

Comentario de sentencia 4875/2004

Sentence Comment 4875/2004

Dra. Yoruanys Suárez Tejera

Profesora

Universidad de Cienfuegos

Cuba

yoruanys@gmail.com



0000-0003-0157-7429

Esp. Liuver Camilo Momblanc

Profesor

Universidad de Oriente

Cuba

liuver@uo.edu.cu



0000-0002-1311-095X

SENTENCIA: número cuatro mil ochocientos setenta y cinco del Tribunal Supremo Popular, en la Habana, a primero de noviembre de dos mil cuatro.

Siendo ponente la jueza María de las Mercedes Raimundo Torrado

Visto los recursos de casación por quebrantamiento de forma... establecido por los acusados CAC Y RHT, contra la sentencia número cuarenta y ocho de doce de marzo del dos mil cuatro, dictada por la Sala Quinta de lo Penal del Tribunal Provincial Popular de Holguín, en la causa número doscientos diez del dos mil tres, seguida por el delito de HOMICIDIO POR IMPRUDENCIA.

CONSIDERANDO: Que esta Sala ha reiterado que es indispensable que se practique toda la prueba propuesta y admitida, salvo que, renunciada por las partes y siendo evidentemente innecesaria, su práctica resulta una inútil inversión de tiempo y esfuerzo; pero en la que se reclama en la causa, no fue renunciada por las partes y su práctica puede ser útil aunque fuere sólo para reforzar la convicción de culpabilidad de los acusados por un delito de tanta gravedad por la sanción que lleva, como el de autos, y por tanto, ha de

agotarse, si fuere posible. Esta Sala insiste en que en los delitos en que están involucrados galenos que han mantenido una trayectoria laboral impoluta, donde la negligencia se entremezcla y puede encontrarse disfrazada con otras sintomatologías que puede presentar el paciente, solamente se debe llegar a una convicción de culpabilidad plena después que una prueba muy convincente, tan amplia como sea posible, que aleje totalmente la posibilidad de un error judicial, y a esto puede conducir la omisión de la práctica de prueba testifical de tomarle declaración en el juicio oral al Presidente de la Comisión Investigadora de los hechos acaecidos en el Hospital de (...), que el defensor reclama y protesta por la negativa.

CONSIDERANDO: Que revisada la sentencia dictada por el Tribunal de instancia y en especial el Primer Resultando Probado de ella, donde se hace el relato histórico de lo acontecido, se advierte que en la misma se omiten cuestiones de gran importancia, además de incurrirse en expresiones vagas y genéricas que no contienen aspectos de importancia para el pleno conocimiento de lo acontecido y para poderse llevar a cabo la valoración jurídico penal correcta de lo acontecido, por lo que además de lo señalado en el primer considerando, es preciso que por la Sala de

instancia se aclaren los siguientes aspectos: 1) ¿Qué tipo de examen y de radiografías de qué parte del cuerpo dispuso el médico residente de primer año de guardia en el hospital? 2) ¿Cuáles son las razones existentes para que en la sentencia se omita la sutura de que fuera objeto el paciente en la muñeca? 3) ¿En qué consiste el acto de hacer entrega el médico residente de guardia al médico? 4) ¿Cuáles son los deberes que en sus respectivas funciones tenían cada uno de los médicos que de una u otra forma atendieron al paciente y cuáles fueron en concreto los incumplimientos que hicieron de las mismas? 5) ¿Qué motivaba la intervención quirúrgica que le comunicó el acusado CA al médico W era el motivo del ingreso del paciente, acaso eran las propias fracturas que ya habían sido enyesadas u otra lesión?; además, y qué otros problemas podía presentar el paciente 6) ¿Por qué se omite en la narrativa la intervención que tuvo la enfermera del cuerpo de Guardia del Hospital, MRB, en el cumplimiento de las diferentes disposiciones de los médicos acusados? 7) ¿Cuál de los médicos fue el que le mandó a esta enfermera a preparar la Dextrosa al 5% con vitamina B6 y por qué le produjo preocupación tal decisión en el estado del paciente, según consta en el Resumen de la Investigación de la Comisión Médica? 8) Con anterioridad a que ella ordenara a los familiares del paciente a que procedieran a acostarlo, ¿cómo era que éste se desplazaba, acaso por sus propios pies, en silla de rueda o por otros medios? 9) ¿Cómo si iba a ser intervenido quirúrgicamente no se procedió a localizar al cirujano, y por qué lo iban a intervenir? 10) ¿Existe alguna relación entre las dificultades objetivas presentadas en el Hospital, como son:

