



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL
ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESA
MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA
TESIS DE GRADO PREVIA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
MAGISTER EN GERENCIA HOSPITALARIA**

Proyecto:

CRISIS INSTITUCIONAL. CASO: MAZOYER

Autor:

Dra. Mayra Verónica Villalba Rosales

Director:

PhD.

Juan Carlos Bustamante Urbina

Guayaquil- Ecuador

2021



**BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL**

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios y a mi familia. A Dios por hacer posible que pueda despertar cada día y aprender de toda actividad que emprendo. A la familia, especialmente a mi hijo quien me acompañó durante los primeros 9 meses de maestría estando en mi vientre, y luego durante su primer año de vida, a mi esposo y mis padres por apoyarme en cada momento y en cada viaje realizado con la intención siempre de cumplir mi objetivo. A todos mis seres queridos, por tolerar que destine tiempo a enriquecerme como persona y profesional a pesar de que eso signifique compartir menos tiempo en familia.

Dedico cada una de las líneas de este trabajo, en general, a todas las personas que han contribuido con mi desarrollo profesional. A los profesores de ESPAE y a mi querido grupo de trabajo, con quienes logramos un engranaje total que nos ha permitido culminar con nuestro sueño. A todos les corresponde una parte del nuevo éxito que estoy obteniendo.

A TODOS GRACIAS



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento no bastaría a todas las personas que han aportado con un granito de arena a la realización de este trabajo. Gracias por los conocimientos, el tiempo y el valor de su información. A todos, sin excepción, extendiendo mi más sincero sentimiento de agradecimiento, gratitud y estima.

Agradezco a la empresa donde laboro por permitir mi crecimiento profesional y apoyar de muchas maneras a la realización de esta maestría.

Doy a su vez un agradecimiento especial a mi tutor por su tiempo y el apoyo que me ha dado en todas las fases de este trabajo. En la realización de todas las secciones de cada párrafo. Al mismo tiempo, el agradecimiento se extiende a todos los profesores y directivos del ESPAE por hacer de mí un mejor profesional y dotarme de tanto conocimiento para aplicar en mi trabajo día a día.

En definitiva, un agradecimiento muy especial para mi familia, amigos y todos mis allegados por vuestra comprensión, ayuda, paciencia y ánimos que he recibido en todo el proceso de formación.

Mi agradecimiento a todos.

VERÓNICA VILLALBA





ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL
ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

ACTA DE GRADUACIÓN No. ESPAE-POST-1018

APELLIDOS Y NOMBRES	VILLALBA ROSALES MAYRA VERÓNICA
IDENTIFICACIÓN	1716896061
PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Gerencia Hospitalaria
NIVEL DE FORMACIÓN	Maestría Profesional
CÓDIGO CES	750413D-S-01
TÍTULO A OTORGAR	Magíster en Gerencia Hospitalaria
TÍTULO DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN	CRISIS INSTITUCIONAL: CASO MAZOYER.
FECHA DEL ACTA DE GRADO	2021-11-25
MODALIDAD ESTUDIOS	SEMIPRESENCIAL
LUGAR DONDE REALIZÓ SUS ESTUDIOS	GUAYAQUIL

En la ciudad de Guayaquil a los veinticinco días del mes de Noviembre del año dos mil veintiuno a las 11:11 horas, con sujeción a lo contemplado en el Reglamento de Graduación de la ESPOL, se reúne el Tribunal de Sustentación conformado por: BUSTAMANTE URBINA JUAN CARLOS, Director del trabajo de Titulación, AMAYA RIVAS ADRIANA ANDREA, Vocal y RODRIGUEZ RODRIGUEZ JORGE ANDRES, Vocal; para calificar la presentación del trabajo final de graduación "CRISIS INSTITUCIONAL: CASO MAZOYER.", presentado por la estudiante VILLALBA ROSALES MAYRA VERÓNICA.

Para dejar constancia de lo actuado, suscriben la presente acta los señores miembros del Tribunal de Sustentación y la estudiante.


BUSTAMANTE URBINA JUAN CARLOS
DIRECTOR


AMAYA RIVAS ADRIANA ANDREA
EVALUADOR / PRIMER VOCAL


RODRIGUEZ RODRIGUEZ JORGE ANDRES
EVALUADOR / SEGUNDO VOCAL


VILLALBA ROSALES MAYRA VERÓNICA
ESTUDIANTE



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	II
JUSTIFICACIÓN.....	1
RESUMEN EJECUTIVO	3
CAPITULO I.....	6
1.1. MODELO METODOLÓGICO DEL CASO	6
1.1.1 Técnica ERCA desde la metodología inductiva deductiva	6
1.1.2. Definición de la técnica de estudio de casos	6
1.1.3. Modelos Metodológicos	7
1.1.4. Modelo centrado en el análisis de casos.....	7
1.1.5. Modelo basado en aplicar principios y normas legales.....	7
1.1.6. Modelo basado en la resolución de situaciones	8
CAPITULO II.....	9
EL CASO	9
2.1. INTRODUCCIÓN	9
2.1.1. Detrás de los hechos.....	11
2.1.2. La admisión.....	11
2.1.3. El desenlace:.....	13
2.1.4. Las reacciones:	14
2.1.5. Frente a frente de la crisis:	15
CAPITULO III	17
3.1. CRISIS INSTITUCIONAL: CASO MAZOYER. NOTA DE ENSEÑANZA... 17	
3.1.1. Sinopsis	17
3.1.2. Desarrollo del proceso legal ante la crisis.....	17

3.1.3. Objetivos de aprendizaje:	19
3.1.5. Análisis.....	20
3.1.6. Enseñando el Caso (Tiempo de discusión estimada: 90 minutos)	21
3.1.7. Etapa Investigación:	25
3.1.8. Etapa manual de crisis:.....	26
3.1.9. Etapa comité de crisis:.....	27
3.1.9. Etapa de preparación de la crisis:.....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS.....	37



BIBLIOTECA
ESPAL-ESPOL

JUSTIFICACIÓN

Diversos estudios han comprobado que los trámites administrativos en las instituciones hospitalarias resultan en algunos casos muy complicadas producto de la responsabilidad social y legal que en el aspecto de salud rigen dentro de un casa asistencial o establecimiento hospitalario, aseguran Gómez (2002) y Segredo (2009). Ya que tanto el paciente, como su entorno familiar esta inmiscuido en ese proceso, el cual se desarrolla por lo general con la mejor disposición para recibir la atención médica que se requiere bajo prescripción de un médico tratante.

Desde el punto de vista biopsicosocial, recibir un tratamiento médico en un lugar confortable, representa un factor psicológico y social que desempeña un rol preponderante en la situación del paciente frente a su enfermedad. Lógicamente, permanecer en una institución hospitalaria y recibir la atención médica oportuna, en un ambiente tranquilo, cómodo y con todos los elementos necesarios para la concertación de la sanación total, será siempre el contexto más favorable que existe en el traslado del paciente a un centro hospitalario (González- Cavero y otros, 2000).

Partiendo de lo expuesto, y tomando en cuenta que hoy en día, la situación se hace muy compleja ya que el sistema hospitalario del país enfrenta una serie de normativas burocráticas enmarcadas en la administración operativa de los seguros y la gestión administrativa de cada institución en particular, que es justificada por la Ley. En este estudio en particular, el caso que se trae a colación es sustraído de la vida real. Cabe destacar que se tomó en cuenta que se cumplieron a cabalidad todos los estatutos de Ley y normativos establecidos por el estado ecuatoriano para para brindar atención médica oportuna, con la disponibilidad operativa de todo el personal involucrado en el caso, justificando todas las directrices clínicas e instituciones dedicadas a ofrecer servicios de tratamientos médicos a pacientes en emergencias.

De acuerdo a Brenner et al. (2003) los centros hospitalarios suelen ser los principales lugares donde se pueden desarrollar interacciones de salud de manera inesperada en los pacientes, no solo por sus enfermedades, sino por las demás personas involucradas en el acto médico. De allí que la atención de algunos casos en tratamientos médicos pueda traer complicaciones de alto riesgo, las cuales pueden desfavorecer a los pacientes.

El estudio de este caso durante una clase, permite el análisis de una situación real, identificando características que generaron la crisis en la institución, por ende, este hecho incentiva a los participantes a la lograr que la prestación de servicios de salud sea de calidad, que beneficie al paciente en particular y también a su entorno familiar y seres queridos, puesto que, al recibir tratamientos médicos de calidad, las personas que pertenecen al entorno más cercano del paciente, pueden sentirse protegidas.

Particularmente, este caso en específico se deja ver como la gestión administrativa de calidad puede ayudar a solventar una crisis institucional, al enfocarse directamente en la comunicación de servicios médicos, dejando de lado las especulaciones que se puedan dar tras bastidores y cumpliendo a cabalidad con lo que ameritan las curaciones o aplicación médicas que son el fin último de estas instituciones.



**BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL**

RESUMEN EJECUTIVO

Conforme a los postulados de la teoría situacional de comunicación de crisis, en conjunto, con el modelo relacional de gestión de crisis, el presente caso de enseñanza puede ser utilizado para estudios en marketing de servicios sanitarios, técnica de gran utilización en la enseñanza de varios modelos educativos, tales como cursos de gestión de la comunicación corporativa, gestión estratégica de la comunicación, entre otros. La técnica de estudio de caso permite la descripción, comparación, evaluación y comprensión de los diferentes aspectos circundantes a una situaciones o problema practico de la vida real, a fin de que estudiantes se entrenen en analizar y generar soluciones. De esta manera, el caso a exponer se trata de una crisis institucional planteada para un acto médico que fue sometido a juicio penal en Ecuador.

En este sentido, la Real Academia Española (2001, s.p.) acuña varias acepciones dadas al término crisis en el ámbito sanitario, entre las que destaca el que asegura se trata de un “cambio brusco en el curso de la enfermedad, ya sea para agravarse o para mejorarse el paciente”, de las restantes acepciones, podrían ser apropiadas al caso que nos ocupa como una “situación dificultosa o complicada”, y la que señala que se trata de una “mutación importante en el desarrollo de otros procesos, ya sean de orden físico, históricos o espirituales”, además de “momento decisivo de un negocio grave y de consecuencias importantes”, esta última bien podría asimilarse al caso de estudio que expondremos a continuación.

Por otro lado, Piñuel definió la crisis en el ámbito organizacional como:

un cambio repentino entre dos situaciones, cambio que pone en peligro la imagen y el equilibrio natural de una organización, porque entre las dos situaciones se produce un acontecimiento súbito (inesperado y extraordinario), frente al cual la organización tiene que reaccionar comprometiendo su imagen y su equilibrio interno (como organización) y externo (como institución) ante sus públicos. (1997, pág. 167)

Cabe añadir que cuando se presenta una crisis, la comunicación juega un papel fundamental, debido a que en cuestión de minutos la crisis puede agravar y cambiar la imagen de cualquier organización de forma negativa o positiva, especialmente de una organización prestataria de salud. La percepción que tiene los usuarios tienen de una empresa de salud puede

cambiar de manera negativa si una crisis no es gestionada de la forma adecuada, y la recuperación de esto puede suponer años o décadas de esfuerzo administrativo y operativo. De tal forma, contar con una buena estrategia de comunicación de crisis es imprescindible en cualquier tipo de organización, más aún en una institución o empresa de salud (Marín, 2005).

Costa (2011) expone que las organizaciones relacionadas con el ámbito sanitario, tales como hospitales o centros de salud, la comunicación institucional debe jugar un papel fundamental, ya que gran parte del trabajo del personal que presta servicio en ellas está en constante vinculación social, una de sus funciones consiste en informar a pacientes y familiares, por ende, resulta primordial ejecutar una buena comunicación en todo momento. Es por esto que, ya sean entidades públicas o privadas, todas las instituciones sanitarias deben ser realmente cuidadosas a la hora de comunicar.

Es por ello, que los planes de comunicación dentro de estas organizaciones deben ser realizados pensando especialmente en la actividad que realizan y los públicos a los que se enfrentan en su día a día. Se puede decir entonces, que las empresas de salud, una buena gestión de comunicación de crisis es esencial y debe ser ejecutada con gran eficacia y precisión; de no ser así, una mala comunicación puede causar una grave crisis, por una falta de decisión que puede llegar a desencadenar problemas muy graves que pueden desprestigiar a la institución en un corto periodo de tiempo, y puede, también crear alarma social.

Contextualizando podemos establecer que una crisis es, una situación circunstancialmente difícil por la que puede pasar una empresa o institución pública o privada, que se produce generalmente por razones inherentes a su propia tipología, razón de ser o funcionamiento, la cual representa una perturbación grave o no, en su actividad ordinaria, la misma puede generarle problemas definitivos en su continuidad de alcanzar una gravedad extrema.

La clínica Pichincha luego del 12 de septiembre del 2009 se enfrentó a una crisis, hecho que llegó a trascender a nivel internacional por lo que hacía más compleja su gestión de comunicación. La admisión en la clínica Pichincha de una ciudadana de nacionalidad francesa luego de ser gravemente herida en un asalto en la ciudad de Quito, y la sospecha de un mal manejo administrativo del caso que llegó a generar el cierre oficial de la clínica, por motivo de

que sufrió una denigración en su reputación. La cara visible para enfrentar la crisis era el Dr. Ríos, quien no contaba con la experticia necesaria para el reto por afrontar. Una crisis de este tipo implicaba saber qué decir, decidir cuándo comunicar, quién comunicaría, a quién, de qué manera, y en qué soporte. A este punto, es factible señalar lo importante que resulta para una institución el contar con personal médico disponible para cubrir las necesidades en casos de imperante asistencia en el área de emergencia, sobre todo cuando quienes son responsables de área requieren ausentarse.

Se destaca, que en el caso seleccionado de estudio brinda herramientas pedagógicas al impartir teorías y conceptos de base científicas, fortaleciendo actitudes que permitirán la identificación de problemas para articular soluciones sobre los actos derivados de una crisis institucional producto de la mala comunicación, he incumplimiento de los objetivos organizacionales, situación a la que se enfrentan los profesionales de medicina.

Considerando que podría existir la posibilidad de que se vuelva a suscitar una situación similar en otras instituciones hospitalarias, se realiza esta investigación documental basada en evidencia, con la finalidad de elaborar un caso de estudio para que quienes lean este trabajo puedan tener en cuenta las pautas necesarias para el adecuado desenvolvimiento profesional.

Este trabajo se desarrolla de la siguiente manera: el capítulo 1 presenta el modelo metodológico del caso, el capítulo 2 presenta el documento del caso que sería utilizado por los estudiantes para la preparación a la discusión, y el capítulo 3 presenta la nota de enseñanza que servirá de guía al profesor sobre cómo usar el caso en clases.



**BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL**

CAPITULO I

1.1. MODELO METODOLÓGICO DEL CASO

Este estudio de caso se desarrolló mediante el enfoque cualitativo, la que busca suministrar los criterios de credibilidad, valor de verdad, relevancia y transferibilidad, la subjetividad de las experiencias, de las acciones de los sujetos involucrados en el caso por medio de la interpretación o reflexividad, con un enfoque analítico - narrativo, el cual se ejecutó mediante una problemática real en la Clínica Pichincha. Para respaldar la información obtenida se hace uso de material bibliográfico resultante de instituciones gubernamentales, como de publicaciones por periódicos nacionales e internacionales.

1.1.1 Técnica ERCA desde la metodología inductiva deductiva

La técnica ERCA forma parte de la metodología pedagógica que permite la planificación de clases, o consideraremos llamarlo flujo de la sesión. Donde los estudiantes aprenderán a través de experiencias concretas, en concordancia a su nivel instructivo, desarrollando un aprendizaje significativo a través de actividades que inician con una etapa exploratoria, que permite la reflexión e intencionalidad. Permitiendo la discusión del caso en base al conocimiento previo, conceptualizándolo y aplicándolo ante la gestión de una crisis y comunicación de crisis, aumentando la posibilidad de buenos resultados.

1.1.2. Definición de la técnica de estudio de casos

La técnica de estudio de casos, consiste precisamente en proporcionar dilemas gerenciales u organizacionales basados en problemáticas reales que sirvan de entrenamiento y aprendizaje en toma de decisiones y análisis. De esta manera, se pretende entrenar a los alumnos en la generación de soluciones (Lopez, 1997).

Un caso es la descripción escrita de una situación acaecida en la vida real de las personas, familias, grupos o empresas. La estrategia o técnica de aprendizaje, se basa en entrenar a los alumnos con conocimientos para solucionar posibles problemas que se presenten en un futuro (Ramírez, et al., 2019).

Cabe destacar, que el estudio de caso se enfoca en cómo el estudiante puede generar soluciones para un problema determinado. Le lleva a pensar y a contrastar sus conclusiones con las conclusiones de otros estudiantes, a aceptarlas y expresar las propias sugerencias, de esta manera le entrena en el trabajo colaborativo y en la toma de decisiones en equipo.

Esta técnica se la utiliza para el diagnóstico y para indagar en diferentes problemáticas en el ámbito de relaciones humanas que juegan un papel fundamental. Alrededor de él se puede:

1. Analizar un problema.
2. Determinar un método de análisis.
3. Adquirir agilidad en determinar alternativas o cursos de acción.
4. Tomar decisiones.

1.1.3. Modelos Metodológicos

Dentro del enfoque del estudio de casos como estrategia didáctica, Martínez y Musito, (1994), mencionan que se pueden considerar en principio tres modelos que se diferencian en razón de los propósitos metodológicos que específicamente se pretenden en cada uno:

1.1.4. Modelo centrado en el análisis de casos

Modelo de caso que es estudiado y solucionado por profesionales especialistas, al hacer uso de los conocimientos y la comprensión del proceso de diagnóstico junto con la intervención, mediante los recursos, técnicas aplicadas para la obtención de resultados mediante los programas de intervención propuestos.

1.1.5. Modelo basado en aplicar principios y normas legales

Modelo de enseñanza para aplicación de principios y normas legales establecidas a casos específicos, permitiendo que los alumnos puedan desarrollar habilidades de selección y aplicación de los principios adecuados ante la situación a la que se enfrenten. Se busca desarrollar un pensamiento deductivo, a través de la atención preferente a la norma, a las referencias objetivas y se pretende que se encuentre la respuesta correcta a la situación planteada. Este es el modelo desarrollado preferentemente en el campo del derecho.

1.1.6. Modelo basado en la resolución de situaciones

Modelo de entrenamiento para la resolución de situaciones que requieren de la consideración de un marco teórico y la aplicación de sus prescripciones prácticas a la resolución de determinados problemas. La técnica de estudio de casos como método docente, posee ventajas al adaptarse a distintas edades, diversos niveles y áreas de conocimiento. Lo mismo se puede emplear en la educación primaria que en la media y superior.

Son casos centrados en la simulación, con ellos se busca específicamente que los participantes se coloquen dentro de la situación, que se involucren activamente y formen parte de la dramatización del hecho. Ya que este tipo de casos trata de realizar análisis crítico de la situación sin tomar decisiones a favor o a contra, sin emitir juicios de valor, solo dar la solución asertiva de la situación planteada.



**BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL**

CAPITULO II

EL CASO

2.1. INTRODUCCIÓN

El sábado 12 de septiembre del 2009, falleció la ciudadana extranjera Justine Mazoyer de nacionalidad francesa en la ciudad de Quito, se encontraba en su oficina el Dr. Ríos, Gerente General de la Clínica Pichincha, reflexionando sobre cómo sucedieron los hechos desde el ingreso de la paciente a la Clínica Pichincha. Presentía que las circunstancias bajo las cuales se había desarrollado todo este lamentable suceso traerían consecuencias, que incluso trascenderían la frontera de lo local. Los acompañantes de la paciente habían manifestado su disconformidad con el procedimiento administrativo de admisión a la clínica, y esta disconformidad había sido escalada al consul general de Francia en Ecuador.

En razón a ello, pensaba en cómo diseñar un informe médico en el cual se detallarán los protocolos médicos y administrativos seguidos desde el ingreso de la paciente a la clínica. Incluso, especulaba con la necesidad de que el informe debía tener traducción al idioma francés, al menos en los aspectos clave, dada la nacionalidad de los involucrados. Asimismo, atravesaba por su mente la necesidad de diseñar algún mensaje básico de comunicación para salvaguardar la reputación de la clínica Pichincha ante el evento suscitado. Sin embargo, no tenía idea de qué comunicar, ni cómo hacerlo, solo intuía que, al pasar más tiempo, todo podría volverse más complejo de gestionar, con los posibles efectos que esto traería para la clínica y sus involucrados. Al final de toda su reflexión, el Dr. Ríos se quedaba con una muy inquietante interrogante: ¿Cómo enfrentaría la presión mediática alrededor del fallecimiento de la paciente Justine Mazomayer?

2.2. Los hechos

De manera repentina la particular calma que se sentía en el área de emergencia de la Clínica Pichincha del sábado 12 de septiembre, alrededor de las 20:00 horas se ve abruptamente quebrantada al momento que las sirenas de una ambulancia inundaron el lugar.

De la ambulancia desciende un paramédico que se identifica con el nombre de Gabriel, quien en conjunto con el chofer de esta le reporta a Ana, quien era la encargada de la admisión de los pacientes, que a las 19:30 horas en el apogeo de un asalto, la paciente de nombre Justine recibe un impacto de proyectil de un arma de fuego a nivel del tórax anterior.

El paramédico relata que un morador de la zona reporto el caso al ECU911, ellos acuden lo más pronto posible hasta el lugar. Estando en el sitio, verifican que la paciente es una joven de origen europeo la cual se encontraba consciente al momento del rescate, y que pedía le ayudaran. Inmediatamente, los paramédicos proceden a solicitar la recepción del caso al Hospital Público más cercano, pero no obtienen respuesta de este, y al revisar el perímetro en búsqueda de otro centro de salud en el mismo sector geográfico consiguen la opción correspondiente a la Clínica Pichincha. Entidad de salud de tercer nivel que tiene la capacidad de resolver cualquier emergencia y cualquier caso grave y delicado.

La emergencia es recibida aproximadamente a las 20:09 horas y es atendida por el Dr. Carrión, médico especialista en emergencias que esta de turno en el área destinada para los pacientes críticos. El Dr. Carrión evalúa a la paciente, y lee el reporte que le da el paramédico Gabriel: “se trata de una joven de aproximadamente 23 años de nacionalidad francesa que es víctima de un asalto y presenta una herida por arma de fuego en el tórax a nivel de segundo espacio intercostal izquierdo”.

El Dr. Carrión realiza la valoración principal, y determina que requiere de una intervención inmediata que debe ser asistida por un especialista cardiorrácico. Al revisar el directorio médico de la Clínica Pichincha, este se percata que el Dr. González es el único médico en la rama asociado a la Clínica y no se encuentra en la ciudad; y al ver que no cuenta con el especialista correspondiente decide citar al Dr. Carlos Loor médico especialista en Cirugía General con 30 años de experiencia en su rama. (ver anexo 1)

Mientras la recepción de la clínica contactaba al Dr. Loor, el Dr. Carrión prosiguió la valoración de la paciente y solicitó una RX de tórax para poder evaluar la condición interna de la misma. Siendo aproximadamente las 20 horas con 20 minutos la radiografía demostraba que la paciente presentaba una hemorragia en la parte derecha del abdomen, y en el pulmón derecho, por lo cual el Dr. Carrión decidió colocar un tubo torácico a nivel de pulmón derecho (Plan V,

2017). De igual forma autorizó realizar un EcoFast, el cual evidenció que existía líquido libre en cavidad abdominal; y se confirmó la sospecha de una lesión cardiaca penetrante a través de la trayectoria del proyectil.

2.1.1. Detrás de los hechos

En tanto la administración de la clínica localiza al Dr. Carlos Loor, el mismo que se encontraba ya en su casa y había terminado de cenar junto a su esposa y estaba listo para descansar. Eran aproximadamente a las 20 horas con 30 minutos cuando repentinamente repica su celular, y al ver que se trataba de una llamada de la Clínica Pichincha contesta rápidamente ante la presunción de una emergencia; seguidamente el Dr. Carrión le presenta el caso clínico haciendo énfasis que se trata de una chica joven, que fue víctima de un asalto, el Dr. Carlos Loor decide sin vacilar acudir al llamado. Mientras conducía camino a la Clínica Carlos Loor desconocía la gravedad real de Justine y jamás imaginaría lo que estaba por acontecer esa fatídica noche.

El Dr. Loor, arriba a la unidad hospitalaria aproximadamente a las 20 horas 46 minutos, y decide producto de su compromiso como médico asumir el caso. Así que inmediatamente pasa a valorar clínicamente a la paciente, para luego solicitar más exámenes complementarios y establece que la extensión de los daños incluye también una lesión a nivel hepático, y presencia de sangre en pulmón izquierdo por lo que prepara a la paciente para ser intervenida quirúrgicamente. Para ello convoca al cuerpo médico de la clínica para planificar a detalle la intervención quirúrgica.

El medico a cargo de la operación fue el Dr. Carlos Loor, Cirujano General, planeaba reparar primero la lesión abdominal y de esa forma parar el sangrado hepático. Dentro del cuerpo médico que lo asistía se encontraba la Dra. María Zurita, médica anestesióloga, quien fue convocada por la Clínica para colaborar en este caso.

2.1.2. La admisión

Ante la gravedad de la situación, Ana la encargada de la admisión de paciente en la institución debía proceder según la normativa administrativa de la clínica para el ingreso o recepción de pacientes; para lo cual necesitaba completar los trámites respectivos que conciernen en estos casos, según la indicación de la misma Dirección Administrativa, la cual exigía la

existencia de un respaldo económico ya sea por un cheque o tarjeta de crédito, que garantice el pago de los servicios de salud ofrecidos.

Ana al solicitar los requisitos más básicos para iniciar la admisión de la paciente se encuentra con varias dificultades: la primera de ella, fue que el vecino que acompañaba a la paciente Justine Mazoyer desconocía la identidad completa de la paciente, y no poseía ningún documento que mostrase sus nombres completos. Ana preguntó si la paciente es beneficiaria de algún seguro; pero el acompañante tampoco tenía conocimiento de esa información.

Ante estas primeras dificultades y siguiendo las indicaciones de la administración para estos casos, Ana solicitó una tarjeta de crédito como respaldo económico para continuar atendiendo a la paciente; de no ser así, ella enfrentaría problemas laborales en el caso que no se pudiera cobrar los servicios brindados y que debido a la gravedad que presentaba la paciente, asumía que los costos podrían ser muy elevados.

Varios de los amigos de Justine se apersonaron en la clínica muy alterados y preocupados por el estado de su amiga, ante ello, Ana nuevamente solicitó información sobre la paciente con la finalidad de que alguno de ellos pudieran proporcionar los datos de filiación; así mismo, Ana volvió a solicitar una tarjeta de crédito que cubra los posibles gastos que se iban a generar, sin embargo, ninguno de ellos contaba con una tarjeta de crédito, ni efectivo que pudieran aportar, por lo que Ana sigue en la búsqueda desesperada de ese requisito; y es entonces que uno de los jóvenes amigos de un compañero de Justine decide llamar a su madre que se encontraba cerca del lugar para que acudiera a la clínica con su tarjeta de crédito personal y de esa forma se pueda concretar el ingreso. A las 21 horas con 50 minutos Ana pudo concretar y finiquitar la admisión; y con ello concluir satisfactoriamente su trabajo. (ver anexo 2)

Al paso de las horas, la incertidumbre y la desesperación era mayor para los amigos de Justine que permanecían en la sala de espera sin tener información alguna por parte del personal médico a cargo de la operación. Sin embargo, Justine fue llevada al quirófano en donde se congregó el cuerpo médico para planificar la operación, destaca información que expone como motivos de la parte acusadora (El Universo, 2013).

2.1.3. El desenlace:

Mientras la Dra. Zurita realizaba la inducción anestésica, Justine realiza una parada cardio-respiratoria la cual logra responder a la administración de fluidos y drogas vasoactivas. El Dr. Carlos Loor por su parte, en el intento de frenar el sangrado hepático trabaja arduamente, sin embargo, la afectación multisistémica hace que nuevamente la inestabilidad hemodinámica empeore la situación dentro del quirófano. Justine realiza múltiples paradas que obligan al Dr. Loor a abrir una ventana pericárdica para realizar un masaje cardíaco directo; es allí, cuando él puede visualizar la presencia de dos agujeros en aurículas y ventrículos que ameritaban reparación con sutura para evitar la exanguinación de la paciente; ante esa complicación el Dr. Loor considera conveniente realizar una toracotomía que permita evaluar y tratar los daños, para lo cual llama de emergencia al Dr. Calle, médico cardiorrácico; quien hasta hace un año era considerado parte del directorio médico de llamada en la Clínica Pichincha, y que fue retirado del directorio medico por orden de la Dirección Administrativa, alegando que el mismo no cumplía con la contribución económica planteada por la Administración.

En ese transcurrir del tiempo, la admisionista sigue indagando sobre los datos filiatorios de Justine, y recibe noticias de que se trata de una profesional geóloga que se encuentra en Ecuador realizando labores en su campo y que cuenta con un seguro internacional, por lo que se comunica con la embajada francesa para notificar la condición de la paciente y por su intermediación se localiza a los familiares de la paciente en Francia.

Entre tanto, El Dr. Calle al ver que es convocado con tanta urgencia y premura por el Dr. Loor, decide acudir al evento. Y arriba a la clínica a las 22 horas con 50 minutos aproximadamente, e inmediatamente evalúa a la paciente, observando que Justine había perdido demasiada sangre lo que la ha llevado a presentar midriasis pupilar, consecuencia de una lesión cerebral secundaria a la hipoxia mantenida por las múltiples paradas cardiacas. El Dr. Calle recalca que, bajo este contexto, había muy poco que realizar en ella; sin embargo, decide suturar las roturas de las paredes cardiacas culminando la reparación a las 23 horas con 00 minutos. “Entre tanto el Dr. Carlos Loor decide seguir reparando el hígado y controlando el sangrado hasta la 01 hora con 15 minutos donde confirma el deceso de la paciente”.

2.1.4. Las reacciones:

La experiencia del Dr. Carlos Loor, no bastó para que la operación de Justine fuera exitosa; y a pesar de haber enfrentado muchas situaciones como la ocurrida esa noche, de batallar con la muerte de sus pacientes durante su larga trayectoria; las circunstancias en que se desarrolló este terrible accidente, lo llenaban de impotencia y socavaban su interior ante la imposibilidad de haberlo dado todo y no conseguir salvarle la vida a esta chica joven, con un futuro prometedor en su carrera, lejos de su país y de sus padres.

Muchos sentimientos encontrados invaden por completo al Dr. Carlos Loor, pero se repone emocionalmente y con una expresión de cansancio en su cara, se dirige a la sala de espera para comunicar la dura noticia a sus amigos y allegados. Justine ha fallecido, y una vez anunciada esta dura noticia el Dr. Loor retorna a su casa.

Sin percatarse de lo que pudiera suceder, el Dr. Carlos Loor arriba a su casa, su esposa lo recibe, atenta observa su estado anímico y le da su respaldo cariñoso para alentarle, antes de que pueda preguntarle qué pasó, él le comenta lo ocurrido y que a pesar de todo el esfuerzo realizado con el cuerpo médico de la Clínica no consiguió salvarla.

Entretanto, los amigos de Justine hacen llegar la fatídica noticia al Cónsul de Francia en Ecuador. Por lo que este último decide hacer acto de presencia rápidamente en la Clínica para obtener información de primera mano de lo acontecido y así poder transmitir la información a sus familiares en Francia y comunicar las condiciones de su deceso.

Ante tan inesperada noticia los familiares Justine Mazoyer se comunican inmediatamente con sus amigos intentando obtener detalles de lo sucedido y lo que ellos denotan es la demora de la atención médica debido a la inexistencia de una tarjeta de crédito o un medio con el que se pudiera garantizar los pagos posteriores. Aunque Justine había sido atendida desde su llegada por los médicos de la Clínica Pichincha, el manejo administrativo en la admisión de Justine era lo que resonaba entre sus allegados y ahora en sus familiares, determinando como una prioridad la presentación de la tarjeta de crédito por sobre la atención de la emergencia.

Entre tanto, el padre de Justine y su cuñado quien era médico neurólogo deciden viajar de inmediato hasta Ecuador para buscar explicaciones ante los penosos acontecimientos. Pero ellos antes de viajar, preguntan a los amigos de Justine que fue lo ocurrido, y con esas indagaciones

consultan a varios médicos franceses expertos en este tipo de casos, los cuales los lleva a considerar que transcurrió demasiado tiempo entre el ingreso de Justine a ese centro de salud y el tiempo en que ella fue llevada a quirófano para la realización de los procedimientos vitales en su caso.

2.1.5. Frente a frente de la crisis:

El Dr. Ríos se encontró frente a una situación inédita en su trayectoria como profesional de gestión sanitaria. Sabía que ya había pasado un tiempo considerable desde el deceso de Justine y la clínica Pichincha no lograba articular una estrategia de comunicación que pudiera hacerle frente a la ya crisis que se venía por un potencial error sanitario. Sabía perfectamente que la crisis estaba por estallar, en especial cuando la familia de Justine y el cuerpo consular se reúnan en el país, y empiece a transcender que tienen severas sospechas de una conducta errónea en la gestión del caso.

Luego de 24 horas antes de que todo haga eclosión, el Dr. Ríos debe desarrollar una estrategia de comunicación que se ponga en marcha lo más pronto posible, pero son más las dudas que las certezas que tiene en el diseño de esa estrategia. ¿Realmente la clínica cometió un error en la gestión del caso? ¿Es un error administrativo, médico, o de naturaleza compartida? ¿Existe un responsable? ¿Quién es el responsable? ¿Se deben presentar disculpas, excusas o explicaciones de la conducta de la clínica? En caso de que sea así, ¿a quién se le presentan las disculpas?, ¿quién debe ser el portavoz dentro de la clínica Pichincha capaz de comunicar los hechos con veracidad?

Todas preguntas dejan sobre el tapete que la crisis por venir transcendía al Dr. Ríos, por lo que en su reflexión buscaba pensar en qué otras personas clave de la clínica debería también recaer la responsabilidad de gestionar la crisis. En este sentido, buscaba rápidamente contar con un informe en donde quedará claramente expuesto, ¿qué se sabe exactamente de la situación? ¿están todos los hechos perfectamente documentados y verificados? Tenía la seguridad que una descripción pormenorizada al interior de la clínica podría ayudar al equipo que debía sortear la crisis.

Ante la inminencia de los hechos el Dr. Ríos decide mover ficha y le comunica al Dr. Carlos Llor la imperiosa necesidad de contar con los servicios de asesoría legal, por lo que le

indica que la clínica contará con su propio asesor legal, y le recomienda que el debiese hacer lo mismo a motu proprio. Desde su punto de vista la clínica contaría con un representante legal para representarla en lo concerniente al proceso administrativo que se estaba ventilando y que estaba bajo su jerarquía, alegando además que el desconocía todo lo ocurrido esa noche en particular pues no recibió notificaciones de los acontecimientos. Por lo que las acciones médicas quedarían bajo la responsabilidad del Dr. Carlos Loor, quien debería defender sus acciones médicas y la toma de decisiones en ese ámbito.

