

Responsabilidad civil médica y el rol de las aseguradoras ante la mala práctica en Ecuador

Medical Civil Liability and the Role of Insurers in Malpractice in Ecuador

Daniela Cristina Moya Cando, Julio Adrian Molleturo Jimenez, Maria Alejandra Aguirre Quezada

Abstract

El ejercicio de la medicina conlleva riesgos que pueden causar daños al paciente, y el aumento de denuncias por mala práctica en el Ecuador ha intensificado la conflictividad entre pacientes, profesionales y aseguradoras. El problema radica en la falta de un marco normativo y contractual claro que articule la responsabilidad civil médica con el rol de las aseguradoras, lo que genera inseguridad jurídica y dificulta la reparación integral. El objetivo fue analizar la responsabilidad civil médica y el papel de las aseguradoras ante la mala práctica en el Ecuador. Se aplicó un enfoque cualitativo documental, con análisis de normativa, doctrina nacional e internacional (2015–2025) y una póliza representativa. Los resultados muestran que la regulación genérica, la escasa jurisprudencia y las cláusulas restrictivas trasladan el riesgo al asegurado y a la víctima. Se concluye que la precisión normativa y contractual, guiada por la buena fe, robustece la certeza jurídica del sistema.

Palabras clave: responsabilidad civil; mala práctica médica; contrato de seguro; reparación integral; seguridad jurídica.

Daniela Cristina Moya Cando

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | daniela.moya.66@est.ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0008-9900-4533>

Julio Adrian Molleturo Jimenez

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | julio.molleturo@ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-2853-7793>

Maria Alejandra Aguirre Quezada

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | maaguirreq@ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-4496-9182>

<http://doi.org/10.46652/resistances.v7i14.272>
ISSN 2737-6222
Vol. 7 No. 14 julio-diciembre 2026, e260272
Quito, Ecuador

Enviado: mayo 23, 2026
Aceptado: julio 06, 2026
Publicado: agosto 28, 2026
Publicación Continua

Abstract

The practice of medicine entails risks that may cause harm to the patient, and the increase in complaints of alleged malpractice in Ecuador has intensified conflicts among patients, health professionals, and insurers. The problem lies in the lack of a clear regulatory and contractual framework linking medical civil liability with the role of insurers, which creates legal uncertainty and hinders full reparation. The objective was to analyze medical civil liability and the role of insurers in cases of malpractice in Ecuador. A qualitative documentary approach was applied, based on the analysis of regulations, national and international legal doctrine (2015–2025), and a representative insurance policy. The results show that generic regulation, limited case law, and restrictive clauses shift the risk to the insured and the victim. It is concluded that regulatory and contractual precision, guided by good faith, strengthens the legal certainty of the system.

Keywords: civil liability; medical malpractice; insurance contract; full reparation; legal certainty.

Introducción

El ejercicio de la medicina conlleva un riesgo inherente que puede traducirse en daños para el paciente, lo que sitúa a la responsabilidad civil médica entre los temas centrales del Derecho contemporáneo. Su complejidad radica en conjugar el cuidado objetivamente debido, la culpa del profesional y la atribución del daño según la *lex artis*, cada vez más identificada con las guías de práctica clínica, donde la jurisprudencia carece de criterios uniformes (Blas, 2008; Del Brutto, 2018; Espinoza, 2021; García-Villarreal, 2022). A ese parámetro se suma, como fuente autónoma de responsabilidad, la obligación de informar y el consentimiento informado del paciente, cuya inobservancia puede comprometer al profesional aun mediando corrección técnica (Cadenas, 2018).

En el Ecuador, el incremento sostenido de denuncias por presunta mala práctica ha intensificado la conflictividad entre pacientes, profesionales de la salud y aseguradoras (Alfonso et al., 2021; Ruiz y Rodríguez, 2023). La judicialización del acto médico, fruto de una medicina más tecnificada y de una mayor conciencia sobre los derechos a la salud y a ser reparado íntegramente, ha trasladado al ámbito civil discusiones antes ventiladas en sede penal o administrativa, lo que exige precisar el nivel de diligencia y los mecanismos de distribución del riesgo.

Ante ese escenario, el seguro de responsabilidad civil profesional constituye el principal mecanismo de distribución del riesgo y protección patrimonial del médico, y opera a la vez como garantía de reparación para la víctima; su eficacia depende de la buena fe, la equidad y la prevención del daño (Asúa, 2008; Tamayo, 2007). La doctrina advierte que estas pólizas incorporan cláusulas de exclusión ambiguas, límites desproporcionados y restricciones temporales, señaladamente el formato *claims made*, que afectan la reparación (Fernández, 2017; Veiga, 2025; Compiani, 2021; Ferrante, 2018). En el plano nacional, diversos estudios constatan que la negativa de cobertura o la interpretación restrictiva del siniestro incrementan la inseguridad jurídica (Urgilés y Ochoa, 2023; Rodríguez, 2025), problema también advertido por la experiencia comparada (Australian Workers' Union [AWU], 2020; Solano, 1999).

El problema no se reduce a la conducta del profesional, sino que abarca la ausencia de un marco jurídico y contractual claro que articule la responsabilidad civil médica con el papel de las aseguradoras. Esta indefinición dificulta la reparación oportuna de la víctima, expone al médico a riesgos patrimoniales desproporcionados y alimenta disputas que erosionan la confianza en el sistema. Pese a un desarrollo doctrinal robusto en el plano comparado (Martínez, 2023), persiste la falta de un análisis integrado sobre cómo las cláusulas concretas de las pólizas inciden en la efectividad de la reparación.

