaboración y aparición como doctrina jurídica ha sido primero tarea de la jurisprudencia, para luego ser recogida por los diferentes derechos positivos” (26).

Parte de la normativa legal vigente en el Ecuador relacionada con el consentimiento informado se detalla a continuación:

### *Constitución*

Art. 362: "...Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes" (12).

### *Ley Orgánica de Salud*

Art. 7: "Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación con la salud, los siguientes derechos:

h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública" (13).

### *Ley de Derechos y Amparo del Paciente*

Art. 6: "Derecho a decidir. – Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias, el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión" (14).

### *Acuerdo Ministerial 5316*

Este Acuerdo publicado en el Registro Oficial del 22 de febrero de 2016 define al consentimiento informado como: "un proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación de un profesional de salud y un paciente capaz, por el cual una persona autónoma, de forma voluntaria, acepta, niega o revoca una intervención de salud" (25)

El Acuerdo ibidem expresa que: "El consentimiento informado se aplicará en procedimientos diagnósticos, terapéuticos o preventivos, luego de que el profesional de la salud explique al paciente en qué consiste el procedimiento, los riesgos, beneficios, alternativas a la intervención, de existir estas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene". Del mismo modo, "cuando se trate de un procedimiento de salud de riesgo mayor, conforme lo previsto en el Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial, el consentimiento debe ser expresado por escrito, por el paciente o su representante legal, cuando corresponda, en un formulario firmado que será parte de la historia clínica" (25).

La tabla 3 explica lo contemplado en el anexo del Acuerdo Ministerial 5316 referente al consentimiento informado cuando se trata de menores de edad.

**Tabla 3.** El consentimiento informado en menores de edad, Ecuador

Niños/as mayores de 12 años y adolescentes	Padres menores de edad emancipados	Menor de edad de padres menores de edad no emancipados	Disputa entre representantes legales
“Informar al menor verbalmente el procedimiento médico que se le va a realizar, utilizando términos sencillos, claros y con calidez. Solicitar además consentimiento informado escrito de los padres o representantes legales”.	“El consentimiento podrá ser suscrito por los mismos, tanto para intervenciones clínicas en ellos o en sus hijos”.	“Uno de los abuelos del menor, bajo cuya patria potestad viva, podrá suscribir el consentimiento informado”.	“El profesional de la salud, basándose en la valoración clínica, actuará en consideración al interés superior y beneficio del paciente”.

*Fuente:* Tomado del anexo del Acuerdo Ministerial 5316-2016 (25)

Según el Acuerdo Ministerial 5316, no se requiere contar con un consentimiento informado firmado en los siguientes casos, aunque se debe dejar constancia en los formularios correspondientes de la historia clínica (25):

- a. Situaciones de emergencia: cuando el paciente no pueda comunicarse o que no se pueda contactar a familiares.
- b. Tratamientos exigidos por ley: en los casos que representan un peligro para la salud pública (pandemias y epidemias)
- c. Posibilidad de corregir una alteración: “cuando en el curso de una intervención, se requiera realizar un procedimiento inesperado, con el fin de mejorar la salud del paciente o para corregir una situación que ponga en peligro su vida”.
- d. Intervenciones de riesgo mínimo: cuando la posibilidad de daño o molestia en el proceso clínico no es mayor (toma de muestras de sangre obtenidas por punción venosa, uroanálisis, electroencefalograma, pruebas de alergia, el uso de estándares de pruebas psicológicas)

### Parte médico

Ecuador no tiene asidero jurídico que contemple explícitamente un formato para la elaboración de este documento, sin embargo, se toma como referencia lo descrito en el libro Gisbert Calabuig: Medicina legal y toxicología, pues, durante la asistencia

profesional en el servicio de urgencias existe la posibilidad de que se tenga que construir un parte médico respetando el derecho a la confidencialidad e intimidad (deber de secreto) del paciente. En este sentido, el parte médico constituye un documento corto que es utilizado para comunicar un hecho de forma clara y concisa, junto con la fecha y firma del profesional que atendió la emergencia. Se definen distintos tipos de partes, siendo los principales: parte de lesiones, partes médico-forenses, partes de incapacidad temporal, partes de interés sanitario, partes de información pública (8).