a) la falla en el fluido eléctrico; b) las dificultades en las comunicaciones telefónicas; c) la carencia de dextrosa al 20 % en la Sala de Hospitalización del hospital y en la farmacia?, con la dilación en la prestación de la medicamentación y la complicación del caso? 11) ¿Qué distancia hay entre la Sala de Hospitalización y el Cuerpo de Guardia? 12) ¿Qué tiempo le llevó a la enfermera desplazarse desde la primera a la segunda? 13) ¿Está establecido en alguna norma que un médico disponga la administración de medicamentos únicamente por la referencia que sobre determinados síntomas del paciente haga la enfermera? 13) ¿En qué lugar del hospital encontró la enfermera la dextrosa al 30 % y al 10 % que según el Informe de la Comisión médica el acusado médico R le indicó le administrara a veinticinco gotas por minutos? 15) ¿para qué enfermedad está indicado este tratamiento? 16) Se subsane el error en que incurrió la Sala de Instancia de considerar que la enfermera MJL fue la que atendió al paciente, tanto en el Cuerpo de Guardia, como en la Sala de Hospitalización, 17) Determinar si de todas formas las lesiones que presentaba el paciente eran o no mortales por necesidad y si podían ser apreciadas desde el principio o si necesitaba hacerse exámenes especiales para ello, a quién correspondía ordenar la realización de tales exámenes y qué resultado podían tener dichos exámenes para la evolución satisfactoria del paciente. De todos lo antes expuesto se puede determinar que por el Tribunal de instancia se quebrantó las formalidades a que se contraen los artículos cuarenta y cuatro, apartado segundo, inciso a), así como lo dispuesto en el Acuerdo 172 de 1985 distado por el Consejo de Gobierno

del Tribunal Supremo Popular, lo que obliga a acoger el Recurso de casación por Quebrantamiento de Forma, deducido por el acusado CAC, con sustento en la causal cuarta del artículo setenta de la Ley de Procedimiento Penal y consecuentemente, declarar la nulidad de la sentencia sindicada para que la instancia retrotraiga el procedimiento hasta el trámite que le permita subsanar las faltas antes señaladas, y además oír el testimonio del testigo incompareciente.

EL TRIBUNAL ACUERDA EL SIGUIENTE FALLO: Haber Lugar al recurso de casación por quebrantamiento de forma establecido por el acusado, se casa y anula la sentencia dictada para que por la Sala de instancia se dicte otra donde se subsanen los defectos detectados. No se resuelven los motivos por infracción de ley, dada la forma en que se resuelve, y se devuelven las actuaciones al Tribunal de su impulso para que retrotraiga el procedimiento hasta el trámite que le sea factible para subsanar las faltas advertidas.

Comentario:

El crecimiento de los reclamos judiciales hacia los profesionales de la salud producto de intervenciones médicas con resultados diferentes a los esperados o incluso fatales, exige la actualización del debate en torno a la responsabilidad penal que se pueda derivar de su actuación. A la luz de lo anterior, la sentencia que se comenta, a pesar de tener ya algunos años, no ha perdido su utilidad y vigencia, en tanto refiere problemáticas propias de la determinación de la responsabilidad penal médica en las que incurrió el tribunal *a quo* dando motivo al recurso y que, como se verá,

fueron convenientemente señaladas por el Tribunal *ad quem*.

La máxima «*probatio est demonstratio veritatis*» (la prueba es la manifestación de la verdad) y el categórico aforismo «condenan las pruebas no los jueces», expresan la importancia que en el marco del proceso penal tiene la actividad probatoria para que el órgano jurisdiccional adquiera la certeza plena y fundamentada sobre la hipótesis inculpatória que conlleva la aplicación de la ley penal sustantiva, o en su defecto, asuma una opinión exculpatória y se pronuncie consecuentemente a favor del acusado. La prueba puede ser directa o indirecta, referirse al objeto de la imputación o a una parte de esta, ser única e incluso así suficiente, o necesitar de otras que la confirmen para que adquiera operatividad. En cualquier caso, debe ser trascendental para el fallo, lo cual se traduce en que ha de ser capaz de influir en este.

Es por eso, tarea escrutadora la que a los jueces corresponde para, en labor diaria, obtener los datos firmes y precisos con los que sentar conclusiones terminantes al momento de dictar sentencia, en el buen entendimiento de que deben admitir y practicar todas aquellas pruebas pertinentes propuestas por las partes. Inclusive, pueden de oficio practicar otras que consideren necesarias para la comprobación de cualquiera de los hechos que hayan sido objeto de los escritos de calificación.