Con base en lo anterior, el presente artículo se propone, como objetivo general, estudiar la responsabilidad civil que asume el médico y la función que cumplen las aseguradoras frente a la mala práctica médica en el Ecuador, examinando los elementos que configuran dicha responsabilidad, comparando los regímenes contractual y extracontractual, y evaluando la intervención de las compañías de seguros mediante las pólizas de responsabilidad civil profesional.

Metodología

Enfoque del estudio

La investigación adoptó un enfoque cualitativo, de carácter documental y jurídico-dogmático, dirigido a estudiar la responsabilidad civil del profesional médico y la función de las aseguradoras en la reparación del daño por mala práctica en el Ecuador durante 2015–2025. En el plano epistemológico, se adscribió al paradigma interpretativo, que asume que las instituciones jurídicas analizadas no son estructuras neutras, sino construcciones normativas que reflejan y condicionan las relaciones entre pacientes, profesionales de la salud y aseguradoras.

Diseño del estudio

Se trató de un estudio no experimental, descriptivo, analítico y hermenéutico, de corte transversal, sobre documentos normativos, jurisprudenciales y contractuales. El alcance descriptivo identificó el contenido de las normas civiles y especiales y la estructura de las pólizas; el analítico contrastó esas normas y cláusulas con la doctrina; y la dimensión hermenéutica orientó la interpretación de su sentido y alcance, para formular criterios que reduzcan la inseguridad jurídica.

Fuentes y técnicas para la obtención de la información

La obtención de la información se apoyó en la revisión documental sistemática de la legislación sobre responsabilidad civil, seguro de responsabilidad profesional y normativa sectorial

vigente entre 2015 y 2025, y en el análisis de doctrina nacional e internacional. Se efectuó, además, una búsqueda de la jurisprudencia nacional sobre responsabilidad civil médica y cobertura del seguro, que reveló una producción escasa y dispersa, casi inexistente respecto de las aseguradoras, por lo que el análisis se apoyó sobre todo en la normativa y la doctrina.

Asimismo, se realizó el análisis hermenéutico de una póliza de responsabilidad civil profesional médica, seleccionada por muestreo intencional entre las del mercado ecuatoriano bajo formato claims made, con examen de sus cláusulas de cobertura, exclusiones, deducibles, límites y períodos de reporte. Se eligió porque reúne las características más frecuentes del ramo —límite agregado anual, deducible porcentual, retroactividad, período extendido de reclamos y un catálogo extenso de exclusiones—, lo que ilustra los patrones contractuales sin pretensión estadística. Por confidencialidad, la póliza fue anonimizada, de modo que el análisis se circunscribió a las cláusulas en su dimensión técnico-jurídica, conforme a la finalidad académica del trabajo, que no busca evaluar a una entidad, sino identificar patrones y valorarlos según los principios del derecho de seguros.

Métodos de análisis

Se aplicó el método dogmático-jurídico para reconstruir el régimen de responsabilidad civil médica conforme al Código Civil y demás normativa, identificando los elementos de la obligación de indemnizar —culpa, nexo causal, antijuridicidad y daño— y la configuración del contrato de seguro. El método exegético y hermenéutico sirvió para interpretar las disposiciones del Código Civil y del Código de Comercio, junto con la normativa sectorial y las cláusulas contractuales, a la luz de los principios de buena fe, reparación integral y seguridad jurídica. El comparativo contrastó las normas, cláusulas y doctrina ecuatorianas con patrones internacionales. Finalmente, el análisis de contenido sistematizó las cláusulas mediante fichas y matrices que las clasificaron por su función y las contrastaron con la buena fe y la reparación integral.

Resultados

Se exponen los elementos que configuran la responsabilidad civil médica en el ordenamiento ecuatoriano; se contrastan los regímenes contractual y extracontractual; y, por último, se examina la intervención de las aseguradoras a partir del marco normativo del contrato de seguro y del clausulado de una póliza representativa, cuyos parámetros se sistematizan en la Tabla 1.

Elementos que configuran la responsabilidad civil médica en el ordenamiento ecuatoriano

El análisis dogmático reveló que la responsabilidad civil médica carece de regulación especial y se reconstruye desde las reglas generales del Código Civil. El artículo 1453 reconoce que las obligaciones surgen, entre otras fuentes, de un hecho que causa daño a otra persona, como ocurre en los delitos y cuasidelitos (Congreso Nacional del Ecuador, 2005, Artículo 1453) y el 2184 precisa que el hecho cometido con culpa, pero sin intención de dañar, configura un cuasidelito (Congreso Nacional del Ecuador, 2005, Artículo 2184). En lo extracontractual, el artículo 2214 obliga a indemnizar a quien comete un delito o cuasidelito y el 2229 impone la reparación de cualquier daño que pueda atribuirse a malicia o negligencia (Congreso Nacional del Ecuador, 2005, Artículos 2214 y 2229), distinguiéndose el dolo de la culpa conforme al artículo 29. La obligación de indemnizar exige cuatro elementos copulativos: la conducta antijurídica, que en el acto médico no equivale a un resultado adverso, sino al quebrantamiento del cuidado objetivamente debido conforme a la *lex artis* (García-Villarreal, 2022; Espinoza, 2021); el criterio de imputación fundado en dolo o culpa (Artículo 29); el daño cierto, directo y valorable; y el nexo causal. La falta de cualquiera hace improcedente la pretensión, por lo que el debate se concentra en la prueba de la culpa y de la causalidad.