### **Certificado médico**

Es un documento que da constancia escrita de los hechos de la actuación del profesional médico que puede ser comprobado con base en la exploración clínica y exámenes complementarios efectuados al paciente o por haber sido testigo de la enfermedad. Este documento médico-legal se caracteriza porque debe ser solicitado por la parte interesada ya sea el paciente o sus familiares directos, de esta forma el médico queda relevado del “deber del secreto profesional” y tiene autorización para colocar ciertos datos médicos en el certificado, mismos que habitualmente tienen que ver con hacer constar la condición o patología por la que fue atendido (8,9).

Otro tipo de certificados vigentes en el Ecuador son: certificado único de salud, que certifica el no padecimiento de una enfermedad; certificado de “nacido vivo”, cuando el profesional atiende un parto y certifica el nacimiento del niño; y, el certificado de defunción, que da cuenta con certeza de la muerte de una persona, debiendo especificarse lugar, momento y causa.

### **Receta**

La receta médica es un documento donde se indica la prescripción terapéutica realizada por el facultativo (8). En la normativa ecuatoriana, el Acuerdo Ministerial No. 0098-2020 publicado en el Registro oficial No. 127 del 23 de enero de 2020, emite el “Reglamento para establecer el contenido y requisitos de la receta médica y control de la prescripción, dispensación y expendio para medicamentos de uso y consumo humano”, definiendo a la receta médica como: “documento asistencial y de control administrativo, a través del cual los profesionales de la salud facultados para prescribir, dentro del ámbito de sus competencias prescriben medicamentos (...). La receta médica puede ser física o electrónica, la cual será validada con la firma física o con la firma electrónica del profesional de la salud, según corresponda” (27).

La norma *ibídem* señala en el artículo 4 que: “La receta médica para la prescripción de medicamentos de uso y consumo humano, será válida en todo el territorio nacional y se emitirá en idioma castellano (...). La receta médica puede ser de dos tipos:

- a. Receta médica para la prescripción de medicamentos de uso y consumo humano; y,
- b. Receta especial, únicamente para medicamentos que contienen sustancias catalogadas sujetas a fiscalización (estupefacientes y psicotrópicas), la cual se registrará a la normativa específica para el efecto”.

El artículo 6 del acuerdo 0098 expone que: “... la receta médica deberá contener, como mínimo, la siguiente información:

*(a) Datos generales:*

1. Ciudad y fecha de prescripción conforme al siguiente formato: DD/MM/AAAA.
2. Establecimiento de salud, cuando aplique.

*(b) Datos del usuario/paciente:*

1. Apellidos y nombres completos.
2. Edad. Para el caso de menores de cinco (5) años, la edad se especificará en años y meses.
3. Diagnóstico del usuario/paciente según la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE, vigente a la fecha de la prescripción.
4. Antecedentes de alergias.

*(c) Datos del medicamento:*

1. Denominación Común Internacional (DCI), sin siglas ni abreviaturas.
2. Forma farmacéutica.
3. Concentración del/los principio/s activo/s.
4. Vía de administración.
5. Cantidad del medicamento en número y letras.
6. Dosis/posología, frecuencia de la administración y duración del tratamiento.

*(d) Datos del prescriptor:*

1. Apellido y nombre del prescriptor.
2. Número de registro como profesional de la salud, emitido por la Autoridad Sanitaria Nacional a través de la ACCESS.
3. Para el caso de la prescripción de medicamentos antimicrobianos, se deberá

hacer constar en la receta médica, el número de inscripción en el “Registro Nacional de Prescriptores de Medicamentos Antimicrobianos” del profesional de la salud facultado para prescribir, vigente a la fecha de emisión de la receta.