Descendiendo al caso concreto, de la simple lectura del CONSIDERANDO se trasluce que el Tribunal *a quo* no practicó una prueba que en su momento admitió y que, dada su naturaleza y las características del proceso, resalta a la vista

su utilidad con respecto al hecho justiciable. Valga de referencia que se trataba del Presidente de la Comisión Investigadora de los hechos acaecidos en el hospital, comisión que tiene la singularidad de ser la que analiza la presunta mala *praxis* médica y sus características en el propio centro asistencial donde tuvo lugar el resultado infausto y que además de conocer la realidad contextual, cuenta con los instrumentos técnicos y administrativos que facilitan su labor. No es por ello de extrañar que las diferentes disposiciones normativas establecidas para la determinación de la responsabilidad penal médica en el país, señalan al Informe Circunstanciado entre aquellas acciones y/o diligencias que no deben omitirse en estos casos.

Asimismo, siguiendo la misma línea de pensamiento del órgano *ad quem*, en su primer CONSIDERANDO, debe destacarse que la imputación de responsabilidades penales en el ámbito de la actividad que aquí se examina resulta especialmente compleja. La ciencia médica es inexacta por definición, confluyendo en ella factores variables totalmente imprevisibles que en ocasiones provocan serias dudas sobre la causa determinante de un resultado infausto. Además, pueden intervenir factores inapreciables por concurrencia de riesgos extraños y ajenos al prudente ejercicio del profesional que, aunque produzcan daños no deben ser imputados a la conducta médica. Por otra parte, no es ocioso significar que, en este contexto, junto a la necesidad de proteger los bienes jurídicos vida y salud psicofísica de los pacientes también se encuentra la seguridad jurídica de los profesionales de la salud, así

como el cuestionamiento de su probidad y experticia. Ello, sin obviar, como también reitera la jurisprudencia española, la alta consideración que la medicina y la clase médica merecen por la trascendencia individual y social de su tarea y los sacrificios, muchas veces inmensos, que su correcto ejercicio impone.

Es por ello, entre otras razones, que asiste razón suasoria cuando «la Sala insiste en que en los delitos en que están involucrados galenos que han mantenido una trayectoria laboral impoluta, donde la negligencia se entremezcla y puede encontrarse disfrazada con otras sintomatologías que puede presentar el paciente, solamente se debe llegar a una convicción de culpabilidad plena después que una prueba muy convincente, tan amplia como sea posible, que aleje totalmente la posibilidad de un error judicial». También es cierto que la *praxis* médica justifica la esencial relevancia de la prueba pericial para determinar en el caso concreto si el comportamiento médico objeto de examen se ha ajustado o no a la conducta técnica adecuada. En este tenor, dicho dictamen juega un papel esencial a los efectos de concretar y apreciar los distintos elementos necesarios para la imputación a título de imprudencia profesional. Tanto es así que, aunque no es prueba tasada, se trata de una prueba de difícil contradicción.

Indudablemente, sobre esta base ha de partirse a lo hora de valorar en qué medida se ha infringido la norma de cuidado, como piedra angular del denominado tipo imprudente, pivotando sobre el resultado del mismo el sentido de la decisión judicial. Sin embargo, sin que se signifique que aconteció en el caso

objeto de examen, pero que por su importancia y relación aprovechamos para reflexionar, ello no quiere decir que el Tribunal deba someterse ciega y necesariamente a lo dispuesto en el correspondiente dictamen pericial solicitado a la comisión de responsabilidad penal médica. Es claro en nuestro esquema procesal el imperio del principio de la libre valoración de la prueba y la sana crítica, que no indica apriorísticamente el valor o virtualidad probatoria de los medios de prueba y además demanda la motivación de sus conclusiones.