Trasladadas al acto médico, estas normas exigen valorar la conducta del profesional frente a la *lex artis*, y lo decisivo es el aspecto probatorio, pues de cómo se distribuya la carga probatoria depende que la reparación sea realmente posible. El análisis dogmático y la doctrina nacional permiten sostener que, sin regla especial, la tendencia transita desde la exigencia estricta de que el paciente acredite la culpa, coherente con la obligación médica como obligación de medios, hacia las cargas probatorias dinámicas, según las cuales el deber de probar recae sobre quien controla la historia clínica y la información del procedimiento (Rodríguez, 2025). Esta tendencia se sostiene en sede doctrinal, porque el ordenamiento ecuatoriano carece de una línea jurisprudencial que defina si la judicatura exige probar la culpa o admite presunciones o cargas dinámicas. La ausencia de un criterio estable confirma la indeterminación, pues el resultado del litigio queda librado a la apreciación casuística del juzgador, reforzando la inseguridad jurídica.

El daño indemnizable comprende el patrimonial y el extrapatrimonial, este último reconocido en el artículo 2232 del Código Civil, referido al daño moral (Congreso Nacional del Ecuador, 2005, Artículo 2232), en conexión con los derechos a la salud y a una atención integral (Constitución de la República del Ecuador, 2008, Artículo 32). A diferencia del daño patrimonial, determinable objetivamente, el daño moral —el sufrimiento y el menoscabo de la integridad personal y del proyecto de vida— se valora conforme a la equidad y la prudencia judicial, atendiendo a la gravedad de la lesión y sus secuelas. Esta indeterminación, unida a la ausencia de baremos legales, refuerza la inseguridad jurídica y explica por qué los sublímites contractuales reducidos resultan problemáticos: al fijar un tope que rara vez guarda relación con la entidad real del daño moral en

casos graves, la póliza predetermina una reparación parcial y desplaza el déficit al patrimonio del médico o a la víctima no resarcida.

El nexo causal es el elemento de mayor complejidad técnica. La doctrina mayoritaria propone superar la equivalencia de condiciones mediante la causalidad adecuada, que selecciona como relevante la conducta que, conforme al desenvolvimiento normal de los hechos, resultaba apta para ocasionar el daño. En medicina, donde concurren la enfermedad de base, la respuesta del paciente y la actuación profesional, el nexo se apoya en la prueba pericial y exige distinguir el daño imputable a la negligencia del atribuible a la evolución natural de la patología; aquí la doctrina comparada recurre a la pérdida de oportunidad para atenuar las dificultades probatorias (Martínez, 2023). Este desarrollo proviene del derecho comparado, sin que exista en el Ecuador jurisprudencia que consolide los criterios de causalidad del acto médico. La dispersión de estos elementos en normas generales, unida a la escasa jurisprudencia, tensiona el derecho a la seguridad jurídica, que descansa en la existencia de normas previas y claras, aplicadas de modo uniforme por las autoridades (Constitución de la República del Ecuador, 2008, Artículo 82).

El régimen contractual y extracontractual aplicable a la responsabilidad del médico

La calificación de la responsabilidad se determina por la fuente de la obligación que se incumple: es contractual cuando media un acuerdo previo de prestación de servicios médicos, y extracontractual cuando no existe vínculo previo, como en la emergencia o en establecimientos públicos (Congreso Nacional del Ecuador, 2005, Artículos 1453, 2214 y 2229). Esta dualidad repercute en la prescripción, en la distribución de la carga probatoria y en la extensión del daño resarcible. En sede extracontractual, el artículo 2235 fija que las acciones derivadas de daño o dolo prescriben en el plazo de cuatro años contados desde la perpetración del acto (Congreso Nacional del Ecuador, 2005, Artículo 2235), regla cuya aplicación se complica cuando el daño es oculto o de manifestación tardía, frecuente en lo médico. En el régimen contractual rige el plazo ordinario, mucho más extenso (Congreso Nacional del Ecuador, 2005, Artículo 2415).

Mientras el régimen contractual limita la reparación a los perjuicios previsibles, salvo dolo, el extracontractual comprende todo daño directo. A ello se suma la distinta carga probatoria: en sede contractual el incumplimiento de la prestación puede facilitar la posición del paciente, mientras que en la extracontractual la prueba de la culpa recae sobre la víctima. La elección de la vía no es formal, sino una decisión estratégica con consecuencias sobre el éxito de la pretensión y el quantum indemnizatorio.

Estos hallazgos evidencian una tensión relevante: mientras la doctrina contemporánea tiende a unificar ambos regímenes bajo la reparación integral centrada en la víctima (Rodríguez, 2025; Ruiz y Rodríguez, 2023), la práctica ecuatoriana mantiene la summa divisio entre lo contractual y

lo extracontractual, de modo que casos análogos reciben respuestas distintas según la calificación, lo que confirma la inseguridad jurídica derivada de la indefinición del régimen.