Ya habían transcurrido más de 24 horas de todo este infortunio, y el Dr. Ríos sentía que la crisis sobrevenida, era una especie de huracán que podría arrasar con todo lo hasta ahora dispuesto por la clínica Pichincha, por lo que su reflexión final fue ¿La clínica Pichincha ha respondido lo suficientemente bien a la crisis? ¿Qué debería hacer para evitar una crisis similar en el futuro?



**BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL**

CAPITULO III

3.1. CRISIS INSTITUCIONAL: CASO MAZOYER. NOTA DE ENSEÑANZA

3.1.1. Sinopsis

El caso de la clínica Pichincha narra una situación que la toma por sorpresa y la desborda, dejando en evidencia que su equipo directivo no contaba con una previsión y esquema de actuación claro ante la crisis. Por tanto, es un buen caso para poder exponer los protocolos y las capacidades a desarrollar en momentos imprevisibles y complejos de las instituciones sanitarias. De añadir que la Clínica Pichincha se trataba de una entidad privada ubicada en la ciudad de Quito, ofrecía servicios de atención médica de tercer nivel a la ciudadanía en general.

3.1.2. Desarrollo del proceso legal ante la crisis

Para la fecha del 29 de septiembre del 2009, el padre de Justine junto con su cuñado de apellido Sorvio arribaron a Quito, contratan los servicios del abogado Emiliano Donoso decidiendo iniciar un proceso legal en contra de la Clínica Pichincha con los representantes, el Dr. Carlos Loor y el Dr. Ríos. Para el 17 de mayo del 2013, se estipula la audiencia de formulación de cargos donde la jueza Jomaira Lorences, decidirá si acoge el dictamen acusatorio emitido por el fiscal encargado del caso Pedro Almeida, ante el juzgado décimo tercero de garantías penales de Pichincha que luego de la investigación que este realizo, determina sospechas de irresponsabilidad de los directivos de la clínica indicando que existió presunta mala acción administrativa y medica que impidieron que la paciente Mazoyer sea atendida a tiempo, lo que agravo su cuadro clínico. (ver anexo 3)

El 9 de abril del 2014 , se inicia con la audiencia de juzgamiento contra un directivo de una clínica privada de Quito y un médico, según la acusación fiscal en el resultado de las investigaciones realizadas, se permitió comprobar posible malas administraciones médicas, estas acusaciones distaban del hecho de que la clínica con sus empleados negaban haber solicitado una responsabilidad de pago a los amigos para la atención de la paciente; la parte acusatoria señalaba que demoraron la operación sin causa aparente y que quienes realizaron la intervención quirúrgica no eran especialistas. De indicar que esta audiencia de juzgamiento debía realizarse el

martes 8 de abril y se pospuso para el 14 de mayo del año 2014, posterior a esa resolución se considera un nuevo cambio, adelantándose para el día 21 de abril del mismo año. (ver anexo 4)

Por su parte el Dr. Ríos se defendía mencionando que durante el tiempo transcurrido hasta la fecha de la audiencia de juzgamiento había sido víctima de manipulación y chantaje político, indicando que la paciente Mazoyer había muerto por las graves heridas sufridas por los disparos y no debido a una falta de atención, por no presentar una tarjeta de crédito. El abogado de la parte acusada Roberto Ospino, ratificaba la existencia de 12 peritajes médicos legales y de video en donde se determinaba que no existía tal responsabilidad de su defendido, además indicaba que el Dr. Ríos estaba siendo procesado como representante legal de la Clínica Pichincha y que eso era una brutalidad jurídica. En declaraciones de la parte acusatoria el Ab. Emiliano Donoso, aseguraba que el Dr. Ríos era el autor intelectual de que la institución tuviera instauradas políticas de condicionar la atención a pacientes que no presentaran documentos de sustento económico. (ver anexo 4)

En el año 2014 el tribunal sexto de garantías penales condenó al Dr. Loor a prisión correlacional y pago de siete mil quinientos dólares americanos por el delito de negativa de atención a un paciente y a la Clínica Pichincha al pago de setecientos cincuenta mil dólares como indemnización por la falta de atención médica a la ciudadana francesa (ver anexo 5). Una vez dada la sentencia se movilizan protestas a fuera de la fiscalía en apoyo al Dr. Loor, se suman a esta causa el colegio de médicos de Pichincha solicitando sanción al abogado de la familia Mazoyer. (ver anexo 6).

Para el año 2017 el Dr. Loor es declarado inocente en el caso Mazoyer, luego de 38 días de mantenerse privado de su libertad; por el contrario, el defensor de la familia Mazoyer sostenía que existieron presiones externas para la libertad del doctor en mención y que ellos analizarían que recursos legales les quedan localmente para interponernos, debido a que la víctima era de origen francés también buscarían la posibilidad de anteponer una demanda en tribunales europeos, además el Ab. Donoso concluye que el Dr. Loor, está implicado en el caso no por tratarse de una mala práctica médica, sino por la negativa de atención a una paciente en estado de emergencia, asegurando que no brindaron la atención oportuna sino hasta después que se presentó una tarjeta de crédito, requisito que exigían en la Clínica Pichincha para proceder con la atención que requería la Srta. Mazoyer. (ver anexo 7)

3.1.3. Objetivos de aprendizaje:

Al usar este caso y participar en una discusión en clase sobre sus hechos y problemas clave, los estudiantes podrán:

1. Comprender el concepto de gestión ante la crisis de legitimación en el ámbito de la salud y complementarlo con la teoría situacional de comunicación de crisis (SCCT), junto con el modelo relacional de gestión de crisis.
2. Elaborar estrategia de comunicación y gestión de crisis de legitimación ante probables dificultades legales que puede socavar la imagen empresarial y operativa de una institución prestadora de servicios médicos.
3. Planificar y asegurar las bases de una buena actuación en la comunicación de la crisis de legitimación en el ámbito de la salud.
4. Proponer probables soluciones a nivel administrativo para una adecuada gestión ante una crisis de legitimación en el ámbito de salud.

3.1.4. Uso del Caso

El caso puede ser utilizado en un curso de marketing de servicios sanitarios para explorar una variedad de conceptos de la teoría situacional de comunicación de crisis (SCCT), y del modelo relacional de gestión de crisis. Potencialmente podría usarse en un curso de gestión de la comunicación corporativa o en un curso gestión estratégica de la comunicación en un máster de gestión de la comunicación.

Una situación de crisis que afecte a una institución sanitaria hace referencia a cualquier acontecimiento extraordinario, natural o provocado, previsible o súbito, propio o ajeno, que va a amenazar la imagen y reputación de la organización hospitalaria, y pone en riesgo sus actuaciones futuras, porque afecta a la estabilidad de la organización o a la salud y bienestar de los empleados, de la comunidad o del público en general. Dado que las crisis sanitarias alteran las relaciones internas y externas de la organización afectada, es necesario que esta desarrolle estrategias de comunicación para evitar cualquier daño a su imagen o, de producirse este, minimizarlo e intentar revertirlo como un activo positivo.

De ahí que el caso permitirá a los estudiantes analizar una crisis sobrevenida en un centro hospitalario, su desarrollo y las potenciales formas de abordarla. Por tanto, servirá para ilustrar con gran claridad la importancia de tener elaborado un plan de crisis en las instituciones

sanitarias, sean públicas o privadas. En este sentido, un docente podrá utilizar el caso para mostrar como un plan de crisis puede ayudar a anticipar las posibles situaciones de riesgo y a actuar desde los primeros momentos para contrarrestar los mensajes negativos, liderando la situación desde el centro hospitalario, y no desde una posición reactiva a los hechos.

3.1.5. Análisis

En la gestión de las crisis sanitarias por errores clínicos es fundamental el modo, la actitud con que la institución sanitaria involucrada responde o gestiona comunicacionalmente la crisis. Por tanto, como en todas las crisis, también en las causadas por errores sanitarios ocurridos en las organizaciones de salud, la gestión que esas entidades realicen en su comunicación repercutirá sobre su imagen y reputación, y en el tratamiento que los medios darán a las noticias sobre los hechos que han desencadenado la crisis. En consecuencia, para gestionar eficazmente las crisis que se puedan producir en un futuro, parece conveniente conocer la experiencia de instituciones que se han visto involucradas en crisis corporativas ocasionadas por errores sanitarios o accidentes clínicos que afectaron a la seguridad de los pacientes.

Por tanto, la situación descrita le permitirá al estudiante analizar el desarrollo una crisis hospitalaria, destacando sus principales hitos. En ese sentido, podrá entender en un primer momento la importancia y la necesidad de la gestión de comunicación de crisis en entornos hospitalarios. Asimismo, en la medida que avanza por el caso podrá ir observando cuando se van encendiendo las alarmas de una crisis, para así desarrollar habilidades de gestión en la detección de alertas tempranas y riesgos potenciales asociados a una crisis.

Posteriormente el estudiante tendrá la oportunidad de cara a los hechos sobrevenidos entender la importancia de contar con un plan de comunicación de crisis en hospitales. Por lo que podrá involucrarse en el diseño de un plan de crisis para para la clínica Pichincha, para lo cual deberá tener presente los siguientes objetivos:

1. Definir con precisión los procedimientos de actuación.
2. Asignación de responsabilidades.
3. Establecer los mensajes básicos en comunicación que eviten la confusión.
4. Protección de la credibilidad del centro hospitalario, limitando los daños en reputación de marca.

- Finalizar rápidamente la crisis, evitando la pérdida de confianza de los diversos públicos objetivo que hacen vida en un centro hospitalario.

Finalmente, los alumnos podrán hacer una reflexión posterior a la crisis de la clínica Pichincha. Por tanto, podrán desarrollar un informe de evaluación que permita, por una parte, valorar el trabajo realizado y medir la gestión de la incidencia (positiva o negativa) que pudo tener la clínica Pichincha en la solución de la crisis, y, por otra parte, valorar la cobertura que ha tenido en los medios de comunicación, qué importancia y tratamiento le prestaron al tema, qué medios fueron más sensibles, etc. Con el papel de los medios en la crisis, el estudiante podrá dimensionar el papel de los medios de comunicación en una crisis, y de alguna manera trazar una estrategia para mitigar ese efecto.

3.1.6. Enseñando el Caso (Tiempo de discusión estimada: 90 minutos)

La planificación de la clase del caso pedagógico se desarrollará mediante la técnica ERCA la que facilitará que el docente ejemplifique, garantizando el cumplimiento de los objetivos del aprendizaje. (ver anexo 8)

Pregunta de discusión sugerida para los estudiantes:

Minutos	Tema	
10	1	Inicio de la clase: ¿Cuál podría considerarse como la principal causa que desencadenaría una crisis? ¿Cómo pudo haberse evitado esta situación?
30	2	¿Qué tan bien respondió la clínica Pichincha a la crisis desencadenada con referencia a las cuatro etapas del modelo relacional de gestión de crisis?
30	3	¿Considera que es necesario disponer de un plan de comunicación de crisis para hacer frente a la situación sobrevenida? ¿Cómo podría estructurarse un plan de comunicación de crisis para evitar futuras incidencias? ¿Qué elementos debería tener ese plan?
15	4	¿Cuáles son las acciones que debe realizarse para evitar la crisis?
5	5	A través de la discusión del caso da la Clínica Pichincha, ¿qué es lo que usted aprendió sobre gestión de la comunicación de crisis?

Punto de discusión 1: Apertura de la clase

Para poder desarrollar la clase con los estudiantes, se solicitará la lectura dirigida del caso Justine Mazoyer previo a esto los estudiantes habrán consultado información de fácil acceso desde medios digitales periodísticos y documentos de acceso al público de las instituciones fiscalizadoras que llevaron el caso de análisis.

Una vez realizada la lectura el profesor podrá comenzar la clase formulado la siguiente pregunta: ¿exactamente qué se entiende por gestión de comunicación de crisis?

Esta pregunta prepara la escena e introduce la problemática a la que está atravesando la clínica Pichincha. En este sentido, el profesor podrá apalancarse en la definición de González (1998) en la cual plantea que el término gestión de comunicación de crisis debe ser entendido como:

La capacidad de una organización de reducir o prever los factores de riesgo e incertidumbre respecto al futuro, de forma que se capacite a la misma para asumir de manera rápida y eficaz las operaciones de comunicación necesarias que contribuyan a reducir o eliminar los efectos negativos que una crisis puede provocar sobre su imagen y reputación. (pág. 38)

Luego de una brevísima exposición sobre el tema, podrá pedirles a los estudiantes que enumeren los principales errores encontrados en el caso, y definan ¿Cuál podría considerarse como el de mayor impacto que desencadena la crisis? En el caso son varios los errores que se comenten y que al final desencadenan una crisis sin precedentes en la clínica Pichincha. Sin embargo, más allá de hacer una larga lista, es importante que los alumnos logren evidenciar el error principal y que al final hace que sobre él se acumulen más errores.

En este sentido, el error principal se ubica en la gestión administrativa de la admisión a la clínica. Si bien, la paciente fue ingresada a la unidad de emergencia, no fue hasta que se logró contar con una historia administrativa que los médicos procedieron a aplicar los procedimientos clínicos del caso. Una vez identificado el error principal, se le debe preguntar a los alumnos si consideran que es: ¿Es un error humano, de procedimiento clínico o de procedimiento administrativo? Y si este pudo haberse evitado, que den detalles sobre cómo pudo haberlo hecho la clínica Pichincha.

Estos hechos de la discusión son muy relevantes ya que le permiten al participante de la sesión ir observando cuando se van encendiendo las alarmas de una crisis, para así desarrollar

habilidades de gestión en la detección de alertas tempranas y riesgos potenciales asociados a una crisis.

Punto de discusión 2.

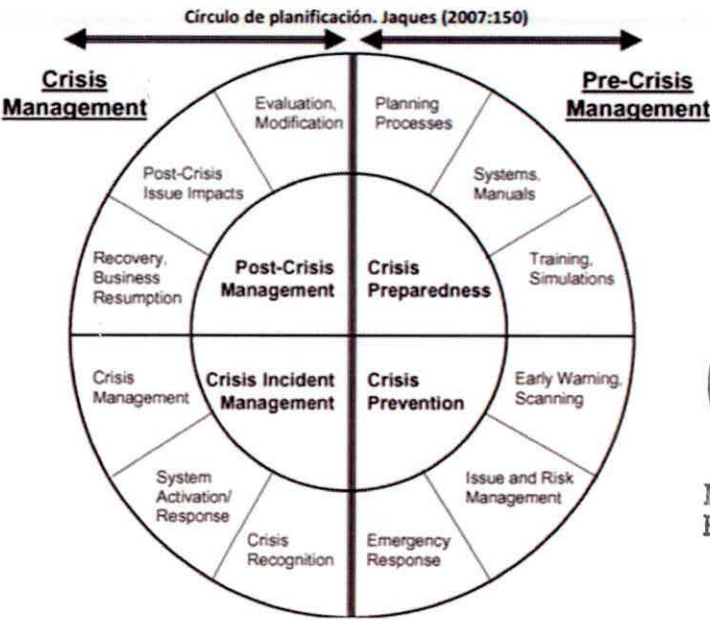
¿Qué tan bien respondió la clínica Pichincha a la crisis desencadenada con referencia a las cuatro etapas del modelo relacional de gestión de crisis?

El marco típico de gestión de crisis identifica tres estadios en la evolución de las Crisis: 1. Fase de Pre-crisis; 2. Fase de Crisis; 3. Fase de Post-crisis. Sin embargo, es un marco muy criticado ya que se afirma que el ciclo de vida de una crisis está medido desde un punto de vista lineal, y el mundo y sus condiciones no muestran ese comportamiento, más bien es muy cambiante, variable e imprevisible.

En ese sentido, sugerimos usar el modelo relacional de gestión de crisis de Jacques propuesto en 2007. Podemos apreciar en este modelo que las divisiones corresponden a distintos modelos de la planificación y trabajo de gestión comunicativa. La esfera se divide en cuatro radios de noventa grados en función de las distintas etapas:

1.- La preparación de Crisis

- Subdividida a su vez en: (a) Procesos de Planificación, (b) Elaboración de Sistemas y Manuales y (c) Entrenamientos y Simulacros.



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

2. Prevención de Crisis, constituida por:

- (a) Alertas tempranas y monitorización del entorno, (b). La Gestión de asuntos y riesgos potenciales, (c) Respuestas de emergencia.

3. Gestión de Crisis:

- (a) Reconocimiento de la Crisis, (b) Sistemas de activación / respuesta y (c) Gestión de la Crisis.

4. Gestión Post Crisis:

- (a) Reanudación y recuperación de negocio, (b) Análisis de Impacto Post-Crisis y (c) Evaluación y Modificación

Por tanto, con base en este marco conceptual los alumnos podrán responder: ¿Qué tan bien respondió la clínica Pichincha a la crisis desencadenada? Para facilitar este aspecto se recomienda que el estudiante extraiga fragmentos del caso dónde considere que corresponde exactamente a las etapas del modelo descrito, y hacer un ejercicio de prospectiva dónde considere que no hay información o no hubo gestión en el caso clínica Pichincha.

Punto de discusión 3.

¿Contaba la clínica Pichincha con un plan de comunicación de crisis para hacer frente a la situación sobrevenida?

Ciertamente la evidencia que refleja el caso deja entrever que no contaban con un plan estructura de comunicación de crisis, por tanto, el profesor debe avanzar hacia la discusión de qué aspectos debería contener un plan de comunicación, y ¿Cómo podría estructurarse un plan de comunicación de crisis para evitar futuras incidencias?



**BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL**

Para avanzar en discusión sobre los aspectos y estructura que debe tener un plan de comunicación de crisis el profesor podrá seguir el esquema que propone Alarcón (2014):



Como se mencionó anteriormente todo plan de gestión de comunicación de crisis debe tener los siguientes objetivos, respecto de lo que señala Alarcón (2014):

- Definir con precisión los procedimientos de actuación.
- Asignación de responsabilidades.
- Determinar los mensajes básicos en comunicación que eviten la confusión.
- Protección de la credibilidad del centro hospitalario, limitando los daños en reputación de marca.
- Finalizar rápidamente la crisis, evitando la pérdida de confianza de los diversos públicos objetivo que hacen vida en un centro hospitalario.

Con estos objetivos en mente, podrá ir avanzando en la discusión del esquema de un plan de crisis para hospitales:

3.1.7. Etapa Investigación:

El primer paso del plan de crisis es realizar una rápida auditoría, un inventario de las situaciones de riesgo a las que está expuesta la organización sanitaria con relación a sus diferentes públicos, y según el nivel que pueda tener la crisis.

Situaciones de nivel bajo:

- Existe el riesgo de crisis que puede ser contenido por la organización sanitaria
- No se espera que tenga repercusión pública
- El riesgo no afecta al paciente
- Afecta sólo a un departamento o servicio del hospital
- No hay necesidad de convocar al comité de crisis
- Normalmente la solución está al alcance del director del hospital o jefe de área

Situaciones de nivel medio:

- Existe la crisis, pero se ha detectado a tiempo
- Poco probable que haya repercusión pública
- Afecta a varios departamentos o servicios del hospital
- Posterior al informe inicial se valora convocar o no al comité de crisis

Situaciones de nivel alto:

- Situación con potenciales problemas para la organización sanitaria
- Provocan alta repercusión en audiencias externas como medios de comunicación, autoridades, sociedad en general.
- Afecta a toda la organización
- Es necesario convocar al comité de crisis para definir el camino de actuación frente a la crisis

3.1.8. Etapa manual de crisis:

El manual de crisis es el documento base para la buena gestión de una situación de crisis, fruto del proceso de investigación anterior. En él se recogen los mensajes básicos a compartir a partir de los cuales se desarrollan los materiales de comunicación que dan respuesta a la crisis.

Los mensajes básicos deben ser: breves, simples y concretos, articulados, comprensibles para la mayoría, con frases cortas (pensando en titulares), y, en definitiva, deben contener las principales ideas del tema para afrontar la crisis. Los mensajes básicos deben responder a las 3 preguntas:

- a. Qué sucedió?
- b. Por qué?

c. Qué está haciendo la organización hospitalaria al respecto?

Este documento debe contener el mayor número posible de variables de riesgo, pero con un contenido práctico, y debe distribuirse dentro de todos los miembros del comité crisis, así como dentro de las personas clave dentro de la organización. El manual debe dar cobertura a los siguientes aspectos:

- Listado de todas las crisis que pueden afectar a la organización sanitaria
- Antecedentes de otras crisis que haya tenido el hospital u otros hospitales cercanos al nuestro.
- Miembros del comité de crisis, con los datos completos de contacto, así como de otras personas clave del hospital.
- Base de datos actualizada y completa de las personas e instituciones que habrá que contactar en primera instancia dependiendo del tipo de incidente.
- Modelos de comunicados de prensa y emails corporativos preparados para ser enviados externa/internamente lo más rápido posible.
- Recomendaciones para el encuentro del portavoz con los medios de comunicación.

3.1.9. Etapa comité de crisis:

El comité de crisis es el organismo responsable de ejecutar el plan de acción y de gestionar la comunicación en situaciones de crisis. La siguiente guía puede ilustrar la discusión de manera eficiente con los estudiantes:



Fuente: Elaborado por Juan Bustamante.

Las primeras preguntas que debe hacerse el comité de crisis son:

- ¿Qué sabemos de la situación? ¿Sobre qué hechos estamos seguros y se ha podido verificar? ¿Son fiables nuestras fuentes de información? (Las situaciones de crisis suelen llegar llenas de rumores y especulaciones)
- ¿Está la reputación del hospital en peligro? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué escenario podría desencadenarse? ¿se puede arreglar sin que trascienda?
- Si es imposible evitar que trascienda, ¿qué queremos que se sepa? ¿a qué público queremos llegar? ¿Cómo lo comunicamos?

En este punto es importante que el docente haga énfasis en las estrategias de comunicación a seguir, y cuales evitar, referente a los descrito por Calvo-Calvo (2016):

- 1) Una buena práctica en comunicación de crisis es “aceptar la incertidumbre” o provisionalidad de lo que se conoce sobre lo ocurrido. Sin culpabilizar a nadie, los gestores deben contar al público lo que conocen, admitir lo que desconocen y explicar qué harán para obtener información adicional, y todo ello asumiendo la parte de responsabilidad que pertenece a las instituciones en los hechos.
- 2) Evitar usar la estrategia de la atribución de la responsabilidad de las crisis: Culpabilizar a otros es una estrategia de negación de responsabilidad en los hechos, en su variante de “transferencia de la culpa” o transferencia de la responsabilidad de los hechos. A esta estrategia, se le denomina “negación de voluntad” y según la SCCT, es una respuesta de “distancia”, pues los hospitales pretenden distanciarse de la crisis, mostrar que no hay relación entre ellos y los errores.
- 3) El error más común en la gestión de una crisis suele ser buscar culpables en lugar de buscar la verdad, y esto es lo que genera errores en el inicio del manejo de la crisis, pues buscando o castigando al “culpable” no se soluciona las crisis o se evita errores de consecuencias dramáticas. A ello se lo llama también “política de fusibles”, cuando se prioriza salvar la integridad y reputación de la institución a costa de “quemar” a un empleado.

- 4) Igual ocurre cuando para referirse públicamente al error se emplearon calificativos como “suceso lamentable”, “inaceptable” o “una tragedia”, pues son expresiones que pueden propiciar que algunos públicos respondan negativamente y aumenten el daño a la imagen de las instituciones. Para “comunicar con compasión” se debe considerar cuál será la respuesta emotiva del público ante los mensajes que se emitirán, para evitar parecer cruel y minimizar el daño que pueden causar los mensajes que despiertan sentimientos negativos.
- 5) Evitar el silencio. El silencio puede ser interpretado como una huida o que el hospital es culpable, y obliga a los periodistas a buscar rápidamente otras fuentes de información, que pueden ser poco apropiadas para los intereses del hospital y que éste no controlará.
- 6) La regla de oro en comunicación en crisis: dilo y dilo rápido Una respuesta rápida con información veraz y explicaciones claras ayudará a desactivar la crisis. Hay que explicar qué ha ocurrido con transparencia, admitir errores si los hay, y pedir disculpas, con una actitud de comunicación constante, escuchando los que se dice de nosotros para dar respuestas aportando soluciones.

Muy importante, no olvidar la comunicación interna, para evitar que los profesionales del hospital se enteren de la crisis por la prensa.

3.1.9. Etapa de preparación de la crisis:

- Es conveniente que las organizaciones sanitarias inviertan recursos en un entrenamiento básico que le permitirá enfrentarse mejor a la situación de crisis. Este entrenamiento debe incluir:
 - Simulacros de situaciones de crisis
 - Encuentros con los medios de comunicación
 - Formación de portavoces
 - Comunicación con un público hostil
 - Análisis de posibles preguntas y respuestas.

Punto de discusión 4.



**BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL**

Brevemente discuta sobre la gestión realizada por el Dr. Ríos y su incidencia en la crisis, así como también valore el rol desempeñado por los medios de comunicación. Pida realizar un informe de evaluación que contemple ambas perspectivas.

Algunas preguntas de reflexión que pueden ayudar en la construcción del informe de evaluación:

- ¿La crisis se podría prevenir?
- ¿Qué se debe hacer en el futuro para que una situación similar no llegue hasta el punto de crisis?
- ¿Hubo una respuesta inicial? ¿Fue suficiente la respuesta inicial? ¿se emitió en el momento adecuado?
- ¿Se ha gestionado satisfactoriamente el incidente?
- ¿Se ha dado información suficiente para explicar lo sucedido?
- ¿El suceso ha finalizado?
- ¿Los efectos y/o daños han sido evaluados?
- Ya que hubo una víctima fatal, ¿sus familiares han sido debidamente atendidos y tienen un seguimiento?
- ¿Ha disminuido la presión periodística?
- ¿Cómo funcionar los canales de comunicación de la clínica?
- ¿Es necesario un plan de reposicionamiento de la clínica para el relanzamiento de la imagen corporativa ante todos sus públicos?

Sobre la base de estas respuestas, y ya sobre la discusión avanzada del caso, el alumno estará en capacidad de responder a las dos grandes interrogantes del caso:

- ¿La clínica Pichincha ha respondido lo suficientemente bien a la crisis?
- ¿Qué debería hacer para evitar una crisis similar en el futuro?

Punto de discusión 5.

¿Contaba la clínica con una Gestión Clínico- Administrativa y un Liderazgo organizacional para poder afrontar un problema organizacional de esa índole?

Los hechos acontecidos esa noche dejaron al descubierto que la Clínica carecía de una buena planificación estratégica, que el desempeño de la Gerencia General operaba de manera escueta, que la gestión Administrativa y el Liderazgo organizacional carecían de lineamientos estratégicos; desde esa premisa, el profesor debe avanzar hacia la discusión de qué aspectos debería contener un Modelo de Gestión Clínico-Administrativa; todo ello con la finalidad de eliminar modelos gerencialitas que fueron desarrollados por las instituciones hospitalarias a través de contrato de programas o contrato de gestión. Cabe destacar que la gestión clínico-administrativa debe incorporar una filosofía de gestión empresarial como gestión por proceso o gestión por competencia, que generen un marco de acción coherente para producir mecanismos de incentivos y alejarse progresivamente de los modelos burocráticos de producción de servicios sanitarios de mala calidad y que llevan a estas instituciones hospitalarias de salud a tener conflictos tal como el presentado anteriormente.

En este sentido, se debe esbozar como debe ser el Modelo de Gestión Clínico-Administrativa que debe tener una institución hospitalaria para que puedan manejar una crisis como la producida en la Clínica Pichincha. De tal forma, destacar el modelo organizativo interno de la clínica de tipo burocrático weberiano, en este modelo predomina actualmente en muchas organizaciones clínicas del país; el modelo ubicaba al director médico en la cúspide de la organización, mientras que la base de la pirámide hospitalaria la ocupaban los operadores de servicios clínicos que son los que brindarían a los pacientes la atención administrativa primaria y ejecutan las acciones que son emitidas desde la cúspides, gran parte de las instituciones hospitalarias se caracterizan por una fuerte integración entre la financiación y producción o provisión de servicios de salud la cual prevalece por encima del servicio que se debe prestar a los pacientes.

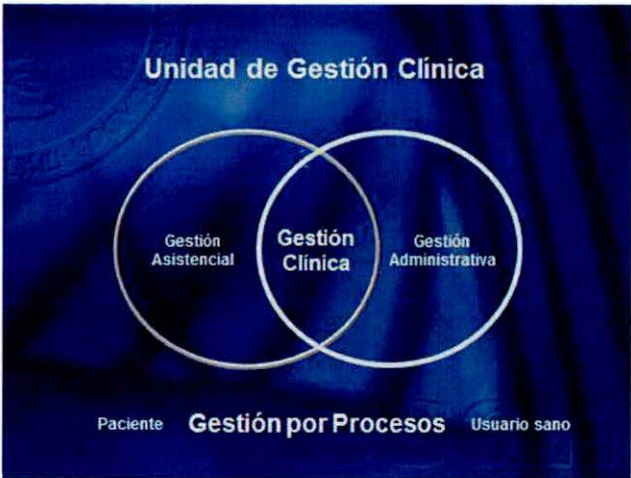
En este marco tecnocrático, marcado por la privatización y financiación en la prestación de los servicios de salud se le dan herramientas al sector privado para que compita en la provisión y venta de servicios de salud. Las instituciones hospitalarias se convierten entonces en entidades con autonomía propia, administrativa y presupuestaria, regidas por el derecho privado. Su financiamiento va a depender de la venta de servicios de salud. El Estado pasa a ser solo regulador del sistema y a ejercer la inspección, vigilancia y control del sistema de salud.

Partiendo de lo expuesto; se pretende la búsqueda de una definición teórica u operativa, señalando que la gestión clínica implica administrar el conflicto de dos subculturas del modelo organizacional muy diferentes.

Definimos la gestión clínica como la estrategia que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente (Cárdenas, 2017). Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control del gasto.

Entonces la gestión clínica, más que un modelo de administración de nuestros servicios de salud, considera un real cambio de actitud no solo del personal administrativo sino de todo el personal asistencial, que deberá asumir el liderazgo de las tareas administrativas garantizando el logro de los objetivos de la institución. Para ello tendrá como eje de todas las actividades médicas y administrativas al paciente que acude a solicitar nuestra atención.

Por lo tanto, necesitamos que el personal de salud se capacite y desarrolle un conjunto de competencias administrativas y que maneje una caja de herramientas que posibilite que la implementación de este modelo de gestión tenga éxito y pueda sostenerse en el tiempo.



Todo lo antes mencionado corre en paralelo al hecho de que las decisiones clínicas, tomadas en torno al paciente, se deberán formular con la participación de los profesionales de la gestión. Pero esto se convierte en una potencial fuente de conflicto que hay que saber administrar.

Es necesario, entonces, que ambos grupos humanos pertenecientes a subculturas organizacionales diferentes, la asistencial y la administrativa, se conozcan y aprendan a trabajar en equipo: administren el conflicto y mejoren sus relaciones interpersonales teniendo como objetivo la satisfacción de las necesidades de los pacientes entregando servicios de salud de calidad, minimizando y controlando los riesgos propios a la prestación del servicio.

Por ello se deberá potenciar el desarrollo de competencias blandas al lado de las competencias técnicas derivadas de la definición antes mencionada: gestión por procesos, toma de decisiones basadas en evidencias, trabajo en equipo, Introducción a la economía de la salud, contabilidad, finanzas básicas y uso intensivo de tecnología médica y TIC.

Sobre la base de lo expuesto, y ya sobre la discusión avanzada del caso, el alumno estará en capacidad de responder a las siguientes interrogantes del caso:

- ¿Cuál fue el fallo administrativo que produjo el problema?
- ¿Cree usted que quien demoró la actuación de los médicos fue el modelo de gestión administrativo implementado en la admisión?
- ¿Qué cambios administrativos se deberían realizar?
- ¿Cuál sería el modelo Clínico-Administrativo y el liderazgo gerencial que debió prevalecer en la clínica para que la misma no sufriera el caos ocurrido?

7.- Punto de discusión 6: cierre de la clase

A través de la discusión del caso de la Clínica Pichincha, ¿qué es lo que usted aprendió sobre gestión de la comunicación de crisis?

Al final del caso el estudiante estará en capacidad de dimensionar el impacto de las crisis sanitarias, y así comprender el efecto que éstas pueden tener producto de una gestión inadecuada en las organizaciones sanitarias.

A modo de reflexión final, el profesor podrá puntualizar que el caso deja evidencia de que las organizaciones sanitarias que no cuentan con un plan de crisis suelen optar por el silencio como estrategia. Esperar a que la crisis se resuelva sola con el paso del tiempo o reaccionar sin estar preparado cuando estalla la crisis para tratar de resolverla entonces de la mejor manera posible asumiendo una posición reactiva. En estos casos suelen utilizar una “estrategia” de comunicación de atribución de la responsabilidad de las crisis a otros.

Estos suelen ser los 3 grandes errores en la gestión de comunicación de una crisis hospitalaria, y que al final suelen tener un impacto muy negativo en la reputación de la organización sanitaria. Por tanto, con la preparación necesaria en un plan de gestión de crisis, una organización sanitaria puede estar mejor preparada para afrontar los grandes retos que significa gestionar una crisis actual, así como las que están por venir.



BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, A. (2014). *La gestión de crisis en las empresas de salud ¿cómo comunicar lo ocurrido?* Marketing sanitario: evolución-revolución.
- Brenner, P., Nercelles, P., Pohlenz, M., & Otaíza, F. (2003). Costo de las infecciones intrahospitalarias en hospitales chilenos de alta y mediana complejidad. *Revista Chilena de Infectología*, 20(4), 285-290. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/rci/v20n4/art10.pdf>
- Calvo-Calvo, M. (2016). La comunicación de crisis en errores sanitarios: reflexiones sobre las estrategias institucionales. *Index de Enfermería*, 24(3), 161-165. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Cárdenas, E. (2017). *Universidad de ESAN*. Recuperado el 2021, de Universidad de ESAN: <https://www.esan.edu.pe/sala-de-prensa/2017/10/24/Art%C3%ADculo%20Gesti%C3%B3n%20Cl%C3%ADnica%20del%20prof.%20Enrique%20C%C3%A1rdenas%20%282%29.jpg>
- El Universo. (17 de 05 de 2013). Fiscalía acusa a directivos de clínica por muerte de francesa Charlotte Mazoyer. *El Universo*. Obtenido de <https://www.eluniverso.com/noticias/2013/05/17/nota/933231/fiscalia-acusa-directivos-clinica-muerte-francesa-charlotte-mazoyer/>
- Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panama Salud Pública*, 11(5/6), 327-334. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/327-334/es>
- Gonzalez , A. (1998). *Marketing precentivo: la comunicacion de crisis en la empresa*. Bosch.
- González- Cavero, J., Arévalo, J., & Lorente, J. (2000). Traslado secundario del paciente. *Emergencias*, 12, 340-344.

