

EL JUICIO DEL CUIDADO

DILEMAS DEONTOLÓGICOS Y PRAXIS LEGAL EN LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA DEL PERSONAL DE SALUD

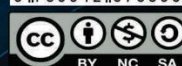
COMPILADORES:

Abg. Esperanza Marbella Palencia Gutierrez. PhD
PhD (c). Diego Armando Jiménez Bósquez

"Perspectivas y ensayos críticos
sobre la brecha entre el saber,
el hacer y el saber estar:
Una reflexión desde
pregrado y postgrado"



ISBN: 978-9942-673-59-6



EL JUICIO DEL CUIDADO

DILEMAS DEONTOLÓGICOS Y PRAXIS LEGAL

EN LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA DEL PERSONAL DE SALUD

**"Perspectivas y ensayos críticos
sobre la brecha entre el saber,
el hacer y el saber estar:
Una reflexión desde
pregrado y postgrado"**



EL JUICIO DEL CUIDADO
DILEMAS DEONTOLÓGICOS Y PRAXIS LEGAL
EN LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA DEL PERSONAL DE SALUD

**"Perspectivas y ensayos críticos
sobre la brecha entre el saber,
el hacer y el saber estar:
Una reflexión desde
pregrado y postgrado"**

COMPILADORES:

**Abg. Esperanza Marbella Palencia Gutierrez. PhD
PhD (c). Diego Armando Jiménez Bósquez**

EL JUICIO DEL CUIDADO

DILEMAS DEONTOLÓGICOS Y PRAXIS LEGAL

EN LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA DEL PERSONAL DE SALUD

ISBN: 978-9942-673-59-6



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Ver: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Cámara Ecuatoriana del Libro: [Buscar ISBN](#)

ISBN: 978-9942-673-59-6 (Electrónico)

Volumen 1 / Nro. 1. Primera Edición

Guayaquil, República del Ecuador; 2026



ACVENISPROH®

www.acvec.net

Comité de Arbitraje Externo



https://www.admin.redgia.org/grupos_de_investigacion

Coordinación Técnica editorial: Celia Cruz Betancourt Fajardo
Corrección de estilo: Ana Riera
Impresión digital y puesta en línea: Samuel Alejandro Zambrano

El texto original de los reportes consignados para su aparición en esta publicación fue sometido a un proceso de revisión por pares y de acuerdo con la normativa que rige el proceso de evaluación para producción de literatura científica en REDIGEC, con circunscripción en la República del Ecuador.

Esta es una publicación de acceso abierto, según criterios UNESCO, de acuerdo con lo expresado por Swan* (2013) "Que la literatura revisada por pares sea accesible sin suscripción o barreras de precios" (p.36). Todas las opiniones y/o reflexiones contenidas en este libro son de responsabilidad absoluta de los autores y no representan necesariamente el criterio editorial. Documento para consideración de la comunidad científica, abierto a revisiones posteriores a su publicación; argumentadas desde el discurso científico. Para sus opiniones pueden dirigirse al siguiente e-mail: acvenisproh@gmail.com

*Swan, A. (2013) Directrices para políticas de desarrollo y promoción del acceso abierto. [Documento en línea] Serie UNESCO de Directrices Abiertas. UNESCO. p.36. Disponible: http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CI/CI/pdf/publications/policy_guidelines_oa_sp_reduced.pdf

Queda prohibida su reproducción total o parcial para fines comerciales. Distribución gratuita. Fines educativos y culturales. Publicación ON LINE de acceso abierto y gratuito

COMPILADORES

Abg. Esperanza Marbella Palencia Gutierrez. PhD

PhD (c). Diego Armando Jiménez Bósquez

PROLOGUISTA

PhD (c). Diego Armando Jiménez Bósquez

AUTORES (AS)

PhD (c). Diego Armando Jiménez Bósquez
Abg. Esperanza Marbella Palencia Gutierrez, PhD.

Dra. María Fernanda Serrano

Dr. Juan Alexis Suarez

Lcda. Lisbeth Edith Plaza Ramírez

Lcda. Kiana Odalis Mejía Angulo

Dra. Cristina Piedad Pazos Pazos

Dr. Diego Rolando Ramírez Chimbo

Lcda. Naomi Darling Goyes Gamez

Lcda. Kenny Jasmin Porozo Mina

Magister Guadalupe Quiñonez

Br. Helen Vannabel Mejía Vera

Br. Kevin Farid Gutiérrez Sánchez

Br. Gregory Xavier Loo De La A

Br. Jordanna Dannahe Avila Justavino

Br. Alisson Tatiana Luzardo Chavez

Br. Jeremy Freddy Guevara Nazareno

Esp. Marvin Alexander Viteri Ruiz

Br. Mayerly Carbajal

Br. Emylee Loo

Br. Cinthya Olmedo

Magister María Teresa Torres

Lcda. Rocio Colimba

Lcda. Margarita Lagos

Lcda. América Elizabeth Dután León

Dr. Santiago Gualpa Díaz

Dra. Doris Álvarez Pilicita

Magister Ángel Eduardo Pupo Suñol

EPIGRAFE

"La Universidad no está para formar solo técnicos, sino ciudadanos; que pongan su técnica al servicio de la justicia y la humanidad."

Dra. Adela Cortina

DEDICATORIA

A los estudiantes de Pregrado y Postgrado de la PUCESE, especialmente a quienes transitan el desafiante camino de la Deontología y los Aspectos Legales en las áreas de Urgencias y Emergencias.

A ustedes, que han decidido formarse en la primera línea de la vulnerabilidad humana, donde el tiempo es escaso y las decisiones tienen un peso eterno. Esta obra está dedicada a su valentía, no solo por la destreza técnica que demuestran en cada maniobra de reanimación, sino por la integridad ética que mantienen cuando el caos intenta nublar el juicio.

Bajo el espíritu de nuestra misión en la PUCESE, que nos llama a la búsqueda constante de la verdad y a la formación de profesionales con responsabilidad social, les entrego estas reflexiones. Que estas páginas sean su brújula en esos momentos críticos donde el protocolo clínico se encuentra con el rigor de la ley y el imperativo del cuidado. Recuerden siempre el principio rector de nuestra profesión y el derecho: "Salus populi suprema lex esto" (La salud del pueblo debe ser la ley suprema).

Es mi deseo que, más allá de ser expertos en el "saber" y el "hacer", se conviertan en maestros del "saber estar": profesionales que, bajo la presión del monitor y el marco legal ecuatoriano, actúen con la convicción de que "Iustitia est constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuendi" (La justicia es la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su derecho).

Que su praxis sea siempre el reflejo de una arquitectura del ser construida sobre la roca de la ética, la ciencia y la fe en la dignidad humana.

ÍNDICE GENERAL

PRÓLOGO.....	xi
PREFACIO	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: La Arquitectura del Ser y el Saber: Fundamentos Onto-epistemológicos de la Formación Universitaria.....	3
1. EL ICEBERG DE LOS SABERES Y LA CRISIS DE LA FORMACIÓN CONTEMPORÁNEA... 3	
2. ONTOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR: EL SER DEL CUIDADO	4
3. EPISTEMOLOGÍA: LA ESTABILIDAD DEL CONOCIMIENTO FRENTE A LA INCERTIDUMBRE.....	5
4. LA EPISTEMOLOGÍA DEL "SABER ESTAR": MÁS ALLÁ DEL BINOMIO SABER-HACER 6	
5. CASO DE ESTUDIO CRÍTICO: EL DILEMA DEL "PROCEDIMIENTO INVISIBLE" EN PEDIATRÍA	8
6. CONCLUSIÓN: HACIA UNA NUEVA ONTOLOGÍA DEL JUICIO DEL CUIDADO	11
CAPÍTULO II: Soberanía del Ser: Desafíos Ético-Legales de la Autonomía en la Praxis del Cuidado en Ecuador.....	12
1. INTRODUCCIÓN	12
2. PLANTEAMIENTO O HIPÓTESIS.....	14
3. ARGUMENTOS	15
4. CONCLUSIÓN.....	20
CAPÍTULO III: El Imperativo de la Justicia en el Cuidado: Un Análisis Bioético desde el Marco Legal Ecuatoriano.....	23
1. INTRODUCCIÓN	23
2. PLANTEAMIENTO O HIPÓTESIS.....	24
3. ARGUMENTACIÓN	27
4. LA FUSIÓN DE HORIZONTES (LA APLICACIÓN DEL PRINCIPIO)	32
5. CONCLUSIÓN.....	32
CAPÍTULO IV: Límites Éticos y Legales del Cuidado: La No Maleficencia frente a la latrogenia y la Mala Práctica en Ecuador.....	35
1. INTRODUCCIÓN	35
2. PLANTEAMIENTO O HIPÓTESIS.....	37
3. ARGUMENTACIÓN	38
4. CONCLUSIÓN.....	43

CAPÍTULO V La Ontología del Hacer el Bien: Dimensiones Ético-Legales de la Beneficencia en la Praxis Clínica y el Acto Médico en Ecuador.....	45
1. INTRODUCCIÓN	45
2. PLANTEAMIENTO O HIPÓTESIS.....	46
3. RESULTADO.....	48
4. ARGUMENTACIÓN	49
5. CONCLUSIÓN.....	55
CONCLUSIÓN: Hacia una Nueva Arquitectura del Cuidado en la Educación Médica.....	56
Guía de Estudio Rápida: El juicio del cuidado.....	58
1. <i>Introducción al Estudio:</i>	58
2. <i>CAPÍTULO I: La Arquitectura del Ser y el Saber</i>	59
3. <i>CAPÍTULO 2: Soberanía del Ser</i>	59
4. <i>CAPÍTULO 3: El Imperativo de la Justicia en el Cuidado</i>	59
5. <i>CAPÍTULO 4: Límites Éticos y Legales del Cuidado</i>	60
6. <i>CAPÍTULO 5: La Ontología del Hacer el Bien</i>	60
Glosario de términos	62
REFERENCIAS	67
INFORME ARBITRAJE	73

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Figura 1. Iceberg de los saberes. .</i>	3
<i>Figura 2. Educación Superior: La Estructura.....</i>	4
<i>Figura 3. Ciudadela Epistémica de la Salud..</i>	6
<i>Figura 4. El Saber estar.</i>	7
<i>Figura 5. El monolito de la soberanía del ser..</i>	13
<i>Figura 6. El imperativo de la justicia.....</i>	23
<i>Figura 7. Epistemología de la salud.....</i>	35
<i>Figura 8. Motor de la beneficencia sanitaria.....</i>	45

PRÓLOGO

Vivimos tiempos donde, quizá como refiere Kant en la Crítica de la Razón Pura, nos sentimos perplejos. Nos distan más de dos siglos con Kant, pero al final de cuentas, podemos decir que nuestra crisis se parece mucho a la de su tiempo. Nos queda difícil saber qué es verdad y distinguirla de aquello que no lo es.

Y no solo porque nuestra opinión pública haya, en términos generales, acabado con toda elemental ética comunicativa: al final se imponen las narrativas de quienes pueden sostener las pautas; sino porque, además de ello, hoy lo propiamente humano, aquello que nos hace y nos distingue del resto, la fuente de nuestra dignidad universal no siempre es clara para todos o aceptada por las mayorías que toman decisiones.

Nuestra dignidad, aquello que somos, en no pocas ocasiones es relativo y contingente. En estas circunstancias un trabajo académico, rigurosamente concebido, que nos propone considerar el cuidado en el contexto clínico, no solo es pertinente para quienes pertenecen a las áreas de salud.

Su importancia es general en la medida en que nos sitúa frente al cuidado como elemento constitutivo de nuestra condición humana y desde donde podemos pensar nuestra condición en sentido amplio.

Y es que hablar del cuidado es, de acuerdo con algunos autores, referirse a una forma de ser que está en el origen mismo de nuestra civilización. Entre ellos destaca la famosa antropóloga Margaret Mead, quien, ante la pregunta de sus estudiantes por el primer signo de progreso en nuestra cultura, señaló que este era un fémur roto y luego sanado.

La investigadora explicó que, en el mundo animal, si te rompes una pierna, mueres. Por su parte, un fémur curado es evidencia de que alguien se ha tomado el tiempo para quedarse con quien cayó, ha vendado la herida, lo ha llevado a un lugar seguro y le ha ayudado a recuperarse. Ella concluyó que ayudar y cuidar a alguien en las dificultades es el punto exacto donde comienza la civilización (Ira Byock).

En consecuencia, reflexionar sobre el cuidado es volver nuestros ojos a una forma de ser que a veces parece estar en riesgo y que debemos proteger no solo en nuestra praxis profesional, sino en nuestra forma integral y general de existir.

Cultivar el cuidado no solo garantiza una mayor calidad en nuestro servicio como actores de un sistema de salud humano y cálido, sino que constituye la condición misma de nuestro futuro como sociedad y comunidad política, fundamentada en los valores esenciales de las democracias modernas.

PhD (c). Diego A. Jiménez Bósquez

PREFACIO

El Juicio del Cuidado surge como una respuesta crítica y necesaria ante la fragmentación en esta era contemporánea de la educación en el área de la salud, proponiendo una reestructuración de la formación universitaria que trascienda la mera acumulación de datos.

El libro se adentra en la "brecha" existente entre la teoría, la técnica y la esencia humana, explorando cómo el personal de salud en formación tanto en pregrado como en postgrado debe enfrentar la transición del "saber-hacer" instrumental hacia un "saber estar" éticamente comprometido.

A través de sus páginas, se invita al lector a reflexionar sobre la educación no solo como un proceso académico, sino como la construcción de una arquitectura del ser que sostenga la responsabilidad de cuidar vidas humanas.

En el Capítulo 1, la obra establece sus cimientos mediante el análisis de la Arquitectura del Ser y el Saber, explorando los fundamentos onto-epistemológicos que dan forma a la identidad del profesional de salud.

Esta base teórica permite dar paso a la exploración de la libertad individual cobra protagonismo en el Capítulo 2, donde se enfoca la Soberanía del Ser, presenta el análisis de los desafíos ético-legales de la autonomía en la praxis clínica.

En un contexto como el ecuatoriano, donde la interculturalidad y la vulnerabilidad social juegan roles cruciales, este capítulo desentraña la complejidad de respetar la voluntad del paciente frente a las presiones institucionales y legales.

La obra profundiza en el derecho del individuo a decidir sobre su propia existencia, planteando un análisis riguroso sobre el consentimiento informado y los límites de la intervención profesional en la autodeterminación del ser.

En el Capítulo 3, donde se aborda el Imperativo de la Justicia en el Cuidado, situando la reflexión bioética dentro de las coordenadas específicas del Marco Legal Ecuatoriano.

Aquí, el libro conecta la abstracción de la justicia con la realidad normativa de la Constitución, analizando cómo el sistema legal y la ética deben converger para garantizar un trato equitativo y digno en cada acto sanitario.

Posteriormente, el Capítulo 4 delimita las fronteras del ejercicio profesional mediante el estudio de la No Maleficencia frente a la Iatrogenia y la Mala Práctica. Este apartado es vital para la formación universitaria, ya que confronta al estudiante con la

posibilidad real del error y las consecuencias legales administrativas y penales de una praxis negligente en Ecuador.

Al analizar la iatrogenia no solo como un fenómeno clínico, sino como un dilema ético y una responsabilidad legal, el autor fortalece el contenido metodológico de la investigación, proveyendo herramientas para una práctica preventiva y consciente que priorice siempre la integridad del paciente.

El Capítulo 5 dedicado a la Ontología del Hacer el Bien, enfocándose en las dimensiones ético-legales de la beneficencia. Este cierre integra todos los conceptos previos, reafirmando que el acto sanitario es, por definición, un acto de bien que debe estar alineado con los principios de la bioética y el ordenamiento jurídico vigente.

En conjunto, este ensayo clínico se posiciona como una guía indispensable para estudiantes y profesionales, cerrando la brecha educativa con una visión humanista y legalmente sólida que redefine lo que significa juzgar y ejercer el cuidado en el siglo XXI.

Finalmente, el libro termina con una guía de estudio rápida, la cual no reemplaza la lectura crítica del libro, sino que sirve como un mapa conceptual para navegar por los dilemas deontológicos y la praxis legal en la formación universitaria. La guía de estudio rápida funciona como:

- Resumen Conceptual: Te ayudara a repasar y consolidar los puntos clave de cada capítulo de manera eficiente.*
- Herramienta de Revisión: Facilitando la preparación para exámenes y evaluaciones y, permitiendo a los estudiantes enfocarse en los conceptos fundamentales.*
- Recurso Metodológico: Proporciona una estructura clara y metodológica para asimilar la complejidad ética y jurídica de la praxis sanitaria en el pregrado y postgrado.*

INTRODUCCIÓN

La intersección entre el ejercicio de la salud y el marco normativo no es un simple cruce de procesos y procedimientos para asegurar la calidad de atención de todas las personas que requieran de los cuidados, sino un terreno complejo donde convergen la ética, la ontología y la jurisprudencia.

La presente obra nace de la necesidad de cuestionar la praxis desde sus cimientos más profundos, analizando cómo el "ser" del profesional de la salud se configura a través del saber y el hacer.

En un contexto donde la tecnificación a veces eclipsa la humanidad, este texto invita a los lectores a redescubrir la arquitectura del conocimiento universitario de pregrado y postgrado; fundamentando la formación en salud no sólo como una competencia técnica, sino como un compromiso onto-epistemológico con la vida y la verdad.