La intervención de las aseguradoras: estructura, exclusiones y controversias

En el Ecuador, la disciplina del contrato de seguro se encuentra en el Código de Comercio y en el Libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero, cuerpo que recoge la Ley General de Seguros. El artículo 42 de este último obliga a las aseguradoras a pagar el seguro contratado dentro de los treinta días siguientes a la reclamación, o a objetarla por escrito y de manera motivada (Asamblea Nacional del Ecuador, 2014, Libro III, Artículo 42), precepto clave porque las objeciones genéricas son fuente habitual de litigio.

El contrato se delimita mediante exclusiones, límites, deducibles y modelos temporales de activación. Destacan las cláusulas *claims made*, que condicionan la cobertura a que la reclamación se formule durante la vigencia y no al momento del hecho dañoso (Veiga, 2025; Ferrante, 2018); en lo médico, donde el daño puede manifestarse tardíamente, esta modalidad puede desproteger al asegurado si no se pactan períodos de descubrimiento adecuados (Compiani, 2021). Para constatar estos riesgos se analizó una póliza representativa del mercado ecuatoriano, cuyos parámetros se sintetizan en la Tabla 1.

Tabla 1. Matriz analítica de las estipulaciones más relevantes de la póliza de responsabilidad civil profesional médica examinada

Estipulación	Contenido en la póliza analizada	Implicación frente a la cobertura y la reparación
Modalidad de cobertura	Base reclamación (<i>claims made</i>), con fecha de retroactividad de cinco años	La cobertura depende de que la reclamación se presente durante la vigencia o el período extendido; traslada al asegurado el riesgo de los daños tardíos
Límite asegurado	USD 100.000 por cada evento y como agregado anual	Una sola reclamación de magnitud puede agotar la cobertura de todo el período
Deducible	10 % de la pérdida, mínimo USD 500	La retención del asegurado crece con el daño, precisamente en los siniestros más graves
Sublímite para daño extra-patrimonial	USD 30.000 en el agregado anual, con aplicación del deducible	Tope reducido frente a la entidad usual del daño moral; fragmenta la reparación integral
Sublímite para medicamentos e instrumentos médicos	USD 15.000 en el agregado anual	Cobertura insuficiente frente a daños que pueden superar ese monto
Período extendido de reclamos	Un año sin cobro de prima; un año adicional en caso de discapacidad o muerte del asegurado	Plazo breve frente a la latencia del daño médico; deja sin amparo las reclamaciones tardías

Estipulación	Contenido en la póliza analizada	Implicación frente a la cobertura y la reparación
Plazo de notificación del siniestro	Diez días	Término exigente cuya inobservancia puede invocarse para objetar la cobertura
Exclusiones generales	Dolo y mala fe, multas y sanciones, circunstancias previas conocidas, reclamaciones entre asegurados, garantías de resultado, abuso físico o sexual, responsabilidad solidaria, evento cibernético, entre otras	Catálogo extenso y de redacción amplia que suscita dudas en una práctica digitalizada, interdisciplinaria y descentralizada
Exclusiones específicas	Técnicas o medicamentos experimentales, uso de sangre, transporte de pacientes, tratamiento domiciliario y cirugía plástica, salvo pacto en contrario	Recortan la cobertura en actividades frecuentes del ejercicio profesional
Otras estipulaciones	Exclusión por sanciones internacionales (OFAC), consentimiento amplio para tratamiento de datos personales, ley y jurisdicción ecuatorianas	Introducen causas de inoperancia ajenas al riesgo médico y exigen una lectura acorde con las normas sobre datos personales y de protección al consumidor

Fuente: elaboración propia con base en las condiciones generales y particulares de la póliza analizada, previamente anonimizada.

Análisis de una póliza representativa de responsabilidad civil profesional médica

La póliza examinada ampara la responsabilidad civil profesional derivada del ejercicio de una especialidad médica y se estructura bajo el sistema base reclamación (claims made). Según su cláusula de cobertura, la compañía se obliga a pagar, una vez superado el deducible y hasta el monto asegurado, la indemnización y los gastos de defensa correspondientes a una reclamación formulada por primera vez contra el asegurado y originada en un acto médico negligente cometido durante la vigencia y reclamado incluso durante el período de prórroga para notificaciones. La cobertura se limita a los servicios que el asegurado esté habilitado a prestar dentro de la especialidad declarada en el formulario de solicitud, integrado a la póliza, de modo que cualquier falsedad, simulación u omisión anula la cobertura y libera a la aseguradora.

En sus parámetros cuantitativos y temporales, la póliza fija un límite de cien mil dólares, aplicable a cada evento y como agregado anual; un deducible equivalente al diez por ciento de la pérdida, con un mínimo de quinientos dólares; una retroactividad de cinco años antes del inicio de la vigencia; un límite territorial circunscrito al Ecuador; treinta días para el pago de primas; diez días para la notificación del siniestro; y una cláusula de cancelación de treinta días, junto con la exclusión por sanciones internacionales (OFAC). La vigencia es anual y la cobertura se activa con la presentación de la reclamación durante ese período.

Estos parámetros revelan varios desplazamientos del riesgo hacia el asegurado. La coincidencia entre el límite por evento y el agregado anual implica que una sola reclamación de cierta magnitud puede agotar toda la cobertura del período, dejando al profesional sin protección frente a reclamaciones posteriores de la misma anualidad. Además, el deducible porcentual traslada al asegurado una fracción que crece con el daño: en una pérdida de cien mil dólares asumiría diez mil. Por último, el plazo de notificación de diez días resulta exigente, pues su inobservancia puede invocarse para objetar la cobertura.