- Grupo El Comercio. (21 de 04 de 2014). El Comercio. *Caso de la vulcanóloga francesa Charlotte Mazoyer, en etapa decisiva*. Obtenido de <https://www.elcomercio.com/actualidad/seguridad/caso-de-vulcanologa-francesa-charlotte.html>
- Jacques, T. (2007). Issue management and crisis management: An integrated, non-linear, relational construct. *Public Relations Review*, 2(147-157), 33.
- Lopez, A. (1997). *Iniciación al análisis de casos, una metodología activa de aprendizaje en grupo*. Bilbao, España: Mensajero S. A.
- Marín, F. (2005). Gestión técnica y de la comunicación en situaciones especiales. Crisis, emergencias y negociación. *Communication and Society*, 19(2), 206. Obtenido de <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/57023/1/37084-103090-1-PB.pdf>
- Martínez, A., & Musito, G. (1994). *El estudio de casos para profesionales de la Acción Social*. España: Narcea.
- Piñuel, J. (1997). *Teoría de la comunicación y gestión de las organizaciones*. España: Síntesis.
- Plan V. (01 de 02 de 2017). Plan V. *Caso Mazoyer: una noche fatal, siete años de via crucis*. Obtenido de <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/caso-mazoyer-una-noche-fatal-siete-anos-crucis>
- Ramírez, M., Rivas, E., & Cardona, C. (2019). La metodología de estudio de caso como método docente. *Revista Espacio*, 40(17), 16.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 2021, de Diccionario de la lengua española: <https://www.rae.es/drae2001/crisis>
- Segredo, A. (2009). Caracterización del Sistema de Dirección en la Atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(4), 78-109. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n4/spu09409.pdf>

ANEXOS



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

Anexo 1

Curriculum del médico acusado en el caso Mazoyer



Dr. Carlos López Ayala

Cirugía General Laparoscópica – Oncológica



Email
clopeza@hotmail.com



290 4616
290 0439



Consultorio 502 B Veintimilla
E3-84 y Av. 9 de Octubre

PERFIL

Profesional de la Medicina, altamente capacitado para la atención de los pacientes, con un conocimiento equilibrado en profundidad y extensión, proporcionando una atención integral, con amplia experiencia en cirugías de páncreas, hígado y vías biliares.

50 cirugías al año páncreas, más de 168 casos de cirugía pancreática

100 cirugías entre vía biliar y vesícula por año

Más de 57 cirugías de reparación de vías biliares

20 operaciones de hígado al año, con más de 60 procedimientos realizados

124 cirugías de whipple

DATOS ACADÉMICOS

BACHILLER EN HHMM

QUÍMICO BIÓLOGO
(1979)

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
(2005 - 2011)

ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL

HCAM - UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
(1992).



EXPERIENCIA LABORAL

- AYUDANTE DE CÁTEDRA DE ANATOMÍA 1981 – 1985 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 - INTERNO ROTATIVO HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN 1985-1986
 - MÉDICO RURAL QUISAPINCHA – TUNGURAHUA 1986-1987
 - MÉDICO RESIDENTE 1987 – 1991
 - CIRUJANO HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN 1992-1999
 - CIRUJANO HOSPITAL CLÍNICAS PICHINCHA 1992- ACTUALIDAD
 - SUBDIRECTOR MÉDICO HOSPITAL DE CLÍNICAS PICHINCHA 2001-2005
 - DIRECTOR ACADÉMICO POSTGRADOS UNIVERSIDAD DE LOJA – CLÍNICA PICHINCHA DESDE 1998
 - CIRUJANO DEL HOSPITAL CLAUDIO BENATTI, ZUMBAHUA, COTOPAXI
 - CIRUJANO HOSPITAL DE LOS VALLES 2008 – ACTUALIDAD
 - CIRUJANO TRATANTE HECAM MAYO 2013 – ACTUALIDAD
 - JEFE DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL 2018 – 2019 HECAM
-

EXPERIENCIA DOCENTE

- AYUDANTE DE CÁTEDRA DE ANATOMÍA NORMAL ESCUELAS DE MEDICINA (1981-85) Y ENFERMERÍA (1983-85)
- AYUDANTE DE RADIOLOGÍA 1981-82
- PROFESOR DE CIRUGÍA DESDE 1998. UNL-CLÍNICA PICHINCHA
- PROFESOR DE SEMIOLOGÍA Y CIRUGÍA DESDE 2007. UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
- INSTRUCTOR DEL CURSO DE ATENCIÓN AVANZADO EN SOPORTE VITAL EN TRAUMA DESDE 2006
- PROFESOR DE ANATOMÍA 2013 UNIVERSIDAD TÉCNICA EQUINOCCIAL
- COORDINADOR DE INTERNADO ROTATIVO EN AREAS DE CIRUGÍA UIE DESDE 2013
- PROFESOR DE POSTGRADO DE CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR DESDE 2019
- PROFESOR DEL POSTGRADO DE GASTROENTEROLOGÍA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR DESDE EL 2017



SOCIEDADES CIENTÍFICAS

- MIEMBRO FUNDADOR DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA. SECLAP
 - MIEMBRO FUNDADOR DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA ALACE
 - MIEMBRO DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA DE CIRUGÍA. SEC.
 - MIEMBRO DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA DE NUTRICIÓN PARENTERAL Y ENTERAL. SENPE
 - MIEMBRO DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA DEL TRAUMA. SET. ATLS INSTRUCTOR.
 - MIEMBRO DE LA SOCIEDAD PANAMERICANA DEL TRAUMA. SPT
 - MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE NUTRICIÓN CLÍNICA. ASPEN
 - MIEMBRO DEL COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS
 - MIEMBRO DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE CIRUGÍA HEPATOBILIO-PANCREÁTICA
 - MIEMBRO DE LA COMUNIDAD DE CIRUGÍA ROBÓTICA DESDE FEB 2019
-

DIGNIDADES

- EX-PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ECUATORINA DE NUTRICIÓN PARENTERAL Y ENTERAL 1999-2001
- VICEPRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA DEL TRAUMA 2002-2003
- VOCAL PRINCIPAL DEL DIRECTORIO DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS PICHINCHA 2008 - 2013
- SUBDIRECTOR MÉDICO HOSPITAL DE CLÍNICAS PICHINCHA 2001-2005
- VOCAL PRINCIPAL SOCIEDAD ECUATORIANA DE CIRUGÍA 2010-2013
- VICEPRESIDENTE SOCIEDAD ECUATORIANA DE CIRUGIA 2013 2014
- PRESIDENTE SOCIEDAD ECUATORIANA DE CIRUGÍA-PICHINCHA, 2014 - 2015 / 2015 - 2016
- SECRETARIO EJECUTIVO NACIONAL DE LA SEC DESDE 2017 HASTA LA ACTUALIDAD



Anexo 2

Documentos que evidencian los procesos de admisión de la Clínica Pichincha, junto con el documento publicado por la fiscalía en la que el perito Williams Gallegos da su testimonio.

CONTRATO DE ADMISION AL CENTRO MEDICO QUIRURGICO PICHINCHA S.A. 00099 134

Entre el Centro Médico Quirúrgico Pichincha S.A., parte al cual en adelante se le denominará "La Clínica" y el (la) Sr. (a) _____, parte a la cual en adelante se llamará "Contratante" en su calidad de:

a. Representante de la Compañía b. Padre del paciente menor de edad () c. Cónyuge del Paciente () d. Por sus propios derechos () celebran el presente contrato, de conformidad con las siguientes cláusulas aquí estipuladas

CLAUSULA PRIMERA: Objeto del Contrato.- El objeto del presente contrato es admitir al Paciente, cuyos datos constan en la cláusula segunda, para prestarle los servicios hospitalarios que sean necesarios, de conformidad con las instrucciones del médico o médicos tratantes del Centro Médico Pichincha S.A.

CLAUSULA SEGUNDA: Datos del Paciente"

PACIENTE N°	FECHA	HORA	HB. CAMA	TIPO	SERVICIO-SECCION	MED. N°	CLS. FIN	RELACION
77679	2009/09/12	21:13	218A	6	QUIRURGICO	813		REF
APELLIDOS		NOMBRES		C. I. PACIENTE		EDAD	FECHA	SEXO E.C.
MAZA YES CHARLOTTE				400670121		27	0000/00/00	F S
DIRECCION DEL PACIENTE				TELEFONO		CIUDAD / LUGAR		
						- 1399 -		
LUGAR DE TRABAJO DEL PACIENTE				TELEFONO		CIUDAD		
NOMBRE DEL FAMILIAR O PERSONA MAS CERCANA				PARENTESCO - RELACION				
SRA. LETICIA POZO				AMIGA				
DIRECCION DEL FAMILIAR MAS CERCANO				TELEFONO		CIUDAD		
NOMBRE DEL GARANTE				GARANTE N°		C. I. DE GARANTE		MONTO GARA
SRA. LETICIA POZO						0400670121		
DIRECCION DEL GARANTE				TIPO		TELEFONO		CIUDAD
POLIZA N°	NOMBRE DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA				MONTO COBERTURA		TEL. UNO	
CONTRATO N°	NOMBRE DE LA COMPAÑIA				MONTO COBERTURA		TELEFONO	
DIAGNOSTICO - MOTIVO INGRESO				FECHA		ALERGIAS		TIPO DE SANGRE
								R/H
FORMA DE PAGO				MEDICO REFERENTE				
OBSERVACIONES								ADMISIONISTA

INGRESADO POR:

POZO NICOLAS DE MARTIN

CLAUSULA TERCERA: Obligación y formas de pago.- El Contratante, se obliga a cancelar la totalidad de rubros y facturas por concepto de los servicios médicos que se presten al paciente, así como todos los insumos, medicamentos, inquiridos y demás atenciones que le provea la clínica durante su permanencia en la misma, de acuerdo a las tarifas y tablas de honorarios médicos que se le presenten. Dichos rubros y servicios, deberán ser cancelados al momento que la clínica presente al contratante las facturas y descargos respectivos, previa a la salida del paciente de las instalaciones de la clínica.

El contratante, expresamente declara que se somete al pago inmediato de las facturas y gastos que la clínica le presente al momento del alta, facultando a la Clínica la ejecución inmediata de la garantía a la que hace relación la cláusula cuarta del presente contrato en caso de no efectuarse el pago.

En caso de que las obligaciones no sean canceladas oportunamente por el contratante, este reconoce y se somete al pago de todos los gastos judiciales y extrajudiciales que demande dicha cobranza, incluyendo los honorarios profesionales de los abogados de la clínica. Se compromete además a reconocer y cancelar a favor de la Clínica el pago máximo de intereses compensatorio por todo el tiempo que se encuentre en mora.

El contratante igualmente reconoce que los profesionales en medicina que han proporcionado sus servicios a favor del paciente, no tienen relación de dependencia alguna con la clínica y por tanto los honorarios profesionales que estos facturen deben ser cancelados en forma adicional e independiente a los servicios prestados por la clínica.

El contratante autoriza a CENMEP S.A. a compartir con los buros de crédito legalmente constituidos toda información crediticia que se genere de su relación con dicho centro de salud por los servicios médicos, de diagnóstico y hospitalarios contratados.

CLAUSULA CUARTA: Garantías.- El contratante, a fin de garantizar el oportuno pago de las obligaciones expresadas en la cláusula que precede, hace entrega por valor en garantía a favor de la clínica, lo siguiente:

Cheque:

Voucher:

Garantía Bancaria:

Prenda:

Hipoteca:

ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA
DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS
ARCHIVOS DE CENMEP S.A.

El contratante, expresamente asume los cargos y gastos que se le presenten en caso de que la garantía que otorga, deba instrumentarse mediante las formas establecidas y autorizadas.

Una vez efectuados los pagos a favor de la Clínica, esta procederá a la devolución de la garantía.

Igualmente, como garante solidario de las obligaciones asumidas por el contratante, el señor (a) _____, por sus propios y personales derechos, se constituye como tal, reconociendo que puede ser conminado y requerido en cualquier tiempo y orden a la total cancelación de las obligaciones expresadas en el presente contrato y las facturas que la clínica emita.

CLAUSULA QUINTA: Condiciones Generales.- El contratante, expresamente se somete a todos y cada una de las condiciones generales de admisión expresadas al reverso del presente contrato y que forma parte integral y habitante del mismo, con conocimiento que su incumplimiento a estas puede causar el pago de penalidades o ejecución de la garantía expresada en la cláusula que precede.

CLAUSULA SEXTA: Controversias.- En caso de suscitarse cualquier tipo de controversia que se derive del presente contrato, las partes expresamente renuncian lugar y domicilio, sometiéndose a juicio ejecutivo o verbal suario a elección de la Clínica.

No obstante, las partes amparadas en su facultad y derecho a transigir y en caso que la Clínica así lo creyere conveniente y no se hubiere iniciado acción judicial alguna podrán solicitar el trámite de mediación, ante el centro especializado de la Cámara de Comercio del Distrito Metropolitano de Quito.

Las partes, aceptan y se someten al cumplimiento de la totalidad de cláusulas que preceden y sus anexos integrantes, dándoles a los mismos la calidad de Título Ejecutivo como documento o convenio reconocido judicialmente, para lo cual expresan dicha aceptación con sus firmas en tres documentos de idéntico valor y sentido, comprometiéndose en el mismo a reconocer firma y rubrica ante uno de los Señores Jueces de lo Civil de Pichincha.

En el Distrito Metropolitano de Quito, a los _____

La Clínica

El Contratante

El Garante Solidario

Debo (emos) y pagaré (mos) de la fecha en _____, días fijos, en esta ciudad o en el lugar en que se reconvenga a la orden del CENTRO MEDICO QUIRURGICO PICHINCHA CENMEP S.A., la cantidad de _____ esta cantidad me (nos) obligo (amos) a pagar el interés del _____ % anual desde el vencimiento hasta la completa cancelación y en este caso de mora, a pagar todos los gastos judiciales y extrajudiciales que ocasione el cobro bastando para determinar el monto de tales gastos la sola afirmación del CENTRO MEDICO QUIRURGICO PICHINCHA CENMEP S.A.
Al fiel cumplimiento de lo acordado me (nos) _____ obligo (amos) con todos los bienes presentes, y futuros que poseo (emos) y que llegare (mos) a poseer, y además renuncio (amos) domicilio y toda Ley o excepción que pudiere favorecerme (nos) en juicio o fuera de el. Renuncio (amos) también el derecho a interponer recurso de apelación y el hecho de las providencias que se expidieren en el juicio o juicios a que diere lugar, se estipulo (amos) que el tenedor del presente Pagaré no podrá ser obligado a recibir el pago por partes ni aún por mis herederos o sucesores. Sin Protesto.
Exímese de presentación para el pago y de avisos por falta de pago.

Quito, a _____ de _____ de _____

Nombre o Razón Social
RUC. / CC.

Vence el _____ de _____ de _____
VISTO-BUENO

_____ fecha ut-supra

C.I. # 0400670121

Por aval garantizo (amos) solidariamente y en los mismos términos que anteceden el cumplimiento de todas las obligaciones constantes en este pagaré. Este aval lo doy (amos) por cuenta del (de los) suscriptor (es). Renuncio (amos) a los mismos jueces y trámite mencionados por el (los) suscriptor (es). Renuncio (amos) a los beneficios de orden, excusión y división de bienes. Sin protesto. Exímese de presentación para el pago y de avisos por falta de pago. Quedo sometido a los jueces competentes de la Ciudad de Quito o a los que elija el CENTRO MEDICO QUIRURGICO PICHINCHA CENMEP S.A. -

Quito, a _____ de _____ de _____

Nombre o Razón Social
RUC. / CC.

DEUDOR

VISTO-BUENO

DEUDOR

Por aval:
Fecha ut Supra

GARANTE

ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA
DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS
ARCHIVOS DE CENMEP S.A.

CONTRATANTE

FIRMA AUTORIZADA

- 1.- ATENCION DE ENFERMERIA.- La Clinica proporciona cuidados de Enfermería dentro de parámetros optimos de atención. Sin embargo, si el paciente o sus familiares requieren los servicios de un miembro del personal de Enfermería en forma exclusiva, a solicitud de los interesados, La Clinica proporcionará estos servicios a través del Departamento de Enfermería, a costo del paciente o del Contratante.
- 2.- RESPONSABILIDAD MEDICA Y QUIRURGICA.- El paciente estará en todo momento bajo la responsabilidad directa de su médico tratante; por tal razón La Clinica no se hace responsable por las informaciones o instrucciones impartidas por dicho Médico. El Contratante autoriza que se realicen al paciente todos los procedimientos clínicos, quirúrgicos, exámenes de Laboratorio, imagen, otros de diagnóstico, Anestesia y Tratamiento médico sean estos Generales o especiales, que ordene el Médico Tratante.
- 3.- EXPEDIENTES CLINICOS.- La Clinica puede entregar una copia de parte o de la totalidad del Expediente clínico del paciente o cualquier persona, corporación, miembro de familia o empleador del paciente, siempre y cuando exista una autorización escrita emitida por el o su representante. Asimismo, entregará estos documentos, de ser requeridos para procedimientos judiciales cuando la autoridad competente lo ordenare legalmente.
- 4.- VALORES PERSONALES.- La Clinica mantiene una caja de valores para el cuidado de dinero y de los objetos de valor de los pacientes, por los cuales se responsabilizará siempre que éstos le sean entregados para su custodia. Para este efecto firmará un documento separado. La Clinica no se responsabiliza por la pérdida o los daños que pueden sufrir las pertenencias de los pacientes que no le hayan sido expresamente entregados a custodia.
- 5.- FILMACIONES Y FOTOGRAFIAS.- La filmación, toma de fotografías de procedimientos médicos o quirúrgicos y el uso de éstas para fines científicos, educacionales o de investigación, deberán ser autorizadas por escrito por el paciente, su representante, o por el Contratante.
- 6.- REGLAMENTO DE VISITAS, CIRCULACION, RESTRICCION DE LAS AREAS.- El paciente y sus familiares se comprometen a respetar los reglamentos y disposiciones existentes con respecto al flujo de pacientes y público, horario de visitas y observaciones de los letrados y demás normas que rigen el funcionamiento de la Clinica.
- 7.- INVENTARIO.- El paciente o su garante se comprometen a respetar y entregar debidamente el inventario tanto de mobiliario como de lencería que se le entregue para su uso.

CONDICIONES GENERALES DE ADMISION AL CENTRO MEDICO QUIRURGICO PICHINCHA S.A.

Testimonio de Williams Henry Gallegos Caiquetán quien manifestó haber realizado un informe pericial de auditoría administrativa del área de emergencias en los procesos en la clínica a septiembre de 2009, estableciéndose que del análisis realizado las acciones en el área de emergencias y admisiones a esa fecha reflejan que no estaban conectadas a un proceso formal y estructurado, puesto que, no cuentan con manuales que hayan guiado las acciones realizadas ni provienen de actos estandarizados ni de planes de gestión de procesos, siendo la Clínica Pichincha constituida el 04 de junio de 1980 con una estructura externa de accionistas y directorio mientras que, la estructura interna con el gerente o presidente de la clínica quien es el responsable de la administración de la clínica por su nivel jerárquico de acuerdo a sus reglamentos internos, lo cual no se observa en la mencionada clínica. Que existen procesos que no fueron aplicados y que según el art. 15 del Reglamento el Gerente debe organizar la compañía, supervisar al personal, movimiento económico y financiero, al año 2009 el Consejo Médico no fue conformado, no existieron acciones disciplinarias en el caso Mazoyer, que del análisis se desprende dentro del cuadro de llamadas al año 2009 existía un solo médico cardiorrácico, que los médicos del cuadro de llamadas son accionistas y los únicos que tienen el derecho de integrar el cuadro de llamadas, no se evidencia firma de contratos con los médicos que los obligue a asistir a la clínica en un caso de emergencia, hay profesionales asociados que están fuera del cuadro de llamadas, que al no haber normas y procesos en el área de emergencias se afecta la acción ejecutada en el área, que a septiembre de 2009 en emergencias no existía un cardiorrácico de planta, de acuerdo a una resolución interna del 2008 el aporte del capital mínimo para estar en el cuadro de llamadas era de \$1.000.00 dólares, lo cual no permite garantizar a la clínica la asistencia de un médico sin encontrarse en el año 2009 ningún comunicado de ausencia o reemplazo del único médico cardiorrácico, determinándose en el caso Mazoyer que no hubo un cardiorrácico de planta, que no hubo contratos con médicos accionistas, que no se encontró llamadas de la clínica a cardiorrácicos no asociados ni autorización de gerencia para transferir a la paciente a otra clínica, que del examen pericial se determinó las funciones del admisionista que consistía en solicitar bonos o garantías a los pacientes siendo una actividad recurrente el cobrar a todos los pacientes, que el contrato de admisiones es secuencial en un sistema estandarizado, reconociendo el recibo 2258 de fecha 12 de septiembre de 2009 suscrito por Leticia Pozo y el Boucher de la tarjeta de crédito Diners Club, cuanta Mazoyer, contrato de admisión 26139 de fecha 12 de septiembre de 2009, las 21h30, observándose una ausencia de procesos administrativos y por ende sino se delega funciones las responsabilidades se atribuyen al administrador a lo que se suma que al no existir mandos medios no había la delegación de autoridad, no se tomó en cuenta el índice de falibilidad siendo imposible que una persona asista los 365 días del año.



CAUSA No. 1742-2014-JCC

**CORTE NACIONAL DE JUSTICIA
SALA ESPECIALIZADA DE LO PENAL, PENAL MILITAR,
PENAL POLICIAL Y TRÁNSITO
CAUSA No. 1742-2014-JCC
RECURSO DE REVISIÓN
DELITO: NEGATIVA A PRESTAR ATENCIÓN A
PACIENTES EN ESTADO DE EMERGENCIA**

JUEZ PONENTE: Dr. Miguel Jurado Fabara
RECURRENTE: Carlos Julio López Ayala (sentenciado)

Quito, martes, 04 de julio de 2017, a las 08h26.

VISTOS:

Resuelve la Sala el recurso de revisión propuesto por el sentenciado **Carlos Julio López Ayala**, contra la sentencia dictada por el tribunal *a-quo* que lo condenó en calidad de autor a la pena privativa de libertad de doce meses y al pago de \$7.500.00 dólares por concepto de daños y perjuicios por el cometimiento del delito de negativa a prestar atención a pacientes en estado de emergencia.

Al haberse agotado el trámite legal, y por ser el estado de la causa el de dictar sentencia por escrito, para hacerlo se considera:

1.- HECHOS DEL PROCESO A REVISAR.-

Los hechos que dieron origen al proceso penal cuya revisión se propone fueron narrados así en la sentencia de casación:

"Mediante denuncia presentada el 09 de diciembre de 2009, por el Dr. Jaime Donoso Jaramillo, Procurador Judicial de Bernard Mazoyer y Elisabeth Marie-Aline Jacqueline, relatan que el día 09 de diciembre de 2009, a eso de las 19h30, aproximadamente en la Avenida Caminos de Orellana de la Parroquia Guapulo, la señorita Charlotte Mazoyer, ha sido víctima de un asalto, por parte de Andrés José Valencia Peñafiel, Giovanni Javier Leones Quintero y José Leonardo Quintero Ayovi, durante el incidente recibe un impacto de proyectil de arma de fuego, que ingresa en la parte frontal del tórax, produciéndose una herida, a la altura del segundo espacio intercostal izquierdo, con una trayectoria antero-posterior, superior interior.

La víctima, fue trasladada a la Clínica Pichincha, ingreso a las 20h09, el Centro de Salud, al no contar con un médico de interconsulta de la especialidad de cirugía cardiotorácica no la admitió de forma inmediata al quirófano para tratar la lesión cardíaca anunciada en forma vehemente por la herida en el área precordial de riesgo y por el shock hipovolémico registrado, requisito para iniciar una operación, así durante los siguientes 30 minutos, se omite negativamente ingresar a la paciente al quirófano y hasta las 20h40, el único examen que se le practica es uno de Rayos X que, al registrar hemorragia en abdomen derecho, confirmaba la trayectoria del proyectil y la sospecha de la lesión cardíaca penetrante.

A eso de las 20h40 se manifestó que el único cuadro de llamadas, Dr. Mario González, no podía concurrir, por hallarse enfermo y fuera de la ciudad, por lo que se opta por

buscar su remplazo con profesionales fuera de dicho cuadro, autorizado por la administración lo cual también resulta infructuoso. Hasta ese momento ya había transcurrido 30 minutos sin que la paciente sea intervenida quirúrgicamente, a esa misma hora 20h40, se convoca a un cirujano de abdomen, Dr. Carlos Julio López Ayala, para que integre el equipo que debía estar liderado por un especialista cardiorrácico.

El Dr. López acude y a pesar que la Clínica tiene una reglamentación para los casos de remplazo y de que se trataba de un caso muy grave compatible con un trauma Cardíaco Penetrante por arma de fuego, que correspondía a un especialista cardiorrácico, el Dr. López al frente de esta emergencia, difiere o permite que se postergue la intervención quirúrgica cardiorrácica indispensable para Charlotte Mazoyer, hasta que se cobre por anticipado la cirugía.

Siendo las 20h40, ante el requerimiento de los allegados de la víctima, Ronald Torres Pozo, Galo Nicanor Pérez Espinoza y Julie Mathilde Marie Bastin, que se manifiestan intranquilos ante la inacción de la Clínica y se preguntan por qué no se le traslada al quirófano, se les informa que se requiere del trámite de admisión de la paciente. Se realiza la diligencia con la formulación de la denominada hoja de emergencia, por parte de Sonia Liliana Velasco Cuasquer, la cual es entregada en admisión a las 21h00, en base a este documento se elabora el contrato de admisión por parte de María Inés Narváez Nicolalde, sugiriendo a los allegados que consigan una persona que tenga una tarjeta de crédito que pueda firmar el contrato y el baucher de pago. Se insinúa que de no cumplirse con la "legalización" la paciente será remitida a un hospital público.

La señora Leticia Pozo, concurre a la clínica y cumple con esta condición, quien firma el contrato de admisión y el baucher. A eso de las 21h10 sin haberse efectuado ninguna interconsulta a un cirujano cardiorrácico, el Cirujano Abdominal Dr. Carlos Julio López, niega nuevamente la atención quirúrgica frente a la lesión cardíaca que ocasionaba una enorme pérdida de sangre y que pretendía tozudamente (sic) que según él se habría realizado a las 20h51, aunque no consta ningún respaldo documental en el expediente y que le habría permitido descartar un hemopericardio.

Es decir, se pretendió practicar una laparotomía hepática, sin realizar ninguna interconsulta con un cardiorrácico, desechando (sic) el signo de orificio de ingreso del proyectil en la región precordial que concatenado con la lesión hepática, marcaba la trayectoria interna del disparo en cuyo intermedio se encuentra precisamente el corazón, a las 21h50 se pone de manifiesto el resultado de la falta de atención del requerimiento quirúrgico a la paciente, cuando el propio Dr. López describe un episodio de bradicardia que se trata de controlar con medicamentos, a las 22h10 antes de comenzar la laparotomía al introducir la anestesia, Charlotte Mazoyer sufre un paro cardíaco que no responde a la estimulación externa y obliga al cirujano a abrir una ventana a la altura de la apófisis xifoides, para alcanzar el corazón y procurarle un masaje directo, al realizar esta maniobra, el Dr. López se percata de que el corazón tenía dos agujeros en su aurícula derecha, por lo que decide tardíamente llevar a cabo la toracotomía que se debió efectuar dos horas antes.

Que, a eso de las 22h50 llega el Dr. Luis Rojas, quien señala que el Dr. López Ayala, ya ha hecho todo lo que correspondía a un cirujano cardiorrácico, o que la paciente estaba muerta, porque estaba exanguinada y tenía sus pupilas midriáticas; aun así es obligado a colaborar y termina de saturar el corazón; después de las 23h00 asumiendo (sic) que el problema cardíaco estaba solucionado, el Dr. López Ayala se dedica a tratar quirúrgicamente el problema hepático, hasta las 01h15 del día 1 de septiembre de 2009, cuando la paciente es declarada muerta" [sic]¹

2.- ACTUACIÓN PROCESAL RELEVANTE.-

¹ Cfr. Cuaderno de Casación de la Sala Especializada de lo Penal, Penal Militar, Penal Policial y Tránsito de la Corte Nacional de Justicia, fs. 1443 vta y 1444.

2.1. Mediante sentencia de 09 de junio del 2014, las 16h16, el Sexto Tribunal de Garantías Penales de Pichincha, declaró a los señores **Víctor Francisco López Vásconez y Carlos Julio López Ayala**, autores penalmente responsables del delito de negativa a prestar atención a pacientes en estado de emergencia, tipificado y sancionado en el art. 13 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente. Les impuso la pena privativa de libertad de doce meses y el pago de \$742.500.00 y \$7.500.00 dólares en su orden por concepto de daños perjuicios.

2.2. Los sentenciados en ejercicio de su derecho de impugnación interponen recursos de nulidad y apelación ante la Sala Especializada de lo Penal de la Corte Provincial de Justicia de Pichincha, que el 10 de septiembre de 2014, las 08h52, resuelven rechazar los recursos propuestos y confirmar en todas sus partes la sentencia venida en grado.

2.3. Los sentenciados Víctor Francisco López Vásconez y Carlos Julio López Ayala, inconformes con la decisión del *ad-quem*, interponen recursos de casación, para ante la Sala Especializada de lo Penal, Penal Militar, Penal Policial y Tránsito de la Corte Nacional de Justicia, que el 22 de septiembre de 2015, las 08h10, mediante auto debidamente motivado resuelve que el recurso de casación propuesto por **Víctor Francisco López Vásconez**, es extemporánea por lo cual no se lo acepta a trámite.

2.4. Con fecha 20 de abril de 2016, las 11h51, el Tribunal de la Sala Especializada de lo Penal, Penal Militar, Penal Policial y Tránsito de la Corte Nacional de Justicia, resuelve declarar improcedente el recurso de casación propuesto por el sentenciado Carlos Julio López Ayala, por no haber justificado el error de derecho acorde a las causales establecidas en el art. 349 del Código Adjetivo Penal.

2.5. Bajo estas consideraciones, el sentenciado **Carlos Julio López Ayala**, con fecha 15 de julio de 2016, las 14h16, interpone recurso de revisión, luego de haberse ejecutoriado la sentencia emitida por el Tribunal Sexto de Garantías Penales de Pichincha, cuyo conocimiento corresponde a la Corte Nacional de Justicia, de conformidad a lo prescrito en el art. 30 núm.2) del Código de Procedimiento Penal, aplicable al caso.

3.- DE LA SENTENCIA RECURRIDA.-

El presente recurso de revisión se dirige contra la sentencia dictada por parte del Tribunal Sexto de Garantías Penales de Pichincha el 09 de junio de 2014, las 16h16, confirmada en todas sus partes por la Sala de lo Penal de la Corte Provincial de Justicia de Pichincha, el 10 de septiembre de 2014, las 08h52, que se encuentra ejecutoriada en virtud de la declaratoria de improcedencia del recurso de casación propuesto por el sentenciado Carlos Julio López Ayala, de fecha 20 de abril de 2016, las 11h51, por parte de la Sala Especializada de lo Penal, Penal Militar, Penal Policial y Tránsito de la Corte Nacional de Justicia.

De la revisión del fallo se desprende que el Tribunal *a-quo* basó su decisión en el siguiente material probatorio:

- **Testimonio del acusador particular Bernard Marie Mazoyer**, quien supo manifestar que el 12 de septiembre del 2009, las 21h00, el consulado de Francia le manifestó que su hija [Charlotte Mazoyer] estaba herida de bala, posteriormente a la 01h15 de la madrugada le indicaron que su hija había fallecido, que en los días posteriores muchos amigos de Charlotte le llamaron a decir que le solicitaron una tarjeta de crédito para atenderle, razón por la que, el 17 de septiembre de 2009 ha acudido ante las autoridades francesas a presentar una denuncia. Posteriormente el 29 de septiembre del mencionado año arriba a la ciudad de Quito en compañía de su cuñado y ha procedido a reunirse con Tania Delaverde quien le ha dado a conocer que Charlotte Mazoyer había llegado a la clínica a las 20h10 y es ingresada al quirófano a las 22h00 cuando estaba en estado de shock con una hemorragia fuerte que requería una atención quirúrgica inmediata, ya que se había perdido más de ocho litros de sangre; que previo a eso, ha recogido el criterio de dos médicos cardiorrácicos franceses, quienes coincidieron en que se requería de una intervención cardiorrácica inmediata sin espera; que el 23 de septiembre del año mencionado acudió a la clínica con su cuñado y representante de la Embajada de Francia en donde los procesados le presentaron a través de power point un desarrollo cronológico de los hechos, existiendo diferencias en los horarios de ese archivo con otras informaciones de tipo médico, que el doctor Vidal quien ha estado a cargo de la Sala de Emergencia esa noche se ha contradicho y ha terminado admitiendo que ella estaba en estado crítico de shock de 02 a 03 con una hemorragia muy fuerte que requería atención inmediata, luego de lo cual se ha entrevistado con la doctora Cepeda, anestesióloga quien le manifestó que se había perdido mucho tiempo entre la admisión y la operación; en tanto que, el doctor Carlos López le había referido que se trató de estabilizar a la paciente, vaciar los pulmones para operar, que puso un drenaje para sacar sangre y agravó su estado hemorrágico y, por último con el doctor Luis Rojas, cirujano cardiorrácico quien le ha dicho que fue llamado y al llegar al quirófano Charlotte ya había sido operada y estaba en estado de midriasis bilateral, indicando que el en este caso habría operado de inmediato; finalmente dice que se entrevistó con el señor Pozo, quien le expresó que sus hijos eran amigos de Charlotte y que uno de ellos le indicó que había un problema grave y debía ir a la clínica Pichincha a prestar su tarjeta de crédito y que allí habría firmado un contrato de admisión que se exigía como garantía económica.
- **Testimonio de Carlos Franklin Pazmiño Pinos**, quien supo manifestar que realizó un análisis de la historia clínica de Charlotte Mazoyer del hospital de Clínicas Pichincha, entregándose además una fotografía del video donde consta el ingreso de la paciente a las 20h09'55" por parte del cuerpo de bomberos, encontrándose despierta con dolor con disminución del murmullo de aire pulmonar, con un orificio de entrada en el área intercostal izquierda, a quien le han realizado ECOFAST y un examen de rayos X de tórax estableciéndose un hemotorax en el lado derecho, líquido en el abdomen y no en el pericardio siendo la nota puesta a las 21h00 por el doctor López, es decir, 51 minutos después de su ingreso, a quien además se le han colocado tubos torácicos que permitían la salida de sangre que aplastaba al pulmón, que a las 21h30 se dispone el ingreso a la sala, que de la nota del doctor Vidal se establece que la paciente llegó en shock 3 y que se necesitaba un cirujano cardiorrácico y un abdominal presentándose un contrato con un Boucher verificándose además en la historia clínica que a la paciente se le ha tomado tres presiones arteriales en cirugía general, anestesiología y enfermería, que existen notas repisadas en la historia clínica, que entre los documentos adjuntados para su experticia constaba el contrato de admisión, el Boucher y varias citas bibliográficas que señalan que los pacientes con shock grado 3 requieren que se detenga la hemorragia e incluso realizar la intervención quirúrgica para disminuir las transfusiones ya que por la trayectoria del proyectil se requería un cirujano cardiorrácico.
- **Testimonio de Miguel Oswaldo Vinuesa Rojas**, quien dice haber realizado un análisis del caso, estableciendo que la paciente recibió un disparo que lesionó el pulmón derecho, hígado, diafragma y a su entender el corazón, que una paciente con una herida que compromete los dos hemitorax es un caso de cirugía y se debía hacer una toracotomía de manera inmediata y otros procedimientos, se podía haber pedido una radiografía de tórax, una biometría y los demás exámenes en el

quirófano, que la víctima por ser una persona joven ha sobrevivido con una herida mortal, manifestando que su criterio hubiese sido que no se atrase más la toracotomía y que según su opinión no debió haberse colocado ningún tubo porque perdió sangre y era preferible que quede la sangre para que frene el sangrado. Indica que por la trayectoria del proyectil era obvio pensar que lesionó el corazón por lo que se requería de un cirujano cardiorrácico.