4. Firma del prescriptor.

*(e) Indicaciones:*

Las indicaciones deben ser desprendibles y constarán los siguientes datos:

1. Apellidos y nombres completos del usuario/paciente.

2. Fecha de prescripción conforme al siguiente formato: DD/MM/AAAA.

3. Indicaciones:

3.1. El prescriptor describirá con letra clara, legible y sin abreviaturas, en primer lugar, la Denominación Común Internacional (DCI) del medicamento prescrito, dosis/ posología, frecuencia de la administración y duración del tratamiento.

3.2. Signos de alarma: manifestaciones ante las cuales el usuario/paciente debe llamar al profesional prescriptor o acudir al servicio de emergencia de los establecimientos de salud.

3.3. Recomendaciones.

4. Firma del prescriptor.

5. Número de registro como profesional de la salud, emitido por la Autoridad Sanitaria Nacional a través de la ACCESS.

6. Número de contacto permanente del prescriptor”.

### **Informe médico-legal**

En ocasiones y según el caso, la autoridad judicial puede ordenar la emisión de un informe médico-legal de la actuación del o los profesionales en el servicio de urgencias, para ello generalmente se recurre a un médico legista o perito, no obstante, en ciertas circunstancias, es posible que el profesional que atendió la emergencia tenga que elaborar este documento.

En Ecuador la Resolución No. 108A del Consejo de la Judicatura publicada en la edición especial del Registro Oficial No. 681 del 18 de diciembre del 2018, aprueba los formularios médico-forenses del Servicio Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (28), de esta forma se pueden realizar los informes en formatos preestablecidos que básicamente son 3:

- Informe forense en infracciones de violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar.
- Informe forense en delitos contra la integridad sexual
- Informe forense de lesiones

### Principios bioéticos en la atención de urgencias

Etimológicamente, la palabra bioética significa: “ética de la vida” y hace su aparición en la década de los años 70 del siglo XX de la mano de Potter (8), convirtiéndose en la actualidad en una poderosa herramienta moral y legal que permite acercarnos a los complicados dilemas éticos que aparecen en la práctica médica (29).

Quizá una de las definiciones que más se apegan a una concepción “personalista” es la siguiente: “Llamamos Bioética a la búsqueda del conjunto de exigencias del respeto y de la promoción de la vida humana y de la persona en el sector biomédico” (8)

Pincha y Quishpe (30), recogen lo descrito por Burbano y Carrasco para señalar que: “Las emergencias médicas son el resultado de la responsabilidad moral y ética de la sociedad y de los profesionales sanitarios para socorrer a personas que han sufrido problemas de salud agudos, de complejidad variable y que con mucha frecuencia se presentan en escenarios de alto riesgo para el proveedor y el propio paciente”. En esta situación, el quehacer de la profesión médica en los servicios de urgencias se sustenta en cuatro principios bioéticos: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia (29,30).

El principio de *autonomía*, constituye la autodeterminación del enfermo frente al médico, estableciéndose el respeto al deseo del paciente que actúa de manera libre, voluntaria e intencional, sin influencias externas y con pleno conocimiento, lo cual es fundamental para la licitud del acto médico (8,29,30).

El principio de *no maleficencia*, respaldado por una máxima de la profesión médica: “Primum non nocere” (Lo primero es no hacer daño), hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente a un paciente (29,30).

El principio de *beneficencia*, que hace alusión a la obligación moral de “actuar siempre en beneficio del enfermo, desde una perspectiva paternalista o protectora” (8).