La póliza contempla, además, extensiones de cobertura con sublímites diferenciados: cónyuges, herederos y representantes legales; gastos de defensa, ante el socio estratégico de la aseguradora o en libre elección de abogado; error u omisión del médico suplente; docencia; actos de buen samaritano; empleados no profesionales; y gastos legales de una investigación contra el asegurado. La mayoría opera al cien por ciento del límite, aunque varias quedan sujetas al deducible. Destacan, por sus sublímites reducidos, los daños extrapatrimoniales, limitados a treinta mil dólares en el agregado anual con deducible, y los medicamentos suministrados por el asegurado y el uso de instrumentos médicos, limitados a quince mil dólares anuales. Incorpora asimismo un período extendido de reclamos de un año sin prima y otro, también de un año, para la notificación en caso de discapacidad o muerte del asegurado.

El contraste de estas extensiones con la reparación integral arroja un hallazgo relevante. El sublímite de treinta mil dólares para el daño extrapatrimonial resulta exiguo frente a la entidad que el daño moral alcanza en los litigios por mala práctica, donde el menoscabo de la integridad personal, la pérdida de un ser querido o la disminución permanente de la salud justifican indemnizaciones elevadas. Al fijar un tope autónomo y reducido, la póliza fragmenta artificialmente la reparación y traslada a la víctima, de modo reflejo a través del asegurado, el riesgo de que el daño moral exceda la cobertura. El mismo efecto se observa en el sublímite para medicamentos e instrumentos médicos, donde los daños pueden superar los quince mil dólares.

El núcleo más sensible del clausulado es el catálogo de exclusiones generales. La póliza excluye los daños por mala fe, dolo o retribuciones improcedentes —exclusión que solo opera cuando el dolo se establece en sentencia firme—; las multas y sanciones; las circunstancias, juicios y seguros anteriores conocidos por el asegurado antes de la fecha de retroactividad; la reclamación de asegurado contra asegurado, salvo que el afectado actúe como paciente; la responsabilidad patronal no derivada de un acto médico; las garantías de resultado; la responsabilidad como director o administrador de establecimientos de salud; la contaminación ambiental; el asbesto; la reacción nuclear, salvo uso terapéutico o diagnóstico; los tóxicos, narcóticos o alcohol; los honorarios profesionales; el abuso físico o sexual; la responsabilidad solidaria con otros profesionales o instituciones; la falta de habilitación profesional vigente; y el evento cibernético, definido ampliamente para abarcar las vulneraciones a la seguridad de la red, el uso no autorizado de sistemas informáticos, los virus y el daño, alteración, robo o destrucción de datos, incluida la custodia de historias clínicas.

A este catálogo se añaden exclusiones específicas que recortan aún más la cobertura, salvo pacto en contrario: actos médicos con técnicas, medicamentos o equipamiento no reconocidos o experimentales, incluidas las pruebas clínicas; diseño o manufactura de productos; daños corporales por uso de sangre; transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; tratamiento domiciliario; y servicios de cirujanos plásticos. La amplitud de varias —en particular la cibernética, la de responsabilidad solidaria y la del tratamiento domiciliario— suscita dudas en una práctica crecientemente digitalizada, interdisciplinaria y descentralizada, donde la custodia de historias clínicas electrónicas y la atención fuera del centro asistencial son cada vez más frecuentes.

Contrastadas con la buena fe y la reparación integral, varias de estas cláusulas podrían frustrar la finalidad protectora del seguro y aproximarse a las cláusulas abusivas (Fernández, 2017; Compiani, 2021). La exclusión de la responsabilidad solidaria es paradigmática: la práctica médica moderna se desarrolla en equipos e instituciones, de modo que excluir la responsabilidad atribuida solidariamente con otros profesionales o establecimientos puede vaciar la cobertura en numerosos supuestos. Igualmente, la exclusión cibernética, formulada para comprender la custodia de datos e historias clínicas, podría invocarse para rechazar reclamaciones que derivan de un acto médico negligente y solo incidentalmente involucran información digital. La interpretación conforme a la buena fe y al criterio contra proferentem se erige en el principal límite frente a una delimitación del riesgo que, aplicada literalmente, desnaturalizaría la función del seguro.

Más allá de las exclusiones, otras estipulaciones accesorias inciden en el equilibrio contractual. La exclusión por sanciones internacionales subordina la cobertura al cumplimiento de regímenes de sanciones, ajenos al riesgo médico. El consentimiento para el tratamiento de datos, integrado al condicionado, autoriza ampliamente la recolección, la transferencia internacional y el perfilamiento de la información del tomador, así como su uso comercial; aunque reconoce los derechos de acceso, rectificación y revocación, su amplitud contrasta con la sensibilidad de los datos y reclama una lectura acorde con la legislación sobre protección de datos personales. Por último, la cláusula de ley y jurisdicción somete el contrato a los tribunales del Ecuador, lo que aporta previsibilidad, pero debe conjugarse con el carácter imperativo de las normas de protección del asegurado.