- **Testimonio de James Iván Franco Vinuesa**, quien es cirujano cardíaco y que en su informe se ha referido a una paciente de 26 años que una hora antes de llegar a la clínica recibió un disparo, que fue atendida en el hospital con signos de shock hipovolémico, con taquicardia y le han realizado rayos X y tomografías para posteriormente luego de haber transcurrido dos horas ha ingresado a la Sala de operaciones llegando con una presión de 120/60, que luego bajo a 80/40 y que a las 01h00 sufre un paro y llega a 120/60 con saturaciones de 96% a 98% en la hoja de anestesia, estableciendo que a su criterio que cuando llevo la paciente requería una atención quirúrgica porque la lesión comprometía el corazón y los grandes vasos, además se evidencia un derrame pleural en la cavidad de lado derecho lo que hacía sospechar que tenía una herida cardíaca y se debía hacer una toracotomía; en cambio lo que se hizo fue colocar un tubo de drenaje torácico al lado derecho e izquierdo lo que pudo aumentar el nivel del sangrado. Señala que el ATLS es un procedimiento que se utiliza en la atención para pacientes politraumatizados, por lo que, en este caso no era necesario ya que el ATLS -en el caso en concreto- no era recomendable debiendo ingresar inmediatamente a cirugía.
- **Testimonio de Luis Cornelio Rojas Cevallos**, quien expresa que aquella noche a las 22h55 recibió una llamada de la sala de operaciones de la Clínica Pichincha indicándole que el doctor López necesitaba su colaboración para una intervención quirúrgica a lo que ha manifestado que en quince minutos llegaba, arribando a las 23h12, donde el doctor López ha manifestado que se encontraba una paciente con una herida de bala en el corazón que había sangrado de tres a cuatro mil mililitros y había colocado tubos realizando la paciente de tres a cuatro paros, menciona haber observado a la paciente en estado deplorable con las pupilas dilatadas y frías indicándole el doctor López que necesita le sature el ventrículo derecho, por lo que luego de saturarle la paciente ha presentado una laceración abdominal y un paro cardíaco, procediendo a darle masajes y a colocarle un marcapasos pero el corazón no ha respondido y luego de una hora y media la paciente fallece; además indica que, ha sido accionista de la Clínica Pichincha pero que fue excluido del cuadro de llamadas por razones de carácter administrativo por cuanto ha recibido una solicitud de incremento de capital para completar \$10.000 dólares americanos y si lo hacía se mantenía en dicho cuadro, lo cual fue comunicado por el señor Francisco López, Presidente Ejecutivo de Clínica Pichincha, que según su criterio en estos casos lo que se debía realizar es una toracotomía de manera urgente y que a la paciente se la opera una hora y media antes de que él llegue, que a su arribo la paciente ya estaba muerta y al día siguiente el doctor López para comunicarle que le había puesto como ayudante en su intervención en la cirugía con honorarios de \$2.000 dólares a lo que el testigo ha manifestado que cuando una paciente fallece él no cobra y que le retire de los honorarios de la factura.
- **Testimonio de Christophe Iván Tzourio**, quien manifestó que ha llegado a Quito el 21 de septiembre con su cuñado Bernard Mazoyer para revisar el expediente médico recopilado por Tania Delaverde, percatándose muchas incoherencias en el expediente en especial en las horas de atención a Charlotte en el tratamiento que recibió y algunas medicinas que fueron tomadas, lo que más le impactó fue el plazo que transcurrió entre la hora de llegada de Charlotte y la hora que recibió atención médica por cuanto en su calidad de ex interno de emergencias sabía que ese plazo era excesivo y se debía operar inmediatamente sin hacer exámenes, lo que le ha dado la convicción que se trataba de un retraso anormal en la atención, que los médicos que le atendieron constataron el estado en shock y no emprendieron la cirugía del caso, que se ha entrevistado personalmente con el doctor Carlos López quien no ha podido explicar porque demoró tanto para actuar por lo que se concluye que frente a un cuadro tan grave hubo un diagnóstico correcto pero ella no recibió la atención que requería en ese momento, coligiéndose que las medidas

fueron tomadas a las 21h15 una vez que se ha presentado una tarjeta de crédito en garantía.

- **Testimonio de Tania Delabarde** quien manifestó haber acompañado al señor Mazoyer en la Clínica Pichincha y participó en la traducción de los documentos médicos y las entrevistas, indicando personeros de la clínica cuál fue el tratamiento de la señorita Mazoyer, remitiéndose a una discusión sobre la atención médica previo un pago con una tarjeta de crédito sin lograr entender los familiares por qué con una herida de ese tipo se demoraron en ingresarla al quirófano.
- **Testimonio de André Gilbert Alain Blanchard** quien dice haber sido cónsul de la Embajada de Francia en el año 2009 y el 12 de septiembre de dicho año recibió una llamada del doctor Martin Domski, quien le ha comunicado que una persona de nacionalidad francesa estaba hospitalizada en la Clínica Pichincha porque había sido herida de bala, indicándole que las condiciones de atención médica se desarrollaban de manera inapropiada y que tenía los pulmones llenos de sangre y que primero debían sacarle la sangre para luego operarla, que Julie y la señora Pozo le han manifestado que la clínica no había aceptado atender a la víctima mientras no se entregue una tarjeta de crédito, que la señora Pozo había presentado su tarjeta y además ha mostrado el Boucher, que el doctor López atendió a Charlotte Mazoyer cuando se presentó la tarjeta y se negó a contestar a la compañía de seguros y dar información médica, por lo que se ha comunicado nuevamente con el padre de Charlotte para informarle que su hija estaba herida y no se le atendía, luego de lo cual ha escuchado el doctor López manifestar a los amigos de la víctima que le iban a practicar una intervención quirúrgica, posteriormente a eso de las 01h00 fallece la señorita Mazoyer lo cual es comunicado a su familia.
- **Testimonio de Julie Mathilde Marie Bastin** quien dice que el 12 de septiembre se ha encontrado en la casa de un amigo esperando a Charlotte Mazoyer y que a las 20h15 recibe una llamada en donde le informan que ella ha sufrido un accidente y que se acerque a la clínica Pichincha, una vez allí el doctor había explicado que una bala ingresó en su corazón luego paso a los pulmones y se alojó en los intestinos por lo que debían realizarle una tomografía indicándole que se acerque a la sala de admisión a donde ha acudido con el señor Galo Pérez, lugar donde se ha solicitado una tarjeta de crédito y como ella no ha tenido se ha comunicado con sus amigos y la embajada de Francia en busca de la tarjeta, hasta que recibe una llamada del hijo de la señora Leticia Pozo, quien le dijo que su madre iba para firmar el Boucher toda vez que, el primer médico que le atendió a la víctima les manifestó que vayan a admisión donde se indicó que era política de la clínica llenar los documentos con la tarjeta de crédito para su cuidado, siendo la señora Leticia quien posteriormente firmó el Boucher.
- **Testimonio de Galo Nicanor Pérez Espinoza** quien indicó que el día de los hechos se encontraba en su restaurante con Julie Bastin cuando ha recibido su amiga a las 20h10 una llamada del celular de Charlotte informándole que ella había sufrido un accidente y que se encontraba en la clínica Pichincha, por lo que se han dirigido a dicho lugar arribando a las 20h30, en donde el señor Ricardo Crespo supo indicar que pedían una tarjeta de crédito y un Boucher para poder atenderle por lo que se ha dirigido al pasillo y por una ventana ha alcanzado a mirar a la hoy víctima, cuando un doctor le ha manifestado si ya estaba el Boucher para poder atenderla porque son políticas de la clínica, por lo cual se ha dirigido a las 21h05 a la casa de su amiga Julia Hasler a buscar una tarjeta y a las 21h30 que han regresado les han comunicado que ya estaba ingresada otra tarjeta, sin embargo, a las 01h00 les informan que Charlotte había fallecido.
- **Testimonio de Manuel Danton Suarez Rites** quien supo manifestar que el 12 de septiembre de 2009 se encontró con su esposa Leticia López en la Nova clínica, cuando su esposa ha recibido una llamada de uno de sus hijos indicándole que amigos le habían solicitado que acuda a la clínica Pichincha para que ayude en alguna situación y a eso de las 21h00 aproximadamente se han dirigido a la clínica Pichincha en donde algunas personas han manifestado que dicho establecimiento exigía una garantía económica para atenderla a la herida, que Charlotte Mazoyer

era conocida de los hijos de su esposa, que el doctor Eduardo Crespo había sido testigo de los hechos luego de lo cual han llegado uno señores franceses y su esposa les ha indicado que ya le estaban operando por cuanto ella había suministrado la tarjeta de crédito.

- **Testimonio de Leticia Josefina Pozo Paguay** quien exteriorizó que el 12 de septiembre de 2009 se ha encontrado en la Nova clínica por un estado de salud grave de su madre, cuando sus hijos le han llamado por teléfono manifestándole que una ciudadana francesa ha tenido un accidente muy grave, que no tenía familiares y que debían hacerle una cirugía ya que al no haber un Boucher no le podían atender, que al llegar a la clínica ha dicho en ventanilla que venía a presentar la tarjeta de crédito, luego de lo cual se ha dirigido a la oficina de admisiones donde la recepcionista ha hecho una llamada para que le atiendan a la víctima, luego de lo cual ha vuelto a dirigirse a la camilla de Charlotte donde un médico ha preguntado si ya estaban legalizados los documentos indicándole que sí, que el doctor Carlos López fue quien le iba a operar luego de realizarle una tomografía, volviendo a preguntar si había puesto la tarjeta reconociendo en la audiencia el contrato firmado en la clínica Pichincha.
- **Testimonio de Williams Henry Gallegos Caiquetán** quien manifestó haber realizado un informe pericial de auditoría administrativa del área de emergencias en los procesos en la clínica a septiembre de 2009, estableciéndose que del análisis realizado las acciones en el área de emergencias y admisiones a esa fecha reflejan que no estaban conectadas a un proceso formal y estructurado, puesto que, no cuentan con manuales que hayan guiado las acciones realizadas ni provienen de actos estandarizados ni de planes de gestión de procesos, siendo la Clínica Pichincha constituida el 04 de junio de 1980 con una estructura externa de accionistas y directorio mientras que, la estructura interna con el gerente o presidente de la clínica quien es el responsable de la administración de la clínica por su nivel jerárquico de acuerdo a sus reglamentos internos, lo cual no se observa en la mencionada clínica. Que existen procesos que no fueron aplicados y que según el art. 15 del Reglamento el Gerente debe organizar la compañía, supervisar al personal, movimiento económico y financiero, al año 2009 el Consejo Médico no fue conformado, no existieron acciones disciplinarias en el caso Mazoyer, que del análisis se desprende dentro del cuadro de llamadas al año 2009 existía un solo médico cardiorrácico, que los médicos del cuadro de llamadas son accionistas y los únicos que tienen el derecho de integrar el cuadro de llamadas, no se evidencia firma de contratos con los médicos que los obligue a asistir a la clínica en un caso de emergencia, hay profesionales asociados que están fuera del cuadro de llamadas, que al no haber normas y procesos en el área de emergencias se afecta la acción ejecutada en el área, que a septiembre de 2009 en emergencias no existía un cardiorrácico de planta, de acuerdo a una resolución interna del 2008 el aporte del capital mínimo para estar en el cuadro de llamadas era de \$1.000.00 dólares, lo cual no permite garantizar a la clínica la asistencia de un médico sin encontrarse en el año 2009 ningún comunicado de ausencia o reemplazo del único médico cardiorrácico, determinándose en el caso Mazoyer que no hubo un cardiorrácico de planta, que no hubo contratos con médicos accionistas, que no se encontró llamadas de la clínica a cardiorrácicos no asociados ni autorización de gerencia para transferir a la paciente a otra clínica, que del examen pericial se determinó las funciones del admisionista que consistía en solicitar bonos o garantías a los pacientes siendo una actividad recurrente el cobrar a todos los pacientes, que el contrato de admisiones es secuencial en un sistema estandarizado, reconociendo el recibo 2258 de fecha 12 de septiembre de 2009 suscrito por Leticia Pozo y el Boucher de la tarjeta de crédito Diners Club, cuanta Mazoyer, contrato de admisión 26139 de fecha 12 de septiembre de 2009, las 21h30, observándose una ausencia de procesos administrativos y por ende sino se delega funciones las responsabilidades se atribuyen al administrador a lo que se suma que al no existir mandos medios no había la delegación de autoridad, no se tomó en cuenta el índice de falibilidad siendo imposible que una persona asista los 365 días del año.
- **Testimonio de Saadra Gardenia Andrade Granja** quien manifestó que ha realizado la autopsia médico legal a Charlotte Mazoyer el 14 de septiembre de 2009, describiendo al examen externo del cadáver con heridas quirúrgicas a nivel de

tórax, en tórax lateral izquierdo dos heridas quirúrgicas de trazo horizontal, en el costado lateral derecho dos heridas quirúrgicas para toracotomía, en la línea media esternal una herida quirúrgica de gran extensión suturada por debajo de la región umbilical región anterior derecha e izquierda una herida de dos centímetros de extensión, en el hemitórax anterior izquierdo en el segundo espacio intercostal a tercio medio una herida quirúrgica saturada de dos centímetros de extensión que se trata de una herida de forma ovalada con anillo de contusión que correspondió a una herida de arma de fuego, con aro equimótico, en la región infraclavicular derecha un catete, en miembros superiores equimosis en los dos miembros en antebrazos uno a cada lado, en el muslo derecho cuatro zonas equimóticas de coloración verdosa, abriéndose las tres cavidades encontrándose en el tórax el tercer intercostal izquierdo lacerado e infiltrado con sangre, en la cavidad torácica lacerada el ventrículo derecho a nivel de la base en la que se encontraba suturada esta laceración y dos heridas de medio centímetro de diámetro, aurícula derecha cara posterior lacerada, pericardio lacerado, pulmón derecho lacerado en la cavidad abdominal diafragma del lado derecho lacerado, hígado con doble laceración en su cara superior el mesenterio infiltrado con sangre y a nivel del colon una zona de infiltración sanguínea, estableciéndose que la causa de muerte fue una hemorragia aguda interna por laceración de corazón, pulmón derecho e hígado consecutivos a la penetración de arma de fuego, realizándose el disparo a larga distancia, de adelante hacia atrás, de arriba abajo y de izquierda a derecha.

PRUEBA DOCUMENTAL.-

- Historia clínica;
- Contrato de admisión;
- Memorando de fecha 29 de enero de 2008 suscrito por el doctor Francisco López;
- Nombramiento de Presidente Ejecutivo del Centro Médico Quirúrgico Pichincha S.A., a favor de Francisco López Vásquez;
- Copia certificada del Reglamento del Centro Médico Quirúrgico Pichincha;
- Copia certificada del cuadro de médicos accionistas de llamada.

4. FUNDAMENTACIÓN DEL RECURSO DE REVISIÓN.-

4.1 ALEGATOS DE LOS INTERVINIENTES:

4.1.1 Revisionista Carlos Julio López Ayala

A través de su defensa técnica doctor Juan Pablo Albán Alencastro manifestó que:

Se ha propuesto recurso de revisión toda vez que, se ha venido confundiendo a la opinión pública respecto de la conducta específica de un galeno con experiencia muy basta, que ha atendido no solamente en el sistema de Seguridad Social del Ecuador, sino en la red pública de salud en el curso de los últimos tres años, realizando alrededor de cuatrocientas ochenta cirugías, que desde que se encuentra privado de libertad ha dejado de atender a ciento sesenta pacientes en consulta, y quince cirugías complejas, una persona que durante 10 años sacrificó todos su fines de semana para acudir al hospital de Zumbahua a operar gratis a todas las personas que requieren cirugía, esta persona se encuentra privada de su libertad porque se ha afirmado que, el esfuerzo que desarrolló por un lapso de casi cinco horas entre la noche del 12 de septiembre y la primera hora de la madrugada del 13 de septiembre del año 2009, para tratar de salvar la vida de la señorita Charlotte Mazoyer, quien fue víctima de un asalto y en el contexto del mismo recibió el impacto de un proyectil de arma de fuego que

Chavez, Humberto (S2P)

afectó varios órganos vitales. Se le ha condenado bajo el delito de negativa de atención a un paciente en situación de emergencia, tipificado al momento de los hechos en el Art. 13 de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 626 del 3 de febrero de 1995.

En el desarrollo de la presente audiencia se demostrará que por la naturaleza del tipo penal planteado, que es un delito de omisión propia con la exigencia de un sujeto activo calificado particular, bajo ningún supuesto podría haberse imputado el hecho al doctor Carlos Julio López Ayala, se demostrará además que, la conducta médica científica desarrollada por el doctor Carlos Julio López Ayala desde las 20:47 del 12 de septiembre de 2009, hasta la 01:15 minutos del mismo día, en la atención brindada a la señorita Charlotte Mazoyer constituye cualquier cosa menos negarse a atender, también se demostrará que el proceso penal desarrollado y en el que se determinó que en la actuación del doctor Carlos López de casi cinco horas se negó a atender, fue consecuencia de una serie de manipulaciones realizadas por diversas personas, lo único que se espera es que luego de un proceso muy complejo y luego de nueve meses de trámite del proceso, se escuche con total objetividad y librándose de cualquier prejuicio.

4.1.2 Acusador particular y procurador judicial de la familia Mazoyer

El abogado Emiliano Donoso Vinueza señaló que:

Durante todo este tiempo de duros años de litigio, la familia Mazoyer el 12 de septiembre del 2009, pidió justicia, exigió saber la verdad, que se determine qué había sucedido con su hija que había venido con un sueño al país para brindarnos a los ecuatorianos un mejor futuro en el ejercicio de su profesión, verdad era lo que siempre se ha pedido y por lo que siempre se ha luchado, y *¿qué fue lo que se encontró?*, no se ha confundido a la opinión pública porque no se ha litigado en los medios, se ha probado ante las autoridades judiciales que, el doctor Carlos López y además otro procesado fueron culpables del delito de negativa de atención a un paciente en estado de emergencia, porque se ejerció una política administrativa ilegal que establecía en ese centro de salud que ningún paciente, no importa el estado en que se encuentre, ningún paciente iba a ser atendido si no se presentaba una tarjeta de crédito, un Boucher, un cheque o un pago o en efectivo, esa política ilegal fue ejecutada de manera perfecta por el doctor Carlos López porque conociendo que la paciente había llegado herida de bala a la altura del segundo espacio intercostal izquierdo, a la altura de su corazón, sometida por tres asesinos, sin orificio de salida, que la paciente no se encontraba estable, que la paciente estaba desangrándose, no le brindaron la atención que ese cuadro clínico médico requería, y *¿cuál es la atención que requería y que se probó en la instancia judicial?*, requería cirugía para detener la hemorragia que finalmente le causó la muerte a la paciente.

El doctor Carlos López en consecuencia aunque conocía cual era el remedio médico y científico que tenía que brindar a la paciente, no lo hizo mientras no se presentó una tarjeta de crédito, se probó en juicio con los testigos, con abundante prueba documental, se probó con peritajes médicos que se había demostrado la teoría del caso, por lo cual fue condenado en primera instancia, ratificada en segunda instancia, así como en casación, en consecuencia las cosas son como son, y cómo ha sido, que el señor Carlos López no es un chivo expiatorio, no es una víctima del mal sistema judicial ecuatoriano, es culpable porque el 12 de septiembre del 2009, se negó a prestar la atención que esa paciente necesitaba, y que al final provocó que muera desangrada. No importa que el doctor Carlos López atendía gratis en Zumbahua, importa que ese día de los hechos a la paciente Charlotte Mazoyer, conociendo que tenía una bala que perforó su corazón, que penetró su pulmón, que perforó su hígado, y que se alojó finalmente en el coxis, solamente decidió quirófano cuando se presentó la tarjeta de crédito, ella entró al quirófano tres horas después del evento, llegó a la clínica una hora después del evento, y el doctor Carlos López estuvo en manejo de esa paciente por más de una hora cuarenta y cinco minutos, sin operarle, no se ha explicado cómo

se va a probar las causales invocadas, el recurso de revisión no está debidamente justificado.

4.1.3 Delegada de la Fiscalía General del Estado

La doctora Paulina Garcés Cevallos, como delegada del señor Fiscal General del Estado, expresó que:

Fiscalía solicita se centren en lo que es el recurso de revisión, y éste se ha formulado y ha sido aceptada por dos causales, la tercera y cuarta del Art. 360 del Código de Procedimiento Penal, la primera que señala que si la sentencia se ha dictado en virtud de documentos o testigos falsos o de informes periciales maliciosos o errados, y el otro cuando se demostrare que el sentenciado no es responsable del delito por el cual se lo condenó, y al respecto es necesario señalar que, el doctor Carlos Julio López no cuenta ya con su estado de inocencia, ese estado ha sido ya destruido, y está bajo el estado de culpabilidad declarada en doble conforme y ratificado también por la sentencia de casación que determinaron tanto la materialidad cuanto la responsabilidad, por tanto, no se va abrir un espacio sobre la duda, la culpabilidad está declarada y está determinada y ha pasado en autoridad de cosa juzgada.

El recurso de revisión es romper justamente eso, lo cual está íntimamente atado al principio de seguridad jurídica, por tanto las afirmaciones hechas por la defensa del recurrente se debe someter a la tecnicidad y rigurosidad del recurso, este es un nuevo proceso que parte de culpabilidad, por tanto, la duda sobre inocencia no sirve, debe haber prueba que demuestre que la persona es inocente y de haberla tenido al momento del juicio la decisión de los tres tribunales de la justicia ordinaria del país hubiese sido diferente, es decir de inocencia; por tanto, Fiscalía indica que la posición que tiene el recurrente es objetiva, por esa razón se debe escuchar atentamente la prueba que demuestre la inocencia, eso es lo que refiere el Art. 360 del Código de Procedimiento Penal, aplicable al caso.

4.2 PRÁCTICA DE PRUEBA NUEVA:

4.2.1 Prueba testimonial

4.2.1.1 Defensa técnica de Carlos Julio López Ayala

De conformidad con lo dispuesto en el Art. 366 del Código de Procedimiento Penal, el revisionista procede a la evacuación de la prueba anunciada.

Para tal efecto solicita la comparecencia de los siguientes testigos:

- **SARGENTO SEGUNDO DE POLICÍA WALTER PAÚL CAIZA MONGE**, perito documentólogo, especialista en audio. Video y afines, quien luego rendir juramento ante el Tribunal de Revisión, ser advertido de las penas en que incurriría en caso de faltar a la verdad y ante las preguntas realizadas por el abogado defensor del señor Carlos López Ayala, indica que es Policía Nacional que al momento labora en criminalística en la sección de audio y video como perito, que sus actividades son el análisis de dispositivos tanto ópticos como de comunicación, que se encuentra debidamente acreditado como perito, que tiene una tecnología en criminalística que la obtuvo en el Instituto Criminológico de la Policía Nacional, así mismo ha realizado capacitaciones durante todo el periodo que ha permanecido como perito, sin poder precisar al momento todas las capacitaciones que ha tenido, que dentro de la presente causa fue designado como perito para realizar la evaluación de autenticidad de un video de circuito cerrado de televisión, para lo cual procedió a trasladarse al Departamento de Criminalística donde existe un centro de acopio y reposan todas las evidencias a ser analizadas, siendo las mismas retiradas para su

análisis, verificando físicamente los sistemas, dispositivos ópticos en los cuales no se pudo verificar visualmente que existían alteraciones de orden físico, posterior se procedió al análisis de los mismos en los cuales se pudo verificar que han sido grabados en una sola sesión, por tanto se determina que no han sido alterados ni modificados, que las grabaciones que verificó son de diferentes cámaras de lugar, que el objeto de la pericia fue verificar la autenticidad de las grabaciones por lo que se constató que han sido grabados en una sola sesión y el estado físico de las grabaciones, que además se realizó una secuencia de imágenes del archivo de video que existían en las grabaciones, en vista de que se tiene que tener un respaldo de lo que está en los archivos de video, indica que como consta en la conclusión los CDS están aptos para una reproducción.

El Abogado del revisionista solicita que por intermedio de Secretaría se ponga a la vista del perito el folio 246 vta. del proceso, esto es, la última página del informe elaborado por el perito a fin de que indique si la firma que consta al pie del documento es la suya y es la que utiliza en todos sus actos, a lo que el testigo responde que sí.

Al contrainterrogatorio realizado por el abogado Emiliano Donoso Vinuesa, procurador judicial de la acusación particular el perito responde que, conforme se indicó en el Departamento de Criminalística existe una sección en la cual reposan las evidencias a ser analizadas, como su nombre lo indica el centro de acopio del Departamento de Criminalística, que dicho centro está ubicado en la avenida Mariana de Jesús y Occidental edificio de Medicina Legal y Ciencias Forenses, que con respecto a quien le entregó los CDS señala que, existen algunos funcionario en ese centro que realizan turnos, se acerca el momento en que va a realizar el análisis de la evidencia y se toma contacto con la persona que está de turno, que la cadena de custodia designada por el centro de acopio es la 271-2017, que por error de tipeo se ha puesto mal el número de cadena en el informe presentado pero existen las fotografías adjuntadas en el mismo en donde aparece que el número de cadena de custodia es la 271-2017, que no pudo verificar desde hace cuánto tiempo los CDS se encuentran en el centro de acopio en vista de que, ingresa a este centro la evidencia, por lo que no lo puede indicar, que en el informe consta que se desconoce la fuente de origen de las grabaciones pero que las mismas se encuentran dentro en los CDS, desconoce su fuente de origen y el día en que se grabó para poder certificar el día y hora que se grabaron esos videos, que no ha hecho una descripción de lo que sucede en esos videos ya que lo que se indica es que son grabaciones hechas por un circuito cerrado de vigilancia, los mismos que permanecen estáticos y no poseen audio por su funcionamiento de monitoreo, que no hizo la verificación de a qué proceso o investigación correspondía la evidencia retirada del centro de acopio.

Al ejercer su derecho a la contradicción la doctora Paulina Garcés Cevallos, en representación de la Fiscalía General del Estado, el perito responde que, no puede indicar porque ni en qué casos se guardan los videos en el centro de acopio ya que eso le corresponde a la sección indicada, que labora alrededor de cuatro años seis meses en el Departamento de Criminalística, que no revisó la pericia criminalística que realizó el señor Roberto Geovanny Moreno sobre los CDS ni conoce quien levantó dicha evidencia, que los CDS entregados eran cuatro y no se determinó su duración, que el objeto de la pericia fue determinar la autenticidad de los CDS, que desconoce la fuente de origen y si se ha realizado otra experticia respecto de los CDS.

- **Testimonio de la Magister Miriam Teresita Merchán Barros,** perita filóloga, quien luego rendir juramento ante el Tribunal de Revisión, ser advertida de las penas en que incurriría en caso de faltar a la verdad y ante las preguntas realizadas por el abogado del revisionista, indica que es licenciada en pedagogía con especialización en letras y castellano por la Universidad Católica, es filóloga helenista por la Universidad Aristóteles de Tesalónica, es magister en investigación educativa por la Universidad Católica, es magister por la Universidad de Deusto en Innovación y Educación, y está cursando el tercer año de doctorado "PHD" en literatura latinoamericana en la Universidad Andina Simón Bolívar, explica que la

filología es una disciplina que trata sobre el lenguaje, helenista implica la ocupación y el conocimiento de que la lengua helena antigua medieval moderna y sus relaciones con otras lenguas como por ejemplo el castellano, que los filólogos tienen la capacidad de entender, interpretar encontrar las etimologías, las relaciones de las palabras, asegurar esencialmente el significado correcto de las palabras y su aplicación en los textos, que para efectos de este estudio existen varios métodos de acuerdo al objetivo que se necesita cumplir pero esencialmente es leer los textos, encontrar la etimología de las palabras, interpretar de una manera crítica los textos, las palabras, las oraciones, dar cuenta de ellas, de cómo están posicionadas en un texto, de su significado esencial desde una lectura crítica de los textos, que se considera apta para realizar el estudio filológico requerido ya que todos los textos están compuestos por palabras, su profesión es ocuparse de las palabras, en la petición realizada no se ha pedido interpretar legislativamente o judicialmente o legalmente una ley, sino esencialmente hacer un trabajo con las palabras, y para eso está capacitada desde la condición de filóloga, que dentro de su experiencia como filóloga tanto helena como latina ha realizado análisis de textos legales de la literatura latina específicamente de Cicerón, así como de otros textos también presentados en la antigüedad clásica en el medievo, en la modernidad y también a nivel de análisis literarios cuando se relacionan con textos legales, también están dentro de la competencia de los filólogos, que el artículo 13 de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente analizado tiene varios verbos, entre ellos se tiene negaren, prestar, serán sancionados, que las palabras no pueden significar solas, las palabras significan dentro de un contexto, de todas formas lo que se puede indicar es que se negaren está asumiendo un modo subjuntivo, lo cual significa que está empleada positivamente, no en el caso que siempre se van a negar sino en el caso en el que eso ocurriese, pudiese ocurrir, implican esencialmente si dice se negare a prestar atención necesita utilizar el negar y prestar serían los dos verbos, el negar está relacionado con prestar y el prestar con atención, por lo tanto, se negare a prestar atención, esto implica esencialmente el que las personas en el caso de que no atendiesen de acuerdo a las competencias que tiene está considerando eso, que desatender es esencialmente no corresponder o no asistir con lo que es debido.

El Abogado del revisionista solicita que por intermedio de Secretaría se ponga a la vista el informe pericial elaborado por la perito a fin de que indique al Tribunal cual es el alcance de la oración que aparece en el texto que tiene en sus manos y que consta del folio 181 parte final resaltado en negrillas, a lo cual responde que se tiene aquí desatendido y entre paréntesis (sic) que está dentro del artículo 13 de la ley, desatendido es el participio del verbo desatender, por lo tanto en la explicación dada utiliza el verbo desatender, el participio viene de un verbo en infinitivo que es desatender, que desatendido es un participio del verbo desatender que en este caso tiene un uso pero no es exclusivamente un adjetivo, es un participio del verbo desatender que tiene un uso específico ahí como adjetivo calificativo, que el texto de la norma que analizó es el art. 13 que dice los responsables de un centro de salud que se negaren a prestar atención a pacientes en estado de emergencia serán sancionados con prisión de 12 a 18 meses y en caso de fallecimiento del paciente desatendido con prisión de 4 a 6 años, que de acuerdo al informe realizado hay que considerar que los responsables son las personas de las que se espera una respuesta adecuada de acuerdo a sus competencias y las atribuciones que les han encargado y ellas han aceptado, personas a quienes les corresponde responder y dar cuenta de algo para lo que están capacitadas y tienen facultad para hacerlos, personas que han asumido una responsabilidad que deben cumplir a cabalidad pues son de su incumbencia, obligación y cargo, de hacer algo debido a sus competencias específicas y sus facultades, aptitudes, poder o derecho de hacer algo por lo que deben dar cuenta de ello, que no puede contestar cuantas conductas encuentra descritas en el tipo penal sino cuantas acciones puesto que, ha indicado que los verbos son negaren, prestaren, serán sancionados, serían esos los verbos, las conductas no se relacionan con los verbos sino con la calidad del sustantivo responsable, responsables implican también que tiene la facultad para asumir un encargo y para desempeñarlo con competencia, son personas que han asumido esa competencia voluntariamente, son personas que pueden cumplir a cabalidad esa competencia, tiene como incumbencia el cargo de hacer algo debido a las competencias específicas que presentan, tienen facultades lo que significa que tiene aptitudes, el poder, el derecho de poder hacer algo y por tanto los responsables

deben dar cuenta de ello, que todo esta explicación consta de manera expresa en el art. 13 de la ley en estudio.

Ante la aclaración solicitada por la señora doctora Sylvia Sánchez Insuasti, Jueza Nacional, la perito indica que el objeto de la pericia y sus conclusiones constan en el informe dando lectura al mismo.

Por su parte la acusación particular así como la representante de Fiscalía no ejercieron su derecho de contradicción.

Testimonio del doctor Harry Dorn Arias, perito médico especialista en cirugía hepática quien luego rendir juramento ante el Tribunal de Revisión, ser advertida de las penas en que incurriría en caso de faltar a la verdad y ante las preguntas realizadas por el abogado del revisionista, indica que estudió medicina general, graduándose como médico general en la Universidad San Francisco de Quito, rindió los exámenes de licencia médica americana, con lo cual se le permitió aplicar para un proceso de residencia en cirugía general en los Estados Unidos, lo cual lo realizó en el hospital West Chester Medical Center en Nueva York, durante cinco años para luego aplicar a la Universidad de Virginia en cirugía de trasplante en cirugía de hígado y vías biliares y páncreas por dos años, que es cirujano tanto en el hospital de Los Valles como en el Hospital Metropolitano de Quito, es director médico del hospital de Los Valles, que en Ecuador no pertenece a ninguna organización gremial, que pertenece al círculo Americano de Cirujanos, es miembro de la Asociación Americana de Cirujanos de Trasplante y de la Sociedad Internacional de Trasplante, lo cual lo ha realizado de manera voluntaria, que si conoce al doctor Carlos López como cirujano del Hospital de Los Valles y miembro del servicio de cirugía por lo cual compartieron unas dos reuniones en las cuales él estuvo presente como miembro del servicio de cirugía general.

Indica que llegó al Ecuador en el año 2012 en el mes de agosto, tiene que ser en los años 2012 al 2014, la fecha exacta no la conoce, que el hecho de conocer al doctor Carlos Julio López Ayala no compromete su criterio científico, que desarrollo su estudio de manera objetiva e imparcial, que para el estudio realizado le fue proporcionado la historia clínica que es lo que se detalla en su informe, que no conoce el nombre de la persona que le proporcionó tal documento, que existen dos tipos de traumatismo hepático, penetrante versus el hepático cerrado, hay diferentes grados pero básicamente es una laceración del tejido hepático de sus componentes vasculares ya sea de sus conductos o un hematoma del tejido hepático que en sí no es una laceración pero es una acumulación de sangre producto de un ultraje al órgano, que la laceración es un corte que se puede hacer ya sea de manera penetrante o externa por un golpe, por contacto de cualquier objeto o cualquier tipo de fuerza hacia el tejido del hígado, que los compromisos vasculares se refieren a que el hígado tiene diferente irrigación tanto hacia el hígado como hacia afuera del hígado con sus venas y sus arterias, y entre sus componentes para poder la persona como cirujano de hígado dar un estudio correcto de la lesión y de su gravedad debe conocer sus diferentes grados y la anatomía del hígado, los componentes vasculares son primordiales para saber si hay lesión de gravedad o no, se está hablando de las arterias hepáticas, de la arteria porta, y las venas supra hepáticas que salen del hígado.