El principio de *justicia*, que tiene que ver con la igualdad de derechos y la exigencia de que todas las personas que lleguen al área de urgencias sean tratadas de la misma manera, primando la ayuda a los menos favorecidos (8,29,30)

### Casos que requieren denuncia obligatoria

En la cotidianidad del servicio de urgencias pueden existir casos que deben denunciarse por expreso mandato de la ley, sobre todo aquellos relacionados con el cometimiento de delitos tipificados en el COIP. Sobre este tema el artículo 276 menciona que: “La o el profesional o la o el auxiliar en medicina u otras ramas relacionadas con la salud que reciba a una persona con signos de haber sufrido graves violaciones a los derechos humanos, a la integridad sexual y reproductiva o muerte violenta y no denuncie el hecho, será sancionado con pena privativa de libertad de dos a seis meses” (4)

Por su parte, el artículo 422 numeral 2 del COIP determina que tienen el deber de denunciar: “Las o los profesionales de la salud de establecimientos públicos o privados, que conozcan de la comisión de un presunto delito”, aunque el artículo 424 establece la exoneración del deber de denunciar “cuando el conocimiento de los hechos esté amparado por el secreto profesional” (4).

A continuación, se describen algunos hechos delictivos que pudieran llegar al área de urgencias y emergencias que deben denunciarse si se sospecha del cometimiento de uno de ellos y que se encuentran tipificados en el COIP (4).

Artículo 79.- Genocidio. – “La persona que, de manera sistemática y generalizada y con la intención de destruir total o parcialmente a un grupo nacional, étnico, religioso o político (...), será sancionada con pena privativa de libertad de veintiséis a treinta años”.

Artículo 100.- Explotación sexual de personas. – “La persona que, en beneficio propio (...) aproveche (...) a otra para ejecutar uno o más actos de naturaleza sexual, será sancionada con pena privativa de libertad de trece a dieciséis años”.

Artículo 141.- Femicidio. – “La persona que, como resultado de relaciones de poder manifestadas en cualquier tipo de violencia, dé muerte a una mujer por el hecho de serlo o por su condición de género, será sancionada con pena privativa de libertad de veintidós a veintiséis años”.

Artículo 147.- Aborto con muerte. – “Cuando los medios empleados con el fin de hacer abortar a una mujer causen la muerte de esta, la persona que los haya aplicado o indicado con dicho fin, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a diez años, si la mujer ha consentido en el aborto; y, con pena privativa de libertad de trece a dieciséis años, si ella no lo ha consentido”.

Artículo 150.- Aborto no punible. – “El aborto practicado por un médico u otro

profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos”:

1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.

2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental.

Artículo 152.- Lesiones. – “... Si la lesión se produce durante concentraciones masivas, tumulto, conmoción popular, evento deportivo o calamidad pública, será sancionada con el máximo de la pena privativa de libertad prevista para cada caso, aumentada en un tercio. La lesión causada por infringir un deber objetivo de cuidado, en cualquiera de los casos anteriores, será sancionada con pena privativa de libertad de un cuarto de la pena mínima prevista en cada caso (...). No serán punibles las lesiones derivadas de acciones terapéuticas ejecutadas por profesionales de la salud en cumplimiento del principio de necesidad que precautele la salud del paciente”.

Artículo 155.- Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar. – “Se considera violencia toda acción que consista en maltrato, físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar”.

Artículo 170.- Abuso sexual. – “La persona que, en contra de la voluntad de otra, ejecute sobre ella o la obligue a ejecutar sobre sí misma u otra persona, un acto de naturaleza sexual, sin que exista penetración o acceso carnal, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años”.

Artículo 171.- Violación. – “Es violación el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo. Quien la comete, será sancionado con pena privativa de libertad de diecinueve a veintidós años...”.