A lo largo de estas páginas, se despliega un análisis crítico situado en la realidad del sistema de salud y el marco legal ecuatoriano. Desde el imperativo de la justicia y la bioética, hasta la soberanía de la autonomía del paciente, el libro examina cómo las leyes nacionales dialogan con los principios universales del cuidado.

El lector encontrará un recorrido exhaustivo por los desafíos ético-legales que enfrenta la praxis en Ecuador, proporcionando herramientas conceptuales para comprender que la autonomía y la justicia no son conceptos abstractos, sino derechos fundamentales que deben ser garantizados en cada acto donde se evalué el cumplimiento del deber objetivo del cuidado.

Finalmente, la obra aborda la tensión constante entre la beneficencia y los riesgos inherentes a la práctica clínica, como la iatrogenia y la mala práctica.

Al explorar los límites éticos y legales del cuidado, se busca fortalecer el juicio crítico del profesional frente a la no maleficencia, asegurando que el "hacer el bien" trascienda la intención y se materialice en una práctica segura, legal y humanizada.

Este libro aspira a ser una brújula para quienes, desde la academia o la clínica, buscan ejercer una salud con conciencia jurídica y excelencia ética, transformando el acto sanitario en una verdadera ontología del bien común.

CAPÍTULO I

La Arquitectura del Ser y el Saber: Fundamentos Onto-epistemológicos de la Formación Universitaria

“La educación y la enseñanza mejoran a los buenos y hacen buenos a los malos”

Filós. Platón

Autores(as):

PhD (c). Diego Armando Jiménez Bósquez¹
<https://orcid.org/0000-0003-1496-2983>

Dra. María Fernanda Serrano²
<https://orcid.org/0000-0001-5325-1573>

Dr. Juan Alexis Suarez²
<https://orcid.org/0000-0001-6440-239X>

PhD. Esperanza Marbella Palencia Gutiérrez¹
<https://orcid.org/0000-0001-9274-2762>

¹Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Sede Esmeraldas [PUCESE] (Ecuador)

²Hospital Pediátrico Fundación Niño Jesús. San Felipe, estado Yaracuy. (Venezuela)



1. EL ICEBERG DE LOS SABERES Y LA CRISIS DE LA FORMACIÓN CONTEMPORÁNEA

En el ecosistema académico donde se gesta el futuro profesional, la formación universitaria se enfrenta hoy a un fenómeno que podemos denominar la "hipertrofia de la técnica". Los saberes se han convertido en la punta de un iceberg: una esperanza particularmente visible en los ambientes académicos donde se desarrolla la formación profesional, pero que a menudo carece de una base sólida sumergida en la reflexión crítica. Resulta claro entender que esos saberes son los que dan la sustentación a las disciplinas de salud para transitar desde la concepción del "arte del curar" hacia la consolidación de una ciencia del cuidado. Para ello, es imperativo vislumbrar una realidad imperante donde los aportes de los estudios epistemológicos y ontológicos produzcan transformaciones reales en los diferentes escenarios del mundo intelectual.

Es prioritario establecer las condiciones básicas que dan soporte a la coherencia y eficacia de los saberes, por cuanto estos deben atender a las necesidades integrales del proceso de formación de los dicentes. Esta sustentación teórica no es un ejercicio meramente abstracto; sirve de base y justifica la toma de decisiones cuando se intenta dar solución a un problema de salud bajo un enfoque disciplinario e interdisciplinario. Lo anterior induce a tener claro el trasfondo ontológico y epistemológico como una unidad dialéctica que se complementa como parte de un todo, evitando que la praxis se reduzca a un activismo carente de sentido ético y legal.



Figura 1. Iceberg de los saberes. .Nota: elaborado por los autores con IA (2026). Esta imagen refleja contraste entre la formación visible y superficial, la inmensa base de saberes fundamentales y necesarios, sumergida en profundos que genera la crisis de la formación contemporánea, donde lo esencial a menudo queda oculto.

2. ONTOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR: EL SER DEL CUIDADO

La ontología, llamada la teoría o tratado del Ser, es el estudio de todo lo que es, cómo es y cómo es posible. Sus primeras elaboraciones se corresponden con el origen mismo de la filosofía occidental, puntualmente en la obra de Parménides cuyo principal aporte a la pregunta por aquello que constituye la realidad, en última instancia, es que la realidad ES. De allí, el origen griego de la palabra ontos (ὄντος), que es ser. Según lo dicho, cuando hablamos de ontología nos referimos a las categorías fundamentales o modos generales de ser de las cosas.

Según la definición de Bedoya (1998), esta perspectiva concibe al hombre como un ser vivo que construye y reconstruye permanentemente su mundo y su conducta mediante el uso del lenguaje y el pensamiento, desplegando su ser en un devenir necesariamente social, cultural e histórico.

Hoy más que nunca esta definición se mantiene vigente, sobre todo en un entorno de salud donde existe la incorporación de la IA generativa con grandes modelos de lenguajes, donde enseñar a pensar constituye el eje de la formación ética (Shaw y McCosker2025). Este planteamiento permite entender que los seres humanos son cocreadores de la realidad en la que se desarrollan y actúan, aportando su experiencia, imaginación y acción.



Figura 2. Educación Superior: La Estructura. Nota: elaborado por los autores con IA (2026). La imagen representa la metáfora de un árbol estructural, donde las raíces profundas representan los fundamentos ontológicos y filosóficos del ser, y el tronco y las ramas simbolizan la estructura académica. En el centro neurálgico, una esfera de luz cálida representa el núcleo vital del cuidado, que nutre y da sentido a toda la institución educativa.

En este sentido, Ostiguián y Velázquez (2001), consideran como elemento fundamental de la naturaleza humana la voluntad, la intención y la conciencia, unidos a la cultura y las prácticas de salud. La esencia del ser humano lo llevará, en determinados casos, a actuar en pro o en contra de cualquier actividad que esté realizando, ya sea en calidad de docente o en calidad de discente. Aquí surge una tensión fundamental presentada por Palencia y Rodríguez (2019), donde se describe que, si el docente de salud realiza sus actividades de modelaje bajo metodologías de dominio y control, impide la reflexión de las actuaciones del alumno, olvidando que este será el profesional del mañana y que, probablemente, repetirá el modelo con el que fue formado.

Retomando a Lavelle, citado por Quintana (1998), se observa la necesidad de superar tanto el platonismo como el aristotelismo; la idea no está solo en el mundo ni fuera de él, sino en el espíritu. La materialización de las acciones en el quehacer de la salud debe nacer de este espíritu reflexivo. Sin embargo, en la praxis universitaria, el docente a menudo ignora los aspectos ontológicos de sus alumnos, centrando la educación en la reproducción de técnicas y no en la formación del Ser que cuida.

Como plantea Antón (2000), aunque una profesional sea muy competente en su técnica, si olvida considerar a la persona como un ser único, la calidad de sus cuidados queda seriamente comprometida. No se puede separar el ser del educador y el de sus alumnos de su saber hacer; somos y nos comportamos bajo la esencia de nuestro ser. Inclusive como lo plantea Couceiro (2023), si la formación clínica se realiza mediante simulación.

3. EPISTEMOLOGÍA: LA ESTABILIDAD DEL CONOCIMIENTO FRENTE A LA INCERTIDUMBRE

El término epistemología, proviene del verbo griego episteme (ἐπιστήμη), que básicamente significa conocimiento, pero no cualquier tipo de conocimiento sino uno distinto al de la opinión. Desde la perspectiva de Reale y Antiseri (2010), la episteme no es un saber superficial, sino un conocimiento que posee la cualidad de mantenerse, dotando al profesional de una firmeza cognitiva frente a la opinión subjetiva. No obstante, la epistemología ha padecido innumerables cambios. Desde el periodo clásico de Platón y Aristóteles, donde se inauguró la razón como instrumento para la búsqueda de la verdad, hasta la crisis de la modernidad, la ciencia ha intentado dar argumentos racionales frente al mito (Burk, 1985).

En el contexto de la salud, el desarrollo del conocimiento pasó de un momento intuitivo y empírico a la consolidación de una disciplina profesional, este cuerpo de conocimiento propio es lo que permite transformar la observación aislada en una

evidencia transferible, garantizando que la intervención sanitaria; sea médica, de enfermería o técnica posea la firmeza epistemológica que exige la seguridad del paciente y el rigor legal contemporáneo (Argimon y Jiménez 2024), hasta llegar a consolidarse en patrones del conocimiento hacia la práctica basada en la evidencia contemporánea (Durán de Villalobos 2022).

Hoy, frente al desarrollo vertiginoso de la tecnología, enfrentamos la "crisis mundial de la educación" descrita por Coombs (2006). La educación en salud no puede darse aislada de un mundo real y cambiante; los modelos conceptuales deben responder a la complejidad de la realidad, integrando el saber hacer con un fundamento científico interdisciplinario, pero sin dejar de lado la esencia: el cuidado.



Figura 3. Ciudadela Epistémica de la Salud. Nota: elaborado por los autores con IA (2026). En la imagen se observa una ciudadela fortificada para representar la "Estabilidad del Conocimiento Médico" (Guías Clínicas, Metanálisis), construida con estructuras bio-arquitectónicas lúcidas que se defiende contra las fuerzas turbulentas y oscuras de la "Incertidumbre Clínica" (Rojo sangre, patógenos, variabilidad del paciente). Un escudo hexagonal de "Epistemología de la Salud" (El Filtro Crítico de Juicio Clínico y Bioética) media constantemente la tensión entre la evidencia sólida y el caos de la realidad médica de cada paciente.

4. LA EPISTEMOLOGÍA DEL "SABER ESTAR": MÁS ALLÁ DEL BINOMIO SABER-HACER

Históricamente, la educación superior en salud ha sido víctima de una fragmentación epistemológica. Se ha enseñado bajo un modelo positivista que el Saber (la teoría y la evidencia) y el Hacer (la destreza clínica) son dimensiones suficientes para garantizar la competencia. Sin embargo, esta visión reduccionista ignora el tercer pilar fundamental: el Saber Estar. Desde una perspectiva epistemológica, el "Saber Estar" no es un atributo

carismático o una habilidad blanda, sino una forma de conocimiento situado y relacional.



Figura 4. El Saber estar. Nota: elaborado por los autores con IA (2026). En la imagen se evidencia un templo trinitario de la práctica sanitaria, donde el "Saber Estar" se posiciona como la cúpula que une y trasciende las dos columnas de apoyo: el "Saber" y el "Hacer".

Como sostiene Morin (2020), la verdadera educación debe preparar para la comprensión humana, lo que implica que el conocimiento no es válido si no se sabe aplicar en la complejidad del encuentro con el otro. Esta tríada es indivisible: el saber sin el saber estar se convierte en arrogancia intelectual, mientras que el hacer sin el saber estar se transforma en una tecnocracia deshumanizada.

En la formación universitaria, esta carencia es el origen de grandes dilemas deontológicos; el estudiante puede dominar la técnica quirúrgica (hacer), pero si carece de la presencia ética para habitar el espacio clínico (saber estar), su praxis queda desprovista de sentido humano.

Por lo tanto, el saber estar constituye una competencia ontológica donde el profesional no solo "aplica" una ciencia, sino que "es" un agente de cuidado en servicio de la vida. Para Amezcua (2020), este equilibrio es lo que permite que el profesional sobreviva en entornos humanamente hostiles sin perder su esencia. La epistemología del saber estar

nos indica que la validez de un acto de salud no se mide solo por el éxito técnico, sino por la integridad ética y la responsabilidad legal con la que el profesional se posiciona frente al paciente. Sin este pilar, la praxis legal se vuelve defensiva y la relación clínica se rompe, dejando al profesional expuesto al error y al paciente desamparado ante la frialdad de la técnica.

5. CASO DE ESTUDIO CRÍTICO: EL DILEMA DEL "PROCEDIMIENTO INVISIBLE" EN PEDIATRÍA

Para ilustrar la brecha entre el saber y el ser, analicemos bajo un caso hipotético:

- *Contexto: En una unidad de cuidados intermedios pediátricos de un hospital universitario, un estudiante de postgrado (residente de primer año) recibe la instrucción de su docente (médico adjunto) de realizar una punción lumbar a un lactante de 6 meses para descartar meningitis. El docente, presionado por la consulta externa, le indica: "Hazlo rápido, ya lo he hecho mil veces y tú ya viste ayer cómo se hace. No pierdas tiempo buscando a la madre, que solo va a llorar y retrasarnos".*
- *El Incidente: El residente, sintiendo la presión jerárquica (dimensión pedagógica de dominio), procede sin la presencia de los padres y sin un consentimiento informado firmado específicamente para el procedimiento (dimensión legal). Durante la técnica, debido a la agitación del lactante y la falta de personal de apoyo adecuado, se produce una lesión traumática en el canal medular. El residente, abrumado por el miedo a la evaluación del docente, no reporta de inmediato la dificultad técnica encontrada.*

a. Dimensión pedagógica: El modelo de dominio vs El modelaje ético

Desde la ontología de la educación, observamos una ruptura. El docente no actúa como un facilitador, sino como un supervisor de tareas técnicas. Se ignora la ontología del discente (el residente), quien actúa bajo coacción ambiental y no bajo convicción científica. La enseñanza se reduce a la "repetición mecánica" que mencionamos anteriormente.

Aquí el saber (la técnica de punción) se desvincula del ser (la responsabilidad del cuidado), creando un profesional que teme más a la nota o al reproche del superior que a las consecuencias de su acción sobre el paciente.

b. Dimensión legal: La praxis en el limbo del aprendizaje

Legalmente, el caso es un campo minado.

- **Consentimiento informado:** La omisión de los padres vulnera el derecho a la autonomía y la representación legal del menor.
- **Responsabilidad solidaria:** ¿Quién es el responsable legal? ¿El residente que ejecutó o el docente que ordenó y no supervisó? En el "Juicio del Cuidado", la ley suele ser estricta: la supervisión en el postgrado debe ser directa y proporcional a la complejidad del acto.
- **Iatrogenia y ocultamiento:** El silencio del residente por temor pedagógico constituye una falta ética grave y un agravante legal en caso de mala praxis (*lex artis*).

c. Dimensión deontológica y el saber estar

El "Saber Estar" desaparece cuando el lactante es tratado como un "objeto de práctica" y no como un sujeto de cuidado. La ausencia de la madre, justificada por la "eficiencia administrativa", es una violación a la humanización del cuidado.

El residente se encuentra en un dilema de lealtades: lealtad al docente (supervivencia académica) frente a la lealtad al paciente (ética del cuidado).

d. Preguntas para la reflexión crítica:

- ¿En qué momento la necesidad de "aprender haciendo" justifica la vulneración de los derechos legales del paciente pediátrico?
- ¿Cómo puede un estudiante desarrollar un juicio clínico sólido si el entorno educativo castiga el reconocimiento del error?
- ¿Es el docente un "cómplice necesario" en la mala praxis cuando fomenta la deshumanización por razones de tiempo?

5.1. Marco normativo y de acusación: El soporte del juicio

En el caso de la punción lumbar pediátrica, el "acusador" (ya sea el ente ético-profesional o la representación legal del paciente) se fundamenta en la violación de tres pilares internacionales:

a. La Convención sobre los Derechos del Niño (Naciones Unidas)

El artículo 3 establece el Interés Superior del Niño. La decisión del docente de excluir a la madre y acelerar el procedimiento vulnera la protección integral del menor. El acusador argumenta que el aprendizaje del residente nunca puede estar por encima del bienestar físico y emocional del niño.

b. La Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (AMM)

Sobre los Derechos del Paciente, esta norma internacional establece que el paciente tiene derecho a la autodeterminación y a ser informado. En pediatría, este derecho se traslada a los padres. Proceder sin consentimiento informado en un hospital universitario es una falta a la Lex Artis Ad Hoc..

c. El Código de Ética de Nuremberg y el Informe Belmont

Aunque nacen de la investigación, sus principios se han extrapolado a la docencia asistencial en hospitales universitarios. El principio de No Maleficencia (no hacer daño) y, Beneficencia, son la base de la acusación: se causó un daño evitable por una falla en la supervisión pedagógica.

d. Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y los códigos médicos internacionales

En este aspecto, se hace énfasis que el profesional debe asegurar que el uso de la tecnología sea compatible con la seguridad y los derechos humanos. El acusador en un proceso legal no solo señala la lesión física, sino la desviación de la Lex Artis Ad Hoc, argumentando que un entorno formativo no es una zona franca de derechos, sino un espacio de mayor responsabilidad.

5.2. El Rol del "Acusador" en la Praxis Universitaria

Desde la perspectiva del Derecho Sanitario, el acusador (fiscalía o querellante) utiliza la figura de la Responsabilidad Civil y Penal por Omisión de Supervisión. En este capítulo, explicamos que:

- El Docente: Responde por la Culpa in Vigilando (culpa al vigilar).*
- El Residente: Responde por la Culpa por Impericia (actuar sin tener la competencia total).*

- *La Universidad: Responde como garante de que sus estudiantes actúen bajo protocolos de seguridad estrictos.*

6. CONCLUSIÓN: HACIA UNA NUEVA ONTOLOGÍA DEL JUICIO DEL CUIDADO

Se determina que existe una necesidad imperante de una visión adecuada de la educación superior en salud sustentada bajo un enfoque ontológico, axiológico y epistémico como lo establece (Palencia y Rodríguez 2019).