En cuanto a la caracterización de las lesiones hepáticas se tiene lesiones nivel uno donde no existe complejidad mayor donde la laceración tiene que ser menor a un centímetro en trauma penetrante, cuando van de uno a tres centímetros se le considera grado dos, pasado los tres centímetros se le considera grado tres, y cuando hay una destrucción de las estructuras vasculares se habla de grado cuatro, que los índices de mortalidad acorde a los grados expuestos varían mucho de conformidad a los estudios, la localización donde se realiza el estudio, tiene mucho que ver los componentes de cada paciente, la mortalidad en un grado tres va del nueve al cuarenta y dos por ciento, es un rango muy amplio, lesiones de grado uno tienen un índice de mortalidad menor al cinco por ciento, lesiones de grado dos pueden llegar a tener una mortalidad hasta del veinte por ciento, pero no hay un

número específico simplemente son varios estudios que dependiendo el lugar donde se lo realice tienden a tener mayor o menor experiencia, que en todo tipo de lesión el componente principal y como médico tiene que analizar la característica del paciente en general, no es lo mismo una lesión muy grave en un paciente joven que en un paciente adulto con morbilidades con otro tipo de enfermedades y si existen o no lesiones concomitantes, muy difícil ser muy detallado sin conocer al paciente.

Expresa que para determinar si además de la lesión hepática un paciente presentara lesiones en otros órganos, esto aumentaría el porcentaje de riesgo en una muerte, se debe conocer qué tipo de órgano, hay órganos que son vitales, hay otros que no son vitales, por tanto sin conocer en detalle qué tipo de órgano tiene la lesión concomitante, es muy difícil emitir un criterio, que no cree que exista como concepto una lesión hepática exanguinante, lo que sí podría indicar es que existen lesiones hepáticas las cuales presentan sangrados activos, sangrados masivos o un sangrado menor, en si el volumen de sangre no existe una categorización, que un ejemplo de sangrado activo es cuando se tiene una lesión que activamente demuestra que hay pérdida de sangre en vivo o ya sea por estudio radiológico, hay sangrados intermitentes donde existe una pausa por diferentes razones fisiológicas ya sea del propio organismo o por acción externa de un médico la cual es completamente diferente, en la cual el comportamiento del paciente es completamente distinto, que una lesión hepática de grado tres es una aproximadamente mayor a tres centímetros ya sea de longitud o profundidad dentro de los glóbulos del hígado, los signos vitales del paciente usualmente cuando hay un sangrado pueden deteriorarse, pero depende de cada paciente, se puede tener paciente que esté perdiendo masivamente sangre, sin embargo, sus signos vitales pueden estar dentro de parámetros normales para ese paciente.

Explica que los exámenes de imagen que pudieran realizarse para diagnosticar una lesión hepática son los de imagen puede ser una tomografía computarizada con contraste donde se podría ver si existe o no sangrado activo, lo que quiere decir que el contraste está saliendo de dentro de los vasos sanguíneos hacia la cavidad abdominal, se puede utilizar la ecografía como un examen menos invasivo o un examen de inicio como es el ecofast, sin embargo, este no dice el grado de lesión y localización si no da un índice de sospecha, la tomografía anatómicamente se puede tener una descripción mucho más precisa del órgano en este caso del hígado, que si en un examen de ecofast se detectara presencia de líquido en cavidad abdominal pudiera ser indicativo de una lesión hepática, que a partir de esa información proporcionada por el ecofast sobre una posible lesión hepática, podría realizarse estudios complementarios para confirmar una lesión, lo cual de acuerdo a las guías y entrenamiento depende de cada médico cirujano, puesto que, el criterio puede variar de acuerdo a su entrenamiento, un paciente con lesiones concomitantes y un ecofast positivo es un candidato a cirugía, que los efectos del impacto de un proyectil de arma de fuego en el tejido hepático dependen del calibre, del tipo de munición, del origen del impacto, en general es con destrucción del tejido y dependiendo de la trayectoria del proyectil si hay destrucción o no de las estructuras vasculares.

Que una lesión hepática por impacto de un proyectil de arma de fuego puede ser mortal, que el tratamiento quirúrgico de dicha lesión depende de la localización, del tipo de lesión, del grado de lesión, y de la calidad y la estabilidad hemodinámica del paciente, tales como sus signos vitales, su presión arterial, su frecuencia cardíaca, existe un sangrado continuo, si se tiene pérdida o no de coagulación, el rango es muy extenso desde una cirugía en la que se encuentra una laceración que simplemente se la puede cauterizar, se puede realizar una sutura inclusive llegar a un empaquetamiento que es una cirugía de trauma muy avanzada que lo que se hace es poner compresas y se da presión por medio de las compresas al hígado para que disminuya el sangrado, cirugía conocida como control de daños, para posteriormente llevar al paciente a una unidad de cuidados intensivos, resucitarlo adecuadamente y regresar nuevamente en veinticuatro o cuarenta horas o antes de ser necesario para al paciente solucionarlo de manera definitiva, el rango es muy variable, que la manera más precisa de diagnóstico donde se puede tener una idea clara es la cirugía, se puede tener medios de imagen como se ha indicado donde se

Carminé Cruz Jara (B41)

puede tener una idea muy clara el nivel de lesión, la localización, si hay o no hay sangrado en el abdomen, sin embargo, no tiene el cien por ciento de especificidad, la única manera de estar completamente seguro es la cirugía, que en el desarrollo de su estudio como cirujano hepático tuvo la posibilidad de revisar la documentación prestada por la Secretaría para realizar el informe pericial, que de la historia clínica que revisó pudo extraer como conclusiones que de acuerdo a la historia y el protocolo operatorio realizado por el doctor Carlos López hay una lesión hepática de 3 a 3.5 centímetros aproximadamente, lo cual estaría en el grado tres a nivel de la cara diafragmática del hígado en su segmento seis en la parte anterior, y la parte inferior del segmento seis, lo que quiere decir que comienza y sale por la parte inferior del mismo segmento del hígado y atraviesa el diafragma inicialmente para poder llegar al hígado.

Que en su opinión la laparotomía operatoria es la indicación quirúrgica para una lesión de hígado penetrante, que se realizó una laparotomía exploratoria donde se evidencia una lesión en el hígado la cual constituye un acto médico, que es cualquier acto invasivo o no que involucre médico paciente ya sea quirúrgico, que para realizar su informe pudo revisar el protocolo de la autopsia realizada a la señorita Charlotte Mazoyer en donde se establece que hay una lesión con un desgarro del diafragma del lado derecho con una laceración hepática en el segmento seis anterior, con trayecto descendente y que sale al mismo nivel del segmento seis de su cara inferior, que se tiene que diferenciar dos cavidades, la torácica y la abdominal, uno de los mecanismos para diferenciarlo es el diafragma que es un músculo de la respiración que divide el abdomen del tórax, en el protocolo de autopsia hay el desgarro de este músculo al cual el hígado está pegado a través de un ligamento que está muy contiguo al músculo del diafragma y atraviesa el hígado en un segmento específico, que en un paciente que presenta las lesiones a las que refiere no es posible ser controlado exitosamente en un 100% en medicina.

Al contrainterrogatorio realizado por el abogado Emiliano Donoso Vinuesa, procurador judicial de la acusación particular el perito responde que, al solicitar la historia clínica en secretaría se requirió si podía obtener una copia de esa o podía tomar fotos de la historia clínica, se tomó fotos y el informe se basa en fotos de la historia clínica, que no tomó fotos de toda la historia clínica, que no verificó que las fotografías a la historia clínica eran de la historia clínica original, que del estudio de la historia clínica que llevó a cabo verificó que se realizó una tomografía simple a la paciente Charlotte Mazoyer, que el protocolo ATLS, son siglas en inglés, son guías que fueron desarrolladas por el Colegio Americano de Cirujanos y se desarrollan cuando un médico ortopedista traumatólogo aficionado a la aviación sufre un accidente con su familia y no trata el de dar la primera atención a los pacientes de trauma, posteriormente él decide que debe existir un protocolo de atención donde cualquier personal médico entrenado podría dar los primeros auxilios en trauma en este tipo de pacientes, tal es así que el Colegio Americano de Cirujanos obliga a todos los médicos que quieren entrar a un proceso de cirugía a pasar el curso de ATLS, antes de tener contacto con un paciente en su primer día de entrenamiento, que la guía es el paso a seguir, sin embargo, el criterio médico y cada paciente puede desviarnos tanto de la guía o detenerlos y no continuar los siguientes pasos de cualquier tipo de guía médica, que el ATLS si puede modificarse o detenerse en la marcha, que no establece en que tiempo deben cumplirse estos pasos, pero si existe en la guía en cuanto a revisión primaria, secundaria pero si se busca un número específico de tiempo no existe, que "Hemos" significa sangre, peritoneo es una capa que cubre la cavidad abdominal, en este caso hemoperitoneo significa que hay sangre dentro del abdomen, por tanto en esta paciente se encontró de acuerdo al peritaje 1500cc de sangre en cavidad abdominal, lo cual reposa en los archivos clínicos de la paciente.

Que con una paciente que drena 1500cc depende mucho de donde esté drenando, de qué tipo de cavidad, en la abdominal, el diagnóstico en cuanto a drenaje se lo hace a través de un lavado peritoneal que es una técnica invasiva previa a una cirugía, la cual existen diferentes parámetros si es positiva o no, en un lavado peritoneal si hay sangre de manera inmediata es muy evidente o si existe líquido y contenido intestinal es indicación de cirugía dentro del abdomen, en

cuanto a volumen per se en el abdomen no existe un número, el ATLS no da un número en cavidad abdominal, que para determinar cuánto sangrado efectivamente existe hay que intervenir quirúrgicamente a un paciente, que en cuanto a la lesión grado tres hay una posibilidad de entre el nueve al cuarenta y dos por ciento; por tanto, lo restante de los pacientes son los que no presentan ningún tipo de mortalidad, solo con trauma hepático penetrante grado tres sin heridas concomitantes, que la paciente Charlotte Mazoyer tenía un traumatismo toraco-abdominal penetrante, que necesitaba cirugía, que la aparente normalidad de los signos vitales de la paciente mencionada no cambia su criterio quirúrgico, que la decisión de llevarle al quirófano en su caso la hubiese tomado en ese momento y considera que una paciente con esas características es una paciente que debía hacerlo ese momento, que los actos médicos realizados por el doctor Carlos López a la paciente Charlotte Mazoyer y que constan en la historia clínica no podían haber contraindicado el diagnóstico quirúrgico, que de acuerdo a la escuela de entrenamiento que tiene un paciente con trauma penetrante toraco-abdominal es un paciente que debe ir a sala de operaciones, que de acuerdo al protocolo operatorio uno de los diagnósticos es exanguinación, y de acuerdo al protocolo de autopsia concuerda y que la paciente murió desangrada conforme lo que reza en la documentación.

Al ejercer su derecho a la contradicción la doctora Paulina Garcés Cevallos, en representación de la Fiscalía General del Estado, el perito responde que el objeto de la pericia fue que se revise la historia clínica de la paciente Charlotte Mazoyer y su protocolo de autopsia a fin de determinar cómo cirujano experto en cirugía de hígado el grado de lesión, el pronóstico y si esta lesión necesitaba o no resolución quirúrgica, que su conclusión luego del respectivo análisis fue que la paciente necesitaba resolución quirúrgica.

Testimonio de la doctora Diana Lillan Torres Ávila, perito médico emergencióloga especializada en trauma en emergencia quien luego de rendir juramento ante el Tribunal de Revisión, ser advertida de las penas en que incurriría en caso de faltar a la verdad se genera una solicitud por parte de la defensa técnica de la víctima, por lo que, previo a aceptar su testimonio, se concede la palabra al abogado de la acusación particular **Emiliano Donoso Vinuesa**, quien en lo principal manifiesta que desde el inicio de esta revisión ha solicitado y ha realizado una impugnación a la imparcialidad, probidad y objetividad de los peritos; esta autoridad ha indicado que este será el momento para realizar estas impugnaciones. El doctor Juan Pablo Albán ha manifestado que sobre estas impugnaciones se ha realizado más de trece incidentes; por un posible acto de fraude procesal cinco incidentes.

Por lo que se impugna la presencia de la doctora Diana Lillan Torres Ávila en ese momento y en esta audiencia y fundamenta su impugnación en ese instante. Indica que, los juzgadores tienen la obligación jurídica de evitar que la doctora Diana Torres cometa un ilícito que quiere explicar de qué se trata. Su impugnación tiene que ver con su imparcialidad, objetividad que no se encuentran garantizadas en esta audiencia.

El señor Juez Nacional Ponente, concede el uso de la palabra al doctor **Juan Pablo Albán**, abogado del revisionista Carlos Julio López Ayala, quien expresa:

Esta audiencia debe llevarse a cabo de conformidad con las reglas generales que determina el Código de Procedimiento Penal para las audiencias en la etapa de juicio. En este momento estamos en la producción de la prueba de la parte revisionista, de manera reiterada la Sala ha indicado y al señor doctor Emiliano Donoso, que él va a poder ejercer contradicción, pero se entiende de la prueba que se está produciendo, entonces lo primero que deben hacer, juramentado inclusive que se ha hecho, es escuchar la declaración de la perito y en todo caso en la fase de alegato el doctor Donoso tendrá que justificar lo que está alegando en sus escritos, y ustedes tendrán que resolver si es de recibo o no el peritaje que se produjo en la audiencia, pero al estar en la producción de prueba del revisionista. Si se da paso a este incidente judicial se está interrumpiendo la continuidad de la diligencia,

Paulina Garcés Cevallos (SEK)

solicitando que sin oponerme a que ejerce continuidad el doctor Donoso, que la ejerza en el momento oportuno que es el debate, dice que la prueba ya fue admitida por este tribunal el 28 de septiembre de 2016.

Seguidamente el señor Juez Nacional Ponente, concede el uso de la palabra a la doctora **Paulina Garcés Cevallos**, en representación de la Fiscalía General del Estado, quien dice:

En este caso la Fiscalía tiene que hacerse eco del pedido presentado por la acusación particular, y en este sentido en el Código Orgánico Integral Penal, en el artículo 511, cuando habla de las reglas generales se señala en la regla tercera que la persona designada como perito, en este caso deberá excusar cuando dice *la persona designada deberá excusarse si se halla en alguna de las causales establecidas en este Código para las o los juzgadores* y nos remite al artículo 572 de esa misma norma, que en este caso debo hacer relación sobre todo a las causales de excusa y recusación, pero sobre todo a la número ocho y a la número once. Existen documentos notariados que la acusación particular tiene aquí, y que debería permitir presentarlos a fin de evitar que la señora perito pueda incurrir en un delito de perjurio. Es obligación primera tanto de los sujetos procesales, este caso de la Fiscalía cuanto de ustedes señores jueces, poner en su conocimiento este particular. Yo pido primero se califique si esta perito debe ser escuchada o no, permitiendo a la acusación particular presentar las pruebas al respecto a fin de esclarecer este punto antes de continuar esta audiencia.

El señor Juez Ponente, a nombre del Tribunal manifiesta que este es un momento para ejercer la impugnación que es diferente al ejercicio contradictorio. El Tribunal considera que va a escuchar la censura del abogado de la acusación particular y luego la réplica del revisionista y de la representante de la Fiscalía General del Estado.

Intervención del acusador particular abogado Emiliano Donoso Vinuela

Dice que, toda vez que se ha trasladado a esta audiencia el expediente que reposaba en el despacho del doctor Jorge Blum, solicita que a través de Secretaría se permita tener acceso a la foja cuatrocientos uno, del expediente signado con el No. 171204-2014-1124, que es el que tiene la señora Secretaria.

Precisa que el día diecinueve de enero del dos mil diecisiete, se designó como perito a la doctora Diana Torres, el día veinte de enero de dos mil diecisiete, en virtud de lo que permite el artículo 18, numeral 5, de la Ley Notarial, realiza una desmaterialización del Facebook de la doctora Diana Torres, y encuentra lo siguiente; cuando se ingresa al facebook del doctor Carlos López y se escribió en amigos del doctor López, aparece la doctora Diana Torres, esta es una diligencia notarial; cuando se ingresa al facebook de la doctora Diana Torres, aparece que la primera noticia compartida era: *"seis peritos analizarán el caso Mazoyer"*, y la foto del doctor Juan Pablo Albán, con like; segunda foto compartida, el día que se posesionó volvió a compartir una foto del doctor Juan Carlos Zalamea, que es el presidente de la Federación de Cirujanos, nuevamente hablando del caso del doctor Carlos López; tercera noticia *"condenan a un médico"*, la doctora Diana Torres compartió el enlace, hizo suyo ese enlace; cuarta noticia, primera foto *"comunicado de los cirujanos ecuatorianos al país, de la Sociedad Ecuatoriana de Cirugía"*, de la cual la doctora es miembro y además fue su Presidenta, que impugnan y repudian la condena al doctor Carlos López, compartido por la doctora Diana Torres; compartió otra vez la noticia del señor Presidente de la Federación Ecuatoriana de Cirugía, Juan Carlos Zalamea, impugnando las resoluciones tomadas en el caso del doctor Carlos López; además el primero de febrero de dos mil diecisiete, se volvió hacer una diligencia de desmaterialización ante la Notaría, se ingresó al Facebook y al twitter del doctor Carlos López Inocente, y aparece una foto del doctor Carlos López y a lado la doctora Diana Torres, esta fotografía se repite en ese twitter al menos cinco veces.

Dice que esta foto corresponde a una conferencia realizada en la Universidad SEK, que fue presidida por el doctor Carlos López, en donde la doctora Diana Torres

fue conferencista y donde se analizó el caso del doctor Carlos López; la foto se repite en varias ocasiones al lado del doctor Carlos López con la doctora Diana Torres y abajo la leyenda "doctor López inocente". Si esto no fuese poco y con la finalidad de que no se diga de que quienes aparecen en esas fotografías es la doctora Diana Torres, quien al jurar que el diecinueve de enero de 2016 en su posesión, que actuaría de manera objetiva e imparcial y que ante ustedes ha jurado lo mismo, la acusación particular al realizar un acto urgente, conocida por la señora Fiscal de turno Silvana Garrido, donde solicita un peritaje de identidad humana en donde concluye que la persona que aparece en la fotografía al lado del doctor Carlos López, es la señora Diana Liliana Torres Dávila; y si eso no fuere suficiente para que ustedes no permitan que la señora testigo rinda su testimonio, porque no tiene ningún valor como establece el Código de Procedimiento Penal, y además de conformidad al artículo 511 y 572 del COIP, realiza un acto urgente, en donde solicita una experticia al expediente No. 17124-2014-1124, en la foja 401 de ese expediente, documento original, título del documento: "*Doctor Carlos López Inocente - Ecuador la salud está de Luto*", firma la doctora Diana Torres, cédula No. 1704602372, firma Diana Torres.

Arguye que, el peritaje que realiza se efectuó en el documento original que acaba de solicitar, cotejó al menos tres documentos índices donde contenían las firmas testigos y el perito concluyó en un acto urgente: " *5) La firma dubitada atribuida a la señora Diana Lilian Torres Dávila, obrante a fojas 401, primer reglón del expediente No. 17124-2014-1124, se lee Diana Torres con un encabezado que dice: "doctor Carlos López Inocente", que se encuentra en la Corte Nacional materia del análisis, se corresponde gráfica y morfológicamente con las firmas testigos de la señora Diana Lilian Torres Dávila, es decir proceden de una misma autoría gráfica. La señora Perito que juro en dos ocasiones, y lo hizo ante ustedes, por escrito, con diligencia de acto urgente, firmó la petición del doctor Carlos López inocente, por lo tanto, el artículo 216 del Código de Procedimiento Civil aplicable a esta causa, la señora perito ha caído en la causal de excusa y de inhabilidad número cinco y siete, es decir tener interés en la causa y ser amiga íntima del doctor Carlos López, en concordancia con el artículo 218 del Código de Procedimiento Civil, que establece que la tacha debe probarse y en concordancia con el artículo 856 del Código de Procedimiento Civil, numeral 9, que establece que la tacha a los testigos o a los peritos debe ser las mismas aplicables a los señores jueces, y el número nueve establece que no pueden ser testigos o perito quien haya dado su opinión y que conste por escrito; además en concordancia con el artículo 511 del COIP, en su numeral tres, asimismo nos remitimos entonces al artículo 573, del COIP, numeral 8, tener amistad íntima con alguno de los sujetos procesales, dar consejos o manifestar opinión dentro de la causa; y además al numeral cuarto del artículo 511.*

Reitera que, el doctor Juan Pablo Albán menciona que en cinco ocasiones la acusación particular generó incidentes hablando de un fraude procesal, esta es la evidencia del fraude procesal y del perjuicio cometido por la señora perito, porque además el veinte de enero de dos mil diecisiete, después de que se realiza esta desmaterialización, la doctora Diana Torres para burlar la justicia y pretender engañar, cerró su Facebook, lo eliminó; y por ello se presenta el día tres de febrero de dos mil diecisiete, una denuncia por perjuicio y fraude procesal en contra de la doctora Diana Torres.

Intervención de la defensa técnica del revisionista abogado Juan Pablo Albán

Seguidamente se concede la palabra a la defensa técnica del revisionista doctor **Juan Pablo Albán**, quien expresa que, le gustaría decir que esta es una situación absolutamente excepcional y que no tiene ninguna sospecha de que este es un proceso orquestado, únicamente con el propósito de infundir temor en una persona que por eso mismo preguntó si debería permanecer o no en la Sala, esto ha pasado a lo largo de los ocho años de manera reiterada y muy reiterada, particularmente en la audiencia de juicio, entonces no cree que ésta es una cuestión casual, y que de repente un adalid de la justicia, de lo cual estaría muy orgullosa la Secretaría de Inteligencia, de repente ha descubierto que la perito, y la gravísima afirmación que se ha realizado, ha incurrido en delito de perjuicio cuando todavía no declara; aquí

Resolución de 

tenemos al oráculo de belfos que dice que va a cometer perjurio y además ya lo ha dicho la Fiscalía, por supuesto coincide con el acusador en denunciar que ha cometido perjurio una persona que todavía no ha declarado.

Dice que, la norma procesal aplicable para la evacuación de esta diligencia es el Código de Procedimiento Penal, porque así el Tribunal de Revisión lo determinó. Esta cuestión ya fue materia de un planteamiento al inicio del recurso de revisión por parte de la acusación particular, diciendo que el recurso estaba mal planteado porque tenía que formularse de acuerdo al COIP a lo que la Sala le contestó, no señor, este recurso por ser uno que tiene que ver con un proceso que se sustanció bajo este procedimiento, tiene que conocerse bajo este procedimiento. Las reglas para la evacuación de esta prueba están aquí, el artículo innumerado, después del ciento treinta y tres, al referirse a los peritos dice: *Son peritos los profesionales especializados o personas que por su experiencia aportan conocimientos específicos sobre su ciencia, arte u oficio. Su acreditación se realizará ante el tribunal de garantías penales que conoce la causa mediante el interrogatorio de la parte que solicita su presencia. La contraparte tendrá la facultad en su contrainterrogatorio de cuestionar su capacidad técnica*; finalmente señala que de lo que se trata es que esta persona como médico, emite un criterio técnico; más allá de eso el artículo 136 del Código de Procedimiento Penal, de manera clara dice que las partes no pueden interrumpir los procesos de declaración, la perito ya había sido juramentada, la declaración empezó el momento en que el señor Presidente le tomó el juramento.

Expone que, por qué no se observa la norma que el propio acusador particular acaba de leer, que es el artículo 511, numeral 4, que dice que no podrán ser recusados, sin embargo, el informe no tendrá valor legal alguno si el perito que lo presenta tiene motivo de inhabilidad o excusa debidamente comprobada, entonces vamos al debidamente comprobada. Dice que, entiendo perfectamente porque es abogado defensor de derechos humanos y comprendo cuales son los derechos de la víctima en un proceso, y el artículo setenta y ocho protege esos derechos, pero el recurso de revisión es de naturaleza extraordinaria, con unas particularidades muy especiales, porque la prueba que puede entrar aquí es la prueba que trae el revisionista, con todo respeto a la Fiscalía General del Estado, eso de pedirle autorización para que la acusación presente su prueba es absolutamente desnaturalizador del recurso de revisión en su esencia.

La decisión de que si no hay la objetividad necesaria para tomar en cuenta el contenido de la información técnica que se presente, es una decisión que los jueces deben tomar después de haber escuchado a la perito, no es una decisión que pueden tomar de manera anticipada, porque aquí somos abogados y no adivinos, entonces para que ella perjurará en función de lo que ella desde el punto de vista técnico aporte a la causa, tendría que acreditarse que es manifestamente falso lo que técnicamente incorporó, ahí habría incurrido en el delito de perjurio y eso en este momento no se sabe ya que la perito no ha declarado, en consecuencia solicita, sin perjuicio de que los señores jueces ya tomaron una decisión, de escuchar la declaración de ella, pero solicita que escuchen la declaración de la perito y en la valoración determinen si no cabe aceptar la información que se incorpora como consecuencia de la presunta parcialización que vía materialización de documentos se está introduciendo y que por cierto con todo el debido respeto hace notar que por elemental principio de contradicción, ya precluyó esa posibilidad, puesto que, el señor abogado Emiliano Donoso, con todos esos documentos que ha hecho alusión, sus actos urgentes y demás, debió ponerlos a vista del revisionista para que se pueda contradecir en función del conocimiento de lo que dicen, cosa que no hizo, en consecuencia solicita que además que se le escuche a la perito, que esos documentos no sean incorporados al proceso.

Intervención de la doctora Paulina Garcés Cevallos en representación de la Fiscalía General del Estado

Señala que, llama mucho la atención, por lo que rechaza y reclama estas argumentaciones que se hacen a la Fiscalía. La institución a la que representa es una institución muy seria, y quien está aquí es una persona que está en el ejercicio de un derecho que lo tiene como un sujeto procesal que puede estar aquí presente.

Que deja en claro que no es el ataque la mejor defensa, esos tiempos han pasado y ahora hay que estar dentro de lo que es una argumentación jurídica absolutamente técnico jurídica, pero además en su afán de defensa que es plenamente justificable, entiende que tiene derecho hasta a exacerbarse, eso es hasta aceptable, es que eso es la defensa; además realiza ciertas puntualizaciones porque al parecer cuando presenta la acusación particular una impugnación, son los jueces que responden que será éste momento de la audiencia en donde se realice la impugnación, por lo tanto, no entiende porque ahora se está volviendo a cuestiones que ya fueron esclarecidas por este Tribunal; solicita a los dos sujetos procesales mantenerse en la línea del recurso de revisión, puesto que, de existir una disputa entre los sujetos procesales les pide dejar a la Fiscalía absolutamente a un lado.

Por otro lado señala que el COIP no es una norma aplicable a este caso, y retomando la normativa que el artículo noventa y seis aplicable al presente caso, desde el tiempo que se tramitó, desde el año dos mil nueve, dice que quien se halle designado como perito debe excusarse, si se hallará en alguno de los casos establecidos en el Código Procesal Penal para la excusa de los Fiscales, eso retorna al artículo sesenta y siete de dicho cuerpo, en cuyo literal e) dice que una de las causas por las que la perito debió haberse excusado, es cuando se asuma el conocimiento de causas en que se intervenga o se tenga interés, por ser amigos íntimos o sus enemigos manifiestos.

Pregunta si es correcto que una persona que firma el respaldo a quien hoy es el revisionista, sea luego perito de él mismo, que saque públicamente su respaldo a él, que de una conferencia que diga que los señores jueces que aquí intervinieron están equivocados porque el señor es inocente, recalca que se debe ser coherentes apegados a la Constitución y a la ley, instando a que se debe observar que la acusación particular no hace el ingreso de la prueba como es su obligación, tiene que ingresar y poner en conocimiento de los sujetos procesales, incluidos el señor abogado de la defensa como de la Fiscalía General del Estado, razón por la cual más bien solicita al Tribunal que se haga esta intervención y que se excluya a esta perito porque ciertamente lo que tiene que decir ya está sesgado, toda vez que, está claro que ella apoya al doctor Carlos Julio López Ayala, y por lo tanto, ha perdido la condición de imparcialidad que la perito debe tener; recuerda que el perito da un criterio, pero no puede haber un criterio cuando ya tengo un sesgo de amistad hacia una persona, por lo que pide que en aras de la justicia, la Constitución y la ley se excluya a esta perito de este informe.

El Tribunal de Revisión, luego de escuchar las pretensiones de la partes, resuelve escuchar el **testimonio de la doctora Diana Lilian Torres Ávila**, quien a las preguntas formuladas por el revisionista dice que se graduó en la Universidad Central en el año 1995, de médico cirujana, luego obtuvo su título de especialista en cirugía general en la Universidad Nacional de Loja, que tiene un diplomado en cirugía laparoscópica en Chile, entrenamiento en trauma en la universidad del Valle, instructora de ATLS-1998, que hizo su primer curso de ATLS en el año 1997, que la formación en ATLS son guías de manejo, soporte vital basado en el trauma, es un programa que se utiliza en sesenta y tres países del mundo, abalizado en el Colegio Americano de Estados Unidos, lo que hace es formar gente en el manejo vital, que se debe pasar por una fase en la que se debe estudiar, y si es destacado es calificado por instructores, si ha sacado una nota importante puede ser candidato a instructor, luego debe hacer un curso formal, es en ese momento que se gradúa de instructor, esto le da un aval que puede ser instructor de ATLS, tiene que seguir dando cursos y seguir actualizándose, que cada año se renuevan, salen nuevas actualizaciones y tiene que rendir exámenes para seguir fungiendo como instructor; si solo ha sido estudiante, mas no instructor, se convierte en un proveedor ATLS, que las personas que son ATLS deben ser médicos, luego se les da un manual que viene de los Estados Unidos, los libros vienen desde allá, se estudia un mes, y se va a un curso de viernes, sábado y domingo donde se le enseña a manejar pacientes con trauma, hay conferencias, estaciones de destreza, donde se deben aprobar de acuerdo a los instructores, este curso es igual en todos los países del mundo. Hay una educadora que se encarga de la instrucción y toma los exámenes, hay que pasar por varios instructores, hay que pasar por una serie de calificaciones a fin de aprobar el curso. Si se aprueba el curso es proveedor, sino

aprueba no lo puede ser, si se aprueba puede ser un potencial instructor, se debe hacer un curso especial donde se enseña a ser instructor a cargo de un instructor sénior, es así como se está asignado el curso.

Dice que, es cirujana de emergencias del Hospital Eugenio Espejo, que trabaja cerca de doce años, que en el hospital donde trabaja si se aplica el programa ATLS, que desconoce si en otras casas de salud pública se aplica dicho programa, que se encuentra agremiada al Colegio Médico de Pichincha y a la Sociedad Ecuatoriana de Cirugía, que no recuerda desde que año pertenece al Colegio Médico de Pichincha, piensa que desde que se graduó de médico porque era un requisito, que si pertenece a asociaciones gremiales internacionales como el Colegio Americano de Cirujanos y de la Sociedad Americana de Cirujanos, que la pertenencia a esas agremiaciones es voluntaria, que si conoce al señor doctor Carlos Julio López Ayala aproximadamente once años, que son colegas y miembros de la Sociedad de Cirugía que él fue presidente y ella vicepresidenta, que se le ha pedido analizar la historia clínica con base al ATLS, el cual es un Soporte Vital Avanzado en Trauma, que incluye una guía de manejo para pacientes poli traumatizados.

Expresa que este protocolo de atención existe desde hace quince años, en EEUU desde 1974, desde que un traumatólogo norteamericano tuvo un accidente y vio como los pacientes con traumas no eran los adecuados, viendo un programa para tratar a los pacientes traumatizados, extendiéndose a otros países en el mundo, que sesenta y tres países del mundo lo tienen, que está diseñado para todos los médicos, lo necesario es que sean médicos, que no es obligatorio pero si es recomendada, en algunos centros donde se maneja trauma, en el hospital de los Valles en Colombia, era necesario practicar el ATLS, en la actualidad en la formación de los médicos de emergencias está indicado utilizar el sistema ATLS, que las etapas de aplicación del ATLS inician desde el pre hospitalario, se activa todo un sistema porque este manejo del trauma no es manejado por una sola persona, empieza desde que se sufre el accidente, para tener un traslado que sea rápido y efectivo y que sean reanimado los pacientes en forma adecuada; luego desde el hospital se realiza lo que es la preparación, se notifica al hospital que el paciente va a llegar para que se activen los sistemas de alarma para prepararse de lo que va a venir; de ahí viene la parte hospitalaria para saber qué tan comprometidos están los pacientes, luego la valoración inicial, que influye en lo que se llama la valoración primaria, posteriormente viene la valoración primaria y secundaria, luego el traslado a cuidados de cirugía, cuando el paciente necesita ir a un lugar especializado avanzado o cuando debe entrar a cirugía, que la palabra triaje quiere decir catalogar a los pacientes por su prioridad, que los pasos a seguir del protocolo ATLS consisten primero en notificar que se tiene un paciente que va a ser atendido, posteriormente en el manejo hospitalario se debe tener una reanimación que se llama, para no poner en riesgo al paciente, transportarlo para que no tenga lesiones secundarias, para llevarlo y no ponerlo en riesgo, que si el paciente tiene una rotura de columna y sospechamos de una lesión o herida se deben proteger su cuello y columna para que no hayan resultados negativos, que el ABCD quiere decir, A es la vía aérea con el control cervical cuando el paciente lo amerita, el B refiere a la respiración, C a la circulación, D al déficit neurológico y E a la exposición y control de temperatura.

Dice que la diferencia entre A y B es que "A" es vía aérea, que debe estar despejada, que haya una buena entrada de aire, a veces los pacientes no pueden respirar, tienen algún deterioro neurológico que necesitan ser entubados; mientras que "B" se refiere a respiración porque no hay la suficiente entrada de aire a los pulmones, que puede comprometer la vida al paciente, lo cual puede darse por neumotórax masivo cuando esta con sangre el pulmón, o neumotórax simple cuando está progresando, cuando está rota alguna intercostal fracturada, el tórax no puede expandirse el pulmón se retrae, que neumotórax significa la presencia de sangre en la cavidad neural, dentro del tórax está el pulmón cubierto de la membrana pleura, cuando hay sangre ahí el pulmón se llena de sangre y se hace pequeño, que el neumotórax es cuando se da la presencia de aire por perforación del pulmón, indica que los seres humanos básicamente respiran por los bronquios, fuga aire y sale del pulmón, al ser esto una cavidad cerrada, cada vez más va ganando espacio el aire, el pulmón se retrae, impidiendo una buena oxigenación de

respiración, que para identificar si existe un problema de ventilación básicamente hay que hacer tres cosas, mirar cómo está la expansibilidad del tórax; escuchar el murmullo vesicular y sentir a ver si hay fracturas o algo o enfisema, también se puede sentir cuando hay aire o cuando hay sangre ahí, y también a través de los signos vitales, básicamente la frecuencia respiratoria cuando no tiene una adecuada respiración, puesto que, los seres humanos respiran entre 14 a 16 veces por minuto, si se respira con dificultad se trata de compensar lo que no se puede hacer, que cuando hay un neumotórax, por ejemplo está en peligro gravemente la vida del paciente, por hipertensión taquicardia, lo que se hace es descomprimir el tórax, rápidamente con una aguja en el segundo espacio intercostal a la línea media clavicular y se obvia muchas veces hacer una placa porque está en riesgo la vida del paciente y puede producirse la muerte hasta hacerse la placa, cuando la paciente no está con peligro de la muerte, se puede hacer las imágenes.