La comparación entre el modelo claims made y el de ocurrencia ilumina el alcance real de la protección. En la ocurrencia, la cobertura se activa por el hecho generador acaecido durante la vigencia, sin importar cuándo se reclame; en el claims made, lo determinante es que la reclamación se presente durante la vigencia o el período extendido pactado (Ferrante, 2018). En medicina, donde el daño puede revelarse años después, el claims made traslada al asegurado el riesgo de la latencia: extinguida la póliza y agotado el período extendido, de apenas un año en el caso analizado, una reclamación tardía quedaría sin cobertura pese a referirse a un acto cometido bajo vigencia; la retroactividad mitiga el problema hacia atrás pero no neutraliza la desprotección futura. Esta

asimetría temporal es uno de los focos de litigiosidad más recurrentes y justifica pactar períodos de descubrimiento extendidos.

Un aspecto técnico relevante es la delimitación del interés asegurable y la integración del formulario de solicitud al contrato. La póliza circunscribe la cobertura a los servicios profesionales dentro de la especialidad declarada por el asegurado en dicho formulario, que pasa a formar parte del contrato. Esto refuerza la exigencia de exactitud en la declaración del riesgo: las actuaciones ajenas podrían quedar fuera del amparo y cualquier inexactitud relevante habilita a la aseguradora para invocar la nulidad o la liberación de responsabilidad. La uberrima bona fides se aprecia aquí con nitidez, porque el equilibrio del contrato descansa en una declaración fiel del riesgo, contrapartida del deber de claridad que pesa sobre el predisponente.

El tratamiento de los gastos de defensa es otro punto sensible. La póliza distingue entre la defensa asumida por el socio estratégico de la aseguradora, sin deducible, y la de libre elección de abogado, sujeta al deducible, además de amparar los gastos legales de investigaciones contra el asegurado. Lo decisivo es si estos gastos se imputan dentro de la suma asegurada o en exceso de ella, pues, de erosionar el límite, reducirían el monto disponible para indemnizar a la víctima, con el riesgo de que litigios prolongados consuman la cobertura antes de la reparación. La transparencia sobre este extremo es esencial para evitar una merma encubierta de la protección contratada.

En síntesis, el análisis de la póliza representativa identificó un patrón contractual de cobertura nominal amplia, articulada sobre el formato claims made, pero acompañada de un deducible porcentual, sublímites reducidos para componentes esenciales de la reparación, señaladamente el daño extrapatrimonial, y un catálogo extenso de exclusiones de redacción amplia. Estos elementos confirman que las prácticas del ramo trasladan riesgos relevantes al asegurado y, de modo reflejo, a la víctima, lo que valida la hipótesis central de la investigación.

Discusión

Los resultados confirman que la inseguridad jurídica en responsabilidad civil médica no obedece a una sola causa, sino a la convergencia de una regulación civil genérica que obliga a reconstruir el régimen desde reglas pensadas para supuestos generales; de una escasa producción jurisprudencial nacional, casi inexistente respecto del rol de las aseguradoras, que impide consolidar criterios sobre la prueba, la causalidad y la cuantificación del daño; y de prácticas contractuales que trasladan riesgos al asegurado y, de modo reflejo, a la víctima. Esta lectura coincide con la doctrina que advierte la ambigüedad de las cláusulas de exclusión y delimitación temporal (Fernández, 2017; Veiga, 2025; Compiani, 2021) y con los estudios nacionales que vinculan la interpretación restrictiva del siniestro con la inseguridad jurídica (Urgilés y Ochoa, 2023; Rodríguez, 2025).

El análisis de la póliza aporta evidencia concreta. La modalidad *claims made*, con un período extendido de apenas un año, ilustra el problema de la delimitación temporal: si el daño se manifiesta o se reclama vencido ese plazo, hipótesis frecuente dada la latencia de muchas patologías iatrogénicas, la cobertura puede resultar inoperante pese a que el acto negligente se cometió durante la vigencia. La retroactividad atenúa el problema hacia el pasado, pero no resuelve la desprotección futura (Veiga, 2025; Ferrante, 2018).

El tratamiento del daño extrapatrimonial es igualmente significativo. El sublímite autónomo y reducido para el daño moral contrasta con el reconocimiento constitucional y legal de la reparación integral y sugiere que el producto asegurador nacional no se ha armonizado con la evolución del derecho de daños, a diferencia del derecho comparado, donde el control de contenido de las condiciones generales ha forzado una progresiva adecuación de las pólizas a la función reparadora (Fernández, 2017; Compiani, 2021). El deducible porcentual, además, introduce una retención que crece con el perjuicio, justo en los casos más graves. Ambas estipulaciones, a la luz de la buena fe reforzada y del control de las cláusulas abusivas, plantean hasta qué punto la libertad de configuración puede legitimar una delimitación del riesgo que erosiona el contenido esencial de la cobertura.

La experiencia comparada refuerza estos hallazgos. Los modelos internacionales que privilegian la claridad en la definición del siniestro y la delimitación precisa de las exclusiones ofrecen mayor seguridad al asegurado y a la víctima (AWU, 2020; Solano, 1999), y en el ámbito latinoamericano se ha subrayado la conveniencia de seguros profesionales robustos frente a la mala praxis (Chura y Mamani, 2022). La interpretación conforme a la buena fe y a la reparación integral es el criterio rector para evitar que el seguro pierda su finalidad protectora, y el deber de pago oportuno o de objeción motivada previsto en el artículo 42 del Libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero constituye una herramienta concreta para disciplinar las objeciones genéricas.