Debemos transitar desde un modelo donde predomina el cumplimiento de normas rígidas por parte de los estudiantes hacia un pensamiento crítico contextualizado. Como afirma Amezcua (2020), solo profesionales emocionalmente equilibrados pueden procurar cuidados humanamente competentes.

Es de carácter perentorio que las universidades cuenten con docentes que no solo transmitan protocolos, sino que acompañen la maduración del juicio moral del estudiante. Que, ante la salud altamente tecnificada, el docente sea un agente proactivo que enseñe a mirar al paciente como un "sujeto" y no como un "caso" o un "número de cama" (Torralba, F. (2022).

El nuevo paradigma del cuidado debe trabajar con la interconexión entre todos los componentes del universo y las dimensiones morales de la persona, proporcionando al educando estrategias para un conocimiento global donde lo afectivo y lo cognitivo se unan en un juicio ético y legal inquebrantable.

CAPÍTULO II

Soberanía del Ser: Desafíos Ético-Legales de la Autonomía en la Praxis del Cuidado en Ecuador

“El respeto a la autonomía significa reconocer el derecho de toda persona a tener sus propias opiniones, a elegir y a realizar acciones basadas en sus valores y creencias personales”

Filós y Ético. Beauchamp y Childress

Autores(as):

Lcda. Lisbeth Edith Plaza Ramírez¹
<https://orcid.org/0009-0000-6523-0091>

Lcda. Kiana Odalis Mejia Angulo¹
<https://orcid.org/0009-0003-9946-2343>

Dra. Cristina Piedad Pazos Pazos^{1,2}
<https://orcid.org/0009-0009-3071-8164>

Dr. Diego Rolando Ramírez Chimbo^{1,3}
<https://orcid.org/0009-0001-7183-3793>

Lcda. Naomy Darling Goyes Gamez¹
<https://orcid.org/0009-0007-7149-0050>

Lcda. Kenny Jasmin Poroza Mina¹
<https://orcid.org/0009-0002-8982-3873>

Magister. Guadalupe Quiñonez¹
<https://orcid.org/0009-0008-3625-0294>

¹Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas [PUCESE] (Ecuador)

²Hospital Básico Público Escobar. Cantón Colta, Chimborazo (Ecuador)

³Ministerio de Salud Pública del Ecuador (Ecuador)



El principio de autonomía es uno de los fundamentos esenciales de la bioética actual y hace referencia al derecho de cada individuo de decidir de manera libre, consciente, sin presión; además con información suficiente sobre su vida y su propio cuerpo.

Este principio parte del reconocimiento de que cada persona posee valores, creencias y metas propias que deben ser respetados por los profesionales de la salud y por las instituciones encargadas de tener profesionales que brindan el cuidado humano.

En el campo de la atención médica, la autonomía se manifiesta a través de acciones como el consentimiento informado, la protección de la confidencialidad, la posibilidad de rechazar procedimientos y la participación del paciente en las decisiones clínicas.



Figura 5. El monolito de la soberanía del ser. Nota: elaborado por los autores con IA (2026). En la imagen se observa un monolito central de cristal que representa la autonomía, rodeado por anillos concéntricos que interactúan con él. El núcleo de la "Autonomía" es cálido y vital, mientras que los anillos éticos (bioética) y legales (marco legal ecuatoriano) actúan como interfaces de tensión y regulación.

La importancia de la autonomía aparece como respuesta a periodos históricos en los que predominaba una relación médico-paciente de carácter paternalista, donde las decisiones estaban casi exclusivamente en manos del profesional.

En la actualidad, se impulsa un enfoque centrado en la persona, en el que el profesional debe orientar, brindar información y acompañar, pero sin imponer.

Respetar la autonomía no solo reafirma la dignidad humana, sino que además favorece una atención más ética, respetuosa y eficaz, coherente con los derechos humanos y con la responsabilidad compartida en el proceso de cuidado (Amezcu, 2020).

2. PLANTEAMIENTO O HIPÓTESIS

El debate bioético en torno al principio de autonomía se vuelve especialmente complejo cuando un paciente competente decide rechazar un tratamiento que, desde la perspectiva clínica, resulta beneficioso o incluso vital.

Este tipo de situaciones expone una tensión fundamental entre dos valores centrales de la práctica médica: por un lado, el deber profesional de preservar la vida y promover la salud; y por otro, el derecho inalienable de toda persona a decidir sobre su propio cuerpo y a definir qué considera una vida digna, es por ello por lo que se decide analizar este principio bajo la luz de un caso hipotético.

Se trata de la evaluación clínica a los 10 días del mes de septiembre del año 2025 a las 17:30pm de un paciente adulto masculino de 45 años de edad residente en Quito, casado de religión católica con antecedentes patológicos de Diabetes mellitus tipo II diagnosticado hace 5 años en tratamiento con insulino terapia 20UI 7am y 15 UI 6pm junto con Metformina 850mg vía oral 2pm en las últimas 8 semanas sin adherencia al tratamiento médico ya que según menciona no desea tomar ni inyectarse los medicamentos.

Se evalúa en la consulta externa de Nefrología el mismo que durante los últimos controles médicos ha presentado hiperglicemias por descompensaciones simples por lo que ha sido ingresado en el Hospital del Día en varias ocasiones para su compensación. El paciente al momento aqueja decaimiento marcado y expresa no poder orinar, poco apetito, además que en las últimas 3 semanas ha presentado pérdida de peso no cuantificada.

Al examen físico se evidencia paciente orientado en las 3 esferas y consciente, decaído, con lenguaje claro y coherente, afebril. Se observa piel con tinte terroso, pálido con mucosas hipocoloreadas y secas.

Se realiza el análisis del paciente quién, además, como complicación de su enfermedad de base presenta Insuficiencia Renal Crónica hace 3 meses que ha progresado a terminal hace 2 semanas por lo que es valorado por el equipo multidisciplinario (Nefrología, Psiquiatría, Medicina Interna) quienes toman la decisión de iniciar terapia de reemplazo (diálisis) como opción terapéutica para conservar sus funciones vitales.

Se conversa con el paciente de forma directa y se explica la necesidad del accionar inmediato del equipo médico obteniendo la respuesta por parte del paciente como rechazo a la terapéutica instaurada.

Se presenta el formulario 024 (consentimiento informado), quién en uso de sus facultades firma para respaldo médico de lo conversado quien a la negativa expresa no aceptar por miedo a mantenerse conectado a una máquina, adicional firma médico tratante.

Es importante la decisión de un paciente competente y debidamente informado de rechazar un tratamiento como la diálisis, ya que es una manifestación válida y moralmente vinculante del principio de autonomía, porque esta facultad no sólo garantiza su derecho a controlar las intervenciones sobre su propio cuerpo, sino que también reconoce su capacidad de evaluar su calidad de vida y asumir las consecuencias de su elección.

3. ARGUMENTOS

En base al planteamiento cabe recalcar que el principio de autonomía es inherente al ser humano, por ello, en el área de la salud, como profesionales de la salud, se debe proceder y realizar todo tipo de intervención por pequeña que sea bajo la autonomía de decisión del paciente y plasmarse en el consentimiento informado que sirve como instrumento que ratifica o niega la atención hacia el paciente.

También, es un documento que respalda al responsable de ejecutar el cuidado, ya que, si el paciente llegase a presentar una complicación fuera de la institución o fuera del alcance de los profesionales de salud, exime al personal de responsabilidades, en otras palabras, es un instrumento que blinda el accionar del profesional multidisciplinario. "Aquí es donde se marca la frontera moral para el médico que actúa con el

consentimiento del paciente, ya que el médico es quien dispone de los derechos, y sólo de esos derechos, que le son concedidos por el paciente” (Welie 2023).

En Ecuador, el respeto a la autonomía del paciente ejerce un pilar esencial de la atención humanizada y del marco legal vigente.

Es responsabilidad del personal de salud garantizar que las decisiones clínicas se desarrollen bajo un equilibrio entre el criterio profesional, la dignidad humana y los derechos reconocidos en la normativa nacional: Constitución de la República del Ecuador (2021), Ley Orgánica de Salud (LOS) (2022), Ley de Derechos y Amparo del Paciente (2006), Código Orgánico Integral Penal (COIP) (2021).

La autonomía del paciente se fundamenta en el derecho a la integridad personal y a tomar decisiones libres sobre su salud, indistintamente de su condición física, social, cultural entre otras; reconociendo en sus múltiples artículos mostrados a continuación:

La Constitución de la República del Ecuador (2021), tiene varios artículos que blindan la autonomía:

Art. 11 El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios: El numeral 2 protege la autonomía desde la no discriminación por condición de salud. Esto significa que: Un diagnóstico médico no anula la capacidad legal ni el derecho a decidir del paciente.

El Estado y los médicos deben respetar la voluntad del individuo, garantizando que su "condición de salud" no sea una excusa para arrebatarle su poder de decisión (Autonomía).

Numeral 8, donde se garantiza la aplicación directa de los derechos constitucionales, justifica su aplicación por qué las leyes de salud deben actualizarse conforme a los avances bioéticos.

Otro sustento legal se presenta Art. 32, que destaca la salud como derecho integral. El derecho a la salud es garantizado por el Estado, pero este derecho no implica obligación de aceptar tratamientos específicos; la persona puede decidir sobre ellos, siempre que exista información adecuada.

En su Art. 66 numeral 5, reconoce el derecho a la integridad personal, otorgando explícitamente al individuo la potestad de decidir sobre intervenciones médicas, lo cual constituye el soporte legal del consentimiento informado en la praxis clínica y el Art. 66

numeral 6, Garantiza la libertad de decisión y la autonomía personal, lo que abarca aceptar o rechazar tratamientos médicos.

Art. 362, donde se establece la atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias.

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.

Lo anterior incluye el respeto a la voluntad del paciente, describiendo al consentimiento informado, como principio de autodeterminación presentada en la Declaración de Lisboa sobre los derechos de la paciente adaptada en la Asociación Médica Mundial (2015).

El consentimiento informado incluye el derecho al no consentimiento. Si el paciente recibe información adecuada, comprende las implicaciones y conserva capacidad decisoria, su rechazo es una expresión plena de consentimiento informado negativo.

Desde el punto de vista jurídico, este acto tiene la misma validez que la firma que acepta un tratamiento.

Por lo que en ella se declara la vulneración de los derechos a la salud en sus componentes de acceso a un servicio público de calidad y a obtener un consentimiento informado válido. (Corte Constitucional del Ecuador 2021).

Así mismo, en la Ley Orgánica de Salud (LOS) (2022), se reafirma la autonomía en:

*El artículo 7 donde se describe que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: el **literal d** Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos, lo que consagra la autonomía y dignidad como ejes de la relación clínica; el **literal e** operativiza este derecho a través de la obligatoriedad de una información transparente sobre alternativas y costos.*

*Esta estructura legal obliga a los establecimientos de salud a implementar procesos de consejería que garanticen que la decisión del paciente sea verdaderamente libre e ilustrada. **Literal h** se dispone a ejercer la autonomía de su voluntad a través del*

consentimiento informado por escrito, o por cualquier otro medio adecuado y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento. **Literal I**; no ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida.

Sin embargo, es importante y obligatorio analizar límites del principio de la autonomía relacionadas con el paciente y relacionado con el ejercicio de los profesionales.

En primer lugar, tener presente lo presentado en el Artículo 8, donde se establece cuándo la autonomía del paciente puede ser desplazada por el interés público.

Por ejemplo, cuando indica que no se requiere consentimiento (se suspende temporalmente la autonomía) en casos de emergencia que pongan en peligro la vida, o cuando hay riesgos para la Salud Pública (enfermedades infectocontagiosas).

Y, en segundo lugar, lo argumentado en el Art. 204 el consentimiento o autorización del paciente o de la persona que le representa legalmente, no exime de responsabilidad al profesional o al servicio de salud en aquellos casos determinados en el artículo 202 de esta Ley.

En cuanto a la Ley de Derechos y Amparo del Paciente (Ley 0, Registro Oficial 386, 2006) Esta ley es fundamental para comprender la negativa del tratamiento:

Art. 5 Derechos 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, 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. Exceptúense las situaciones de emergencia.

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.

En cuanto al Código Orgánico Integral Penal (COIP) (2021), se estiman los Delitos contra la Autonomía estaría tipificado en la Coacción. Al respecto:

El COIP protege la autonomía de ser forzada o engañada: Art. 154 (Coacción): Si se obliga a un paciente a someterse a un tratamiento bajo amenazas o fuerza, se comete este delito. La autonomía es la libertad de decir "no" sin represalias

Argumento basado en la responsabilidad legal del profesional de salud: La obligación jurídica del médico no es conservar la vida a toda costa, sino actuar conforme a la lex artis, respetando derechos.

Si un profesional ignora la negativa de un paciente competente, incurre en una intervención no autorizada que puede configurarse como responsabilidad civil, administrativa e incluso penal.

En cambio, respetar la autonomía del paciente, debidamente documentada, es la opción legalmente más segura y éticamente correcta (Momblanc 2021).

El paciente expresa negativa voluntaria, expresa y reiterada a iniciar hemodiálisis, argumentando motivos personales, percepción de mala calidad de vida y preferencia por manejo conservador.

Basados en el Fundamentación Bioética este caso se enmarca en los cuatro principios bioéticos: Autonomía: prevalece la voluntad del paciente competente. Beneficencia: se explica el beneficio potencial del tratamiento.

No maleficencia: iniciar una terapia no deseada puede generar daño emocional y moral. Justicia: se asignan recursos de forma ética y legal (Ministerio de Salud Pública, 2014).

La resolución realizada respeta estos principios sin vulnerar derechos humanos. En la gestión hospitalaria, uno de los principios bioéticos más relevantes es la autonomía del paciente, entendida como la capacidad de decidir libremente sobre su atención sanitaria, aun cuando dichas decisiones no coincidan con las recomendaciones del equipo médico.

El equipo médico solicita intervención de la gerencia para garantizar el manejo adecuado del caso desde las perspectivas ética, legal y organizacional. Según Welie (2023), el principio de autonomía establece que todo paciente competente tiene el derecho a:

- Tomar decisiones libres e informadas sobre su tratamiento.*
- Aceptar o rechazar intervenciones médicas, incluso si éstas son vitales.*
- Ser tratado con respeto a su dignidad, valores personales y proyecto de vida.*

En este contexto, la autonomía se sostiene en la capacidad del paciente para comprender su situación, analizar las alternativas terapéuticas y expresar una decisión coherente con el paciente no presenta alteraciones cognitivas que comprometan su juicio.

Existe registro médico de una evaluación de capacidad de decisión, realizada por el médico tratante y, si es necesario, por psiquiatría.

Queda constatado que puede comprender la información, razonar y comunicar su decisión. En el caso presentado, el paciente está orientado, no presenta delirio ni deterioro cognitivo y demuestra comprensión adecuada.

En el ámbito de la nefrología, el inicio de hemodiálisis constituye una intervención de alta complejidad que busca reemplazar la función renal en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5 o con deterioro agudo severo.

Sin embargo, en la práctica clínica es frecuente que algunos pacientes, aun cumpliendo criterios clínicos y bioquímicos claros para iniciar terapia dialítica, expresen su negativa o rechazo.

El paciente, plenamente consciente y en uso de sus capacidades cognitivas, rechaza la hemodiálisis, argumentando “temor al procedimiento, miedo a la dependencia de una máquina, Deseo de “no prolongar sufrimiento”.

4. CONCLUSIÓN

Se concluye que el principio de autonomía representa un eje esencial para garantizar una atención en salud verdaderamente ética, respetuosa y centrada en la dignidad humana.

El caso analizado nos permitió reflexionar sobre la complejidad que enfrentan los equipos de salud cuando las decisiones del paciente no coinciden con las recomendaciones médicas, especialmente en situaciones donde la vida se encuentra en riesgo.

A pesar de ello, reconocemos que la autonomía no puede ser condicionada ni vulnerada, siempre que el paciente sea competente y disponga de información completa para decidir.

Asimismo, coincidimos en que el respeto a la autodeterminación del paciente no significa abandonar el rol profesional, sino transformarlo en un acompañamiento responsable, empático y comunicativo.

La labor del equipo sanitario debe centrarse en orientar, informar y sostener emocionalmente, sin imponer acciones que contradigan los valores o creencias del paciente. Este enfoque fortalece la relación terapéutica y promueve una práctica más humana y coherente con la bioética contemporánea.

Como grupo reafirmamos que respetar la autonomía no solo es un deber moral, sino también un compromiso institucional que exige formación continua, fortalecimiento del consentimiento informado y una visión integral del cuidado.

De esta manera, la toma de decisiones compartida se convierte en una vía para garantizar una atención más justa, ética y centrada en la persona.

En el caso presentado, el paciente cuenta con capacidad de decisión, ha sido correctamente informado y mantiene su negativa al inicio de hemodiálisis.

Obligar al paciente sería una vulneración ética y legal, incluso si la intención es proteger su vida.

La práctica clínica moderna requiere reconocer que la calidad de vida es definida por el propio paciente, no solo por indicadores biomédicos.