## VI. Bibliografía

1. Editorial Médica Panamericana. Iniciación a las urgencias hospitalarias para residentes. 1ra ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017. 741 p.
2. Julián Jiménez A, Juárez González RA, Rubio Díaz R, Nieto Rojas I. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. 5ta ed. España: Saned; 2021. 1841 p.
3. Lara-Ponce MB, Macías-Mendoza TM, Chávez-Menéndez AM, Jimbo-Yépez LÁ. Criterios éticos para la atención médica en sala de urgencias del Hospital Rodríguez Zambrano. Dom Cien [Internet]. 2019;5(4):42-60. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7152613>
4. Asamblea Nacional República del Ecuador. Código Orgánico Integral Penal. Registro Oficial; 2014.
5. Del Brutto O. Requisitos Para que Proceda la Responsabilidad Civil por Mala Práctica Médica. Rev Ecuat Neurol [Internet]. 2018;27(2):79-82. Disponible en: <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rneuro/v27n2/2631-2581-rneuro-27-02-00079.pdf>
6. Astudillo DEG. El deber objetivo de cuidado en los delitos culposos, en la legislación ecuatoriana [Internet] [Tesis Pregrado]. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2015. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21981/3/Tesis.pdf>
7. Martínez Calcerrada L. «Lex artis ad hoc» y la responsabilidad médico profesional. Anales de la Real Academia de Doctores. 1998;2(1):155-66.
8. Villanueva Cañadas E. Gisbert Calabuig: Medicina Legal y toxicología. 7ta ed. Barcelona, España: ELSEVIER; 2019. 1484 p.
9. Vargas Alvarado E. Medicina Legal. 4ta ed. México; 2012. 552 p.
10. Zendejas Vázquez JA. Mala praxis, distinción ético-legal. Cirujano General [Internet]. 2017;39(2):119-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76275>
11. Castiglione S. Compilación de legislación sobre sistemas de servicios de emergencia en América Latina. 1ra ed. Washington, D.C.: OPS; 2010.
12. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial; 2008.
13. H. Congreso Nacional. Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial; 2006.

14. H. Congreso Nacional. Ley de Derechos y Amparo del Paciente. Registro Oficial; 1995.
15. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial No. 0073–2017. Registro Oficial; 2017.
16. Bibiano Guillén C. Manual de urgencias. 3ra ed. Madrid: Saned; 2018. 1653 p.
17. H. Congreso Nacional. Código civil. Registro Oficial; 2005.
18. Blanco Mercadé A. Vida, ética y deontología médica: aclarando conceptos. Eidon. 2019;52(1):23-32.
19. Rogers R. Valor médico legal de la historia clínica e implicaciones legales del ejercicio de la medicina. Revista Gicos [Internet]. 2019;4(2):19-32. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/gicos/article/view/15820>
20. Ministerio de Salud Pública. Manual de Uso de los Formularios Básicos de la Historia Clínica Única. MSP; 2009.
21. Asamblea Nacional República del Ecuador. Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Registro Oficial; 2003.
22. Rodríguez Almada H. Consentimiento informado en la práctica clínica. An Facultad Med (Univ Repúb Urug) [Internet]. 2017;4(Sup 2):22-30. Disponible en: <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/311/168>
23. López R, Vega P. Consentimiento informado en Medicina Práctica clínica e investigación biomédica. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2017;36(1):57-66. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-85602017000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602017000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
24. Cano J, Carbajal Arriaga L. Importancia del consentimiento informado [Internet]. Montevideo, Uruguay; 2016. Disponible en: <http://www.iuceddu.com.uy>
25. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial No. 5316-2016. Registro Oficial; 2016.
26. Marchesano Sarries A. El consentimiento informado. Una visión comparada entre Uruguay y España. Derecho y Salud [Internet]. 2020;30(2):84-110. Disponible en: <https://www.ajs.es/es/index-revista-derecho-y-salud/volumen-30-numero-2-2020/el-consentimiento-informado-una-vision>
27. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial No. 0098-2020. Registro Oficial No. 127; 2020.

28. Consejo de la Judicatura. Resolución No. 108A-2018. Registro Oficial; 2018.
29. Carballo Ramos EV, Feria Díaz GE, Díaz Armas MT, Gómez Leyva B, Expósito Lara A, Leyva Proenza CA. Dilemas éticos en la práctica del saber médico. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores [Internet]. 2018;6(1):1-17. Disponible en:  
<https://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/947/1145>
30. Pincha Andrango JL, Quishpe Gaibor JS. Deontología en emergencias médicas. Análisis comparativo entre medicina pública y medicina privada. Revista Caribeña de Ciencias Sociales [Internet]. 2019;1(1):1-7. Disponible en:  
<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/05/deontologia-emergencias-medicas.html>