Señala que en esta situación debía realizarse una radiográfica ecotatal del tórax, los anexos de la valoración primaria incluyendo una radiografía del tórax, que las siglas ECOFAST significa The Focused Abdominal Sonography for Trauma Scan, ultrasonido computarizado para trauma, que el ECOFAST sirve para identificar varios traumas, se lo utiliza en trauma cardíaco y básicamente se lo utiliza para saber si el paciente está sangrando y si hay taponamiento cardíaco, para hacer el control de hemorragia, el sangrado se puede dar por ejemplo por el taponamiento, puede causar shock, se debe colocar el transductor en el epigastrio para ver el corazón, normalmente el corazón está latiendo, tiene una cubierta que es el pericardio, cuando se lesiona el corazón, esta sangre se acumula en este espacio y el corazón en lugar de latir empieza a latir más lento, eso se llama taponamiento cardíaco. Cuando hay taponamiento renal es el siguiente sitio que sabe sangrar a nivel del hígado, valora el punto exacto de donde está la pelvis para ver si hay presencia de líquido, que es bastante difícil determinar la cantidad de líquido porque depende del equipo con el que usted lo haga y la persona que realice el ECOFAST, que básicamente el ECOFAST lo único que visualiza es líquido, sangre, líquido normal que hay en la cavidad o líquido intestinal, que si el resultado del ECOFAST fuera positivo depende del paciente si es factible realizar otro examen de diagnóstico de imagen, tal es el caso de que un paciente que esta inestable, que se sospecha de su sangrado, hay líquido en el abdomen, puede sospecharse que es debido a esa causa, que la tomografía está recomendada para pacientes estables en los cuales hay fugas diagnósticas, en los anexos de la valoración secundaria, que lo que el médico debe observar es que el paciente se encuentra termodinámicamente estable lo que tienen que ver es una no mayor alteración de los signos, hay una cosa que es hermodinámicamente estable y termodinámicamente normal, normal es la persona que no ha sufrido ningún trauma, estable es una persona que no puede estar necesariamente normal los signos pero que se mantiene sin mayor variabilidad.

Indica que en la mayoría de ocasiones, los resultados del ECOFAST, como impresión de imagen, se imprimen dependiendo del centro y del kit que lo utiliza, si es un equipo portátil no se imprime, si son equipos más sofisticados, que tienen se imprimen, sino se pide que la persona que hizo el ECOFAST lo documente en la historia clínica, que si se determinara en los exámenes que se realizan que existe un neumotórax en un paciente, conforme el ATLS debe aplicarse un tubo de tórax que consiste en un tubo de calibre 36 - 38, a nivel del quinto espacio intercostal se lo coloca con guantes estériles, después de hacer la limpieza de la zona, se realiza el corte, hasta llegar a la cavidad pleural, se coloca este tubo, se pone una trampa de agua, se sutura, se pone aire para que no colapse para lograr una buena respiración del paciente, que este procedimiento no está marcado con un tiempo, pero depende de la experticia de las personas que lo realizan, pero varían entre 15 a 30 minutos, hay personas que lo pueden hacer más rápido, depende de la experticia, que la persona puede ser un médico que ha sido entrenado, no cualquier persona puede poner un tubo, una persona que no ha colocado un tubo no lo puede hacer porque tiene riesgos de complicaciones, que dichas complicaciones pueden lesionar los vasos intercostales, los vasos de las costillas, si se produce una lesión de una arteria intercostal puede producir un neumotórax masivo, lesiones nerviosas de los nervios intercostales; existen tubos que vienen armados con una especie de punzón, podría producir lesiones cardíacas.

Decretado en sesión de 17/05/2015

Sostiene que en caso de neumotórax, conforme al protocolo ATLS el tratamiento indicado frente a un paciente que tiene un neumotórax influye primero el diagnóstico y colocar un tubo en el quinto espacio intercostal, y sirve para drenar la sangre, esto va conectado a una trampa de agua que tiene como función servir de válvula para que no colapse el pulmón, se debe cuantificar cuanto produce este líquido, la sangre que sale para tomar decisiones, que desde el punto de vista médico, la consecuencia de omitir estos procedimientos básicamente puede producir la muerte del paciente en el transcurso de las horas, en el neumotórax si hay dificultad respiratoria y el paciente no puede respirar habrá un paro respiratorio, si hay un neumotórax simple va progresando hasta que produce un colapso del corazón por no dejar respirar y produce un paro cardio respiratorio, que lo que se hace de inicio es colocar dos catéteres de calibre grueso en las venas principales, no en las venas grandes, sino en las venas periféricas del cuerpo, básicamente la solución que se utiliza es la de traqueotomía; además deben ser calientes, que en un problema circulatorio, estaría también la transfusión sanguínea dependiendo del grado de choque que el paciente tenga, que los grados de choque son cuatro, el primero es de hasta 750 cc de volumen, en el cual los mecanismos compensatorios del organismo fácil pueden recuperarse, el grado dos, que se pierden de 750 a 1500, el grado tres de 1500 a 2000, y el cuatro en el que se ha perdido gran cantidad de volumen, que existen otros mecanismos con los que se puede mantener la circulación puede utilizarse vías centrales, también están descritos en el manual. La vía central quiere decir que vaya a un vaso grande del cuerpo, es decir, la vena femoral, clavia y yugular, que el proceso de colocación en la vía central es más complicado, son vasos sanguíneos que tienen un flujo importante que llevan gran cantidad de sangre al corazón, por lo tanto, implica más cuidado y se enseña en el manual las diferentes técnicas, se debe utilizar ropa estéril, desinfectar la zona, colocar anestésico, se visualiza el sitio donde se vaya a poner, la yugular, clavia y femoral, difiere la técnica, se realiza un pinchazo, localiza el vaso venoso, se pasa una guía metálica, esa guía va al vaso, se extrae la jeringuilla, se debe visualizar hasta donde debe llegar el catéter, se retira la guía, se debe suturar y colocar el tubo.

Dice que no hay tiempo específico para la colocación de estos catéteres, dependen de la habilidad de cada persona, toman entre 15 a 20 minutos, que la sonda desical es un catéter colocado para que el paciente orine a través de la uretra, esto sirve para cuantificar la cantidad de orina que el paciente está produciendo, que el protocolo ATLS indica que se debe colocar sondas vesicales, que una tomografía con contraste y el tipo de contraste depende porque hay orales, intravenosos o rectales, el contraste oral es una sustancia que usted toma para que cuando se hace el procedimiento se pueda visualizar más rápidamente las estructuras, el intravenoso es un líquido que se coloca a través de las venas para visualizar la parte arterial y venosa, el contraste rectal, básicamente sirve para que se pueda ver la parte baja del recto y colon; una sin contraste es hacer la misma tomografía pero sin la administración de estas sustancias, que el valor diagnóstico de una tomografía sin contraste, no está indicada en el libro, la tomografía sin contraste básicamente solo se pueden ver pocas cosas, que a partir de una tomografía sin contraste se podría visualizar si existen lesiones vasculares el contraste ayuda a identificar, si se quiere saber si hay perforaciones intestinales, si hay contraste este se contrasta, si hay una lesión en lesiones retroperitoneales que en la ecografía no alcanza a ver, esta permitirá que se pueda ver la sangre pero no de donde proviene, el contraste sirve para saber específicamente en la tomografía, que bajo los estándares del protocolo ATLS, cuando un paciente presenta una herida de consecuencia de un impacto de proyectil de arma de fuego, depende de las circunstancias la práctica inmediata de una cirugía, es decir, que el protocolo de ATLS dice lo siguiente, la laparotomía es cuando un paciente tiene un trauma entrante en el abdomen, cuando afecta la cavidad peritoneal, pero existen heridas en las que ingresan de un lado y salen en otro, pero no topa esta cavidad, esa es por ejemplo no sería de hacer laparotomía.

Expresa que en un paciente que no presentara un orificio de salida depende mucho de la estabilidad del paciente y de cómo se encuentra para realizar una cirugía inmediata, que el ATLS lo que le dice son las indicaciones de la Laparotomía, es decir cuando existe penetración, hay otra parte que cuando dice valoración

secundaria, que si se quiere hacer o tiene datos de duda puede hacer una tomografía, el ATLS es una guía que se maneja en virtud de un criterio, el ATLS le da pautas, que en una cirugía planificada hay otras cosas para preparar a un paciente, depende del lugar, el paciente necesita un chequeo pre quirúrgico, exámenes de base para saber en qué estado se encuentra, tener un historial clínico, para que se sepa que se lo va a operar, un consentimiento informado, explicarle el procedimiento que se le va a hacer; además se le realiza una profilaxis antibiótica dentro de la cirugía planificada; en cambio, en una cirugía de trauma basada en el ATLS básicamente va a realizarse la valoración primaria, en la que en forma progresiva va diagnosticándose la mortalidad del paciente, lo hace rápidamente; una vez que se tiene diagnosticado las lesiones, se verifica si se requiere la cirugía o no, si tiene tiempo puede realizarse la valoración secundaria, entonces se realiza el traslado definitivo que es a la unidad de quirófanos o a los centros que el paciente lo amerite, que hay pacientes en los que la cirugía va a tomar más tiempo y en otros menos tiempo, que bajo el protocolo ATLS no puede iniciarse una cirugía si el paciente presenta problemas de ventilación, que para una laparotomía, es el cirujano general, que si el paciente presenta a más de las lesiones abdominales, también torácicas, que debía esperarse para la realización de una actividad curativa el arribo de especialistas, que la colocación de tubos torácicos puede considerarse un procedimiento de diagnóstico y médico, que la colocación de una vía central, puede considerarse un procedimiento de carácter médico, que al igual que la realización de una laparotomía puede considerarse un procedimiento de carácter médico, que para la realización del estudio tuvo la oportunidad de revisar la historia clínica en donde se encuentran documentados los actos médicos realizados por el doctor Carlo López Ayala.

Explica que el ATLS es una guía técnica la cual entrega los principios del diagnóstico de tratamiento, pero deben ser interpretados por la persona que los ejecuta, es decir, entrega una serie de pasos a seguir pero tiene ciertos lineamientos, por ejemplo, se le dice que tiene que hacerle el ABCD en el paciente, se examina al paciente, que en A esta la vía aérea, pero el paciente no tiene ningún compromiso de la columna cervical, en este caso no justificaría poner un collar; se dice que el paciente tiene una fractura de fémur y una de pelvis, le enseña cómo debería usted inmovilizar estos pacientes, como hacerlo y las diferentes técnicas, va a enseñando pautas, y se ve que pautas aplican, tiene varios parámetros, manejo de vía aérea, tórax, abdomen, valoración neurológica, tiempos para que proceda a realizar los procedimientos, que de la historia clínica que pudo revisar consta que el doctor Carlos López Ayala habría seguido los pasos indicados en el protocolo ATLS, que dispuso la práctica de exámenes diagnósticos, que participo en la colocación de tubos torácicos y en la colocación de una vía central, que el doctor Carlos López Ayala, practicó una cirugía de laparotomía, que la realización de un acto médico de un cirujano no garantiza un resultado especificado porque depende de varios factores.

Al ejercer su derecho de contradicción la acusación particular a través de su abogado Emiliano Donoso Vinueza la perito expresó:

Que es miembro del Colegio Médico de Pichincha y de la Sociedad Ecuatoriana de Cirugía, que conoce que la Asociación Ecuatoriana de Cirugía del Ecuador, públicamente ha mostrado su respaldo irrestricto al señor Carlos López, que es colega del mentado profesional, que la historia clínica la solicitó a través de su abogado y de la defensa del señor Carlos López, que eran copias simples, que tuvo acceso a la historia clínica original de la señorita Charlotte Mazoyer el día que vino a posicionarse en la tarde, posteriormente le facilitaron las copias, que el CD con las imágenes y la tomografía traqueoabdominal, le fue entregado por el doctor Rubio a su abogado, que la fecha exacta no recuerda, que el criterio médico debe estar ligado al contexto de cada paciente, que el ATLS puede modificarse o detenerse en la marcha, dependiendo de los criterios que se vayan dando, de las variables fisiológicas que se vayan produciendo, o de las dudas que se tenga y de la capacidad de respuesta, que el ATLS debe aplicarse dependiendo de cada paciente, que los litros de sangre en el cuerpo humano varía de acuerdo a su tamaño, estatura y contextura, de 4.5 a 5.5 litros, que a la paciente Charlotte Mazoyer se le transfundieron 4 litros de lactato y 500, sería 1000 de quiloides, en total 5000 durante el periodo que le toco evaluar,

desde la evaluación inicial hasta cuidados intensivos que es el quirófano, aproximadamente según las hojas de enfermería, desde las 08h47 hasta las 21h30, pero está puesto como horas de enfermería de tal hora a tal hora, y está también puesto en el informe.

Dice que en una hora de 20h30 a 21h30, se transfundieron 5000 litros de líquido a la paciente, que la reanimación con cristaloides, de cada centímetro de sangre que pierde se debe reponer tres centímetros de cristaloides, que no se le suministró sangre a la paciente antes de la cirugía, que se le transfundió sangre a la paciente cuando ingreso a sala, que esa parte no está dentro de la ATLS, sino que debe estar puesto en la hoja de anestesia, que la paciente fue ingresada a quirófano a las diez de la noche, que Charlotte Mazoyer respondió inicialmente a la trasfusión de líquidos, luego bajo su presión y de ahí es cuando se coloca el emase, que hay un momento en que se pone una presión de las 08h30 con presión de 110/60, con frecuencia cardiaca de 60 respiratoria de 50, a las 08h45 una presión de 97/43, con 87 de cardiaca y 52 de respiratoria, a las 21h00 tiene 100/50 con 99 de cardiaca, a las 21h30 tiene un bajón de presión de 82/43 con cardiaca de 98, que a esa misma hora existe un informe, en donde hay varios signos a esa misma hora, están reportados en hoja de enfermería, otros signos están en la hoja de anestesia, otros están en la hoja del doctor López, que los signos que consideró para el informe son los que dice el doctor López, 90/60 a las 21h20, a las 21h30 dice 100/600 y cardiaco 90, la señorita de enfermería dice a las 21h30 82/43 y 98 de cardiaca, y la frecuencia respiratoria de 15, en la otra hoja de enfermería, en ella en cambio está a las 21h30 como que hubiera un bajón de la frecuencia cardiaca 45 y en la hoja de la anestesia varía de 80/40, con frecuencia cardiaca de 90; si se considera estos signos las frecuencias cardíacas no están mayor de 100 y la tensión arterial esta de 80 a 40, algo disminuida, podría variar a un shock grado 2 o 3.

Que Charlotte Mazoyer inicialmente tendría un shock grado 2, luego baja su presión y se le administran los coloides y sube, teniendo una respuesta al shock rápida, se le coloca los cristaloides y coloides y la respuesta es rápida, que los uso los signos más similares y no los que variaban porque tenía varias notas, en las notas de enfermería no consta firma de responsabilidad, solo están puestos los signos, en donde están puestas los signos se tomaron en consideración una firma de responsabilidad, y eso está puesto en su informe, que de su experiencia técnica científica como especialista en ATLS, la variación constante de los datos con respecto a los signos vitales depende que fueron tomados con diferentes tiempos, en diferentes equipos, pueden ser tomados en forma manual o en el monitor, que en la historia clínica de la paciente no existe alguna constatación de que variaron los equipos que utilizaron para tomar los datos de los signos vitales, que la paciente Charlotte Mazoyer estaba algica, diaforética, disneica, hipotérmica con una frecuencia respiratoria de 50 por minuto, que la frecuencia respiratoria normal de una persona es de 14 a 16 por minutos, que la paciente tenía 50, que tenía una frecuencia cardiaca de inició con 50 respiraciones por minuto, y a la final acabó con 15 por minuto, que la parte en la que se coloca que esta sudorosa diaforética es hecho por enfermería, no consta la hora, a las diez de la noche está hecho el informe, sin embargo los signos vitales están hasta las 21h30, se supone a las diez de la noche la paciente entro al quirófano.

Dice que a la hora que la paciente llevo, según la hoja de emergencia 08h47, se reporta una temperatura de 36 grados, sin embargo, en esa misma hora en la hoja de enfermería se reporta 35 y dice algica y diaforética e hipertérmica, que según los signos de la paciente la misma se encontraba en un shock grado 2, pero según la frecuencia respiratoria es grado 3; en este caso la paciente tenía una frecuencia respiratoria aumentada, tenía alterada su capacidad respiratoria, por eso se le puso los tubos y bajó su frecuencia respiratoria, inicialmente a 28 y luego a 15 respiraciones por minuto, que el Shock grado 3 que la paciente tenía dos tipos de shock, el hipotérmico que estaba agregado una traqueína, porque no podía ventilar bien ya que tenía un hemotórax y un neumotórax, que el ATLS sobre los pacientes con grado 3 de Shock Hipotérmico dice que deben recibir sangre ya que es muy probable que estén con una pérdida de sangre, que el examen de gasometría que consta en la historia clínica se realizó a las 20h37, fecha de impresión 20h38, que el examen de gasometría permite reportar los gases presentes en la sangre arterial

del sujeto, es decir, que permite saber si hay una acidosis metabólica que puede darse por varias causas, en este caso podría deberse por un sangrado, la hipotermia puede causar acidosis, que el PH que determinó el paciente fue 7.1, lo cual implica que la paciente está sometida a mucho tiempo a procesos para aumentar su catabolismo, más oxígeno, que con un PH de sangre de 7.1 se puede pensar que tiene una herida penetrante y que está perdiendo sangre, que el examen de gasometría normalmente es un anexo de la valoración primaria, a lo que se hacía el examen de sangre, también debió sacarse la gasometría, que el tiempo que pasó de lo que reporta la historia clínica, del hecho hasta que arribó a la clínica pichincha la paciente según la hoja de los bomberos el accidente sucedió a las 19h00 y fue trasladada 20h30, hora de entrega 20h39.

Que el tiempo que pasó desde la hora del hecho hasta la hora de llegada fue una hora treinta minutos, que para compensar una acidosis desde el principio se suministró alcaloides a la paciente y si requería transfusión sanguínea, que estaba perdiendo mucha sangre, que revisó la biometría hemática, que está ingresada a las 20h38, y reportada a las 21h22, que el valor de la hemoglobina era de ocho con veintisiete, que el valor del hematocrito era de 27, que en la historia clínica se establece que la hemoglobina es de 8.9, que para saber si está en shock la paciente no se rige por la hemoglobina y hematocrito, sino por el estado hemodinámico del cuerpo, que el ATLS dice que además de la transfusión que se hizo de 5000 cc, lo principal era detener la hemorragia, que la colocación del tubo torácico o la tomografía, no pararon la hemorragia, que del ECOFAST positivo no me reporta donde estaba el líquido, en la nota del doctor López, el ECOFAST no se aprecia líquido en el pericardio, sino líquido en pleura izquierda y derecha y en el abdomen, que el procedimiento médico que estaba dirigido a parar la hemorragia, era una laparotomía.

Dice que la laparotomía exploratoria se realizó a las diez de la noche, que el disparo fue a las siete de la noche, que la paciente arribó a la Clínica Pichincha a las 19h39 según los bomberos, que a las 20h47, según la historia clínica, se conocía que la paciente presentaba trauma de Tórax, paciente traída por los bomberos luego de más o menos 20 minutos, con proyectil en el tórax izquierdo, examen físico, paciente despierta, hipertérmica, que a las 20h47 está indicado que se había colocado un tubo torácico pero no sé sabe si estaba colocado, que en la historia clínica se dice que a las 21h00 se colocó el tubo torácico, que el doctor López a la 21h00 horas coloca el tubo torácico derecho. 21h10 tubo torácico izquierdo, que se ha realizado ECOFAST determinado que había líquido en pleura y en abdomen, no líquido en pericardio, que el ECOFAST fue positivo en líquido en abdomen, que solo reportó líquido, que para determinar qué clase de líquido se podría hacer el lavado peritoneal, pero no es el caso, que se hizo una tomografía con esa intención a las 21h30, que existe un reporte de aquello, que la tomografía toracoabdominal reflejó que a las 21h27, se veía en el tórax un líquido en los pulmones, tampoco se puede especificar cantidad, en el abdomen se veía una opacidad en el hígado, un proyectil en la pelvis, imágenes sugestivas de sangre en la pelvis, describe en la epicrisis opacidad de la onda.

Menciona que cuando la paciente entro a la tomografía estaba estable según la nota del doctor López y los signos vitales, de anestesia, que las notas de las enfermeras solo dice que están bien los signos, que las horas no cuadran, que la tomografía está reportada a las 21h27, que los signos de enfermería están a las 21h30, que no se sabe si fueron tomados en el transcurso o fueron cambiados de monitor o con monitor de transporte, que la reanimación básica consiste en que si se pierde mil quinientos, se debo recoger aproximadamente tres centímetros por cada centímetro estimado de sangre que se haya perdido, y ahí se valora qué respuesta se da, si el paciente responde se puede tener una respuesta rápida, es decir que una respuesta rápida es aquella en la que el paciente responde rápidamente y se recupera, una respuesta transitoria es aquella en la cual el paciente se mantiene y luego vuelve a bajar, y una respuesta refractaria es un paciente que nunca responde; en este caso se ve que hay un bajón de la presión arterial que se recupera luego de la administración de los poloides, es decir, responde rápidamente, luego, se puede tomar en consideración estos signos vitales que tuvo, y cuando ingresó la paciente al quirófano, en la hoja de anestesia el

primer signo marcado, que es lo que puso por ser lo que corresponde, desde la valoración inicial hasta el traslado a cuidados definitivos, ahí se ve que está marcado una tensión arterial de 130/60 con una frecuencia cardíaca de 105.

Expresa que según la historia clínica se pidieron diez paquetes de sangre para la cirugía, que siempre que se va a operar a un paciente de trauma, y se cree que puede sangrar se solicita la cantidad de sangre porque los momentos en que un paciente va a ingresar a Sala, al abrir una de las cavidades, hay un bajón de presión, hay un sangrado importante, sobre todo cuando uno quiere controlar un sangrado uno no sabe con qué se va a encontrar, si se sospecha que va a haber lesión de grandes vasos o algo, uno tiene que estimar el sangrado que va a tener, que si se estabilizó la paciente a las 21h20, debía hacerse la tomografía a esa hora si estaba estable, que los signos vitales están tomados 08h30, 08h40, 09h00, 09h30 y luego a las 10 de la noche, que a las 20h40, la paciente no estaba todavía estable, porque tenía una hipotensión, la frecuencia cardíaca se encontraba bien existiendo una importante dificultad respiratoria, y si es llevada al tomógrafo con 52 de frecuencia respiratoria, la paciente puede sufrir un paro respiratorio, por lo cual no se la podía mandar hasta no reanimarla, que ninguna tomografía puede detener la hemorragia, que el doctor López pidió quirófano a las 21h30, es decir antes de pedir la tomografía, que según la historia clínica la Clínica Pichincha no pidió un médico cardio-torácico, porque en la hoja de emergencia inicial dice: Trauma de tórax, no hay informe del eco-fast, valoración por cirugía G, que los anexos de la historia clínica se refieren a los resultados de los exámenes, las hojas de enfermería, que en los anexos de la historia clínica lo que ven los médicos es la anemefis, examen físico, la hoja de emergencia, las hojas de valoración de los diferentes médicos, los resultados de laboratorio, los resultados de enfermería, los protocolos, pueden venir los resultados de los estudios que se han hecho, y algunos documentos, que de la historia clínica no se reporta que el doctor Vidal pidió la presencia de un médico cardio-torácico, luego en la hoja de evolución hay una hoja que está sin hora y pone indicaciones de cirugía, luego cambia su diagnóstico y pone eco-fast positivo, y trauma fármaco-abdominal.

Dice que para detener la hemorragia y realizar una laparotomía exploratoria no se debe esperar a que la paciente esté inestable, puesto que, si se sabe que un paciente está sangrando y no hay otro sitio en que pueda buscar el sangrado y está en peligro su vida, no espera, que en el caso de la paciente Mazoyer estaba en peligro su vida, que si se puede hacer una laparotomía exploratoria en un paciente estable que murió por sangrado masivo, coagulación intra-vascular, que la paciente murió desangrada, que el tiempo para tomar la decisión quirúrgica tiene que hacerlo de forma rápida, no puedo decirle exactamente el tiempo, depende de muchos factores, primero, que se tenga listo el diagnóstico de lo que está pasando, dos, que se reúna las condiciones básicas para preparar el quirófano, tres, que pase al quirófano ese rato, que a las 21h30 reporta anestesia, a las 20h47 sería el doctor Vidal, al dar las indicaciones no pide quirófano, luego si se ve en la hoja del doctor Vidal, no tiene hora y dice alistar quirófano, eco-fast positivo, por lo que supone que debe ser después de la hoja de emergencia porque si en la hoja de emergencia recién pide el eco-fast, que no está la hora estaba del eco-fast positivo, que la hora de oro según el ATLS dice que, es la urgencia necesaria para el tratamiento del paciente, y desde luego no se limita a un tiempo de sesenta minutos, que la hora de oro no establece que cualquier persona que sufra lesiones graves tiene un margen de sesenta minutos para sobrevivir, sino para mejorar el impacto de la atención, porque no todos los pacientes con trauma sobreviven, que la hora de oro se cuenta desde el pre-hospitalario, es decir desde la hora desde que fue trasladada la señorita Mazoyer, puesto que ella fue trasladada a los 30 minutos, se supone que el impacto que tiene el ATLS desde que se empieza a manejar, lo ideal sería que se lo maneje apenas se accidentan, pero en este caso fue 30 minutos después, según consta en la hoja de emergencia, que a las 08h47 consta la primera vez que le toman los signos vitales, entonces, si se tomaba en cuenta que para el momento que la paciente había llegado a la clínica, había pasado una hora, eso significaba que la atención tenía que ser inmediata.

**Intervención de la doctora Paulina Garcés Cevallos en representación de la
Fiscalía General del Estado**

Al ejercer su derecho al contrainterrogatorio Fiscalía la perito señaló que trabajaba para un seguro llamado Cruz Blanca, en donde atendía pacientes de la clínica pichincha, que no maneja pacientes con trauma, sino pacientes con cuestiones más comunes en los centros privados, que la práctica de la introducción de los tubos de las vías directas podía hacerlo cualquier médico, que ha trabajado junto con el doctor López, que le ayudó alguna vez en la Clínica Pichincha y también trabajó en el directorio con él, puesto que era la vicepresidenta, que ha actuado académicamente con el doctor Carlos López como miembros de la sociedad de cirugía, que en el congreso nacional de cirugía que fue organizado cuando la deponente no estaba en la presidencia, se abordó el caso Mazoyer, que eso fue en mayo de 2016 y en el hotel Hilton Colón.

Por su parte a la aclaración solicitada por la señora doctora Sylvia Sánchez Insuasti, jueza del Tribunal de Revisión, la perito responde que no existió falta de atención en todo el tiempo está escrito, hasta las 08h30 está detallado que pasa al tomógrafo la señorita, y luego hay la nota de quirófano, que aquello se encuentra detallado con horas, en una hoja de evolución por parte del doctor lo que hizo al menos cada diez o quince minutos, y está anotado por el doctor de emergencias en la hoja de emergencias lo que hizo, pero no puso si realizó el detalle de poner tubos y demás, las hojas de enfermería lo que hacen es poner todo lo que se hizo, hay una sola hoja de evolución de enfermería que al final se pone una hora, a las 10 de la noche, que supone que fue hecha a la final de todo, y ponen ahí por ejemplo que el balazo fue al lado derecho, no detallado, sino un informe rápido.

La defensa técnica del revisionista solicita nuevamente la presencia del testigo doctor **Harry Dorn**, a quien realiza las siguientes preguntas de aclaración respondiendo que, un examen de tomografía sin contraste no tiene en un paciente con trauma valor diagnóstico, y que de la historia clínica se desprende que el doctor López practicó una laparotomía.

Al contrainterrogatorio realizado por el señor doctor Emiliano Donoso Vinueza, Procurador Judicial de la acusación particular, el perito responde que de la historia clínica aparece que el doctor López hizo una laparotomía exploratoria, a las 22h05, y tomó una hora con veinte minutos, que según el protocolo operatorio, la cirugía empezó a las 22h05, que de acuerdo a la historia clínica, la indicación era una laparotomía exploratoria que conociendo los detalles del caso, hubiera solicitado quirófano en los siguientes minutos.

Por su parte a la aclaración solicitada por el señor doctor Luis Enriquez Villacrés, juez del Tribunal de Revisión, el perito responde que todos los médicos tienen guías, escuela, formaciones, pacientes diferentes, considera que hay experiencias diferentes, sin embargo que se trata de seguir una misma guía.

4.2.2 Prueba documental

La defensa técnica del sentenciado presenta la siguiente prueba documental:

- Oficio HCP-PE-170-2016, de fecha 30 de septiembre de 2016 suscrito por los señores doctor Fernando Torres Andrade, Director Médico de Hospital de Clínicas Pichincha CENMEP S.A., y Economista Patricio Proaño Salvador, Presidente Ejecutivo, que al texto dice "[...] El ciudadano Carlos Julio López Ayala, para el mes de septiembre del año 2009, no ejerció las funciones de Director Médico de esta institución. Adjunto a la presente, se servirá encontrar todas las grabaciones de video de circuito cerrado de televisión que dispone esta Institución, constantes en cuatro (04) CD, que corresponden al período comprendido entre las 20h00 del 12 de septiembre de 2009 y las 03h00 del 13 de septiembre de 2009, de todas la cámaras instaladas".

Quinto escrito solo 540

- Oficio No. SCVS.IRQ.SG.SRS.2016.3344.22999 de fecha 30 de septiembre de 2016 suscrito por el Ab. Felipe Oleas Sandoval, Secretario General de la Intendencia Regional de Quito, quien en la parte pertinente certifica que "[...] revisado el archivo magnético de esta Entidad, a la fecha, el señor LOPEZ AYALA CARLOS JULIO, no figuró ni consta actualmente como administrador y/o representante legal en ninguna de las sociedades de comercio registradas en este Organismo de Control".
- Oficio No. 2539-RMCQ-2016 de fecha 29 de septiembre de 2016 suscrito por la doctora Johanna Contreras López, delegada por el Registrador Mercantil del cantón Quito, que en su parte pertinente señala que "[...] revisado los índices del Registro Mercantil e Industrial y de Nombramiento desde el año de mil novecientos noventa y seis hasta la presente fecha correspondientes al Registro Mercantil del Cantón Quito, NO CONSTA inscripción alguna a nombre de **"HOSPITAL DE CLÍNICAS PICHINCHA CENMEP S.A."**, NI nombramiento alguno otorgado por la misma a favor del señor **CARLOS JULIO LÓPEZ AYALA**".

4.3 ALEGATOS DE CIERRE:

4.3.1 Revisionista.-

Señala que el acusador particular ha dicho que no litiga en los medios, y lamentablemente no se tiene en este momento audio, pero hay una cuestión muy importante que él dijo en esta entrevista, al referir que éste no es un caso de mala práctica médica, y efectivamente no lo es, brevemente considera que es importante que el Tribunal conozca cuál fue la secuencia fáctica principal relacionada con este trágico evento, y lo siguiente no lo hace como un recurso histriónico, ya que es padre de un hijo muerto, su hijo Emilio hace ya cinco años, y comprende perfectamente el sufrimiento que la muerte de un hijo implica, así que comprende perfectamente que la familia Mazoyer ha perdido a un ser querido, que ha perdido a su hija en un acto de completa violencia e injusticia, pero la pregunta que se va a tratar de absolver es si eso le es atribuible al doctor Carlos Julio López Ayala, puesto que a las 19h09 minutos, es la hora en la que se produce el disparo, el asalto ocurre aproximadamente dos cuadras del lugar donde habitaba la señorita Mazoyer, quien tuvo que caminar sola hasta la garita de seguridad del edificio Casa Encalada, frente a la absoluta indolencia de la sociedad que le prestó atención mientras caminaba herida.

Dice que, el abogado Ricardo Crespo Plaza, vecino, hizo una llamada a la Policía Nacional, quien no responde al llamado, luego realiza un llamado al 911, los bomberos despachan la ambulancia a las 19h30, es decir, 21 minutos después del disparo, arriban a la escena los bomberos a las 19h50, empiezan a hacer atención en la escena mientras por radio averiguan la posibilidad de dirigirse al Hospital Eugenio Espejo, en este punto es importante hacer la precisión de que la casa de atención de salud de tercer nivel más cercana al lugar donde ocurrió el hecho que es el sector de Guapulo, es el Hospital No. 1 de las Fuerzas Armadas, el Hospital Militar; sin embargo, se hizo la consulta para trasladarle a la red de salud pública y ésta le negó atención a la señorita Mazoyer.

Indica que, luego vienen una serie de decisiones inexplicables de los paramédicos que según consta en sus declaraciones ante Fiscalía se dirigían primero a una clínica privada en el sector de la Mariscal, Clínica San Francisco y luego sin comunicarse con la Clínica Pichincha se dirigieron allá. A las 20h09.53 segundos arriba la ambulancia a la Clínica Pichincha y a partir de ese momento empiezan realizarse actos médicos de atención, esto es, toma en el propio sala de emergencia de signos vitales, a las 20h10, ingreso del equipo portátil de radiología a emergencia 20h16, toma de la primera placa radiológica 20h22, resultados del primer examen de laboratorio; 20h34 primera llamada aun cirujano, 20h35 llamada al mismo cirujano quien dice se encuentra en Esmeraldas, 20h37 llamada al segundo cirujano quien tiene su teléfono celular apagado, 20h41 llamada al doctor Carlos Julio López Ayala quien se encuentra en una reunión familiar con ocasión de cumpleaños de su hija Gabriela López Herdoiza. El doctor Carlos Julio López Ayala recibe el llamado a las 20h41 y según se observa en el video impugnado, arriba a la clínica a las 20h46 y a partir de esta hora empieza a realizar una serie de actos médicos.

Precisa que, el doctor Carlos Julio López Ayala, manifestado en esta sala por los peritos de la documentación que consta en la historia clínica, dispuso la realización de exámenes ECOFAST, dispuso la realización de más exámenes de imagen y de laboratorio, que se requiera un quirófano, que se practique una tomografía, que el doctor Carlos Julio López Ayala no cesó de atender en ese momento inicial. La hora de oro según dijo la perito Torres no es una hora en el sentido estricto del término de 60 minutos exactos, porque si ese fuera el caso las consecuencias de la pérdida de la hora de oro son atribuibles al personal del ECU911, al personal de los bomberos, al personal del Hospital Eugenio Espejo y no al doctor Carlos Julio López Ayala, porque arriba a las 20h46.

Que la persona que se ocupó de hacer el ingreso, es la señora de nombre Leticia Pozo, da cuenta y está referido en la sentencia de tribunal de Garantías Penales, que cuando hablo con el doctor Carlos Julio López Ayala este no le requirió ningún pago. El requerimiento al banco de sangre de Cruz Roja Ecuatoriana se formula con el propósito de utilizar ese insumo durante la cirugía, el despacho desde el banco de sangre de los insumos pedidos es a las 21h21, por lo que ellos también serían responsables de negativa de atención. Se practica una tomografía computarizada a las 21h30, en función de lo que indica la historia clínica, se ingresa a la paciente y en el video impugnado que no se reprodujo, se observa que la paciente ingresa a las 21h53 por la puerta del quirófano.