CAPÍTULO III

El Imperativo de la Justicia en el Cuidado: Un Análisis Bioético desde el Marco Legal Ecuatoriano

“Una ética de la razón cordial no se conforma con la fría justicia de las leyes, sino que se nutre del reconocimiento recíproco y la compasión, porque no hay justicia verdadera que no se haga cargo de la vulnerabilidad ajena.”

Dra. Adela Cortina

Autores(as):

Abg. Esperanza Palencia. PhD¹

<https://orcid.org/0000-0001-9274-2762>

Br. Helen Vannabel Mejía Vera¹

<https://orcid.org/0009-0007-3898-5019>

Br. Kevin Farid Gutiérrez Sánchez¹

<https://orcid.org/0009-0005-6144-1541>

Br. Gregory Xavier Loor De La A¹

<https://orcid.org/0009-0004-1915-0225>

Br. Jordanna Dannahe Avila Justavino¹

<https://orcid.org/0009-0008-5514-2221>

Br. Alisson Tatiana Luzardo Chavez¹

<https://orcid.org/0009-0005-5147-231X>

Br. Jeremy Freddy Guevara Nazareno¹

<https://orcid.org/0009-0005-9618-9067>

¹Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas [PUCESE] (Ecuador)



1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de este capítulo es analizar la aplicación del principio bioético de justicia en la asignación de recursos críticos de salud, a partir de un caso clínico, integrando un enfoque hermenéutico, ético y jurídico en el contexto ecuatoriano.

Estando consciente de que a pesar de los desafíos históricos que conlleva la formación investigativa, este proceso trata de consolidar el fomento de la investigación científica mediante avances progresivos y debidamente sustentados.

En esta ocasión, el reto se materializa en la elaboración rigurosa de un producto académico centrado en la aplicación del principio bioético de justicia en el cuidado de los pacientes, integrando un análisis profundo de sus implicaciones sanitarias y jurídicas bajo un estricto rigor metodológico.

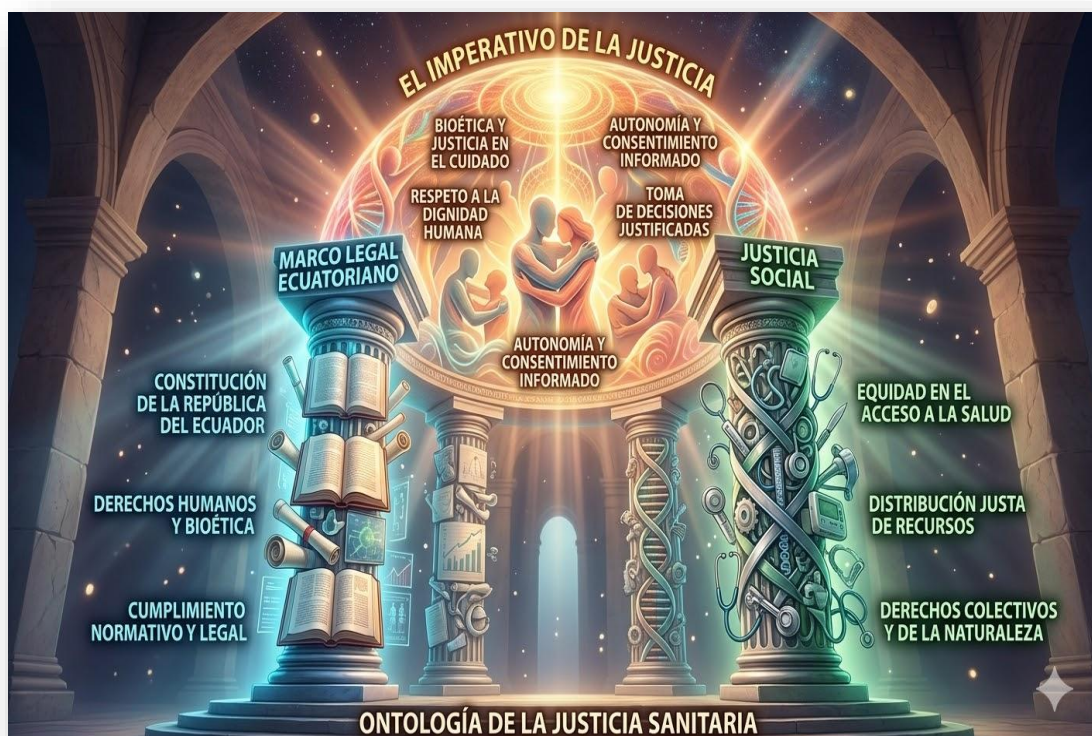


Figura 6. El imperativo de la justicia. Nota: elaborado por los autores con IA (2026). En la imagen se evidencia un esquema integral que fusiona la legalidad, la ética y la equidad para fundamentar el derecho a la salud, estructurado sobre dos pilares fundamentales: el Marco Legal Ecuatoriano (sustentado por la Constitución y los Derechos Humanos) y la Justicia Social (que abarca la equidad y distribución de recursos). En la base, la Ontología de la Justicia Sanitaria sostiene todo el andamiaje teórico. Coronando el modelo, el Imperativo de la Justicia articula conceptos bioéticos centrales como el Respeto a la Dignidad Humana, la Bioética en el Cuidado y la Autonomía con Consentimiento Informado

El principio bioético de justicia es fundamental dentro de la deontología como ciencia de los deberes, ya que guía cómo la sociedad debe organizar y garantizar el acceso a los servicios de salud. Este principio reconoce que todas las personas tienen un valor único y merecen ser tratadas con respeto e igualdad, sin importar su situación económica, cultural o estado de salud.

Además, como lo plantean Ferro, Molina y Rodríguez (2009), la justicia orienta a los sistemas de salud para que distribuyan los recursos de manera justa, asegurándose de que nadie quede excluido del bienestar colectivo, sobre todo en un mundo donde la tecnología médica avanza rápidamente, la justicia actúa como una guía ética que evita que solo los grupos privilegiados reciban los beneficios de esos avances.

Reconocido entonces como el trípode sobre el que se apoya jurídica y éticamente la asistencia sanitaria actual (Organización Médica Colegial de España 2012).

Bajo un esquema de trípode analítico, se examina la intersección entre el Derecho, la Salud y la Bioética.

El caso hipotético planteado sirve como vehículo heurístico para evidenciar que, en el escenario contemporáneo, la gestión en el área de la salud no puede ser comprendida de forma aislada a las transformaciones jurídicas globales.

2. PLANTEAMIENTO O HIPÓTESIS

2.1. El Punto de Partida: “Decisión Ética en Asignación de UCI para Pacientes en Estado Crítico”

a. Historia Clínica

- *Paciente 1: M.J.M*
 - *Mujer de 32 años, multípara, dos nacidos vivos y una pérdida gestacional (aborto espontáneo); condición actual, embarazo de 32 semanas, con diagnóstico previo de depresión y ansiedad, preeclampsia severa y compromiso fetal, adicionalmente, se evidencia un intento de autolesión a nivel del carpo (muñeca).*
 - *Historia de embarazo con hipertensión gestacional, edema y con riesgo de que el feto desarrolle TDH y autismo.*

- *Nota clínica previa: Intento de autolesión, pérdida de movimientos fetales y cefalea intensa, tras haber pasado la primera atención por emergencia, sufrió desmayo y pérdida de conciencia.*
- *Paciente 2: L.G.I*
 - *Hombre de 72 años con insuficiencia cardíaca avanzada, antecedentes de hipertensión arterial mal controlada y disnea progresiva.*
 - *Refiere fatiga intensa y edemas en miembros inferiores.*
- *Datos Subjetivos (S)*
 - *Paciente 1: Dolor de cabeza intenso, visión borrosa, sensación de cansancio extremo, cuadro depresivo, ansiedad por la salud propia y del bebé e intento de autolesión.*
 - *Paciente 2: Opresión torácica ocasional, dificultad para respirar, fatiga y sensación de hinchazón en piernas.*
- *Datos Objetivos (O)*

Tabla 1. Datos Objetivos

Datos Objetivos

Signo Signos Vitales:	Paciente 1	Paciente 2
Temperatura	37 °C	36.8 °C
Frecuencia cardíaca (FC)	110 latidos/min	95 latidos/min
Frecuencia respiratoria (FR)	24 respiraciones/min	22 respiraciones/min
Presión arterial (PA)	150/95 mmHg	140/90 mmHg
Saturación de oxígeno (SpO2)	95%	93%
Peso	68 kg	82 kg

- *Paciente 1 presenta edema en extremidades inferiores, signos neurológicos (cefalea, visión borrosa) y pérdida de conciencia.*
- *Paciente 2 muestra edema bilateral, crepitantes pulmonares leves y taquicardia sinusal.*

b. Análisis (A)

Ambos requieren cuidados intensivos debido a riesgos graves: paciente 1 por preeclampsia severa con amenaza para madre e hijo, paciente 2 por insuficiencia cardíaca avanzada con riesgo de descompensación.

c. Plan (P)

- *Asignar cama UCI a paciente embarazada (paciente 1) para monitoreo fetal continuo, control de preeclampsia y vigilancia de estado anímico.*
- *Gestionar traslado de paciente 2 a unidad coronaria o segundo nivel.*
- *Iniciar soporte farmacológico según protocolos respectivos y vigilancia estrecha.*
- *Informar a familiares y ofrecer apoyo psicológico.*

d. Intervención (I)

- *Monitorización continua de signos vitales y estado neurológico en paciente 1.*
- *Administración de antihipertensivos, antidepresivo bajo la prescripción y supervisión del médico, sulfato de magnesio (si indicado) y corticosteroides para maduración pulmonar fetal.*
- *Atención cardiológica especializada para paciente 2, con manejo de diuréticos y oxigenoterapia.*

e. Evaluación (E)

- *Paciente 1 estabilizada en UCI con mejoría parcial de signos vitales, control de presión arterial y monitorización fetal favorable; también se realizó la curación de la herida de su intento de autolesión y control de ansiedad con los antidepresivos administrados.*
- *Paciente 2 trasladado exitosamente y con seguimiento en unidad coronaria, sin complicaciones mayores reportadas inicialmente.*

2.2. El Análisis de las Partes (Micro-hermenéutica)

Para entender mejor este principio, es importante diferenciarlo de la equidad; de esta forma, la justicia busca que todos tengan los mismos derechos y acceso a los servicios, estableciendo, convirtiéndose en reglas universales que protejan por igual a cada persona.

Por otro lado, la equidad reconoce que no todos parten desde la misma posición y, por eso, busca ofrecer apoyos específicos según las necesidades de cada grupo.

Por lo que algunos autores describen que la equidad se enfoca en cerrar brechas de resultados; la justicia exige abordar la discriminación estructural, el cambio climático y las desigualdades de ingresos que "matan a gran escala" (Peterson, Charles, Yeung, Coyle. 2021; Organización Mundial de la Salud. OMS; 24 de abril de 2024; Murray TA. 2024).

Las "desigualdades en salud", las "disparidades en salud" y la "equidad en salud" no son palabras comunes, pero se han vuelto cada vez más familiares en los ámbitos de la salud pública y la medicina a nivel mundial, Braveman, P (2025):

Esta diferencia es clave en bioética: la justicia establece la igualdad en las leyes y políticas, mientras que la equidad se asegura de que esa igualdad se cumpla realmente, adaptándose a las desigualdades que existen. Por ejemplo, dar el mismo tratamiento a todos puede ser justo en teoría, pero solo será equitativo si quienes están en situaciones más vulnerables reciben una atención especial que les permita alcanzar resultados similares. Ferro, Molina, Rodríguez (2029).

3. ARGUMENTACIÓN

3.1. El Análisis del Todo (Macro-hermenéutica)

La comprensión global del sistema de salud y los principios de justicia se traducen en una decisión jurídica fundamentada, para ello hay que iniciar con los argumentos jurídicos como por ejemplo la Constitución de la República del Ecuador (2021), Ley Orgánica de Salud (LOS) (2022), Ley de Derechos y Amparo del Paciente (2006), Código Orgánico Integral Penal (COIP) (2021).

a. Relación con la Constitución de la República del Ecuador (2021),

– El Artículo 32

Representa lo siguiente:

Establece que la salud se considera un derecho que debe ser garantizado por el estado, y está interrelacionado con otros derechos fundamentales como el acceso al agua, la alimentación, la seguridad social, la educación y un medio ambiente saludable.

La decisión de proporcionar una cama en la UCI a la Paciente 1 se basa en el derecho constitucional que permite el acceso a servicios de salud integral en situaciones críticas, Tanto la Paciente 1 como el Paciente 2 padecen afecciones que requieren atención especializada. El equipo de salud, al actuar, asegura este derecho a través de una evaluación clínica, la priorización ética y la derivación adecuada y oportuna, la atención en el manejo del riesgo materno-fetal, los tratamientos para la preeclampsia y el soporte psicológico se alinean con el enfoque integral de salud que demanda este artículo.

El traslado del Paciente 2 a una unidad de coronaria también cumple con lo estipulado en el Artículo 32, ya que garantiza que ambos pacientes reciban la atención necesaria según la gravedad clínica y la disponibilidad, sin comprometer su derecho a recibir los cuidados correspondientes.

– *El Artículo 66*

Representa lo siguientes principios que identifican los derechos de los pacientes:

- *Derecho a la vida: La prioridad en la elección de la Paciente 1 se fundamenta en la salvaguarda de dos vidas en peligro: la madre y el feto.*
- *Derecho a la integridad física y psíquica: La paciente sufre de depresión, ansiedad e intentos de autolesionarse; por lo tanto, necesita no solo atención médica sino también apoyo psicológico y supervisión para asegurar su bienestar mental y físico.*
- *Derecho a la igualdad: La decisión tomada no se fundamentó en discriminación por edad, género, estado emocional o condiciones físicas, sino en un enfoque clínico y ético.*
- *Derecho a la salud y a una vida digna: Tanto los pacientes reciben un plan de tratamiento adaptado a sus situaciones: Paciente 1 tuvo atención en UCI, medicamentos, monitoreo del feto y apoyo emocional. Por otra parte, el paciente 2 se lo traslado seguro a la unidad coronaria, atención especializada y seguimiento continuo.*

– *El artículo 83*

El presente artículo representa lo que se aplica hacia las diferentes situaciones de cada paciente referente al caso clínico presentado, indicando la ética, respeto, bien común, justicia y solidaridad, y la seguridad.

- *Ética profesional: El personal de salud sigue el punto 12, tomando decisiones morales en un entorno con recursos escasos.*
- *Respeto a los derechos humanos: Se asegura atención a ambos pacientes, honrando su derecho a la salud, vida y bienestar.*
- *Promoción del bien común: La elección de asignar la UCI a la Paciente 1 se fundamenta en el interés común de salvar la mayor cantidad de vidas posible.*
- *Justicia y solidaridad: Se actúa con equidad al distribuir recursos de manera justa y con solidaridad al asegurar que el Paciente 2 reciba atención, al ser encaminado a un nivel adecuado de atención.*
- *Mantenimiento de la seguridad: La vigilancia, el manejo adecuado de ambos casos y la comunicación con la familia contribuyen a la seguridad del entorno clínico.*

b. Relación con la Ley Orgánica de Salud (2022)

Artículo 7 (Literal a): Este literal de la Ley Orgánica de Salud establece el derecho de toda persona a recibir atención en salud universal, equitativa, permanente y de calidad, sin discriminación.

En el contexto del caso clínico, este artículo protege tanto a la Paciente 1 como al Paciente 2 al exigir que ambos tengan acceso a los servicios de salud, pero justifica la prioridad para la Paciente 1 debido a que su condición de preeclampsia severa en embarazo pone en riesgo dos vidas.

Así, se asegura la asignación preferente de la cama UCI a la Paciente 1 para maximizar el beneficio colectivo, sin que se excluya al Paciente 2 del acceso a atención especializada.

Artículo 7 (Literal J): Este artículo complementa el literal A al prohibir cualquier tipo de discriminación basada en edad, condición o antecedentes clínicos, enfatizando que la priorización se debe hacer según criterios clínicos objetivos.

En el caso, se protege la dignidad y derechos de ambos pacientes, priorizando clínicamente a la Paciente 1 por su riesgo fetal y compromiso severo, pero continuando con la gestión adecuada de la atención para el Paciente 2, garantizando un trato justo y sin discriminación.

Artículos 21 y 22: El artículo 21 reconoce la mortalidad materna y los eventos obstétricos críticos como problemas prioritarios de salud pública, garantizando

atención gratuita en estas emergencias. El artículo 22 refuerza esta prioridad al obligar a los servicios públicos y privados a la atención inmediata y sin trámites a emergencias obstétricas, incluyendo el suministro de sangre segura.

Esto implica que la Paciente 1, con preeclampsia severa y embarazo de 32 semanas, tiene derecho a la atención prioritaria en UCI sin barreras administrativas ni económicas, resguardando su vida y la de su bebé.

Para el Paciente 2, aunque importante, se gestiona una atención especializada en unidad coronaria, conforme a principios de justicia y equidad.

Artículo 203: Este artículo regula la responsabilidad profesional e institucional en la toma de decisiones y actuación en la atención de los pacientes, promoviendo la gestión ética de los recursos y evitando discriminaciones.