Otro problema que los hallazgos revelan es el potencial conflicto de interés en la dirección de la defensa por la aseguradora. Cuando la compañía asume la defensa por su socio estratégico y los costos erosionan la suma asegurada, surge una tensión entre su interés en limitar la exposición y el del asegurado y la víctima en una defensa diligente y una reparación íntegra. La buena fe reforzada exige gestionar el siniestro anteponiendo la protección del asegurado, evitar estrategias dilatorias que agoten la cobertura y respetar la libre elección de abogado, pues la transparencia en la imputación de los costos de defensa es tan relevante como la amplitud nominal de la cobertura.

De los hallazgos se desprenden orientaciones de mejora del producto asegurador, coherentes con la experiencia comparada (Fernández, 2017; Veiga, 2025): revisar el daño extrapatrimonial, elevando su sublímite o integrándolo en el límite general; sustituir el deducible porcentual por uno fijo y previsible que no penalice los siniestros más graves; y extender el período de descubrimiento de las pólizas *claims made* conforme a la latencia del daño médico. En el plano regulatorio,

reforzar el control de transparencia sobre las condiciones generales y aplicar el deber de objeción motivada que consagra el artículo 42 del Libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero ayudaría a disciplinar las cláusulas de redacción amplia. Estas propuestas no buscan suprimir la libertad de configuración del contrato, sino encauzarla conforme a la buena fe y al equilibrio de las prestaciones recíprocas.

Por último, el beneficiario final del seguro de responsabilidad civil no es solo el médico, sino también la víctima, en cuyo favor opera la función de garantía del contrato. El tercero perjudicado ocupa una posición singular, pues el seguro asegura la efectividad de su reparación; de ahí que las cláusulas que reducen la cobertura —sublímites, deducibles elevados o exclusiones amplias— le afecten de manera refleja pero directa, al disminuir el patrimonio disponible para resarcirle. Esta perspectiva refuerza la interpretación de las cláusulas conforme a la buena fe y a la reparación integral, y justifica que el control de transparencia tutele también al tercero a quien el seguro pretende beneficiar.

Entre las limitaciones, la investigación se desarrolló mediante revisión documental y análisis dogmático, por lo que sus resultados están condicionados por la disponibilidad y la calidad de las fuentes consultadas. El análisis contractual se apoyó en una póliza representativa por muestreo intencional, de modo que sus conclusiones ilustran patrones del mercado, pero no alcanzan validez estadística. Asimismo, la escasa producción jurisprudencial nacional impidió contrastar los criterios doctrinales con una línea de decisiones consolidada; antes que una deficiencia del diseño, esta circunstancia es en sí misma un hallazgo, pues evidencia un vacío que alimenta la inseguridad jurídica y solo se colmará cuando la judicatura genere pronunciamientos sobre la responsabilidad civil médica y la cobertura del seguro. Estas limitaciones ponen de relieve la conveniencia de seguir examinando las condiciones generales de las pólizas que se comercializan en el mercado ecuatoriano.

Conclusiones

El análisis permite responder de manera afirmativa y concluyente a la pregunta de investigación. La falta de claridad normativa y contractual sobre la responsabilidad civil del médico y el rol de las aseguradoras repercute de manera directa en la seguridad jurídica de pacientes y profesionales de la salud en el Ecuador. Esta incidencia obedece a la convergencia de una regulación civil genérica, de una escasa producción jurisprudencial —inexistente en cuanto al rol de las aseguradoras— y de prácticas contractuales que trasladan el riesgo al asegurado y, de modo reflejo, a la víctima.

Respecto del primer objetivo, los elementos que configuran la responsabilidad civil médica se gobiernan por las reglas generales del Código Civil, en particular sus artículos 1453, 2184, 2214,

2229 y 2232, sin un tratamiento específico del acto médico. La falta de criterios legales claros sobre el nivel de diligencia exigible y sobre la distribución de la carga probatoria del nexo causal reduce la previsibilidad de las decisiones y lesiona el derecho a la seguridad jurídica consagrado en el artículo 82 de la Constitución.

En cuanto al segundo objetivo, la distinción entre los regímenes contractual y extracontractual conserva consecuencias prácticas en materia de prescripción —la acción extracontractual prescribe en el plazo de cuatro años contados desde la perpetración del acto, según el artículo 2235, frente al plazo ordinario más extenso del régimen contractual—, así como en la distribución probatoria y en la extensión del daño resarcible. La ausencia de un criterio unificado produce respuestas dispares ante situaciones equivalentes y constituye una fuente directa de inseguridad jurídica.

Sobre el tercer objetivo, el análisis de una póliza de responsabilidad civil profesional médica vigente en el mercado ecuatoriano demostró que su clausulado traslada riesgos sustanciales al asegurado y, de modo reflejo, a la víctima. El formato *claims made* con un período extendido de apenas un año, el sublímite de treinta mil dólares para el daño extrapatrimonial, el deducible del diez por ciento de la pérdida y un catálogo amplio de exclusiones imprecisas restringen la cobertura efectiva y frustran su finalidad protectora. Frente a ello, el deber de pago oportuno o de objeción motivada establecido en el artículo 42 del Libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero, junto con la interpretación conforme a la buena fe y a la reparación integral, operan como los límites jurídicos que impiden esa desnaturalización.