En consecuencia, como también señala el Tribunal *ad quem*, en estos casos resulta «(...) indispensable que se practique toda la prueba propuesta y admitida, salvo que, renunciada por las partes y siendo evidentemente innecesaria, su práctica resulta una inútil inversión de tiempo y esfuerzo (...)». Asimismo, enfatiza que: «(...) la que se reclama en la causa (...) puede ser útil, aunque fuere sólo para reforzar la convicción de culpabilidad de los acusados por un delito de tanta gravedad por la sanción que lleva, como el de autos, y, por tanto, ha de agotarse, si fuere posible». De hecho, en adición a los argumentos que ya se han expuesto también se puede argüir que el Presidente de la Comisión Investigadora de los hechos acaecidos en el hospital, es un testigo que califica, de conformidad con la doctrina, como testigo-perito, toda vez que su testimonio por los conocimientos especializados que posee puede tener superior valor al de un testigo común. Inclusive en la actualidad, además de que en nuestro esquema procesal no se establece el perito de parte, es frecuente en estos procesos que el Defensor bajo esta concepción proponga el testimonio de

profesionales de reconocido prestigio de la especialidad vinculada al caso. También vale recordar que la categoría de «perito-testigo» fue utilizada en el Dictamen No. 226 del Consejo de Gobierno del Tribunal Supremo Popular que data del 14 de mayo de 1985.

Sin embargo, también advertimos que las mayores limitaciones de la resolución judicial que en su día combate la parte recurrente se refieren a una problemática comúnmente conocida como vicio de oscuridad o contradicción. Esta situación a todas luces se deja ver del sin número de interrogantes que el Tribunal *ad quem* se formula en el segundo de los **CONSIDERANDO** de la sentencia de casación que se reprodujo *supra*.

En palabras de Rivero (2014), la forma de redacción del hecho probado es una de las garantías esenciales del proceso, toda vez que en base a ellos se realizan las calificaciones jurídicas y el fallo. También este autor significa que: «(...) la sentencia de instancia es revisable en casación, y para que el Tribunal pueda cumplir esa importante función (...) de examinar las calificaciones efectuadas por el de instancia, se requiere que el hecho probado sea expuesto con claridad meridiana» (p. 288).

Pues bien, en el caso de autos, de la sola lectura de la resolución de casación se refleja que no está en absoluto acreditado en el relato los presupuestos que en la doctrina se consideran indispensables para la configuración del delito de homicidio por impudencia. Ello sin mencionar las peculiaridades y valoración que la vigencia de dichos presupuestos puede alcanzar cuando la conducta imprudente tiene lugar vinculada al ejercicio de la actividad

médica. En este tenor, resulta que además de las cuestiones aludidas (*supra*) sobre la naturaleza de la ciencia médica, sucede que en las últimas décadas existe una creciente especialización y división del trabajo en este ámbito que por lo general implica la intervención de varios profesionales en la solución de un problema de salud del paciente. Es por ello que en tales supuestos en la doctrina «reciente» se plantea la importancia del denominado *principio de confianza* como aquel postulado que permite concretar el ámbito del deber de cuidado que corresponde observar a cada sujeto en el contexto de una actividad que desarrolla de manera conjunta, ya sea de manera sucesiva o simultánea.

Así pues, en apretada síntesis debemos insistir en que la imprudencia viene configurada fundamentalmente por la concurrencia de los siguientes elementos: a) una acción u omisión voluntaria, pero no intencional; b) previsibilidad y evitabilidad de las consecuencias nocivas de la conducta; c) infracción del deber objetivo de cuidado, concretado en normas reglamentarias o impuesto por normas socioculturales exigibles al sujeto medio según común experiencia, las que en el ámbito que aquí estudiamos se configuran esencialmente bajo el concepto de *lex artis* médica; d) producción de un resultado nocivo; y e) relación de causalidad entre la conducta del sujeto y el daño o perjuicio producido, dentro del ámbito de la imputación objetiva.

De la mano de lo anterior y las interrogantes que se formula el Tribunal en casación, fuerza decir que la sentencia del Tribunal juzgador de los hechos enjuiciados no consigue acreditar en

la redacción del acontecimiento histórico los elementos que sirven de base a tales presupuestos. Como ejemplo de ello, se puede observar que, en este caso, en el que varios profesionales participaron de la asistencia al paciente (sucesiva y/o simultáneamente), no existe claridad sobre el alcance de su intervención, competencias y deber de cuidado. En este tenor, como se puede advertir, no se precisa el carácter jerárquico u horizontal de las relaciones que en el marco de la división del trabajo se establece entre los intervinientes, los deberes de supervisión, instrucción y control entre ellos, las funciones del médico en formación (Residente) y su tutor, siendo estos elementos indispensables a la hora de determinar la operativa del principio de confianza y con ello, el alcance del deber de cuidado de cada uno de los sujetos.