En este caso, obliga a documentar y justificar la asignación de la UCI a la Paciente 1 y el traslado del Paciente 2, asegurando que ambas decisiones se basen en la justicia clínica y que ambos pacientes reciban una atención adecuada conforme a su gravedad y recursos disponibles.

c. Relación con la Ley de Derechos y Amparo del Paciente (1995, vigente)

– El Artículo 4

Derecho a la Confidencialidad, establece que toda información referente a la consulta, diagnóstico, tratamiento y estado del paciente debe mantenerse en reserva.

En el caso de la paciente embarazada con preeclampsia severa y antecedentes de depresión e intento de autolesión, así como en el del paciente adulto mayor con insuficiencia cardíaca avanzada, el equipo de salud debe proteger estrictamente los datos clínicos, evitando según Ferro, M., Molina, R. L., y Rodríguez, W. A. (2009), su divulgación no autorizada y garantizando la privacidad de ambos, especialmente considerando la sensibilidad de los diagnósticos y la vulnerabilidad emocional de la paciente.

– El Artículo 5

Derecho a la Información, se refleja cuando el personal de salud tiene la obligación de explicar a ambos pacientes o a sus familiares si su estado impide la comunicación

directa, el diagnóstico, los riesgos y las alternativas terapéuticas (En este caso, la paciente 1 requiere conocer los riesgos asociados a la preeclampsia severa, la importancia del manejo inmediato y las posibles implicaciones para ella y el feto.

Del mismo modo, el paciente 2 debe ser informado sobre su insuficiencia cardíaca avanzada, la necesidad de estabilización en una unidad coronaria y las limitaciones del servicio en ese momento por la disponibilidad de camas UCI.

Este derecho se mantiene aun cuando las situaciones son críticas, salvo que exista una emergencia que impida la comunicación directa, como ocurrió momentáneamente cuando la paciente 1 perdió la conciencia.

– *El Artículo 7*

En situación de contingencia en este caso emergencia, se relaciona con el caso clínico porque ambos pacientes se encuentran en una situación de emergencia médica que pone en peligro inmediato su vida o integridad física.

La paciente embarazada presenta preeclampsia severa, pérdida de conciencia, signos neurológicos y un antecedente de intento de autolesión, lo que constituye una condición crítica e imprevisible que requiere intervención urgente.

De igual manera, el paciente adulto mayor llega con insuficiencia cardíaca avanzada y disnea progresiva, evidenciando descompensación y riesgo vital.

Estas situaciones encajan en la definición de emergencia del artículo, ya que son contingencias graves que exigen atención inmediata para evitar un desenlace fatal, justificando las decisiones clínicas tomadas, como la asignación prioritaria de la cama UCI y la activación de los protocolos de urgencia.

d. Código Orgánico Integral Penal (COIP) (2021).

El principio de justicia en salud se manifiesta a través de la garantía de tutela judicial efectiva y la protección de los más vulnerables frente a la negligencia o el abandono. En el Art. 146, se evidencia la Justicia como Responsabilidad (Mala Práctica).

Este es el eje central. El principio de justicia exige que, ante un daño irreparable causado por la inobservancia del deber objetivo de cuidado, exista una retribución penal.

La justicia se materializa cuando el sistema legal sanciona la negligencia que afecta la vida o integridad.

El inciso tercero establece que el análisis debe ser integral (protocolos, condiciones de trabajo, etc.), lo cual es un acto de justicia distributiva, pues reconoce que a veces el error no es solo del médico, sino del sistema

4. LA FUSIÓN DE HORIZONTES (LA APLICACIÓN DEL PRINCIPIO)

a. Cruzas la norma jurídica (justicia legal) con la necesidad clínica (justicia social).

El caso reúne clara características multidisciplinares, ya que la asignación de una cama en UCI requiere la intervención simultánea de varias áreas clínicas, psicológicas y éticas.

Aunque los principios universales como la dignidad y el respeto a la vida están presentes, el conflicto real surge de la interacción entre factores médicos (gravedad, probabilidad de supervivencia, riesgo materno-fetal), psicológicos (intento de autolesión), sociales (apoyo familiar) y bioéticos (principio de justicia y equidad), Murray, T. A. (2024).

Por ello, la decisión de priorizar a la paciente embarazada no se basa solo en un principio universal, sino en un análisis multidisciplinar que combina criterios médicos (riesgo vital inmediato y dos vidas involucradas), éticos (justicia distributiva), psicológicos (riesgo de autolesión) y sociales (impacto familiar).

Esta integración es la que permite tomar una decisión ética y clínicamente justificada, (Murray (2024)).

5. CONCLUSIÓN

En este ensayo argumental se evidenció como el principio de justicia constituye la base ética que exige a los sistemas de salud la distribución equitativa de recursos, asegurando que todas las personas tengan acceso a la atención con respeto e igualdad, independientemente de su condición.

En el contexto del Caso Clínico: Decisión Ética en Asignación de UCI, este principio se pone a prueba ante la escasez crítica de una cama de UCI.

Para todos los profesionales de la salud, la aplicación de la justicia obliga a tomar decisiones informadas y no discriminatorias, priorizando el beneficio clínico máximo.

En este caso, la elección de asignar la cama a la Paciente 1 (embarazada con preeclampsia severa y compromiso fetal), fue una decisión basada en criterios objetivos y la posibilidad de salvar dos vidas.

Si bien la justicia busca la igualdad en derechos y acceso, la equidad que complementa a la justicia se demuestra al garantizar que el Paciente 2 (adulto mayor con insuficiencia cardíaca avanzada), fuera gestionado y trasladado a la unidad coronaria para recibir atención especializada adecuada a su necesidad.

En esencia, el personal de salud actúa como garante de que la igualdad formal se ajuste a las desigualdades reales; es decir, se otorga la atención intensiva inmediata a quien tiene el riesgo más inminente y la mayor probabilidad de respuesta favorable (Paciente 1), al mismo tiempo que se articula activamente la red de salud para que el segundo paciente reciba un cuidado equitativo en otro servicio.

De esta forma, la conclusión del caso, con la estabilización inicial de la Paciente 1 y el seguimiento del Paciente 2, valida la necesidad de aplicar la justicia bioética como una guía indispensable para la toma de decisiones clínicas y la gestión de recursos limitados.

CAPÍTULO IV

Límites Éticos y Legales del Cuidado: La No Maleficencia frente a la Iatrogenia y la Mala Práctica en Ecuador

"La obligación de no dañar a otros es la base mínima de la moralidad y la condición sine qua non de la confianza social en el sistema de salud."

Filós. y Ético. Beauchamp y Childress

Autores(as)

Especialista. Marvin Alexander Viteri Ruiz¹
<https://orcid.org/0009-0002-3021-4301>

Br. Mayerly Carbajal¹
<https://orcid.org/0009-0005-5419-6349>

Br. Emylee Loor¹
<https://orcid.org/0009-0005-4400-5633>

Cinthy Olmedo¹
<https://orcid.org/0009-0005-5419-6349>

Magister. María Teresa Torres¹
<https://orcid.org/0000-0001-5713-6038>

¹Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas [PUCESE] (Ecuador)



1. INTRODUCCIÓN

La no maleficencia es el principio fundamental en la ética profesional, que significa “ante todo, no hacer daño”, esto exige a los profesionales del área de la salud evitar causar cualquier daño intencionado a los pacientes.

Este principio es fundamental para la práctica clínica, porque guía a los profesionales a prevenir errores y conductas que puedan poner en riesgo la vida o el bienestar del paciente, así asegura proteger la integridad de la persona.

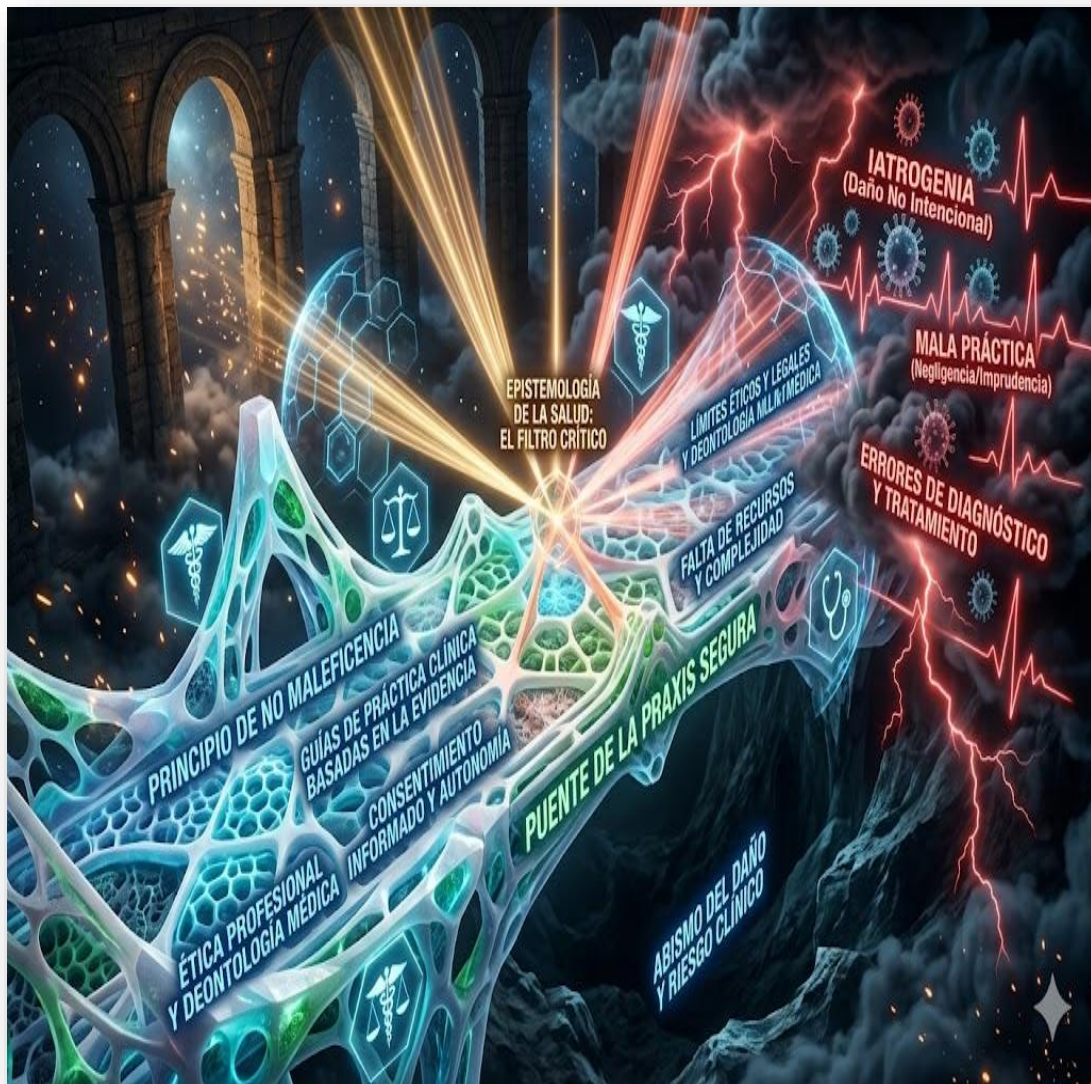


Figura 7. Epistemología de la salud. Nota: elaborado por los autores con IA (2026). En la imagen se observa un Puente bio-arquitectónico lúcido para representar la Práctica Basada en la Evidencia cruzando un abismo oscuro de "Daño y Riesgo Clínico" (Iatrogenia, Mala Práctica, Error Médico). Un escudo hexagonal de "Epistemología de la Salud" El Filtro Crítico de Juicio Clínico y Bioética.

Además, la no maleficencia implica una actitud responsable y cuidadosa al momento de tomar decisiones clínicas, para proteger los derechos del paciente y promover una atención libre de negligencia y mala praxis.

Por lo tanto, cuando se habla de la seguridad del paciente, como indica Torralba (2022), este principio ayuda a prevenir daños, ya sean físicos, psicológicos y otros perjuicios derivados de procedimientos médicos inapropiados o de alto riesgo, de este modo, se refuerza la calidad ética del cuidado clínico.

Desde cualquier profesión responsable de garantizar el cumplimiento del deber objetivo del cuidado en el área de la salud, este principio adquiere un valor central, ya que el cuidado directo y continuo que se brinda al paciente implica una responsabilidad ética aún mayor.

En cada procedimiento, por más simple que parezca, todo profesional de la salud debe asegurarse de actuar con precisión, criterio y sensibilidad, evitando intervenciones que puedan generar dolor innecesario, complicaciones o cualquier forma de daño.

De igual forma, la vigilancia constante, la correcta administración de medicamentos, la identificación de riesgos y la comunicación respetuosa con el paciente se convierte en herramientas esenciales para aplicar la no maleficencia en la práctica diaria.

En el ámbito del cuidado humanizado, evitar el daño también significa respetar la dignidad y los tiempos del paciente, escuchar sus inquietudes y actuar con empatía Amezcua (2020). Así, el cuidado no solo se enfoca en lo técnico, sino también en los humanos, entendiendo que una palabra inapropiada o una actitud apática también puede causar daño emocional. En este sentido, el principio de no maleficencia rige el actuar profesional para garantizar un cuidado integral, seguro y ético.

Bajo esta óptica, la no maleficencia se consolida no solo como un imperativo moral, sino como un estándar de seguridad asistencial. Esto exige que la práctica clínica se sustente en la evidencia científica para evitar la iatrogenia y en una gestión proactiva del riesgo.

Por tanto, garantizar la seguridad del paciente implica reconocer la vulnerabilidad del sujeto frente a intervenciones invasivas o polifarmacia, asegurando que cada decisión terapéutica sea proporcional, necesaria y estrictamente orientada a la preservación de la integridad biológica y psíquica.

Cada intervención está orientada a la protección y acompañamiento del paciente, fortaleciendo así la relación de confianza y la calidad asistencial, tal como se ilustra en el caso hipotético que se presenta a continuación.

2. PLANTEAMIENTO O HIPÓTESIS

2.1. Principio de No Maleficencia

Para este caso se hace referencia a un paciente masculino de 68 años, casado, con escolaridad secundaria completa y de religión católica.

Acude al servicio de urgencia por presentar dolor abdominal de 2 días de evolución, carácter punzante, localizado en epigastrio.

2.2. Datos Subjetivos (S)

Refiere náuseas, sensación de “ardor” e inapetencia. Comenta que ha tomado por su cuenta ibuprofeno 600 mg cada 8 horas durante la última semana debido a dolores articulares. Niega fiebre, vómitos o diarrea.

Menciona que en una ocasión previa un medicamento “le cayó mal”, aunque no recuerda cuál. Expresa preocupación porque un conocido le recomendó seguir tomando antiinflamatorios “porque seguro es gastritis”.

2.3. Datos Objetivos (O)

a. Signos vitales:

- TA: 135/80 mmHg*
- FC: 88 lpm*
- FR: 18 rpm*
- Temp: 36.7 °C*
- Abdomen: dolor moderado a la palpación en epigastrio, sin rebote ni defensa.*
- Mucosas ligeramente pálidas.*
- Toma de medicamentos registrada en receta anterior: omeprazol 20 mg diario (no lo está tomando actualmente).*
- No se observan signos de alarma como hematemesis o melena.*

Tras el ingreso a la unidad de emergencia, el paciente es valorado bajo los protocolos de seguridad institucional. El médico prescribe la administración de solución fisiológica a goteo lento con el fin de mantener la estabilidad hemodinámica, además de solicitar exámenes de laboratorio elemental de orina y de heces para confirmar la presencia de sangrado oculto.

Esta conducta médica busca materializar el principio de no maleficencia, pues al priorizar la vigilancia clínica y diagnóstica, se pretende evitar una progresión lesiva de la mucosa gástrica asociada al uso indiscriminado de AINEs.

3. ARGUMENTACIÓN

3.1. Valoración desde el Principio de No Maleficencia

El ejercicio profesional en el ámbito sanitario exige una actuación estrictamente alineada con el principio de no maleficencia, orientada a la mitigación de riesgos y la prevención de daños innecesarios.

Para fundamentar esta obligatoriedad, en este caso hipotético se toma como referencia el marco jurídico vigente, integrando preceptos de. ejemplo la Constitución de la República del Ecuador (2021), Ley Orgánica de Salud (LOS) (2022), Ley de Derechos y Amparo del Paciente (2006), Código Orgánico Integral Penal (COIP) (2021).

Esta triangulación normativa permite justificar la aplicación de estándares éticos no solo como un deber deontológico, sino como un imperativo legal que garantiza la seguridad jurídica y clínica del paciente

a. Constitución de la República del Ecuador (2021)

A continuación, tendremos los artículos relacionados con la no maleficencia y posterior la justificación;

- Artículo 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.*
- Artículo 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: numeral 3, literal a, es la base jurídica de la No Maleficencia en Ecuador porque prohíbe cualquier acción que vulnere la integridad del ser humano. Y el numeral 9 donde se evidencia El*

derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

Bajo la supremacía de la Constitución de la República del Ecuador, el principio de no maleficencia encuentra su máximo respaldo en el Art. 32, el cual establece que la salud es un derecho y si el profesional de salud ignora el riesgo de automedicación (AINES) o no detecta signos de alarma (hematemesis), no solo está cometiendo un error técnico, sino que está vulnerando la garantía estatal de proporcionar servicios de salud que aseguren la vida.