El estudio concluye que, en el Ecuador, la protección efectiva del paciente y del médico frente a la mala práctica no depende de la amplitud nominal de la cobertura, sino de la precisión normativa y contractual y de su interpretación conforme a la buena fe y a la reparación integral. El equilibrio del contrato reclama elevar el sublímite del daño moral hasta aproximarlos al límite general, sustituir el deducible porcentual por uno fijo y proporcionado, y extender el período de descubrimiento conforme a la latencia del daño médico. Interpretadas las exclusiones de manera restrictiva y conforme al criterio *contra proferentem*, el seguro cumple la función de mutualización que lo justifica y armoniza la protección del paciente, la seguridad del ejercicio profesional y la estabilidad del mercado asegurador ecuatoriano.

Referencias

- Alfonso González, I., Romero Fernández, A. J., Latorre Tapia, F., & Camaño Carballo, L. (2021). La mala práctica médica y sus consecuencias legales en Ecuador. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(6), 526–530.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2014). *Código Orgánico Monetario y Financiero, Libro III: Ley General de Seguros. Registro Oficial Suplemento 332, 12 de septiembre de 2014.*

- Asamblea Nacional del Ecuador. (2019). *Código de Comercio. Registro Oficial Suplemento 497, 29 de mayo de 2019.*
- Asúa González, C. I. (2008). Responsabilidad civil médica. En L. F. Reglero Campos, (coord.). *Tratado de responsabilidad civil.* Aranzadi.
- Australian Workers' Union. (2020). *Medical malpractice civil liability insurance policy (V7363).*
- Blas Orbán, C. (2008). *Responsabilidad profesional del médico: Enfoque para el siglo XXI.* J. M. Bosch Editor.
- Cadenas Osuna, D. (2018). *El consentimiento informado y la responsabilidad médica.* Boletín Oficial del Estado.
- Chura Paniagua, O., & Mamani Mamani, J. M. (2022). *Necesidad de implementación de un seguro profesional médico para casos de responsabilidad civil derivados de la mala praxis* [Tesis de grado, Universidad César Vallejo].
- Compiani, M. F. (2021). Seguro de responsabilidad civil médica. Algunas cuestiones actuales. *Revista de Derecho del Sistema Financiero*, (1), 275–328.
- Congreso Nacional del Ecuador. (2005). *Código Civil. Codificación 10. Registro Oficial Suplemento 46, 24 de junio de 2005.*
- Constitución de la República del Ecuador.* (2008). *Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008.*
- Del Brutto, O. (2018). Requisitos para que proceda la responsabilidad civil por mala práctica médica. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 27(2), 79–82.
- Espinoza Ariza, J. (2021). La mala praxis médica y la vulneración del deber objetivo de cuidado. *Lex: Revista de la Facultad de Derecho y Ciencia Política*, 19(28), 317–332.
- Fernández Muñoz, M. L. (2017). *El aseguramiento de la responsabilidad civil médica: Ideas para la reflexión desde una perspectiva comparada.* Universidad Católica de Colombia.
- Ferrante, A. (2018). Responsabilidad civil médica y contrato de seguro: Sobre las cláusulas de delimitación temporal. *Revista Chilena de Derecho y Tecnología*, 24(2), 48–54.
- García-Villarreal, O. A. (2022). Responsabilidad médica profesional, guías para la práctica clínica y lex artis. La importancia de seguir las recomendaciones de las guías clínicas. *Gaceta Médica de México*, 158(6), 439–443. <https://doi.org/10.24875/gmm.22000118>
- Martínez Cristóbal, D. (2023). La lex artis y la responsabilidad sanitaria en España como garantía de defensa del derecho fundamental a la integridad física y moral. *Revista Opinión Jurídica*, 21(38), 145–167. <https://doi.org/10.12662/2447-6641oj.v21i38.p145-167.2023>
- Mellado, J. M. (2016). Autonomía, consentimiento y responsabilidad. Parte II. El consentimiento informado en la medicina asistencial y en la jurisprudencia. *Radiología*, 58(6), 427–434.
- Rodríguez, E. Á. (2025). *Responsabilidad médica en casos de mala praxis en Ecuador: Análisis de normativas y jurisprudencia.* UNEMI.
- Ruiz Guerrero, F. M., & Rodríguez Salcedo, E. del R. (2023). La responsabilidad civil en casos de negligencia médica en Ecuador. *Código Científico Revista de Investigación*, 4(2), 817–836. <https://doi.org/10.55813/gaea/ccri/v4/nE2/185>
- Solano Porras, J. (1999). El seguro contra la responsabilidad civil del médico. *Medicina Legal de Costa Rica*, 16(1-2), 21–27.
- Tamayo Jaramillo, J. (2007). *Tratado de responsabilidad civil.* Legis.

Urgilés Chica, S. D., & Ochoa Reyes, R. D. (2023). La responsabilidad civil médica y su incidencia en el contrato de seguro. *X-Pedientes Económicos*, 7(18), 80–95.

Veiga Copo, A. B. (2025). *Seguros de responsabilidad civil*. La Ley Soluciones Legales.

Autores

Daniela Cristina Moya Cando. Abogada por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, se desempeña como abogada en Prorespaldo Cobertura Profesional Cía. Ltda.

Julio Adrian Molleturo Jimenez. Docente de la Maestría en derecho Médico, magíster en Derecho Médico y Magíster en Derecho Financiero Bursátil y de Seguros.

Maria Alejandra Aguirre Quezada. Docente en la unidad académica de salud y bienestar, y enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, Magister en nutrición infantil.

Declaración

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes externas a este artículo.

Nota

El artículo es original y no ha sido publicado previamente.