Valga de cita las siguientes interrogantes: ¿En qué consiste el acto de hacer entrega el médico residente de guardia al médico? ¿Qué tipo de examen y de radiografías de qué parte del cuerpo dispuso el médico residente de primer año de guardia en el hospital? ¿Por qué se omite en la narrativa la intervención que tuvo la enfermera del cuerpo de Guardia del Hospital, MRB, en el cumplimiento de las diferentes disposiciones de los médicos acusados? ¿Cuál de los médicos fue el que le mandó a esta enfermera a preparar la dextrosa al 5 % con vitamina B6 y por qué le produjo preocupación tal decisión en el estado del paciente, según consta en el Resumen de la Investigación de la Comisión Médica? ¿Cómo si iba a ser intervenido quirúrgicamente no se procedió a localizar al cirujano, y por qué lo iban a

intervenir? Además de que se ordena por órgano *ad quem*, subsanar el error en que incurrió la Sala de Instancia de considerar que la enfermera MJL fue la que atendió al paciente, tanto en el Cuerpo de Guardia, como en la Sala de Hospitalización.

De acuerdo con la doctrina, en el marco del trabajo conjunto la precisión de los roles de sus integrantes reviste especial importancia en tanto define el carácter horizontal o vertical (jerárquico) de las relaciones que se crean entre ellos. Esta primera determinación, en caso de la producción de un resultado lesivo para la vida o la salud del paciente, reporta gran utilidad al fijar sobre cuál de los integrantes recae la infracción del deber de cuidado. Con este objetivo se debe seguir el criterio de la formación de los profesionales, al que se le adiciona la verificación de sus competencias funcionales conforme a la posición que ocupa en el organigrama de la organización.

La relevancia jurídica de estos criterios al momento de la determinación de la responsabilidad penal de los miembros de un equipo médico por la infracción del deber de cuidado radica en los siguientes postulados. Aquellos que se encuentran en un plano horizontal asumen con el mismo grado de responsabilidad las respectivas fases del tratamiento, por lo que el punto de partida será el de la responsabilidad propia e individual de cada especialista. *A contrario sensu*, en el marco de las relaciones verticales emerge a un primer plano el deber del subordinado jerárquico, sin perjuicio de la responsabilidad en que pueda haber incurrido el superior por faltar a sus

especiales deberes de vigilancia, control o supervisión.

Un supuesto que ha merecido la atención de la doctrina es el de la relación entre el médico residente y su tutor, sobre lo que no hay unanimidad respecto de si efectivamente se produce entre ellos una relación vertical. Para la mayoría, no existe duda de esta, pero en cambio otros la excluyen del ámbito propio de la división del trabajo. De acuerdo con Rodríguez (2012), se trata aquí de unas especiales obligaciones de uno de ellos respecto al otro, pero sin que se pueda llegar a afirmar que se anule cierto ámbito de competencia del residente, aunque sea mínimo.

Ahora bien, definido el ámbito de competencia de cada interviniente, un segundo paso en la precisión del alcance del principio de confianza que en su forma más general postula que quien se comporta debidamente puede confiar en que otros también lo hagan, siempre y cuando no existan indicios concretos para suponer lo contrario. Esto significa que en las actuaciones conjunta, como las del caso en examen, cada uno de los integrantes, *en principio*, puede confiar en que el resto de los que con él interactúan realizarán correctamente su trabajo, es decir, actuarán conforme al deber de cuidado. De esta forma se fija un límite y establece hasta dónde tiene que llegar la atención y el cuidado de cada uno de los integrantes del equipo en relación a la conducta del tercero con el cual interactúa.

Otras de las problemáticas advertidas por la sala de casación, gravita sobre lo que ha sido identificado en la doctrina como el elemento nuclear o esencial de la imprudencia, la

infracción del deber de cuidado; lo que no quiere decir, que el resto de los elementos que definen su estructura no lo sean. El deber de cuidado funciona como una suerte de «punto de referencia» o baremo con el que comparar la acción de un sujeto y así valorarla como típica o atípica. «Con él se identifica la construcción teórica que expresa, si se efectuare un juicio razonable, cómo debería de ser la situación ideal con respecto al mínimo exigible del comportamiento humano, frente a la obligación de cuidar de un bien jurídico; por ende, constituye el aspecto externo de tal comportamiento». Asociado al acto médico realizado, se ha de precisar lo que en dicho ámbito se configuran como *reglas de cuidado*, generalmente conocidas en este ámbito como *lexartis* médica: normas abstractas de naturaleza extrapenal destinadas a minimizar el riesgo dentro de este sector o tráfico jurídico concreto, razón por la cual fijan en él los límites de lo permitido.