De igual forma en el Artículo 66, numeral 3, el cual garantiza el derecho a la integridad personal en sus dimensiones física y psíquica.

En el contexto asistencial, esta garantía constitucional obliga al profesional de salud a implementar medidas de seguridad que eviten lesiones evitables.

Asimismo, de acuerdo con el numeral 9 del mismo precepto que refuerza este principio al responsabilizar al Estado de proveer los medios necesarios para que las intervenciones sanitarias ocurran en condiciones seguras, vinculando la seguridad del paciente con la prevención activa del daño y la minimización de riesgos clínicos; por lo que el deber de advertir sobre riesgos como la automedicación con AINEs no es solo una buena práctica clínica, sino el cumplimiento de la garantía constitucional del paciente a tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo y salud.

b. Ley Orgánica de Salud (LOS) 2022

- Artículo 6, Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública. Numeral 18: Obliga al Estado (y por extensión a los prestadores) a regular y vigilar la aplicación de normas de bioseguridad y seguridad del paciente.*
- Artículo 7.-Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación con la salud, los siguientes derechos: literal*
 - Establece el derecho de los pacientes a recibir atención de salud digna y de calidad, así como una atención oportuna y continua.*
 - Indica el derecho a recibir información adecuada, oportuna y veraz sobre su estado de salud, los riesgos y los tratamientos.*

- *Art. 201.- Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos.*

El presente artículo de la Ley Orgánica de la Salud número 203 establece una corresponsabilidad civil de los servicios y de las acciones de los profesionales de la salud.

Este es de suma importancia ya que refuerza el principio de la bioética no maleficencia dentro de la práctica clínica adicionalmente este artículo nos indica que las instituciones son totalmente responsables por la seguridad del paciente promoviendo a su vez un ambiente en dónde minimicen los daños y sean protegidos sus derechos, fomentando una cultura de responsabilidad y calidad de la atención y a su vez permite mejorar la confianza y bienestar de quienes reciben los cuidados.

c. Ley de Derechos y Amparo del Paciente (2006)

- *Artículo 2.- DERECHO A UNA ATENCION DIGNA; Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo con la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.*
- *Artículo 7.- SITUACION DE EMERGENCIA; Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.*
- *Artículo 8.- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.*

- *Artículo 9.- Se prohíbe a los servicios de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con él, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud.*
- *Artículo 12.- Bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia.*
- *Artículo 13.- Los responsables de un centro de salud que se negaren a prestar a pacientes en estado de emergencia, serán sancionados con prisión de 12 a 18 meses y, en caso de fallecimiento del paciente desatendido (sic), con prisión de 4 a 6 años.*

La pertinencia de este análisis se sustenta en el marco normativo vigente en el Ecuador, específicamente en la Ley de Derechos y Amparo del Paciente (2006), la cual establece la hoja de ruta obligatoria para la gestión de casos críticos en el sistema nacional de salud.

Estos artículos orientan principalmente en garantizar la no maleficencia y la seguridad del paciente, pilares fundamentales dentro de la práctica clínica. El derecho a una atención digna nos asegura que todo ser humano reciba un abordaje terapéutico técnico y humanizado con la finalidad de prevenir daños derivados de la negligencia.

Además, la sanción penal protege legalmente la obligación ética y profesional de atender siempre al paciente, promoviendo así un entorno de seguridad y respeto que minimiza riesgos y daños evitables.

Al respecto, la aplicación del principio en este caso:

- *Evitar daño por automedicación: El uso prolongado de Antiinflamatorios No Esteroideos (AINE), específicamente el ibuprofeno, en pacientes adultos mayores eleva potencialmente el riesgo de gastropatía por AINE, la misma que se acompaña de Erosiones en la mucosa, Úlceras Pépticas y hemorragias del tracto digestivo alto..*
- *Prevenir complicaciones: Se ofrece tratamiento gastroprotector y se realiza consejería clínica basada en la evidencia sobre la toxicidad sistémica de los*

antiinflamatorios, enfatizando la necesidad de una monitorización profesional estricta.

- No realizar intervenciones innecesarias o riesgosas: No se prescriben medicamentos de mayor potencia sin indicación clara. Evitando el escalamiento a analgésicos de mayor potencia o fármacos con mayor perfil de riesgo sin una indicación clínica justificada, se priorizan alternativas terapéuticas con un margen más amplio y menor potencial de efectos adversos.*
- Educar para evitar daño futuro: Se implementa una estrategia de educación sanitaria enfocada en desincentivar el uso de recomendaciones farmacológicas no profesionales.*

d. Código Orgánico Integral Penal (COIP) (2021).

La vulneración del Art. 66 de la Constitución (No Maleficencia) es lo que activa la sanción penal en el Art. 146 del COIP (Mala Práctica). Si no se protege la integridad física (Constitución), se configura el daño punible (Código Penal).

Art. 146: Homicidio culposo por mala práctica profesional. En este artículo se describe 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.

Justificación que El Deber Objetivo de Cuidado no es una opción; es la obligación legal de todo profesional de actuar conforme a la Lex Artis (las reglas de su profesión).

Este artículo se analiza bajo tres ejes fundamentales: El Artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal (COIP) constituye el estándar legal para evaluar la conducta profesional frente al principio de no maleficencia.

En el presente caso, el deber objetivo de cuidado se manifiesta en la obligación del facultativo de identificar y mitigar los riesgos derivados de la automedicación con AINEs.

La decisión de iniciar una hidratación parenteral y solicitar analíticas de laboratorio no es meramente asistencial; es una acción de cumplimiento normativo que busca evitar el 'resultado dañoso' (hemorragia digestiva), alineándose con la diligencia profesional que exige la ley para evitar la tipificación de una mala práctica

4. CONCLUSIÓN

El principio de no maleficencia se consolida como una guía esencial en la práctica de salud, orientando al profesional a actuar con responsabilidad y sensibilidad frente a cada situación clínica.

El abordaje del caso pone de manifiesto el uso indiscriminado de Antinflamatorios No Esteroideos y la práctica persistente de la automedicación constituyen un problema elemental en la salud pública con severas implicaciones clínicas, este fenómeno vulnera directamente el principio de la no maleficencia, pues el desconocimiento de los efectos adversos y la falta de supervisión profesional exponen al paciente a riesgos iatrogénicos evitables.

Asimismo, el marco legal ecuatoriano respalda firmemente la obligación de garantizar una atención digna, segura y libre de daños. En definitiva, aplicar la no maleficencia significa proteger la vida, la dignidad y el bienestar del paciente, asegurando una atención ética, humana y de calidad.

Bajo esta premisa, la consolidación de la no maleficencia trasciende la esfera del juicio clínico individual para insertarse en el ámbito de la seguridad del paciente y la farmacovigilancia, la mitigación de la automedicación no solo debe de entenderse como una recomendación médica, sino como una tutela efectiva del Estado y de las instituciones prestadoras de salud, orientada a reducir la incidencia de eventos adversos prevenibles.

CAPÍTULO V

La Ontología del Hacer el Bien: Dimensiones Ético-Legales de la Beneficencia en la Praxis Clínica y el Acto Médico en Ecuador

*"La beneficencia no es un acto de caridad opcional,
sino un deber de justicia profesional que busca el máximo bienestar posible para el ser que sufre."*

Dr. Diego Gracia

Autores(as):

Lcda. Rocio Colimba^{1,2}

<https://orcid.org/0009-0007-4880-8956>

Lcda. Margarita Lagos¹

<https://orcid.org/0009-0007-8038-4911>

Lcda. América Elizabeth Dutan León^{1,3}

<https://orcid.org/009-0009-2527-2073>

Dr. Santiago Gualpa Díaz^{1,4}

<https://orcid.org/0009-0004-9214-9001>

Lcda. Doris Álvarez Pilicita^{1,5}

<https://orcid.org/0009-0009-9727-6372>

Magister. Ángel Eduardo Pupo Suñol¹

<https://orcid.org/0000-0003-2465-257>

¹Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas [PUCESE] (Ecuador)

²Hospital Básico Asdrubal de la Torre (Ecuador)

³Universidad Católica de Cuenca. Sede Macas (Ecuador)

⁴Ministerio de Salud Pública. Centro de Salud Tipo C de Guamani. Quito (Ecuador)

⁵Ministerio de Salud Pública. Quito (Ecuador)



1. INTRODUCCIÓN

El análisis de casos clínicos es una herramienta fundamental para comprender cómo se aplican los principios bioéticos en la práctica diaria. En este trabajo se presenta la situación de una paciente adulta mayor con varios problemas de salud crónicos, que acude al centro de salud por un cuadro respiratorio que se agrava rápidamente. Su negativa inicial a la hospitalización plantea un dilema frecuente en los servicios de emergencia: equilibrar el respeto a la autonomía con la responsabilidad de proteger la vida y evitar daños mayores.

A partir de este caso, se examina cómo el principio de beneficencia orienta la actuación del personal de salud, en especial cuando el paciente no logra dimensionar su propio riesgo.

Del mismo modo, se revisa el sustento legal que respalda estas decisiones dentro del sistema sanitario ecuatoriano, destacando la obligación profesional de intervenir ante situaciones que comprometen la estabilidad del paciente.

Este trabajo busca mostrar cómo la ética, la clínica y la normativa convergen para asegurar una atención oportuna, humana y centrada en el bienestar de la persona.



Figura 8. Motor de la beneficencia sanitaria. Nota: elaborado por los autores con IA (2026). La imagen evidencia un motor biofísico de la beneficencia sanitaria, donde el núcleo cálido y vital de la intención de ayuda se transforma en el "Acto Sanitario en Ecuador" (humanizado y seguro). Un escudo hexagonal de "Epistemología de la Salud" (El Filtro Crítico de Juicio Clínico y Bioética) media constantemente la tensión entre la evidencia sólida y el caos de la realidad médica de cada paciente, integrando los principios constitucionales y los derechos humanos en la praxis sanitaria en Ecuador.

2. PLANTEAMIENTO O HIPÓTESIS

En el presente caso, el **Principio de Beneficencia** se operacionaliza a través de la intervención técnica inmediata orientada a mitigar la dificultad respiratoria progresiva de la paciente de 67 años.

a. Datos generales

- *Paciente: Femenina, 67 años*
- *Motivo de consulta: Dificultad respiratoria progresiva*
- *Estado civil: casada.*
- *Domicilio: San Buenaventura - Chimborazo*
- *Nivel de estudios: Básica primaria incompleta.*
- *Tipo de Sangre O +.*
- *Ocupación: QQDD, y agricultura.*

b. Antecedentes personales:

- *Hipertensión arterial controlada desde hace 15 años, control mensual en médico particular*
- *Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 5 años, con control mensual en médico particular*
- *Enfermedad renal crónica estadio 3 establecida hace 1 años en control con médico internista en hospital de 2do nivel*
- *Ex Fumadora 20 cigarrillos al día durante 20 años*

Antecedentes familiares: Madre con EPOC (cocinaba en leña durante 85 años)

Medicamentos actuales: Metformina 850 mg, Losartán 50 mg, Furosemida 20 mg

2.1. Historia de la enfermedad actual

Paciente femenina de 67 años, con antecedentes descritos acude a consulta al centro de salud tipo C de San Buenaventura por presentar dificultad respiratoria de aproximadamente 8 días de evolución, acude en compañía de su hijo y su esposo, los cuales se dedican a la agricultura, comenta que posterior a “exposición al frío” presenta astenia, cefalea ocasional y tos poco productiva.

Acude a farmacia donde solicita medicación para su sintomatología, prescriben, antigripal compuesto (paracetamol y pseudoefedrina), por 2 días, sin control efectivo de sintomatología, hace aproximadamente 48 horas inicia con disnea de medianos y

pequeños esfuerzos (disnea grado III), acompañada de tos productiva con expectoración mucopurulenta. Refiere malestar general, adinamia y alza térmica no cuantificada; se intenta controlar con medios físicos sin efecto verdadero.

Comenta además disminución de la ingesta oral desde hace un día, sensación marcada de agotamiento y leve opresión torácica no irradiada. Niega dolor torácico típico, palpitaciones o edema agudo.

No ha presentado desmayos ni confusión, pero se siente “más cansada de lo normal”.

Debido al incremento de la disnea y la febrícula persistente decidió acudir a emergencias. A su llegada se observa taquipnea, facies de agotamiento y dificultad para completar frases.

Su antecedente de exfumadora y madre con EPOC también orientan a pulmonopatía crónica descompensada, sin embargo, la presencia de fiebre sugiere posible infección respiratoria aguda como desencadenante.

2.3. Estudios complementarios

a. Rx de tórax: consolidación en lóbulo inferior derecho

b. Laboratorio:

- Biometría hemática: Leucocitos 15.400 N89%.*
- PCR 178 mg/L*
- Creatinina 2.1 mg/dL (↑ por deshidratación)*
- Glucemia 208 mg/dL*

c. Diagnóstico presuntivo

Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) + descompensación metabólica

La paciente rechaza inicialmente el ingreso hospitalario, argumentando que “no quiere molestar” a sus hijos y piensa que “no está tan grave”; de igual manera al indicar su condición a su esposo, el comenta que con una “pastillitas” en la casa deben ser suficiente y que no considera necesario la internación.

Sin embargo, su condición clínica es de alto riesgo al valorarse CURB 65 de 3 y por la probabilidad alta de deterioro severo, sepsis o muerte, se considera la necesidad de exigir la permanencia de la paciente en la unidad.

En relación con el caso planteado; el equipo médico aplica el principio de beneficencia, cuya obligación es actuar en beneficio del paciente, aun cuando este no comprende plenamente la gravedad.

2.4. Acciones realizadas

- *Educación clara y empática sobre su estado clínico tanto por personal médico como de enfermería a la paciente y a sus acompañantes, con el fin de concientizar sobre la gravedad del cuadro clínico y la necesidad de tratamiento hospitalario (Estrella, Tornero, León (2006).*
- *Control efectivo del riesgo de insuficiencia respiratoria.*
- *Compensación hidro- electrolítica, mediante la administración de cristaloides según protocolo de manejo hospitalario (García,2017).*
- *Necesidad de antibióticos IV, oxigenoterapia y monitoreo continuo (Estrella, Tornero, León 2006).*
- *Se realiza valoración de capacidad de toma de decisiones informadas tanto a la paciente como a los familiares, recalcando el riesgo de complicación.*
- *Se recomienda de manera firme la hospitalización, priorizando su bienestar físico inmediato.*
- *Se inicia manejo de estabilización, incluyendo:*
 - *Oxigenoterapia 3 L/min*
 - *Ceftriaxona + Azitromicina IV*
 - *Hidratación cuidadosa*
 - *Control metabólico de glucosa*
 - *Monitorización*

Posterior a una intervención detallada sobre el estado general, los riesgos y beneficios del manejo hospitalario, tanto la paciente como sus familiares responden afirmativamente al ingreso y manejo hospitalario.

3. RESULTADO

Tras 72 horas en hospitalización, bajo manejo de protocolos definidos y con objetivos terapéuticos establecidos, se logra mejoría clínica de la paciente con la siguiente condición clínica. la paciente mejora:

- *SatO₂ 95%*
- *Ausencia de fiebre*
- *PCR en descenso*
- *Movilización adecuada.*
- *Mejoría en mecánica respiratoria.*
- *Ausencia de Disnea.*
- *Mejor ventilación pulmonar, con ausencia de nuevas expectoraciones.*

Es dada de alta con tratamiento oral y educación para el hogar, explicando la argumentación del principio de Beneficencia aplicado.

4. ARGUMENTACIÓN

La actuación del personal de salud se basa en el principio de beneficencia, que aboga por proteger la vida, prevenir daños, y promover el bienestar del paciente, respaldado por normas vigentes del Ecuador, especialmente la Constitución de la República del Ecuador (2021), Ley Orgánica de Salud [LOS] (2022).

4.1 Constitución de la República del Ecuador (2021)

El principio de beneficencia exige que el médico actúe buscando el mayor beneficio para la paciente, incluso en circunstancias donde la autonomía se ve temporalmente limitada. Los artículos que sustentan la Beneficencia y el Derecho a la Salud se mantienen y se refuerzan así:

- *Art. 32 (El Derecho a la Salud): Se mantiene como la columna vertebral. Define la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino como la garantía de servicios oportunos, permanentes y sin exclusión. En este caso, recomendar hospitalización no violenta la dignidad; por el contrario, protege la integridad física y el bienestar de la paciente.*

En cuanto a los Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria se encuentra;

- *El Art. 35 (Grupos de Atención Prioritaria): Fundamental para tu caso de la paciente de 67 años. El Estado garantiza atención prioritaria y especializada.*
- *El Artículo 38 numeral 8: Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.*

El equipo de salud tiene la potestad de argumentar con este artículo el accionar de la toma de decisiones para la hospitalización de la paciente, ya que sus diagnósticos causan un daño progresivo a los órganos a lo largo del tiempo, especialmente si no se controlan adecuadamente.

También sustenta en el principio de Beneficencia el Derecho de libertad y recibir información a adecuada que se encuentran en:

- El Artículo 66; (numeral 3 literal a): Reconoce la integridad física, psíquica y moral de las personas.*

Permitir que la paciente se retire sin tratamiento, aun cuando no entiende la gravedad, pondría en riesgo su integridad, lo que vulnera este artículo. Por ello, la intervención médica está jurídicamente blindada.