Indica que, antes de iniciar una cirugía hay un proceso de inducción anestésico, hay un proceso de asepsia, hay actividades de preparación de quirófano pero sobre todo es que tenían una persona que en el factor b) del protocolo ATLS no podía entrar a un quirófano y frente a la insistencia de la acusación la perito dijo que no podía entrar al quirófano hasta que se hubiese solucionado el problema de ventilación, inicia la cirugía a las 22h05, y continúa la cirugía hasta las 01h15 en que se produce la muerte. La perito ha señalado que por cada centímetro cúbico de sangre perdido se repone tres, y por la razón que se repuso cinco mil centímetros cúbicos es por haber perdido un tercio de esa cantidad, lo que es coincidente con el hallazgo de 1500 cm3 de hemorragia en abdomen, 400cm3 de hemorragia en pulmón, y 20 cm3 de hemorragia en pericarpio.

Refiere que, apareció el cirujano del teléfono apagado que no fue imputado por no negarse a atender y aparecía a las 23h15 y el afirmó que la paciente estaba muerta y porque él se quedó hasta la 01h15 con una paciente que se encontraba muerta, esa es la secuencia fáctica, lo importante dentro del caso que es lo que paso. En la construcción de un tipo penal se emplea un núcleo de la conducta, los elementos descriptivos que pueden ser referencias al sujeto activo o pasivo o al objeto o a las circunstancias y a veces, en ciertas ocasiones, elementos normativos. En la construcción típica del artículo 13 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, antes y después de la reforma del año 2006 el núcleo de la conducta consiste en negarse a prestar atención a un paciente en estado de emergencia, el Diccionario de la Real Academia Española dice que negarse es decir no a lo que se pretende o se pide o no concederlo. La magister Merchán señaló que negarse es equivalente a otros términos y que en el texto hay varios verbos que el participio desatendido cumple función de adjetivo, pero puede ser otro verbo.

Explica que el artículo 18 del Código Civil, de manera muy clara determina en su numeral segundo que las palabras de la ley se entenderán en su sentido natural y según el uso general de las mismas, cuando el legislador las haya definido expresamente para ciertas materias se les dará otro significado, y en su numeral primero dice que cuando el sentido de la ley es claro no se desatenderá su tenor literal, pero además el Código Penal vigente para la época de los hechos que contenía las reglas generales de la interpretación de la ley penal, de manera expresa y directa prohibían la interpretación extensiva o analógica como hoy sigue prohibiendo el artículo 13 del Código Orgánico Integral Penal, porque en materia penal no cabe, negarse es negarse, no hay que desentender al tenor literal ni interpretaciones extensivas cuando no corresponde.

Explica que los peritos indicaron que los actos ejecutados por el doctor Carlos Julio López Ayala, son actos médicos y que esos actos eran conducentes, que cada uno de los médicos dijeron que tienen una escuela distinta o entrenamiento diferente y toma

Acuerdo de conciliación 549

las decisiones en función de eso, la doctora Torres dijo que eso depende de cada paciente, y esa era la opinión del médico que estaba interviniendo, no obstante fuera relevante si fuese mala práctica médica, pero no ocurre en el caso. Si bien en la denuncia presentada por el hoy acusador particular directamente se pidió que se aplicará la segunda parte del artículo 13 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, más adelante cambio su pretensión y de manera reiterada en los medio de comunicación, señaló que esto no es un tema de mala praxis sino un tema de negativa de atención, pero se ha demostrado con la prueba, peritaje de un cirujano hepático o de una cirujana instructora en ATLS durante la realización de juicio, los actos médicos se realizaron pero hay una cosa más importante que es que, finalmente la obligación medica es una obligación de medio no de resultados, no es que el medico incumple su deber si es que no salieron las cosas como se estaba esperando que ocurra, es una persona que ingresa con una herida de bala por arma de fuego la demora inicial no es del doctor Carlos López, el no dejo de hacer cosas, el artículo plasma un delito de omisión simple u omisión propia, lo que significa mediante la adopción de la Ley Orgánica de Salud, publicada en el Registro Oficial No. 423 de 22 diciembre de 2006, disposición general cuarta letra b) señala que en todas la ley de derechos y amparo del paciente, sustituyase centros de salud por servicios de salud, y el artículo 13 se leería los responsables de un servicio de salud que se negaren a prestar atención a pacientes en estado de emergencia serán sancionados con prisión de doce a dieciocho meses, el artículo 1 de la ley señala que servicio de salud es una entidad del sistema de servicios de salud pública o privada, establecida conforme a la Ley para prestar a las personas atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento.

Dice que es, además, un centro de formación de personal de salud y de investigación científica. Se consideran servicios de salud a los hospitales; las Clínicas; los Institutos Médicos; los Centros Médicos; los Policlínicos; y, los Dispensarios Médicos, entonces la persona que puede cometer es un sujeto activo calificado y que es aquel que es responsable de las entidades antes enunciadas, y la prueba documental da cuenta de que Carlo López no era el director médico de la Clínica Pichincha, ni el responsable administrativo de la misma. Tratándose de un delito de omisión propia exige un sujeto activo calificado, esto es, el responsable del servicio de salud en los términos del artículo 1 de la ley referida, y que el núcleo de la conducta consiste en negarse a prestar atención en el sentido definido en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, y tomando en cuenta que la prueba que se ha introducido por los peritos con todas las impugnaciones que se han planteado deben valorarse con absoluta objetividad, se han demostrado las intervenciones que se hicieron, más que nada que la atención quirúrgica requerida es la atención que Carlos Julio López Ayala prestó, ante la pregunta directa de que si el doctor Carlos López practicó una laparotomía la perito Torres contestó que si, ante la pregunta directa al perito Harry Dorn, cuya objetividad y transparencia la acusación particular agradeció, sobre si constaba en la historia clínica si el doctor Carlos López Ayala practicó una laparotomía el doctor contestó que el doctor Carlos López realizó una laparotomía, una toracotomía y una esternotomía, actos quirúrgicos.

Señala que, hay una cuestión importante porque a pesar que no es un caso de mala práctica y aunque el resultado de muerte es irrelevante alguien que es inocente está mal condenado, o bien son los señores que tienen una sentencia dentro del juicio 571-2012, resolución 410-2012 de casación dictada el 25 de abril de 2014, o es el doctor Carlos López que no era responsable del servicio de salud, no hay el sujeto activo calificado y las normas penales extensiva o analógica. Los actos médicos no pueden ser criminalizados, la CIDH en su sentencia del caso Maria Teresa de la Cruz Flores contra Perú dictada el 18 de noviembre de 2004, refirió que el acto médico es lícita su prestación es una obligación y su criminalización implica vulneraciones a los principios de seguridad jurídica y legalidad.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación Mexicana en sentencia publicada en su gaceta de libro 16, de enero de 2013, tomo 1 pág. 621, dice que todas la actuaciones médicas deben ser analizadas en su conjunto, al analizar un acto médico de forma segmentada en un caso concreto, sin considerar como un conjunto en todas sus etapas, sería incongruente e ilógico, las fases de atención tienen una secuencia y tiempo. La Corte Constitucional Colombiana refiere que el acto médico requiere condiciones básicas que implica que el profesional tenga una formación de salud y que

tenga además la posibilidad de contar con el tiempo y los medios necesarios para tomar decisiones y aplicar acciones de bien al paciente y ha dicho que la necesidad de urgencia son asuntos primordialmente técnicos. Asimismo dicho organismo sostiene que el criterio imperante no es el de los médicos que llegan después a examinar las cosas sino del médico tratante de una persona que atiende al paciente. (Sentencia de tutela 342- 2002 de 09 de mayo de 2002. Sentencia de tutela 421-2007 dictada el 25 de mayo de 2007).

Explica que los responsables de la muerte de Charlotte Mazoyer ya fueron sentenciados en el año 2010 y que un inocente no puede ser sentenciado por haber contestado su celular. Se reserva el derecho a la réplica.

4.3.2 Acusación particular.-

Dice que, el recurso de revisión según la doctrina jurídica la acción de revisión es la única extraordinaria dentro de las etapas del proceso penal, es un ejercicio absolutamente técnico y formal el juicio de revisión es un juicio sobre los hechos y sobre la prueba. Es un juicio eminentemente probatorio, no es una acción de casación, el recurso de revisión no puede aplicarse de oficio y tampoco se aplica la duda porque esa se aplica a favor de inocente, en este caso, se está frente a un sentenciado por la justicia. Señala que la defensa, presentó su recurso de revisión citando una norma que no estaba vigente para el 12 de septiembre del 2009, que hablaba sobre los responsables de un centro de salud, discusión sobre el tipo penal que se agotó en la justicia ordinaria, la defensa señala que el servicio de salud se refiere a una instrucción medica pública o privada, el artículo 32 del Constitución de la República del Ecuador determina que la salud es un derecho, pero además la Ley Orgánica de Salud, a la que se remite la Ley de Amparo y Derecho del Paciente, cuando habla del servicio de salud en el artículo 259.

Menciona que, en este caso existieron dos sentenciados el doctor Francisco López que fue condenado como autor por el delito de negativa de atención, porque se determinó que la política establecida por el Hospital Clínicas Pichincha, era criminal puesto que, determinaba que ningún paciente iba a ser atendido mientras no se garantice pago, garantía económica, dinero en efectivo o cheque, u otra forma, y solo cuando se haya acreditado el pago al centro médico y los responsables del servicio salud realizaban lo que la ciencia médica exigía. El doctor Carlos López era el responsable del servicio de salud, del derecho de salud a la paciente Charlotte Mazoyer, se reconoce que la política existía pero se desconoce que había un médico que ejecutó a la perfección esa política. Los hechos que se reportan eran que Charlotte recibió un disparo de arma de fuego en el segundo espacio intercostal a las 07h09, arribo al Hospital de Clínicas Pichincha a las 20h09 de la noche, con herida de bala a la altura de su corazón, en ese momento había perdido gran cantidad de sangre y se realizaron una serie de actos médicos de diagnóstico.

Esgrime que, al doctor Carlos López se le condenó porque llega a las 20h46, ya existía una radiografía que determinaba que la paciente tenía líquido en la cavidad abdominal y el tórax, existía un examen de laboratorio que determinaba que estaba perdiendo sangre de manera aguda, y que estaba totalmente inestable, ya se le había puesto un tubo cardiorácico, ya se había solicitado el ECOFAST que salió positivo, lo que significaba que era evidente que tenía sangre en la cavidad abdominal y torácica producto del disparo del arma de fuego, con toda esa información el señor Carlos López dijo que la atención que se requería era una laparotomía exploratoria, eso es lo único que se entendía como la atención que la paciente requería para que la hemorragia se detenga, no tomo la decisión quirúrgica mientras no se presentaba la tarjeta crédito, conforme lo señala la defensa que la señora Leticia Pozo refirió que el doctor López nunca le requirió el pago, pero la misma señora refiere que el doctor Carlos López le preguntó dos veces sobre la tarjeta de crédito y si se había cumplido el procedimiento de la clínica y solo cuando verificó las políticas ilegales se decidió la cirugía.

Precisa que la familia Mazoyer no ha pedido venganza sino verdad y justicia y la justicia ordinaria nos dio la verdad y justicia y se descubrió lo que había sucedido el 12 de septiembre de 2009, este proceso penal a salvado vidas puesto que ha dejado en evidencia que existen centros privados y médicos que aplican política criminales, el tipo

penal describe una omisión propia, y se ha establecido que la atención que se requería era una laparotomía, lo que se dispuso en el momento en el que se presentó la tarjeta de crédito. El contrato que se firmó a las 21h13 ya establecía que el diagnóstico que supuestamente era quirúrgico no lo era, no es cierto que el doctor López le puso el primer tubo o el ECOFAST, todos esos insumos ya los conocía. Si se suponía que la víctima se encontraba moribunda, porque se le practicó la laparotomía, a las 10h00.

Dice que el doctor Harry Dorn indicó que la atención que requería la paciente era quirúrgica, servicio que solo se dispuso cuando se dio la tarjeta de crédito. La negativa de un paciente en estado de emergencia, no porque es omisión propia quiere decir no hacer, implica no hacer algo y ese algo es tratar de realizar el procedimiento médico. Se refiere que el doctor Carlos López nunca supo que hubo una herida cardíaca, pero también se ha dicho que la paciente muere desangrada a causa de la herida hepática que tuvo. No es un ejercicio de juicio de instancia es un recurso de revisión donde el revisionista no ha mencionado la sentencia que pide se revise. La sentencia de primera instancia fue ratificada por el tribunal de apelación la cual también fue ratificada en casación y fue conocida por la Corte Constitucional por una acción extraordinaria de protección y se determinó que no existía violaciones a la ley. El revisionista no ha fundamentado la causal tercera y cuarta del artículo 360 [CPP], no se ha probado que los testigos o documentos hayan sido falsos o que los informes periciales que se emitieron en su momento fueron maliciosos o errados. Para justificar que el sentenciado no es responsable se presenta el certificado del Registro Mercantil que dice que él no es el representante legal y de la Superintendencia de Compañías que señala que no es administrador de la Clínica, se pretendió demostrar también a través de una perito filóloga que más halla de estudiar una norma no vigente quien refirió que negar atención tenía que ver con desatender y que significaba no corresponder o no asistir con lo que es debido, y que es lo debido la laparotomía exploratoria de emergencia e inmediata y, más allá de los defectos de forma del peritaje, señaló que los responsables son las personas de las que se espera una respuesta adecuada, es decir, del doctor Carlos López, no que continúe el diagnóstico que ya se habían hecho sino que decida la cirugía a la paciente Mazoyer.

Resalta que, durante ocho años se ha referido que la paciente no tenía posibilidades de salvarse, pero en la audiencia se dijo que el grado de mortalidad iba del 9-42%, eso significa que la posibilidad de que la paciente se salve era del 58 hasta el 91% de que la paciente atendida inmediatamente sufra una suerte diferente, no se debe confundir con el hecho de que ya se sentenció el asesinato. El artículo 13 establece la pena que se le impuso al doctor Carlos López de doce meses, y en caso de fallecimiento con prisión de cuatro a seis años, si la teoría del caso tenía que ver con el fallecimiento de la señorita Mazoyer la pena que se hubiese aplicado es la de 4 a 6 años. Respecto al testimonio del señor Ricardo Crespo quien acompañó a la paciente estableció que cuando le preguntaron quien estaba a cargo de la paciente, de lo que entendía le estaban preguntando por el aspecto económico. De la prueba presentada sargento de policía pericia de videos, esta pericia se realizó por parte del señor Roberto Giovanni por lo que ya fue actuada, para que sea prueba nueva hay dos requisitos que al momento debate no exista o sea de imposible o difícil obtención.

Dice que, la perito filóloga no estaba acreditada por el Consejo de la Judicatura y perició una norma que no estaba vigente y el revisionista le indujo al engaño, pero no es prueba nueva porque el artículo 13 existía desde 1995, y fue reformada en el 2006 por lo que tampoco es prueba nueva. El peritaje pedido por el Dr. Carlos López, no hubo un perito hepático pero existieron seis peritos que examinaron lo revisado y señalado tanto por el doctor Dorn como por la doctora Torres por lo tanto, no son tampoco nuevos porque debía pedirse en su momento. El doctor Dorn refirió que se requería una laparotomía inmediata, porque la paciente se desangraba. Respecto a la doctora Torres refuta su parcialidad, no obstante, dijo que el tratamiento era la laparotomía y que era la quirúrgica pero señaló que la historia clínica no era precisa porque no tenía horas y revisó una copia simple, pero la perito dijo que a la atención que requería era inmediata. Manifiesta que, en la pág. 43 de la sentencia de primera instancia punto 3.4.10 testimonio de la señora Linda Rusia Mena Álvarez la perito determinó si se actuó dentro de los parámetros del ATLS por lo que esta prueba ya fue actuada.

Sostiene que, se está frente a un hecho jurídico pasado por autoridad de cosa juzgada si se tienen dudas basado en los peritajes del doctor Dorn y la doctora Torres, esa duda no vale porque en revisión no opera la duda a favor del reo. El doctor Carlos Julio López admitió los hechos y admitió que perdió el tiempo. La doctora Torres refirió que era un shock hipo grado tres y que requería cirugía inmediata, consta en el expediente el informe presentado por el doctor y solamente duda la perito amiga del doctor dijo que el shock era tres hipovolémico y que ese shock tenía que requerir cirugía inmediata; señala que consta en el expediente el informe realizado por los más connotados penalistas de la Universidad de Barcelona el doctor Ricardo Robles discípulo de Mir Puig y Silva Sánchez, determinó que el estado ecuatoriano hizo justicia y se condenó de manera adecuada al doctor López.

Solicita que al no probarse causales referidas en el artículo 360 del CPP se rechace el recurso de revisión y se permita una sentencia a favor de los pacientes desatendidos en este país.

4.3.3 Fiscalía General del Estado.-

Señala que, la defensa no establece que se está impugnando porque en el escrito de interposición, se indica que era la sentencia condenatoria dictada por el Sexto Tribunal de Garantías Penales de Pichincha, el 09 de junio de 2014, que paso con la sentencia Sala de lo Penal de la Corte Provincial de Justicia y la sentencia dictada por Sala de lo Penal de la Corte Nacional de Justicia del Ecuador, no se establece la sentencia en firme y ese argumento sería suficiente para no admitir un recurso, ese un tema de la formalidad suficiente para echarlo abajo. Expresa que la argumentación no es de un alegato final de revisión sino de instancia, que las repercusiones sociales de este proceso desde sus diferentes puntos de vista son razonables por eso la exigencia del cumplimiento de lo estipulado en la norma constitucional, en relación al artículo 82 de Constitución de la República del Ecuador, se avocó en el artículo 360 del Código de Procedimiento Penal que establece que son seis las causales por las que se puede presentar este recurso y se han escogido en el escrito la 3 y 4 del artículo 360 del CPP, la defensa señaló que iba a demostrar que la naturaleza del delito de omisión propia no pudo permitir la imputación de la persona, no tiene que ver con el recurso de revisión, en el segundo punto señaló que la conducta desarrollada por el doctor López desde las 20h00 hasta las 00h00 constituye cualquier cosa menos negarse a atender a la persona.

Dice que un recurso que destruye la inmutabilidad no es cualquier documento es una sentencia que ya ha sido ejecutada por eso, quien lo alega debe demostrarlo. Con los testigos presentados por el revisionista no se ha demostrado que los informes sean errados o falsos, esta causal por sí sola no se demuestra. En cuanto a la causal cuarta, se ha presentado prueba a fin de determinar si se cumplió o no el tipo penal, no es la cuarta sino la sexta, la cuarta tiene argumentos fuertes lo que debía demostrarse la condición de inocente. Los peritos presentados sobre los análisis de los videos no es prueba nueva ya se practicó en la audiencia de juicio, más aún por cuanto se desconoce su origen no debe ser considerada. La filóloga hace una interpretación gramatical de una norma, cuando la interpretación le corresponde a la Asamblea con esta prueba se pretendió demostrar de que hay documentos falsos o errados, realizó su experticia sobre norma no vigente y fue clara en decir que esta desatención es falta de atención y ese es el tenor literal del término por lo que ratifica que hay desatención.

Sostiene que el perito doctor Harry Dorn como la doctora Diana Torres hizo sus pericias sobre la historia clínica que fue ya analizada anteriormente. El doctor Dorn señaló que jamás una guía como el ATLS puede estar sobre la decisión de un médico, y eso es lo correcto el protocolo son guías que permiten tener caminos médicos pero la decisión es del médico, por lo que no es coherente con las afirmaciones de los peritos quienes han señalado que se requería cirugía de laparotomía inmediata en forma inmediata y también hay que tomar en cuenta que la doctora Torres y el doctor Dorn son coincidentes en que la víctima que murió por desangre esto es por la falta de atención. La doctora Diana Torres señaló que el ATLS es una guía para médico de acuerdo a la condición del paciente con una herida o una condición que exija un actuar inmediato, además reconoció falencias en la historia clínica por lo que no podía ser sostenible, coincidió de que se requería atención eficaz.

Expresa que los actos médicos son cualquier acto o aquella que buscan evitar los resultados de muerte. La doctora Diana Torres refiere nuevamente que la cirugía laparotomía era necesaria. La defensa ha presentado documentos respecto de que no tenía condición de representante legal, sobre los cuales refiere que no es un tema en discusión pues no se trató en la teoría del caso. El Código de Procedimiento Penal, en su artículo 360 exige nuevas pruebas lo que debe cumplirse para demostrar el error de hecho, y con los testimonios y documentos presentados no hubiese variado la decisión del tribunal, porque no es idónea y suficiente. Cita las sentencias Corte Nacional 1281-EP-LBP, al hablar de la revisión se remite a una sentencia de la Corte Constitucional para el periodo de transición respecto al recurso de revisión, sentencia 014-09 -EP- dentro del caso 006-08-EP publicada en el Registro Oficial 648 del 04 de agosto de 2009 que da lectura; además se señala que el recurso de revisión tiene un contenido de justicia material con relación de que la verdad procesal es disonante con la verdad histórica materia de juzgamiento y que procede por causa ajenas al proceso y en las causas taxativamente señalados en la ley.

Señala que en el recurso de revisión los jueces deben actuar determinando los nuevos elementos de prueba, en este caso no existe un cumplimiento de la prueba nueva y la misma no justifica las causales por lo que el recurso debe rechazarse. Expresa que el doctor Juan Pablo Albán Alencastro, abogado defensor del revisionista manifiesta que el legítimo contradictor es fiscalía, efectivamente se ha procurado sostener un recurso de revisión con prueba nueva. Refiere que se ha señalado que no se ha escuchado cual es la sentencia contra la que se dedujo el recurso, la ley procesal aplicable determina el contenido del escrito de interposición, en el presente caso, se refiere a la dictada por el Sexto Tribunal de Garantías Penales de Pichincha, el objeto se determinó el recurso de revisión y sobre aquello ya existe pronunciamiento. Se ha dicho que los jueces constitucionales, han determinado que no existen violaciones del debido proceso en el resolutorio no se señala aquello, por lo que se está tratando de confundir y alterado la información que los expertos introdujeron, la prueba que se pidió el peritaje de circuito cerrado de clínicas Pichincha y esas filmaciones no se incorporaron al proceso. No es prueba nueva el pedido de que alguien que no sea jurista explique el alcance del término legal, no es un disparate por que la perito de manera expresa hizo un peritaje de lenguaje además en la discusión desatender y negar no es lo mismo.

Arguye que los peritos explicaron que las pruebas fueron pedidas por el doctor López, así también de haberla operado inmediatamente pasándola de la ambulancia al quirófano existía la probabilidad que en la inducción anestésica la paciente fallecía. El perito Dorn dijo de manera irrefutable que lo que había que hacer es una laparotomía, no obstante, ambos peritos señalan que el mejor para evaluar la situación es quien atiende a la paciente. No hubo un peritaje de ATLS, pues no era experta la presentada en la audiencia de juicio sino médica legista. Se realizaron actos de atención médica necesarios idóneos como para ir al quirófano, la persona no es responsable del servicio médico como lo señala el artículo 1 de la Ley. Refiere intromisión en el proceso por parte de la Embajada Francesa y refuta las experticias de Miguel Vinuesa Rojas y James Franco Vinuesa por no ser debidamente acreditados. La bala se la llevo Tania Delaudad por lo que la desaparición del proyectil debe generar también problemas. Solicita que se determine si existe mérito para condenar a un inocente por lo que se dictara la sentencia que corresponde.

5. CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN DE LA SALA ESPECIALIZADA DE LO PENAL, PENAL MILITAR, PENAL POLICIAL Y TRÁNSITO

5.1 COMPETENCIA DE LA SALA.-

5.1.1 El Consejo de la Judicatura mediante Resolución No. 08-2015 de fecha 22 de enero de 2015, aprueba la integración de la Corte Nacional de Justicia, misma que ejerce jurisdicción a nivel nacional, de conformidad con el art. 182, último inciso, de la Constitución de la República del Ecuador y 172 del Código Orgánico de la Función Judicial.

5.1.2 La Sala de lo Penal, Penal Militar, Penal Policial y Tránsito de la Corte Nacional de Justicia, tiene competencia para conocer los recursos de casación, revisión y los demás que establezca la ley, en materia penal de conformidad con el art. 184.1 de la Constitución de la República del Ecuador; así como los arts. 8 y 9 de la Ley Orgánica Reformatoria del Código Orgánico de la Función Judicial, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 38, de 17 de julio de 2013, que sustituyen a los arts. 183 y 186, de la misma ley; artículo 359 y siguientes del Código de Procedimiento Penal y, las resoluciones de la Corte Nacional de Justicia No. 01-2015 y 02-2015 de 25 de febrero de 2015.

5.1.3 Luego de haberse efectuado el respectivo sorteo el Tribunal está conformado por el señor doctor Miguel Jurado Fabara, Juez Nacional Ponente, señor doctor Luis Enríquez Villacrés, Juez Nacional y; señora doctora Sylvia Sánchez Insuasti, Jueza Nacional. No se ha impugnado la competencia del Tribunal, ni de la Juez y Jueces que lo integramos.

5.2 TRÁMITE.-

De conformidad a la Disposición Transitoria Primera del Código Orgánico Integral Penal, publicado en el Registro Oficial No. 180 de 10 de febrero de 2014, corresponde aplicar las normas vigentes al tiempo del inicio del proceso, que para el caso, *in examine*, son las normas procesales del Capítulo V, Título IV, Libro IV del Código de Procedimiento Penal, artículos 359 al 368, de igual forma lo dispuesto en el artículo 76.3 de la Constitución de la República del Ecuador.

5.3 REFLEXIONES DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN.-

Con el objeto de responder a las pretensiones del revisionista y pronunciar una decisión de fondo en el presente recurso, este Tribunal de Revisión plantea y desarrolla los siguientes temas:

- i. Naturaleza del recurso de revisión.
- ii. La prueba nueva como requisito de procedibilidad del recurso de revisión por las causales 3 y 4 del artículo 360 del Código de Procedimiento Penal; y la prueba practicada ante este Tribunal de Revisión.
- iii. Efectos de la prosperidad de la causal de revisión.

i. Naturaleza del recurso de revisión.-

El recurso de revisión constituye un medio de impugnación de carácter extraordinario, cuyo objetivo primigenio atiende a socavar el principio de inmutabilidad de la cosa juzgada, invalidando una sentencia "*injusta*" para así salvaguardar la primacía de la justicia material.

En virtud de la naturaleza del recurso de revisión, su procedencia se restringe a determinadas causales previstas taxativamente en la ley², puesto que, dada la connotación que tiene este recurso, su objeto no versa sobre la controversia planteada *prima facie*, sino sobre la sentencia impugnada en anuencia con la situación normativa de las causales invocadas.

Bajo estos derroteros la línea jurisprudencial de esta Sala de Revisión tiene dicho que "[...] la revisión es un recurso especial y extraordinario que permite re-examinar la sentencia condenatoria que el recurrente alega ha sido producto de un error judicial. Para que el mismo prospere, es necesario que el error fáctico que se alega, se subsuma en alguna de las causales del artículo 360 del Código Adjetivo Penal, siendo requisito *sine qua non*, que para las causales 1, 2, 3, 4 y 5 se presente prueba nueva, y en el caso de la causal 6, se justifique de forma fehaciente que la comprobación de la existencia del delito no fue conforme a derecho"³.

Con este entendimiento, el recurso de revisión constituye un quebranto a la "*res iudicata*", de ahí que este instituto jurídico tiende a ser efectivo el apotegma "*fiat iustitia pereat mundus*", ya que el modelo de Estado proclamado por nuestra Constitución, tiene como baremo la dignidad del ser humano.

Al razonar de la manera expuesta, debe entenderse que la finalidad de la revisión tiende a proteger y defender la inocencia, por cuanto "se dirige a la eliminación de la sentencia injusta sobre la base de elementos nuevos"⁴ lo cual supone "romper una lanza en favor de la justicia frente a la alternativa del valor seguridad, propiciado por el efecto, al menos aparente, de la cosa juzgada"⁵.

Siendo así es deber del revisionista seleccionar con sigilo las causales que sustentan su pretensión, las cuales deben presentarse de manera clara y precisa respaldándose en argumentos serios y con suficiente poder suasorio que conlleve a derruir la cosa juzgada.

ii. La prueba nueva como requisito de procedibilidad del recurso de revisión por las causales 3 y 4 del artículo 360 del Código de Procedimiento Penal; y la prueba practicada ante este Tribunal de Revisión

² Código de Procedimiento Penal, art. 360.- Causas.- Habrá lugar al recurso de revisión para ante la Corte Nacional de Justicia, en los siguientes casos:

1. Si se comprueba la existencia de la persona que se creía muerta;
2. Si existen, simultáneamente, dos sentencias condenatorias sobre un mismo delito contra diversas personas, sentencias que, por ser contradictorias revelen que una de ellas está errada;
3. Si la sentencia se ha dictado en virtud de documentos o testigos falsos o de informes periciales maliciosos o errados;
4. Cuando se demostrare que el sentenciado no es responsable del delito por el que se lo condenó;
5. Cuando se haya promulgado una ley posterior más benigna; y,
6. Cuando no se hubiere comprobado conforme a derecho, la existencia del delito a que se refiere la sentencia. Excepto el último caso la revisión sólo podrá declararse en virtud de nuevas pruebas que demuestren el error de hecho de la sentencia impugnada.

³ Corte Nacional de Justicia, Jurisprudencia Ecuatoriana. Ciencia y Derecho, período enero 2015 - diciembre 2015, Gaceta Judicial, 5ta. Edición, p. 401.

⁴ Orlando Rodríguez, Casación y Revisión Penal: Evolución y Garantismo, Ed. Temis, Bogotá, 2008, p. 395.

⁵ *Ibidem*, p. 395.

La normativa legal vigente y aplicable a la tramitación de la causa exige con carácter imperativo que, para la sustentación de las causales invocadas constituye requisito *sine qua non* la presentación de “prueba nueva”.

Al respecto la doctrina ecuatoriana al describir la *prueba nueva* ha dicho que ésta “[...] se refiere a nuevos hechos probatorios que pudiendo ser decisivos para la resolución definitiva no fueron conocidos por el juzgador al momento de redactar la sentencia, o los ignoró pese a que constaban en el proceso”⁶.

Por su parte la jurisprudencia de esta Sala al ocuparse de la prueba nueva ha dejado sentado que “es aquella que, por ser recién conocida o no haberse presentado con anterioridad ante el juez o tribunal a quo, es considerada distinta de aquellas que ya han sido exhibidas dentro de la causa y requieren de una evaluación independiente por parte del Tribunal de Revisión, para que, al verla o escucharla por vez primera, establezca si es capaz de enervar la sentencia condenatoria dictada en su contra”⁷.

Bajo estos derroteros podemos decir que para que la prueba sea considerada “nueva”, debe reunir dos características:

- i. Que no haya sido actuada por cualquier motivo durante el proceso judicial y;
- ii. Que se refiera a hechos desconocidos para el juzgador que profirió la sentencia condenatoria definitiva

Es importante que el revisionista al cumplir con las exigencias detalladas *ut supra*, presente argumentos lógicos y dinámicos que demuestren que, el hecho contenido en el nuevo mecanismo probatorio actuado sea de tal entidad y magnitud que quebrante la certeza que obtuvieron los juzgadores de instancia para proferir el fallo condenatorio.

Durante el desarrollo de la causa y ante este Tribunal de Revisión se practicó la siguiente prueba testimonial y documental:

- 1) Testimonio del Sargento de Policía Walter Paúl Caiza Monge;
- 2) Testimonio de la Magister Miriam Teresita Merchán Barros;
- 3) Testimonio del doctor Harry Dorn Arias y;
- 4) Testimonio de la doctora Diana Lilian Torres Ávila.
- 5) Oficio HCP-PE-170-2016, de fecha 30 de septiembre de 2016 suscrito por los señores doctor Fernando Torres Andrade, Director Médico de Hospital de Clínicas Pichincha CENMEP S.A., y Economista Patricio Proaño Salvador, Presidente Ejecutivo, que al texto dice “[...] El ciudadano Carlos Julio López Ayala, para el mes de septiembre del año 2009, no ejerció las funciones de Director Médico de esta institución. Adjunto a la presente, se servirá encontrar **todas las grabaciones de video de circuito cerrado de televisión que dispone esta Institución, constantes en cuatro (04) CD, que corresponden al período comprendido entre las 20h00 del 12 de**

⁶ Jorge Zavala Baquerizo, Tratado de derecho procesal penal, Tomo X, Edit. Edino, Guayaquil, p. 276-277.

⁷ Corte Nacional de Justicia, Jurisprudencia Ecuatoriana. Ciencia y Derecho, período enero 2015 - diciembre 2015, Gaceta Judicial, 5ta. Edición, p. 401.

Recurso de revisión 42 SS3

septiembre de 2009 y las 03h00 del 13 de septiembre de 2009, de todas la cámaras instaladas".

- 6) Oficio No. SCVS.1RQ.SG.SRS.2016.3344.22999 de fecha 30 de septiembre de 2016 suscrito por el Ab. Felipe Oleas Sandoval, Secretario General de la Intendencia Regional de Quito, quien en la parte pertinente certifica que "[...] revisado el archivo magnético de esta Entidad, a la fecha, el señor LOPEZ AYALA CARLOS JULIO, no figuró ni consta actualmente como administrador y/o representante legal en ninguna de las sociedades de comercio registradas en este Organismo de Control".
- 7) Oficio No. 2539-RMCQ-2016 de fecha 29 de septiembre de 2016 suscrito por la doctora Johanna Contreras López, delegada por el Registrador Mercantil del cantón Quito, que en su parte pertinente señala que "[...] revisado los índices del Registro Mercantil e Industrial y de Nombramiento desde el año de mil novecientos noventa y seis hasta la presente fecha correspondientes al Registro Mercantil del Cantón Quito, NO CONSTA inscripción alguna a nombre de "HOSPITAL DE CLÍNICAS PICHINCHA CENMEP S.A.", NI nombramiento alguno otorgado por la misma a favor del señor CARLOS JULIO LÓPEZ AYALA".

Ahora bien, la defensa técnica del revisionista Carlos Julio López Ayala sostuvo su tesis argumentativa amparado en primer lugar en lo que dispone la causal tercera del art. 360 del Código Adjetivo Penal, aplicable al caso y que al texto dice:

"Art. 360.- Causas.- Habrá lugar al recurso de revisión para ante la Corte Nacional de Justicia, en los siguientes casos [...]"

3. Si la sentencia se ha dictado en virtud de documentos o testigos falsos o de informes periciales maliciosos o errados..." (lo resaltado fuera del texto)

Para despejar el primer cargo esgrimido resulta pertinente delimitar el marco sobre el cual se funda la causal invocada, de tal suerte que, si la pretensión tiene como basamento la causal tercera, es menester comprobar que el fallo condenatorio, ha tenido como soporte probatorio: 1) prueba testimonial o documental falsa, y/o; 2) informes periciales maliciosos o errados.

Con respecto al primer presupuesto, atendiendo al sentido natural y obvio de las palabras, se entiende por "falso", aquello que es engañoso, fingido, simulado, falta de ley, de realidad o de veracidad, esto significa que, el caudal probatorio testimonial, y/o documental que llevó al juzgador a establecer la materialidad de la infracción y la responsabilidad del sentenciado, es contrario a la verdad procesal, lo cual desdibuja el imperativo constitucional de "administrar justicia"; y requiere un remedio jurisdiccional apropiado, como lo es, el recurso de revisión.