Sin que sea posible explicar aquí, ni en apretada síntesis, los criterios doctrinales que orientan la determinación de la infracción del deber de cuidado en un caso concreto, resulta claro que en la sentencia de instancia existe oscuridad sobre tales aspectos como dejan ver las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los deberes que en sus respectivas funciones tenía cada uno de los médicos que de una u otra forma atendieron al paciente y cuáles fueron en concreto los incumplimientos que hicieron de las mismas? ¿Está establecido en alguna norma que un médico disponga la administración de medicamentos únicamente por la referencia que sobre determinados síntomas del paciente haga

la enfermera? ¿En qué lugar del hospital encontró la enfermera la dextrosa al 30 % y al 10 % que según el Informe de la Comisión médica el acusado médico R le indicó le administrara a veinticinco gotas por minutos? ¿Para qué enfermedad está indicado este tratamiento?

En cuanto al resultado como elemento del tipo imprudente, siempre muy claros y probados en estos casos (v.gr., la muerte de un paciente o un paciente lesionado) algunas reflexiones queremos hacer, sin que se signifique que aconteció en el que ahora se comenta. Como señalamos *supra*, la medicina es una ciencia inexacta (no se debe caer en la errónea apreciación de confundir la Biología con la Ingeniería), en este ámbito intervienen factores inapreciables por concurrencia de riesgos extraños y ajenos al prudente ejercicio del profesional que, aunque produzcan daños no pueden ser imputados a la conducta médica. De ahí que el resultado infausto -la lesión a la vida o integridad psicofísica de una persona- que en ocasiones se origina en el marco de la asistencia médica, no puede desplazar ni adquirir supremacía frente al resto de los elementos que configuran la imprudencia penalmente relevante.

Muy relacionado a lo anterior, también llama la atención los señalamientos que giran en torno a la precisión de la relación de causalidad entre la conducta de los profesionales de la salud que asistieron al paciente y el daño o perjuicio producido, a lo que debe adicionarse las valoraciones propias del ámbito de la imputación objetiva. Así, v. gr., pregunta la sala de casación lo siguiente: ¿Existe alguna relación

entre las dificultades objetivas presentadas en el hospital, como son: a) la falla en el fluido eléctrico; b) las dificultades en las comunicaciones telefónicas; c) la carencia de dextrosa al 20% en la Sala de Hospitalización del hospital y en la farmacia, con la dilación en la prestación de la medicamentación y la complicación del caso? Además, orienta determinar si de todas formas las lesiones que presentaba el paciente eran o no mortales por necesidad y si podían ser apreciadas desde el principio o si necesitaba hacerse exámenes especiales para ello, a quién correspondía ordenar la realización de tales exámenes y qué resultado podían tener dichos exámenes para la evolución satisfactoria del paciente.

En este punto, sobre el que también existen ríos de tinta en la doctrina, nos limitamos a comentar que, frente al resultado de muerte o lesiones al paciente, determinada la infracción del deber de cuidado y el vínculo de causalidad con el resultado, aún se está en condiciones de afirmar la tipicidad de la imprudencia médica. Con tales propósitos se han de verificar los criterios normativos enarbolados por la «teoría de la imputación objetiva» que fundamentan objetivamente la final atribución del resultado.

Tampoco es imputable el resultado cuando a pesar de haberse causado por la conducta imprudente, también se hubiese producido si el sujeto hubiese obrado diligentemente, supuestos que se conocen como *casos de comportamiento alternativo correcto*. En estos supuestos la

doctrina se ha inclinado en excluir la causalidad siempre y cuando sea seguro que el resultado no hubiera podido ser evitado actuando correctamente. En los casos donde exista duda sobre si realmente la conducta imprudente causa el resultado lesivo o si éste último se debió a otro factor impredecible, debe operar el principio de *in dubio pro reo*, sin que se pueda afirmar la causalidad y por tanto la tipicidad objetiva.

A guisa de síntesis, la sala del Tribunal Supremo Popular al declarar sin lugar el recurso, pone de presente de forma espléndida, a través de un grupo de interrogantes asociadas al caso objeto de examen, las problemáticas propias de la imputación objetiva que en general se encuentran atadas a la imprudencia médica. De ahí, que en estas reflexiones tales interrogantes motivaran su comentario desde el punto de vista doctrinal.

Referencias

- Rivero García, D. (2014). Estudios sobre proceso penal. La Habana: Ediciones ONBC.
- Rodríguez Vázquez, V. (2012). Responsabilidad penal en el ejercicio de actividades médico-sanitarias. Madrid: Editorial Pons.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.