Y el Artículo 66; (numeral 8): Toda persona tiene derecho a recibir información clara, veraz y oportuna.

El equipo cumple este mandato al explicar el riesgo de insuficiencia respiratoria, sepsis y deterioro metabólico. La Constitución respalda las acciones del equipo de salud, ya que la intervención busca proteger la integridad y garantizar información adecuada.

Y, por último, el régimen de bienestar presentado en el Art. 361 y 362: Establecen que los servicios de salud serán seguros, de calidad y con calidez, y que las instituciones de salud deben garantizar la disponibilidad de recursos.

4.2. Ley Orgánica de Salud [LOS] (2022)

El Art. 7 literal b de la LOS, es la herramienta legal con la que se ejecuta la Beneficencia en el sector público ecuatoriano: no se puede "hacer el bien" (beneficencia) si el paciente no puede acceder al servicio por falta de recursos (gratuidad).

Se presenta el derecho a la salud y su protección, en él se describe el acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables.

En este caso, la paciente no estaba en plena capacidad de decisión, pues ya se encuentra con edad vulnerable, adicional la hipoxemia, fiebre y agotamiento no

permite tener con claridad su diagnóstico, por tanto, la negativa inicial no se considera una decisión plenamente válida.

De igual forma, en el Artículo 10 se presenta que quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva. Indicando que todos los profesionales que forman parte del Sistema Nacional de Salud deben dejar de lado expectativas inadecuadas que puedan tener de otras personas.

En cuanto a la obligación de brindar atención inmediata como parte del principio de beneficencia y responsabilidad del equipo y registro se establece en el Artículo 21: En emergencias, el personal de salud debe intervenir de forma inmediata para preservar la vida y reducir riesgos. Este artículo respalda la decisión firme de hospitalizar, iniciar antibióticos IV, oxigenoterapia e hidratación, aun cuando la paciente dudaba, ya que existía riesgo vital.

También se evidencia que, en el Artículo 22, se refleja que deben registrar las decisiones y explicaciones brindadas al paciente. Esto protege legalmente al equipo y garantiza transparencia en el proceso teniendo la seguridad de que el equipo de salud se encuentra blindado legalmente.

La Ley Orgánica de Salud, ampara plenamente la actuación del personal médico, ya que la emergencia exige intervención inmediata y la negativa del paciente no era competente.

La corresponsabilidad busca garantizar que los pacientes obtengan un respaldo legal y económico frente a los posibles daños ocasionados durante la atención médica y si existe una falta o negligencia, no solo el profesional responde, también la institución en donde se encuentra laborando.

La paciente al darse cuenta de la gravedad del caso tiene la libertad y potestad de decidir sobre su estado de salud sin comprometer o dañar el trabajo de los profesionales de salud, es por ello que decide la hospitalización inmediata para mejorar su condición de salud.

El caso evidencia que la beneficencia no significa imponer tratamientos arbitrariamente, sino buscar el mayor bienestar posible dentro del marco de respeto a los derechos constitucionales. La negativa inicial de la paciente no puede interpretarse

como una expresión válida de autonomía debido a las condiciones clínicas que alteraban su juicio.

a. Argumentos bioéticos aplicados

La paciente al no dimensionar su gravedad afecta su capacidad de decisión en estos casos, la beneficencia positiva guía la conducta del criterio clínico médico obrando en favor de la paciente.

Realizando una intervención rápida por parte de personal de salud que se encuentra debidamente capacitado evita daños mayores, mejora el pronóstico y reduce riesgo de muerte de esta manera se estaría preservando la vida.

Al realizar la hospitalización de la paciente representaba el mayor beneficio clínico, mientras que permitirle irse habría significado un riesgo injustificado aquí el personal toma conciencia y no la deja irse educando y convenciendo que la hospitalización es lo mejor.

Una explicación detallada y humana por parte del personal de salud cumple con la ética profesional sin vulnerar su dignidad y autonomía, porque se hace un trabajo con sensibilidad y buen trato y al comprender su riesgo, la paciente aceptó voluntariamente el tratamiento junto a su hijo y esposo tomando una decisión hospitalaria.

En el presente caso, se identifica una colisión entre el principio de autonomía y el de beneficencia. La paciente, al presentar una anosognosia o falta de dimensión sobre su compromiso respiratorio, manifiesta una competencia decisoria comprometida. Ante la incapacidad de la paciente para procesar la gravedad de su estado clínico y los riesgos de letalidad, se configura un escenario de autonomía disminuida.

En este sentido, el principio de beneficencia positiva definido como la obligación profesional de actuar en busca del interés superior del paciente cuando su capacidad de juicio está comprometida por la propia patología desplaza la exigencia del consentimiento informado hacia una acción médica protectora.

Esta postura es respaldada por Veatch & White (2022), quienes sostienen que la maximización del beneficio neto y la prevención del daño irreversible constituyen el estándar ético de excelencia ante pacientes con competencia decisoria transitoriamente nula) se convierte en el eje rector de la conducta médica.

En este contexto, el criterio clínico debe prevalecer, no como una forma de paternalismo injustificado, sino como un ejercicio de protección del bien superior de la vida, amparado legalmente por el Art. 7 de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente, que exceptúa la obligatoriedad del consentimiento informado estricto en situaciones de emergencia donde la vida se encuentre en peligro inminente.

4.3. Código Orgánico Integral Penal (COIP) (2021)

Es importante destacar que Art. 7 literal b de la Ley Orgánica de Salud se conecta con el Art. 218 del COIP (Desatención de servicios de salud), para demostrar que negar el acceso gratuito en una emergencia es un delito.

a. Justificación ética del acto médico

La paciente no se niega: no puede decidir plenamente por sus condiciones fisiológicas. Presenta:

- Hipoxemia: afecta juicio y comprensión.*
- Fatiga extrema: agotamiento metabólico, menor claridad mental.*
- Somnolencia y confusión leve: alteración cognitiva.*
- Signos de infección grave: fiebre, disnea grado III, tos productiva: neumonía severa o sepsis.*

Esto constituye una urgencia vital.

Legal y éticamente, el médico no debe esperar a que el paciente comprenda su riesgo para actuar.

b. Respaldo legal:

- Ley Orgánica de Salud, artículo. 8(h): en casos de riesgo para la vida, se puede intervenir sin esperar consentimiento escrito.*
- Código Internacional de Ética Médica (adoptado en Ecuador):*
 - “En emergencias, cuando el paciente no puede participar en las decisiones, el médico actuará en su mejor interés.”*
- En bioética clínica (principio de beneficencia):*
 - Es correcto priorizar el bienestar inmediato sobre la autonomía momentáneamente inaccesible.*

4.4. Balance ético de riesgos y beneficios

La decisión de intervenir fue correcta porque se respetó la lógica de proporcionalidad:

- *El beneficio fue inmenso:*

Hospitalizar, administrar oxígeno, antibióticos y monitoreo evitó el deterioro hacia insuficiencia respiratoria aguda o muerte.

- *El riesgo fue mínimo:*

La intervención con medidas estándar y costo-riesgo bajo es éticamente inobjetable cuando la alternativa es la muerte o daño irreversible.

- *La acción fue estrictamente necesaria:*

No hubo encarnizamiento terapéutico, ni medidas invasivas injustificadas. Solo lo suficiente para salvar la vida.

- *Se respetó el principio de no maleficencia:*

No intervenir habría sido un daño por omisión, contrario al deber profesional.

4.5. Respaldo legal

- *Constitución Art. 32, obligación de atención oportuna.*
- *Ley Orgánica de la Salud Artículo. 18, atención que garantice protección eficaz de la vida.*
- *Ley Orgánica de la Salud Artículo. 10 y 203, omitir atención puede ser causal de responsabilidad profesional.*

Tras estabilizarse:

- *La paciente recupera autonomía, juicio, y capacidad de decidir.*

Es decir, la intervención restablece el derecho a participar en su propio destino terapéutico

5. CONCLUSIÓN

El caso analizado permite comprender cómo, en situaciones de urgencia, el principio de beneficencia se convierte en el soporte central para la toma de decisiones clínicas.

Cuando la salud de la paciente se encontraba en un punto crítico y su capacidad para valorar correctamente la gravedad estaba disminuida, el equipo de salud tuvo la responsabilidad ética de intervenir de manera oportuna.

La atención inmediata no solo evitó potenciales complicaciones, sino que también aseguró el bienestar y la protección de su vida, que es el propósito esencial de este principio. Este análisis también evidencia que actuar con beneficencia implica mucho más que “ayudar”; exige una valoración completa del estado del paciente, comunicación clara con la familia y decisiones sustentadas en la experiencia profesional.

Aunque la paciente inicialmente rechazó la hospitalización, este rechazo no representaba una decisión plenamente autónoma, ya que su estado clínico interfiere con su capacidad para comprender el riesgo real al que estaba expuesta. En este contexto, la beneficencia orientó al equipo de salud a guiarla hacia la opción más segura, sin imponer, pero sí educando y acompañando.

Desde el ámbito jurídico, tanto la Constitución de la República del Ecuador como la Ley Orgánica de Salud establecen que, ante un riesgo inminente, la intervención del personal sanitario es obligatoria.

Esto refuerza que las decisiones tomadas no solo fueron moralmente adecuadas, sino también legalmente justificadas. Garantizar la integridad física, ofrecer información veraz y priorizar a pacientes vulnerables no constituye una opción, sino un deber profesional respaldado por la normativa vigente.

Finalmente, el caso demuestra que la beneficencia, cuando se aplica con sensibilidad y claridad, no atenta contra la dignidad del paciente, sino que la resguarda.

La evolución favorable posterior al ingreso confirma que la intervención oportuna fue la decisión correcta.

Este trabajo reafirma que, en escenarios de emergencia, la beneficencia no sólo guía la práctica clínica, sino que permite un actuar ético, humano y responsable por parte del equipo de salud.

CONCLUSIÓN

Hacia una Nueva Arquitectura del Cuidado en la Educación Médica



El Juicio del Cuidado ha expuesto, a través de sus cinco capítulos, la brecha crítica entre el "saber-hacer" instrumental y el "saber estar" éticamente comprometido en la formación sanitaria contemporánea.

Desde el análisis inicial de la Arquitectura del Ser y el Saber (Capítulo I), que sienta las bases onto-epistemológicas, hasta la reflexión final sobre la Ontología del Hacer el Bien (Capítulo V), esta obra ha demostrado que la educación superior en salud no puede limitarse a la acumulación de conocimientos técnicos.

La formación universitaria debe ser un proceso continuo de construcción de una identidad profesional humanizada, capaz de integrar la ciencia y la técnica con una profunda responsabilidad ética y social en cada acto sanitario.

En el contexto específico del Marco Legal Ecuatoriano, los Capítulos 2 y 3 han analizado cómo los imperativos de la Justicia y el respeto a la Soberanía del Ser (Autonomía) se codifican en la Constitución y las leyes de Ecuador.

Estos capítulos han evidenciado que la bioética no es un concepto abstracto, sino una exigencia práctica y legal que rige la relación profesional-paciente. Para los estudiantes de pregrado y postgrado, especialmente en áreas críticas como urgencias y emergencias, comprender este marco normativo es fundamental para garantizar un trato equitativo y digno, y para evitar las consecuencias éticas y legales de una praxis negligente, tal como se abordó en el Capítulo 4 sobre Límites Éticos y Legales.

Finalmente, El Juicio del Cuidado reafirma que el acto sanitario es, por definición, un acto de bien que debe estar alineado con los principios bioéticos de beneficencia y justicia.

Esta obra se posiciona como una guía indispensable para estudiantes y profesionales, cerrando la brecha educativa con una visión humanista y legalmente sólida que redefine lo que significa juzgar y ejercer el cuidado.

Al internalizar estos dilemas deontológicos y la praxis legal, la nueva generación de custodios de la vida podrá desempeñar su labor con la convicción de que la salud y el derecho deben converger para proteger la dignidad humana en todas sus dimensiones.

Guía de Estudio Rápida

"El Juicio del Cuidado"



Esta guía no reemplaza la lectura crítica del libro, sino que sirve como un mapa conceptual para navegar por los dilemas deontológicos y la praxis legal en la formación universitaria.

Utilízala para enfocar tu estudio en los puntos críticos de cada capítulo. la guía de estudio rápida funciona como:

- **Resumen Conceptual:** *Te ayudara a repasar y consolidar los puntos clave de cada capítulo de manera eficiente.*
- **Herramienta de Revisión:** *Facilita la preparación para exámenes y evaluaciones, permitiendo a los estudiantes enfocarse en los conceptos fundamentales.*
- **Recurso Metodológico:** *Proporciona una estructura clara y metodológica para asimilar la complejidad ética y jurídica de la praxis sanitaria en el pregrado y postgrado.*

2. CAPÍTULO I: La Arquitectura del Ser y el Saber

Fundamentos Onto-epistemológicos de la Formación Universitaria en Salud

- **Punto Clave 1:** *Comprender la distinción entre Ontología (el Ser) y Epistemología (el Saber) en el contexto de la salud. ¿Cómo influye la identidad del profesional de salud en la forma en que adquiere y aplica el conocimiento?*
- **Punto Clave 2:** *Analizar la "brecha" entre el "saber-hacer" instrumental y el "saber estar" éticamente comprometido. ¿Cómo puede la formación universitaria cerrar esta brecha?*

3. CAPÍTULO 2: Soberanía del Ser

Desafíos Ético-Legales de la Autonomía en la Praxis del Cuidado en Ecuador

- **Punto Clave 1:** *Comprender el principio de Autonomía y su relación con el consentimiento informado. ¿Cómo se respeta la voluntad del paciente en situaciones críticas?*
- **Punto Clave 2:** *Analizar los desafíos específicos que surgen en Ecuador debido a la interculturalidad y la vulnerabilidad social. ¿Cómo pueden los profesionales de salud equilibrar el respeto a la autonomía con las presiones institucionales y legales?*

4. CAPÍTULO 3: El Imperativo de la Justicia en el Cuidado

Un Análisis Bioético desde el Marco Legal Ecuatoriano

- **Punto Clave 1:** Examinar los principios bioéticos de la justicia, especialmente en situaciones de urgencia y emergencia. ¿Cómo se aplican estos principios en un contexto de recursos limitados?
- **Punto Clave 2:** Analizar cómo el Marco Legal Ecuatoriano (Constitución, COIP, LOS) codifica la justicia en el cuidado. ¿Qué obligaciones legales tienen los profesionales de salud para garantizar un acceso equitativo y digno a la atención sanitaria?

5. CAPÍTULO 4: Límites Éticos y Legales del Cuidado

La No Maleficencia frente a la Iatrogenia y la Mala Práctica en Ecuador

- **Punto Clave 1:** Examinar el principio de No Maleficencia y su aplicación en situaciones de urgencia y emergencia. ¿Cómo pueden los profesionales de salud evitar causar daño al paciente de forma intencionada o por negligencia?
- **Punto Clave 2:** Analizar los conceptos de Iatrogenia y Mala Práctica, y sus consecuencias legales en el contexto ecuatoriano. ¿Cómo pueden los profesionales de salud prevenir el error médico y proteger la integridad del paciente?

6. CAPÍTULO 5: La Ontología del Hacer el Bien

Dimensiones Ético-Legales de la Beneficencia en la Praxis Clínica y el Acto Sanitario en Ecuador

- **Punto Clave 1:** Comprender el principio de Beneficencia y su aplicación en la praxis clínica. ¿Cómo pueden los profesionales de salud promover el bienestar del paciente y buscar el máximo bien posible en cada intervención sanitaria?
- **Punto Clave 2:** Analizar las dimensiones ético-legales de la beneficencia en el contexto ecuatoriano. ¿Cómo se integra la beneficencia con los principios constitucionales y los derechos humanos en la praxis sanitaria?

Esta guía de estudio rápida proporcionará a estudiantes de pregrado y posgrado una estructura clara y metodológica para asimilar los conceptos complejos abordados en el libro; fortaleciendo su comprensión de la deontología y los aspectos legales en urgencias y emergencias.

"Una profesión que no sirve a la sociedad con excelencia moral, acaba siendo un oficio sin alma."

Dra. Adela Cortina



Glosario de términos



A

- **Acto Sanitario:** Toda acción realizada por un profesional de la salud en el ejercicio de sus funciones, con el fin de promover, proteger, restaurar o rehabilitar la salud de un individuo o una comunidad.
- **Autonomía:** Principio bioético que reconoce la capacidad de un individuo para tomar decisiones sobre su propia salud y tratamiento, basándose en sus valores y creencias, tras haber sido informado adecuadamente. Se materializa en el consentimiento informado.

B

- **Beneficencia:** Principio bioético que establece la obligación moral de actuar en beneficio del paciente, promoviendo su salud y bienestar, y buscando el máximo bien posible en cada intervención sanitaria.
- **Bioética:** Rama de la ética aplicada que se ocupa de los dilemas morales que surgen en el ámbito de la salud, la medicina y la biología, integrando principios filosóficos, legales y sociales.