En mención a la segunda hipótesis, que hace alusión a los informes periciales, vale distinguir que, las dos acepciones utilizadas por el legislador no deben ser consideradas como sinónimos, puesto que, la *malicia* atribuye "mala intención a los hechos y palabras ajenas", mientras que, lo *errado*, se apareja a "no acertar por descuido o inadvertencia"; lo cual hace que el revisionista, al fundamentar el libelo de su pretensión bajo esta causal, está conminado a demostrar que, el informe pericial está sustentado en yerros cometidos de manera intencional para vejar la verdad procesal, vale decir, con la intención de alterar la verdad, ya sea omitiendo datos relevantes o

agregándoles con la intención de perjudicar al sentenciado; *contrario sensu*, cuando su reclamación se enrumbe al subsiguiente presupuesto, su carga argumentativa debe demostrar que dicho informe pericial adolece de desaciertos, que se verifican en el plano causal por falta de técnica o que la misma no era suficiente, lo que coadyuvó a una sentencia carente de justicia material.

Tomando como base lo dicho sucede que, si bien los testigos no rindieron su testimonio en la audiencia de juicio, cumpliendo con uno de los requisitos para ser considerados prueba nueva, no han aportado con información relevante-*para la justificación de esta causal*- que permita a este cuerpo colegiado deducir que los testimonios rendidos en juicio hayan sido falsos o los informes periciales maliciosos o errados, toda vez que, con respecto a la causal invocada, en lo atinente a la información proporcionada por el Sargento de Policía *Walter Caiza Monge* se circunscribe a la realización de una experticia cuyo objetivo versó sobre la determinación de la autenticidad e integridad de las grabaciones de video de circuito cerrado de televisión de Clínicas Pichincha correspondiente al periodo comprendido entre las 20h00 del 12 de septiembre de 2009 y las 03h00 del 13 de septiembre de 2009, a través de lo cual no se proporcionó a los juzgadores información relevante sobre hechos desconocidos toda vez que, su relato se circunscribió a manifestar que realizó la verificación física de dicho dispositivo realizando además una secuencia de imágenes del mismo- *sin que se haya podido individualizar a las personas que aparecen en dichas imágenes*- lo cual por sí mismo carece de contundencia para quebrar la conclusión de la sentencia.

Con respecto al testimonio de la Magister *Miriam Teresita Merchán Barros* su experticia tuvo como génesis el examen del texto del art. 13 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, el cual fue enfocado desde el punto de vista de la filología, centrando su disertación en el análisis de las palabras y la construcción idiomática del referido tipo penal; empero, su testimonio no se focalizó a la demostración de la causal propuesta, esto es, que el fallo se haya dictado en virtud de documentos y/o testigos falsos o informes periciales maliciosos o errados, toda vez que, lo testificado, no desvirtuó las reflexiones de la sentencia condenatoria ni permite generar en este cuerpo colegiado un grado significativo de persuasión que requiere la causal exhortada, sino que, como se verá más adelante, la trascendencia de dicho testimonio resulta apropiado para la sustentación de la causal cuarta que viabiliza el recurso de revisión.

Acto seguido respecto al contenido del testimonio del doctor *Harry Dorn Arias*, este se limitó a la evaluación de la historia clínica de Charlotte Mazoyer determinando que la paciente presenta un traumatismo hepático grado III catalogado como moderado de acuerdo a las guías de trauma hepático de la Asociación Americana de Cirugía de Trauma (ASTS), cuya mortalidad varía entre un 9 hasta 42% el cual requería resolución quirúrgica, de tal suerte que, la información proporcionada en nada modifica el fallo o muta la condena impuesta, en razón de que, en primer término no aporta con información relevante que revista de fuerza suficiente para socavar la cosa juzgada-*principio de trascendencia*- y en segundo término el revisionista olvida confrontar la "prueba nueva" allegada con los testimonios, documentos o informes periciales

firma de apoyo de dicha profesional, lo cual no fue desmentido al momento de rendir su testimonio.

Incluso al llevarse a cabo el interrogatorio directo por parte de la defensa técnica del revisionista, supo indicar que, Carlos López Ayala es su colega y que le conoce hace once años, asimismo a la pregunta formulada en el sentido de que si *¿Considera que conocer al doctor Carlos López Ayala compromete su criterio técnico científico?*, su respuesta resulta evasiva al señalar que *“se me ha pedido analizar la historia con base al manual ATLS”*; a lo dicho se aúna que en el ejercicio del contrainterrogatorio realizado por la representante de Fiscalía a la pregunta enunciada respecto a qué *¿Ha trabajado junto al doctor López?*, responde afirmativamente indicando que tanto en la Clínica Pichincha como en el directorio de la Sociedad Médica en calidad de vicepresidenta e incluso manifestó que en mayo del 2016 participó en una conferencia y taller realizado por la Sociedad de Cirugía, en donde se abordó el tema respecto al caso de Charlotte Mazoyer.

En consecuencia atendiendo las razones expuestas surge de manera diáfana que, la imparcialidad de la perito doctora *Diana Lilian Torres Ávila*, se ve afectada por la relación de amistad íntima que profesa con el revisionista, lo cual se trasluce a través de los actos y manifestaciones referidas *supra*, y que se diferencia de un trato personal y social propio de las relaciones interpersonales, razón para que, este Tribunal de Revisión no entre a valorar mentado testimonio.

Sobre la prueba documental referida en líneas anteriores *—respecto a la comprobación de esta causal—* si bien no fue puesta en consideración del juzgador que dictó la sentencia condenatoria no tuvo la contundencia suficiente para poner de manifiesta que el fallo impugnado haya sido dictado en virtud de documentos falsos, vale decir, documentos que atestigüen cosas distintas a lo verdadero, puesto que, para lograr tal cometido era deber ineludible del revisionista confrontar la prueba nueva con el material probatorio documental valorado en las instancias judiciales pertinentes, para de esta manera exteriorizar las falacias que presuntamente encierra la prueba actuada, lo cual en la especie no se evidenció.

Bajo estos derroteros se concluye que la prueba testimonial y documental presentada ante este Tribunal de Revisión y que buscó dar soporte a la causal tercera prevista en el art. 360 del Código de Procedimiento Penal, aplicable al caso, no cuenta con el soporte axial suficiente para derruir la cosa juzgada, por lo que corresponde negar la solicitud de revisión por la causal referida.

De lo dicho adviene también que, el revisionista sostuvo su pretensión con base a la causal cuarta prevista en el art. 360 del Código de Procedimiento Penal, vigente a la fecha y que al texto señala:

“Art. 360.- Causas.- Habrá lugar al recurso de revisión para ante la Corte Nacional de Justicia, en los siguientes casos [...]

4. Cuando se demostrare que el sentenciado no es responsable del delito por el que se lo condenó...” (lo resaltado fuera del texto)

que considera a su criterio falsos, errados o maliciosos para así demostrar su reclamación.

En el evento que guarda relación al testimonio de la doctora *Diana Lilian Torres Ávila*, es importante detenernos a valorar la impugnación propuesta a su testimonio por parte del abogado Emiliano Donoso Vinuesa, Procurador Judicial de la familia Mazoyer y acusador particular así como de Fiscalía, quienes objetaron de manera motivada respecto a la parcialidad del informe pericial realizado y que fue expuesto en la respectiva audiencia de revisión.

Es así que este cuerpo colegiado no puede dejar de precisar que, una de las obligaciones generales del perito es desempeñar su función de manera imparcial, lo cual implica que este alejado de intereses o disposiciones afectivas, tales como amistad íntima, interés, simpatía, antipatía, entre otros, toda vez que, aquellos condicionamientos van en desmedro del principio de imparcialidad.

En este sentido, el interesado en demostrar la parcialidad del perito al momento de la audiencia-recurso de revisión-cuenta con una herramienta legal denominada "*contrainterrogatorio*", siendo una de sus finalidades el "anular o disminuir la credibilidad del testigo por *argumentum ad personam* apuntando a su idoneidad"⁸; de tal suerte que, para activar tal mecanismo los sujetos procesales pueden hacer uso de cualquier declaración o manifestación de apoyo que hubiese hecho el testigo sobre los hechos.

Se anota que la imparcialidad puede sufrir una merma cuando hay un interés personal o privado del testigo en el resultado del recurso propuesto, lo cual puede constatare *prima facie*, cuando existe una "*amistad íntima*", es decir, "un sentimiento interno, particular y propio de la persona que se origina en los vínculos estrechos con otra, la cual trasciende más allá de las simples relaciones interpersonales y se identifica con el surgimiento de una comunidad de trato, afecto, comunicación y adhesión a principios de mutua deferencia, apoyo y colaboración"⁹.

De tal suerte que, si existe una amistad íntima entre el revisionista y el perito que puede comprometer la imparcialidad de este último, aquello debe ser evidente y estar sustentado en razones ciertas que adviertan que dicho elemento anclado al fuero interno existe.

Respecto a este razonamiento y abstrayéndonos al caso *in examine*, sucede que la defensa técnica de la acusación particular durante el desarrollo de la audiencia indicó que la mencionada profesional en ocasiones anteriores había manifestado su respaldo público al revisionista doctor Carlos Julio López Ayala respecto a esta causa, a tal punto que, dentro del proceso de casación del caso "*Mazoyer*" que reposa en el despacho del Juez Nacional Jorge Blum Carcelén y que fue expuesta en la audiencia, consta un documento titulado "*Doctor Carlos López Inocente-Ecuador la salud está de luto*" en donde se plasma la

⁸ Antonio González Navarro, *La prueba en el sistema penal acusatorio*, Edit. Leyer., Bogotá, 2011, p. 735.

⁹ Corte Suprema de Justicia de Colombia, Sala de Casación Penal, Radicado 34.012 de 28 de abril de 2010.

El fundamento medular de la defensa técnica del revisionista Carlos Julio López Ayala, gira en torno a que la infracción imputada al ser un delito de omisión propia exige la presencia de un sujeto activo calificado, lo cual en su caso no se configura y por ende repercute en la no demostración de su grado de responsabilidad en el hecho criminal incoado.

Este Tribunal de Revisión considera que dicha alegación se encuentra indisolublemente articulada a atacar la sentencia condenatoria respecto del grado de responsabilidad del sentenciado en el delito imputado.

Al respecto y con la finalidad de tener una mayor claridad conceptual se hacen las siguientes acotaciones:

Como es sabido todo comportamiento humano se manifiesta en el mundo exterior, por tanto, para determinar responsabilidad en el cometimiento de una conducta penalmente relevante, deben configurarse las categorías dogmáticas del delito, lo cual en la *praxis* se logra a través del engarce de los elementos objetivos y subjetivos que reviste el hecho criminal con la prueba actuada.

Lo anterior explica que, si faltare uno de los componentes de la descripción típica no puede afirmarse la responsabilidad del acusado en relación con el tipo en concreto.

En este escenario es claro que, "cuando se reseñan los componentes exteriores del comportamiento objeto de prohibición, se debe comenzar por el *sujeto activo*, el sujeto agente, el actor o el autor"¹⁰, de tal suerte que, al ser un concepto dogmático su utilidad estriba en describir los requisitos que debe reunir la persona al momento de la comisión del ilícito.

Es así que, en el caso *in examine*, el delito incoado, esto es, **negativa a prestar atención a pacientes en estado de emergencia**, exige una condición especial del autor, lo cual se vislumbra al momento de utilizarse en la redacción del tipo penal la expresión "*los responsables de un centro de salud*", por lo tanto, el círculo de autores se vuelve restringido. Al tenor de lo expuesto es visible que, si no se encuentra debidamente acreditada la calidad del sujeto activo del delito mal se haría en endilgar grado de responsabilidad al revisionista.

Al abrigo de lo manifestado y de la lectura de la sentencia *-objeto del recurso-* se establece que, con respecto a la calidad del sujeto activo de la infracción con la que se punió al hoy revisionista, el tribunal de juicio luego de valorar las pruebas, en el numeral quinto de la sentencia, titulado "*Fundamentación*", parte del análisis jurídico de la conducta objeto de reproche y acto seguido engarza la prueba actuada para dar por demostrada la existencia de la infracción.

Seguidamente, al referirse a la responsabilidad del revisionista concluyó:

¹⁰ Fernando Velásquez Velásquez, Fundamentos de Derecho Penal Parte General, Ediciones Jurídicas Andrés Morales, Bogotá, 2017.

"[...] En relación a la responsabilidad de Carlos Julio López Ayala, este juzgador considera que se ha probado con: el testimonio de Miguel Oswaldo Vinueza Rojas, cirujano cardiotorácico quien estableció que a su entender con la lesión de la paciente, quien tenía un trayecto oblicuo del proyectil, siendo obvio pensar que se lesionó el corazón, y por ende se requería realizar una toracotomía de manera inmediato para abordar los órganos lesionados, y no hacer otros procedimientos puesto una vez la paciente ubicada en el quirófano se podía haber pedido una radiografía de tórax, una biometría y los demás exámenes, puesto que la paciente se encontraba inestable perdiéndose tiempo desde que se le recibió hasta que fue operada, quien además requería ser atendida por un cirujano cardiotorácico; con el testimonio de James Iván Franco Vinueza, cirujano cardiotorácico quien manifestó que a su criterio la paciente requería a su llegada atención quirúrgica cardiotorácica, porque la lesión podía comprometer el corazón y varios vasos; al tratarse de una herida de bala en el segundo espacio intercostal, donde demás se evidencia un derrame pleural en la cavidad del lado derecho lo que hacía sospechar que tenía una herida cardíaca, por lo que se tiene minutos para solucionar este problema, requiriéndose la intervención de un cirujano cardiotorácico; con el testimonio de Luis Cornelio Rolas Cevallos cirujano cardiotorácico, quien manifestó que la noche de los hechos a las 22H55 ha recibido una llamada de la sala de operaciones de la clínica Pichincha, comunicándole que el Dr. López requería una colaboración para una operación quirúrgica, por lo que ha llegado 15 minutos después de la llamada (23h12) encontrándose con una paciente grave con una herida de bala en el corazón, que había realizado de 3 a 4 paros, observándola en estado deplorable, con las pupilas dilatadas, midriática, insanguinada y fría, en estado vegetativo por el shock hipovolémico, llegando él muy tarde para dar atención a la paciente ya que a su arribo no tenía sentido operarle, indicando que por pedido del doctor López ha suturado el ventrículo derecho de la paciente, quien ha presentado una laceración abdominal y un paro cardíaco a quien luego de darle masajes y colocarle una marca pasos ha fallecido; que según su criterio lo que se ha debido realizar toracotomía de manera emergente, con la presencia de un cirujano cardiotorácico perdiéndose en el presente caso tiempo desde el ingreso de la paciente hasta cuando ha sido atendida en la sala de emergencias; y con el testimonio de la Dra. Linda Mena, presentada como prueba de la defensa quien afirma que se debía, requerir la presencia de un cirujano cardiotorácico, especialidad médica que no era la del Dr. López, desde las 20H14, en que la primera placa tomada a la paciente establece presencia de sangre, sin dejar de mencionar el hecho que se encontraba en shock grado 3 y esto implicaba un grave compromiso con su vida" [sic]¹¹.

Por lo tanto, el Tribunal de Juicio consideró que la calidad de sujeto activo calificado y por ende la responsabilidad del acusado Carlos López Ayala se encuentra comprobada a través de los testimonios de los señores Miguel Vinueza Rojas, James Franco Vinueza, Luis Rojas Cevallos, cirujanos cardiotorácicos y doctora Linda Mena.

Al respecto este Tribunal de Revisión encuentra que, la causal escogida por el revisionista requiere de la exhibición de prueba nueva, la cual va aparejada de un discurso lógico y jurídico que avizore que el revisionista no es responsable del ilícito incriminado.

Para tal efecto es de destacar que, la defensa técnica del revisionista para sustentar el motivo de revisión propuesto presentó cuatro testimonios a saber: el de *Walter Caiza Monge*, quien se limitó a realizar una evaluación de autenticidad de un video de circuito cerrado de televisión; el de *Harry Dorn Arias*, quien supo manifestar que llevó a cabo un estudio de la historia clínica de la paciente Charlotte Mazoyer, el de *Diana Torres Ávila*, testimonio que conforme lo expuesto en párrafos anteriores no es valorado por parte de este Tribunal de Revisión y finalmente el de *Miriam Merchán Barros*, cuyo aporte ex

¹¹ Cfr. Cuaderno del Tribunal Sexto de Garantías Penales de Pichincha, fs. 985 vta. y 986.

novus gravita en remover la injusticia material del fallo atacado, toda vez que, dicha prueba aparte de no haber sido practicada en juicio además aporta con hechos nuevos desconocidos por los jueces de instancia, esto es, el análisis y significado correcto de las palabras empleadas en el texto del art. 13 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente -tipo penal por el cual se sentenció al hoy revisionista- específicamente en lo que guarda relación al sujeto activo del delito, para lo cual la perito a la pregunta formulada respecto a *¿Qué debe entenderse por responsable?*, responde que, de acuerdo al informe realizado hay que considerar que los responsables son las personas de las que se espera una respuesta adecuada de acuerdo a sus competencias y las atribuciones que les han encargado y ellas han aceptado; personas a quienes les corresponde responder y dar cuenta de algo para lo que están capacitadas y tienen la facultad para hacerlo; personas que han asumido una responsabilidad que deben cumplir a cabalidad, pues son de su incumbencia-obligación y cargo de hacer algo-debido a sus competencias específicas y sus facultades -aptitudes, poder o derecho de hacer algo- por lo que deben dar cuenta de ello.

A lo dicho el revisionista aún como prueba nueva de carácter documental dos certificaciones conferidas por la Superintendencia de Compañías y el Registro Mercantil en donde se certifica que **Carlos Julio López Ayala** no figuró ni consta actualmente como administrador y/o representante legal en ninguna de las sociedad de comercio registradas en dicho Organismo de Control; así como desde el año mil novecientos noventa y seis hasta la presente fecha no consta inscripción alguna a nombre de "Hospital de Clinicas Pichincha CENMEP S.A.", así como nombramiento alguno otorgado por el Registro Mercantil a favor del señor Carlos Julio López Ayala.

Así las cosas aparece claro que, el revisionista **Carlos Julio López Ayala** no reúne la calidad de sujeto activo calificado, puesto que, el tipo penal se refiere a los "responsables de un centro de salud", y de la prueba nueva actuada en esta audiencia resulta evidente que tal calidad no recae en el revisionista ya que éste se desempeñaba en calidad de médico tratante dentro del Hospital de Clinicas Pichincha, por tanto, luego del análisis semántico del texto del artículo de la ley por el cual fue sentenciado así como de la respectiva prueba documental se colige que, los juzgadores de instancia cometieron un error de hecho al declararle responsable del delito de negativa a prestar atención a pacientes en estado de emergencia toda vez que, el revisionista no es el responsable de dicho centro de salud.

De tal suerte que, las pruebas nuevas presentadas para la sustentación de la causal cuarta prevista en el art. 360 del Código de Procedimiento Penal, permiten a este cuerpo colegiado sostener fundada dicha causal, puesto que, el revisionista no reúne las características singulares para ser sujeto activo de la infracción en comento.

iii. Efectos de la prosperidad de la causal de revisión

Lo manifestado en precedencia impone a esta Sala de Revisión declarar fundada la causal cuarta de revisión invocada por el revisionista, en razón de que, la prueba nueva aportada en el debate probatorio y sujeta los principios

de oralidad, intermediación y contradicción tuvo la virtualidad suficiente de mutar el carácter de cosa juzgada bajo la cual se halla amparada la sentencia cuya revisión se impetra.

En mérito de lo expuesto, este Tribunal de Revisión, de la Sala Especializada de lo Penal, Penal Militar, Penal Policial y Tránsito, de la Corte Nacional de Justicia.

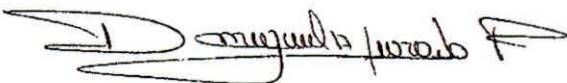
RESUELVE

- 1) **RECHAZAR** el recurso de revisión interpuesto respecto de la tercera causal prevista en el artículo 360 del Código de Procedimiento Penal conforme lo expuesto en la parte motiva de esta resolución; y,
- 2) **ACEPTAR** el recurso de revisión respecto a la causal cuarta prevista en la norma referida, al verificarse que no se comprobado conforme a derecho la responsabilidad del ciudadano **CARLOS JULIO LÓPEZ AYALA** en el delito por el cual se le condenó; en consecuencia se **REVOCA** la sentencia condenatoria dictada en su contra que le impuso la pena de doce meses de prisión correccional y el pago de \$7.500.00 dólares americanos por concepto de daños y perjuicios, se restituye su estado constitucional de inocencia, disponiendo su inmediata excarcelación.

La correspondiente boleta constitucional de libertad, fue girada después de dictar la resolución verbal durante la audiencia respectiva.

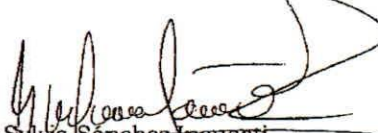
- 3) **ORDENAR** una vez ejecutoriada esta decisión, la devolución del expediente a la judicatura de origen para lo que corresponda en ley.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE.-



Dr. Miguel Jurado Fabara
JUEZ NACIONAL PONENTE


Dr. Luis Enrique Villacrés
JUEZ NACIONAL


Dra. Sylvia Sánchez Insuasti
JUEZA NACIONAL

CERTIFICO.-



Dra. Ximena Cordero Salazar
SECRETARIA REVISORA
CORTE NACIONAL DE JUSTICIA
SALA ESPECIALIZADA DE LO PENAL
PENAL MILITAR, PENAL POLICIAL Y
TRANSITO

Anexo 3

Exposición del caso ante el juzgado décimo tercero de garantías penales para dictamen acusatorio.

Mañana se instalará audiencia por muerte de la ciudadana francesa, Charlotte Mazoyer

Bernard Mazoyer, padre de la víctima, llegó al país para ser parte del juicio. Anunció que han sido convocados como testigos unas 20 personas que estuvieron presentes en una clínica privada el día en que murió la joven, de 27 años. Dijo que tiene pruebas que su hija no fue atendida por falta de una tarjeta de crédito.

8 de abril, 2016 - 17h45



QUITO. Bernard Mazoyer, padre de la víctima Charlotte Mazoyer, quien murió en Ecuador tras ser asaltada, dio en Quito una rueda de prensa previo al inicio del juicio contra directivos de una clínica que presuntamente no atendieron oportunamente a la joven francesa. Foto: redacción

Anexo 4

Audiencia de juzgamiento en la corte nacional de justicia

EL COMERCIO

21 de abril de 2014 00:01

Caso de la vulcanóloga francesa Charlotte

Mazoyer, en etapa decisiva

Bernard Mazoyer (dar.) asistió a la audiencia de juzgamiento el pasado 9 de abril, que finalmente se suspendió. **EL COMERCIO**

Diego Bravo. Redactor

Cuatro años y siete meses han transcurrido desde aquella llamada. Eran las 07:00 del **13 de septiembre del 2009** (hora de Francia), cuando Yulí Bastín, amiga de Charlotte Mazoyer, llamó a sus padres para contarles que ella había fallecido.

Un día antes, la **vulcanóloga de 27 años** había recibido dos impactos de bala en el pecho, en **Guápulo** (centro-norte de Quito). Luego la trasladaron a una clínica privada de la capital en donde murió. **Los familiares de la chica argumentaron que en ese sitio le negaron la atención oportunamente.** Por ello demandaron a Francisco L., entonces gerente del centro de salud, y al médico Carlos L. La audiencia de juzgamiento debía realizarse el pasado martes 8 de abril en Quito, pero se pospuso para el 14 de mayo. Esta fecha fue cambiada nuevamente y la diligencia se realizará hoy, a las 08:00, en el auditorio de la **Corte Nacional de Justicia (CNJ).**

Juan Francisco Ospina, representante legal de Francisco L., señala que **su cliente ha sido víctima de manipulación y chantaje político durante cuatro años**, ya que Mazoyer "murió por las graves heridas sufridas por los disparos y no por falta de atención al no presentar una tarjeta de crédito". Su oficina se encuentra en el cuarto piso de un edificio ubicado en la González Suárez. Allí, él arrima sus brazos sobre una mesa de madera y explica que la familia de la víctima trató de llegar a un acuerdo económico. "Hay 12 peritajes médicos, legales, de video, que determinan que no existe responsabilidad".

El jurista agrega que, en la historia del país, nunca se ha dado un caso en que sea procesado un representante legal de una clínica por una presunta falta de atención

médica. "Las personas jurídicas no son sujetos de derecho penal. El doctor Francisco L. está procesado como representante legal y eso es una brutalidad jurídica", dice.

Estas declaraciones son rechazadas por la defensa de la familia Mazover. Su abogado, **Emiliano Donoso**, asegura que **Francisco L. fue el autor intelectual** de que se instauren en la clínica las políticas de condicionar la atención a los pacientes que no presentasen documentos. "Determinó que ninguna persona sea atendida sin la presentación de una tarjeta; sin importar la gravedad médica que presente".

Viaje desde Francia a Quito

Bernard Mazover tiene previsto asistir a la audiencia de juicio en contra Francisco L. y Carlos L. La última vez que vio a su hija en persona fue en mayo del 2009, cuatro meses antes de morir. Ese mes, Charlotte llegó a Francia para asistir a la boda de una prima. Uno de los recuerdos de su padre es que realizó un concurso de cocina con la joven: ella preparó cebiche de camarón y él un encocado de pollo. Así ella le enseñó los platos típicos de Ecuador. Luego, la joven regresó a Quito para seguir sus investigaciones. La vulcanóloga escribía e-mails todas las semanas a su familia y estaba feliz porque el director del instituto en donde trabajaba le dijo que consiguió una visa para que ella permaneciera dos años más en el país; su sueño era quedarse en Ecuador. El padre cuenta que los agresores apagaron su ilusión.

Por eso, a Bernard Mazover le molestaron las aseveraciones del abogado defensor de Francisco L., quien señala que el enamorado de Charlotte le disparó el 12 de septiembre del 2009. "Su novio estaba en Colombia el día que ella fue asaltada. Los asesinos son personas desconocidas (...)", recalca.

Las secuelas del juicio también impactaron a Francisco L., quien padece problemas cardíacos desde hace cuatro años tras lo ocurrido. El hombre, de 72 años, asegura que no tiene que ver en la muerte. "El 12 de septiembre estaba en la parroquia El Quinche". Él resalta que fue sobreseído definitivamente hace dos meses por este caso.



Según Ospina, el caso se abrió porque existe presión política de la Embajada de Francia. También insiste en que la parte acusadora lo buscó para lograr un acuerdo. Bernard Mazover lo rechaza: "Di las instrucciones a nuestros abogados de nunca conversar con ellos de arreglos...". La vulcanóloga francesa Charlotte Mazover, de 27

Directivos de una clínica, acusados por no atender a herida

MAY. 18, 2013 |



La Fiscalía acusó ayer a dos directivos de la clínica Clínica Pichincha por falta de atención a la ciudadana francesa Charlotte Mazoyer, quien murió en septiembre de 2009 en esta casa asistencial, a donde fue llevada luego de ser herida de bala durante un asalto en Guápulo.

En un comunicado la Fiscalía indicó que la jueza Décimo Tercera de Garantía Penales de Pichincha, Yoconda Lorenses decidirá si llama a juicio a los dos directivos de la clínica, por ser los presuntos responsables de no haber atendido oportunamente a Mazoyer, lo que habría producido su muerte. Los implicados Francisco L. y Carlos Julio L.

Ayer durante la audiencia de formulación de dictamen, que duró alrededor de ocho horas, la jueza escuchó los alegatos a favor y en contra de los dos implicados.



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

Anexo 5

Ratificación de Sentencia

Ratificada sentencia a dos médicos en caso Mazoyer

El Tribunal Sexto de Garantías Penales además condenó a los médicos y a la Clínica Pichincha al pago de \$ 750 mil como indemnización, por falta de atención médica a la ciudadana francesa.

20 de agosto, 2014 - 18h14



QUITO.- Una vista de la audiencia en el caso Mazoyer. Foto: redaccion



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

Anexo 6

Colegio de médicos, en apoyo al doctor implico, aseguran juicio al abogado de la familia de Mazoyer por calumnias.

ANTE LAS DECLARACIONES
DEL ABOGADO DEFENSOR DE
LA FAMILIA MAZOYER
CONTRA EL DOCTOR: EL
PRESIDENTE DEL COLEGIO DE
MEDICOS EMITE SUS
DECLARACIONES.

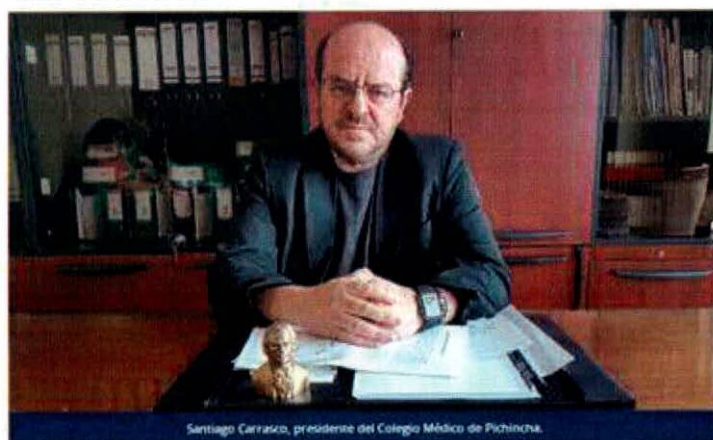
Un médico trata de salvar la vida de una joven
ciudadana francesa, disparada a mansalva en
Guápulo. La chica muere en la mesa de
operaciones. El caso lleva siete años, y este 12
de enero último el médico que intentó salvarla
—que fuera sentenciado a 12 meses de

prisión— fue detenido. Acoto CARRASCO: “una persona inocente que lo único que hizo fue intentar salvar la vida de la
víctima. Aspira a que esta decisión judicial sea el anuncio de que en adelante los actos médicos, que son actos legítimos, “no van
a ser criminalizados”.

Médicos piden sanción al abogado de familia Mazoyer

Además, no descartan iniciar un juicio por calumnias contra el colegiado

Marles, 02 de febrero de 2017, a las 15:55



Santiago Carrasco, presidente del Colegio Médico de Pichincha.



Anexo 7

Abogado de la Familia Mazoyer se anuncia, ante la libertad del médico.

ABOGADO DEFENSOR DE LA FAMILIA DE LA VICTIMA INSISTE EN APOYAR CULPABILIDAD DEL DOCTOR POR LA VÍA DE LOS HECHOS ADMINISTRATIVOS

Especialista en trauma, fue acusado y sentenciado a un año de prisión por el presunto delito de falta de atención a Charlotte Mazoyer, una joven ciudadana francesa que recibió, el 9 de diciembre del 2009, disparos de armas de fuego en Guápulo, presuntamente por delincuentes, y que falleció en la mesa de operaciones, mientras el doctor López intentó salvarla tras cinco horas de operación en uno de los quirófanos de la clínica Pichincha, de Quito. Según la acusación fiscal, "las investigaciones realizadas permitieron comprobar posibles malas acciones administrativas y médicas que impidieron que la paciente, Charlotte Mazoyer, reciba atención médica oportuna, lo que habría producido la complicación de su cuadro clínico. Entre estas acciones, distaba el hecho —según la acusación— de que los empleados de la casas de salud solicitaron una responsabilidad de pago a los amigos de la paciente antes de que sea atendida. Además, los galenos demoraron la operación sin causa aparente y quienes realizaron la intervención quirúrgica a Mazoyer no eran especialistas". (NOTIMUNDO 2017).

Defensa de Mazoyer insiste en que se exigió tarjeta de crédito para atender emergencia

Publicado: 12 de enero de 2010

El abogado Defensor de la Familia Mazoyer, al presentar el informe de la familia Mazoyer en Ecuador, insiste en que los hechos administrativos en torno a este caso son el que el doctor Carlos López fue sentenciado a 12 meses de prisión, debido a su cuenta de Charlotte Mazoyer, tras recibir un disparo. Según el informe de 2009.



El abogado de la familia Mazoyer, Francisco Delgado, insiste en que el caso se centra en el hecho de que el doctor López no atendió a Charlotte Mazoyer, ya que no había practicado medicina sino por regularidad de atención a un paciente en estado de emergencia.

En el informe de la familia Mazoyer se menciona que el doctor López no atendió a la paciente porque no tenía la tarjeta de crédito necesaria para pagar la atención médica. Según el informe, el doctor López no atendió a la paciente porque no tenía la tarjeta de crédito necesaria para pagar la atención médica.

Según el informe, el doctor López no atendió a la paciente porque no tenía la tarjeta de crédito necesaria para pagar la atención médica. Según el informe, el doctor López no atendió a la paciente porque no tenía la tarjeta de crédito necesaria para pagar la atención médica.



BIBLIOTECA
ESPANOL-ESPOL

ANEXO 8

PLAN DE CLASE

CONOCIMIENTO: Gestión de comunicación de crisis

PROCESO DIDACTICO: Técnica ERCA

EJE CURRICULAR INTEGRADOR: Conocimientos, habilidades y actitudes

TIEMPO APROXIMADO: 90 minutos

OBJETIVO: Comprender el concepto de gestión ante la crisis de legitimación en el ámbito de la salud y complementarlo con la teoría situacional de comunicación de crisis (SCCT), junto con el modelo relacional de gestión de crisis

DESTREZAS	ESTRATEGIA METODOLOGICA	RECURSOS	EVALUACION	
- Elaborar estrategia de comunicación y gestión de crisis de legitimación ante probables dificultades legales que puede socavar la imagen empresarial y operativa de una institución prestadora de servicios médicos. - Planificar y asegurar las bases de una buena actuación en la comunicación de la crisis de legitimación en el ámbito de la salud. - Proponer probables soluciones a nivel administrativo para una adecuada gestión ante una crisis de legitimación en el ámbito de salud.	EXPERIENCIA ¿Cuál podría considerarse como la principal causa que desencadenaría una crisis? ¿Cómo pudo haberse evitado esta situación? REFLEXIÓN ¿Qué tan bien respondió la clínica Pichincha a la crisis desencadenada con referencia a las cuatro etapas del modelo relacional de gestión de crisis? CONCEPTUALIZACIÓN ¿Exactamente qué se entiende por gestión de comunicación de crisis? ¿Considera que es necesario disponer de un plan de comunicación de crisis para hacer frente a la situación sobrevenida? ¿Cómo podría estructurarse un plan de comunicación de crisis para evitar futuras incidencias? ¿Qué elementos debería tener ese plan? ¿Cuáles son las acciones que debe realizarse para evitar la crisis? APLICACIÓN A través de la discusión del caso de la Clínica Pichincha, ¿qué es lo que usted aprendió sobre gestión de la comunicación de crisis?	Humanos: - Estudiantes y docentes Tecnológicos: - Computador y proyector. Materiales: - Periódicos - Documentos públicos oficiales del caso.	INDICADORES Comprende la importancia de la gestión de la crisis y la comunicación respectiva de la misma.	TÉCNICA Inductiva – Deductiva: - Lectura dirigida - Observación EVALUACIÓN: - Prueba escrita