C

- **Código Orgánico de la Salud (COS):** Norma legal ecuatoriana que regula la organización y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, estableciendo los derechos y responsabilidades de los pacientes y los profesionales de la salud.
- **Código Orgánico Integral Penal (COIP):** Norma legal ecuatoriana que tipifica los delitos y contravenciones, estableciendo las penas y medidas de seguridad aplicables en el ámbito de la salud, incluyendo la mala práctica profesional.
- **Consentimiento Informado:** Proceso mediante el cual un paciente, tras haber recibido información clara, veraz y oportuna sobre su estado de salud, diagnóstico, tratamiento, riesgos y alternativas, acepta o rechaza una intervención sanitaria.
- **Cuidado:** Conjunto de acciones dirigidas a atender las necesidades de salud de un individuo o una comunidad, priorizando su dignidad, empatía y conexión humana en la relación profesional-paciente.
- **Cuidado Humanizado:** Enfoque de la atención sanitaria que prioriza la dignidad, la empatía y la conexión humana en la relación profesional-paciente, reconociendo la multidimensionalidad del ser.

D

- **Deontología:** Conjunto de principios y normas éticas que rigen el ejercicio de una profesión, estableciendo los deberes y responsabilidades de los profesionales hacia sus pacientes, colegas y la sociedad.

E

- **Emergencia:** Situación crítica de salud que pone en peligro inminente la vida del paciente o la integridad de un órgano vital, requiriendo una intervención médica inmediata.
- **Epistemología:** Rama de la filosofía que se ocupa de la naturaleza, el origen y la validez del conocimiento, analizando cómo se adquiere y aplica el saber en el ámbito de la salud.
- **Ética:** Disciplina filosófica que estudia la moral, analizando qué acciones son correctas o incorrectas, y estableciendo principios y valores para guiar la conducta humana.

I

- **Iatrogenia:** Daño no intencional causado al paciente por la acción o la omisión de un profesional de la salud en el ejercicio de sus funciones, debido a factores intrínsecos de la intervención sanitaria o a la complejidad del caso clínico.
- **Impericia:** Falta de conocimientos teóricos o técnicos necesarios para el correcto ejercicio de una profesión, resultando en un error o daño al paciente.
- **Imprudencia:** Actuación precipitada, arriesgada o temeraria por parte de un profesional de la salud, sin tomar las precauciones debidas en una intervención sanitaria.

J

- **Justicia:** Principio bioético que se refiere a la equidad en la distribución de los recursos, cargas y beneficios en el ámbito de la salud, garantizando un acceso equitativo y digno a la atención sanitaria.

L

- **Ley Orgánica de Salud (LOS):** Norma legal ecuatoriana que establece los principios rectores y las bases para la organización y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, promoviendo el derecho a la salud de todos los ciudadanos.

M

- **Mala Práctica Profesional:** Negligencia, imprudencia, impericia o inobservancia de las normas y protocolos éticos y legales que rigen el ejercicio de una profesión, resultando en un daño al paciente.
- **Marco Legal Ecuatoriano:** Conjunto de normas constitucionales, legales y reglamentarias que rigen la convivencia social y el ejercicio de los derechos

y responsabilidades en el territorio ecuatoriano, incluyendo el ámbito de la salud.

N

- **Negligencia:** Omisión de la diligencia debida en el ejercicio de una profesión, resultando en un error o daño al paciente por falta de atención o cuidado.
- **No Maleficencia:** Principio bioético que establece la obligación moral de no causar daño al paciente de forma intencionada o por negligencia, priorizando su integridad y bienestar en cada intervención sanitaria. Se asocia al aforismo médico latino *Primum non nocere* (Primero, no dañar).

O

- **Ontología:** Rama de la filosofía que se ocupa de la naturaleza de la realidad y del ser, analizando cómo influye la identidad del profesional de salud en la forma en que adquiere y aplica el conocimiento.

P

- **Praxis:** Aplicación de los conocimientos teóricos y técnicos en la práctica clínica y el acto sanitario, integrando los principios bioéticos y el marco legal ecuatoriano en cada decisión médica.

R

- **Responsabilidad Civil:** Obligación legal de un profesional de la salud de indemnizar los daños y perjuicios causados a un paciente por negligencia, imprudencia, impericia o inobservancia de las normas y protocolos.
- **Responsabilidad Penal:** Consecuencias legales que enfrenta un profesional de la salud por la comisión de delitos o contravenciones en el ejercicio de sus funciones, incluyendo la mala práctica profesional tipificada en el COIP.

S

- **Saber:** Conjunto de conocimientos teóricos y científicos adquiridos a través de la formación universitaria y la experiencia profesional en el ámbito de la salud.
- **Salud:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, garantizando el pleno desarrollo de las capacidades humanas.
- **Ser:** Identidad profesional humanizada, construida sobre la roca de la ética y la verdad, capaz de integrar la ciencia y la técnica con una profunda responsabilidad ética y social en cada acto sanitario.

- **Soberanía del Ser:** Reconocimiento de la dignidad humana y de la libre voluntad del individuo para decidir sobre su propio cuerpo y salud, respetando su autonomía y consentimiento informado en el ámbito de la praxis sanitaria.

U

- **Urgencia:** Situación de salud que requiere una intervención médica rápida y efectiva, aunque no pone en peligro inminente la vida del paciente o la integridad de un órgano vital.

REFERENCIAS

Capítulo I.

- Amezcuá, M. (2020). *Ética del Cuidado: la humanización como imperativo*. Fundación Index Editorial.
- Antón, J. M. (2000). *La ética en la formación de los profesionales de la salud*. Editorial Arán.
- Argimon J., Jiménez, J. (2024). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (6.ª ed.). Elsevier.
- Asociación Médica Mundial. (1981). *Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente*. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/>
- Bedoya, J. (1998). *Pedagogía: Enseñar a pensar*. Ecoe Ediciones.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2021). *El Código de Ética del CIE para las Enfermeras (Revisado en 2021)*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf
- Coombs, P. H. (2006). *La crisis mundial de la educación*. Santillana.
- Couceiro, A. (2023). *Enseñar Bioética: De la teoría a la práctica clínica*. Editorial Médica Panamericana.
- Durán de Villalobos, M. M. (2022). *La ciencia del cuidado: Pasado, presente y futuro*. Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- I. (1985). *"Filosofía"*. Ediciones Insula. Caracas Venezuela.
- Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México. Editorial Trillas. 1era edición.
- Morín, E. (2020). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro* (Nueva edición). UNESCO / Facultad de Periodismo y Comunicación Social UNLP.
- Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- National Institutes of Health. (1979). *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
- Ostiguín, R., & Velázquez, S. (2001). *Teoría general del déficit de autocuidado*. Manual Moderno.
- Palencia E., Rodríguez L. (2019). *La educación superior en enfermería bajo un enfoque ontológico, epistémico y axiológico*. editorial Compas. 1era edición.
- Quintana, J. (1998). *Pedagogía axiológica: la educación ante los valores*. Ediciones Dykinson.
- Reale, G., & Antiseri, D. (2010). *Historia del pensamiento filosófico y científico* (3.ª ed., Vol. 1). Herder.
- Shaw, F. and McCosker, A. (2025), *Relational Ethics in the Administration of Healthcare Technology: AI, Automation and Proper Distance*. *Social Health Illn*, 47: e70055. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.70055>
- Torralla, F. (2022). *La ética del cuidar: Fundamentos, principios y horizontes*. Editorial Rayo de Luz

Capítulo II.

- Amezcuca, M. (2020). *Ética del Cuidado: la humanización como imperativo*. Fundación Index Editorial.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2006, 22 de diciembre). *Ley Orgánica de Salud. Suplemento del Registro Oficial 423*. (Última reforma: Segundo Suplemento del Registro Oficial 53, 29 de abril de 2022) <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2022/10/LEY-ORGANICA-DE-SALUD-LOS.pdf>.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2014). *Código Orgánico Integral Penal [COIP]. Registro Oficial Suplemento 180 de 10 de febrero de 2014*. (Última modificación: 17 de febrero de 2021). <https://www.registroficial.gob.ec/>
- Asociación Médica Mundial. (2015). *Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente*. (Original publicado en 1981; enmendada en 1995, revisada en 2005 y reafirmada en 2015). <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/>
- Constitución de la República del Ecuador. (2021). *Registro Oficial 449 (Enmiendas y Reformas)*. Ministerio de Defensa Nacional. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Corte Constitucional del Ecuador. (2021). *Sentencia N.º 2951-17-EP/21 (Caso de responsabilidad médica y debido proceso)*. Registro Oficial. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/02/sentencia-2951-17-EP.pdf>
- Ley de Derechos y Amparo del Paciente. (2006). *Ley N.º 2006-57*. Registro Oficial Suplemento 365. Lexis. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Curso introductorio de bioética para profesionales de salud*. [Archivo PDF]. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/12/3.-Qu%C3%A9-es-la-bio%C3%A9tica.pdf>
- Momblanc, C. (2021). *La responsabilidad jurídica del médico, conceptos que se debaten entre dos ciencias*. *Revista Scielo (Revista de Información para las Ciencias de la Salud)*, 37(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252021000300020
- Welie, J. V. M. (2023). *Agenciamiento del paciente, autonomía y consentimiento: Perspectivas católicas*. *Revista Bioética*, 31(4). <https://doi.org/10.36105/mye.2020v31n4.03>

Capítulo III.

- Antón, J. M. (2000). *La ética en la formación de los profesionales de la salud*. Editorial Arán.
- Arturo, L., Cárdenas, V., Cifuentes, A., Duque, L., García, A., García, M., et al. (2017). *Criterios bioéticos CNBS Ecuador*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas (PUCESE). https://moodle.pucese.edu.ec/pluginfile.php/6584/mod_resource/content/1/CRI TERIOS-BIOETICOS-CNBS-ECUADOR-2.pdf
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2014). *Código Orgánico Integral Penal [COIP]. Registro Oficial Suplemento 180 de 10 de febrero de 2014. (Última modificación: 17 de febrero de 2021)*. <https://www.registroficial.gob.ec/>
- Braveman, P (2025): *Health Inequalities, Disparities, Equity: What's in a Name?* *American Journal of Public Health* 115, n 7 pp- 996_1002, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2025.308062>
- Ferro, M., Molina, R. L., & Rodríguez, W. A. (2009). *La bioética y sus principios*. *Acta Odontológica Venezolana*, 47(2), 481-487. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es
- Ministerio de Defensa Nacional del Ecuador. (2021). *Constitución de la República del Ecuador*. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2006a). *Ley de Derechos y Amparo del Paciente*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2006b). *Ley Orgánica de Salud*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Murray, T. A. (2024). *Equity and justice in health [Equidad y justicia en salud]*. *Nursing Outlook*, 72(4), Artículo 102178. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102178>
- Organización Médica Colegial de España. (2012). *Manual de ética y deontología médica* (J. Monés Xiol, Coord.). OMC. https://www.cgcom.es/sites/default/files/manual_etica_deontologia/index.html
- Organización Mundial de la Salud. (24 de abril de 2024). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>
- Peterson, A., Charles, V., Yeung, D., & Coyle, K. (2021). *The health equity framework: A science- and justice-based model for public health researchers and practitioners [El marco de equidad en salud: Un modelo basado en la ciencia y la justicia para investigadores y profesionales de la salud pública]*. *Health Promotion Practice*, 22(6), 741-746. <https://doi.org/10.1177/1524839920950730>

Capítulo IV.

- Amezcuca, M. (2020). *Ética del Cuidado: la humanización como imperativo*. Fundación Index Editorial.
- Antón, J. M. (2000). *La ética en la formación de los profesionales de la salud*. Editorial Arán
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2006, 22 de diciembre). *Ley Orgánica de Salud. Suplemento del Registro Oficial 423*. (Última reforma: Segundo Suplemento del Registro Oficial 53, 29 de abril de 2022) <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2022/10/LEY-ORGANICA-DE-SALUD-LOS.pdf>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2014). *Código Orgánico Integral Penal [COIP]. Registro Oficial Suplemento 180 de 10 de febrero de 2014*. (Última modificación: 17 de febrero de 2021). <https://www.registroficial.gob.ec/>
- Constitución de la República del Ecuador. (2021). *Registro Oficial 449 (Enmiendas y Reformas)*. Ministerio de Defensa Nacional. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Corte Constitucional del Ecuador. (2021). *Sentencia N.º 2951-17-EP/21 (Caso de responsabilidad médica y debido proceso)*. Registro Oficial. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/02/sentencia-2951-17-EP.pdf>
- Ley de Derechos y Amparo del Paciente. (2006). *Ley N.º 2006-57*. Registro Oficial Suplemento 365. Lexis. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
- Torralba, F. (2022). *La ética del cuidar: Fundamentos, principios y horizontes*. Editorial Rayo de Luz

Capítulo V.

- Estrella J, Tornero A, León M (2006). *Insuficiencia respiratoria*. En: *Tratado de Geriátrica para residentes*. Madrid: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología; . p. 363-70.
- García R (2017). *Manejo de la hiperglucemia en Urgencias y en el ingreso Hospitalario*. Presentado en: *IV Jornada de Actualización en el abordaje de la Diabetes Mellitus desde la Farmacia de Hospital*; 2017. https://www.sefh.es/sefhjornadas/71_manejo_de_la_hiperglucemia_en_urgencias_y_en_el_ingreso_hospitalario.pdf
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2014). *Código Orgánico Integral Penal [COIP]*. Registro Oficial Suplemento 180 de 10 de febrero de 2014. (Última modificación: 17 de febrero de 2021). <https://www.registroficial.gob.ec/>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2006, 22 de diciembre). *Ley Orgánica de Salud*. Suplemento del Registro Oficial 423. (Última reforma: Segundo Suplemento del Registro Oficial 53, 29 de abril de 2022) <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2022/10/LEY-ORGANICA-DE-SALUD-LOS.pdf>
- Constitución de la República del Ecuador. (2021). Registro Oficial 449 (Enmiendas y Reformas). Ministerio de Defensa Nacional. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Corte Constitucional del Ecuador. (2021). *Sentencia N.º 2951-17-EP/21 (Caso de responsabilidad médica y debido proceso)*. Registro Oficial. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/02/sentencia-2951-17-EP.pdf>
- Ley de Derechos y Amparo del Paciente. (2006). Ley N.º 2006-57. Registro Oficial Suplemento 365. Lexis. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
- Veatch, R. M., & White, P. T. (2022). *Case Studies in Biomedical Ethics: Decision-Making, Patient Rights, and Healthcare Quality* (3rd ed.). Oxford University Press.

INFORME ARBITRAJE



RED INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN GALILEO ECUADOR
RESOLUCIÓN N° REDIIGEC 2026-0021
ASAMBLEA EXTRAORDINARIA N° 0009

La Red Internacional de Investigación Galileo Ecuador, registrada bajo el Nro. SENESCYT- REG-RED-22-0167; en uso de las atribuciones que les confiere los artículos 3 y 5 de su estatuto:

CONSIDERANDO

Que en plan anual de funcionamiento de REDIIGEC, se contempla las funciones propias de las actividades de investigación como estrategia para el cumplimiento de su objeto social.

CONSIDERANDO

Que se ha solicitado el proceso de arbitraje por pares de expertos, mediante la técnica doble ciego; de acuerdo a los estándares internacionales que rige la materia al siguiente: proyecto de investigación / Producto(s) educativo(s)-investigativo(s) / Prototipo(s) / Proyectos de investigación o de naturaleza editorial; titulado: **EL JUICIO DEL CUIDADO DILEMAS DEONTOLÓGICOS Y PRAXIS LEGAL EN LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA DEL PERSONAL DE SALUD**

CONSIDERANDO

Que el Grupo de Investigación, “Promoción y difusión”, “Enfermería”; “Salud”, con competencias en el caso, presentaron ante la instancia de la Coordinación Académica el informe técnico pertinente, y el mismo recomendó la aprobación para publicación con aval de arbitraje, fomentando así la producción, promoción y difusión investigativa, desde la rigurosidad científica.

CONSIDERANDO

Que es atribución de esta instancia avalar las recomendaciones de las unidades operativas que conforman REDIIGEC y en todos sus capítulos internacionales, en relación a los procesos de arbitraje por pares de expertos, mediante la técnica doble ciego; en correspondencia a los estándares internacionales que rigen la materia a: proyectos de investigación / Producto(s) educativo(s)-investigativo(s) / Prototipo(s) / Proyectos de investigación o de naturaleza editorial; de instancias académicas o científicas que así lo solicitan y de acuerdo a la disponibilidad de grupos de investigación asociados a esta red que posean las credenciales académicas pertinentes entre sus miembros asociados.

CONSIDERANDO

Que la Red Internacional de Investigación Galileo Ecuador, ha sido creada para la cooperación científica y tecnológica en el cumplimiento de su objeto social.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1. Auspiciar y acompañar la aprobación académica por pares de los Grupos de Investigación con competencia; en favor del desarrollo, investigación y publicación del prototipo: **EL JUICIO DEL CUIDADO DILEMAS DEONTOLÓGICOS Y PRAXIS LEGAL EN LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA DEL PERSONAL DE SALUD.**

ARTÍCULO 2. Comuníquese a la Institución solicitante. De su conocimiento y fines pertinentes.
Dado y firmado en Guayaquil, Ecuador; a los trece días del mes de febrero de dos mil veintiséis



Código de verificación Institucional



Firmado electrónicamente por:
FRANKLIN GERARDO DE
GREGORIO SALAS AULAS

Coordinador General



