

DOLO O CULPA EN LA RESPONSABILIDAD POR MALA PRAXIS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Rene Raul Deza Colque *

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Art. Recibido: 01/10/2019

Art. Aceptado: 04/11/2019

Art. Publicado: 30/12/2019

* Abogado, M. Sc. Ex magistrado del Poder Judicial, actual docente de la Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. rdezac10@hotmail.com

RESUMEN:

En la presente investigación presentamos algunos criterios para determinar la responsabilidad penal de los profesionales de la salud (médicos) en sus diversas intervenciones de su praxis médica. Con lo que no pretendemos dejar agotado el problema pues se trata de una realidad que hoy en día se ha convertido en viral. Tenemos como objetivo que los operadores del derecho cuenten con mejores posibilidades de aplicación de las teorías que brinda el derecho penal, para efectos de determinar si constituye dolo eventual o culpa consiente, cuando con una mala praxis médica se lesionen bienes jurídicos tutelados como la vida o la salud de las personas. Para lo cual se ha revisado los diferentes criterios doctrinarios que han desarrollado en relación al dolo y culpa, además de tener en consideración la jurisprudencia que hasta el momento ha sido emitida por el Poder Judicial. Se ha logrado determinar que si el profesional de salud tiene conocimiento de que con su conducta incrementa el riesgo, esto sustentado en circunstancias específicas, como no tener condiciones de infraestructura adecuada, implementaciones de equipos de medicina para la posible atención de alguna emergencia, no tener ambulancia, no contar con personal asistencial adecuado, tener conocimiento que el lugar en que realiza una intervención quirúrgica no cuenta con autorización del Ministerio de Salud, y de la Municipalidad correspondiente, actúa con el elemento del conocimiento que requiere el dolo eventual. Así mismo el elemento volitivo del dolo eventual, está representado por decisión que toma el profesional de la salud, de continuar con la intervención quirúrgica en esas condiciones..

Palabras Claves: Dolo eventual, culpa consiente, normatividad de los actos médicos.

ABSTRACT:

This research presents some criteria to determine the criminal responsibility of health professionals (doctors) in its various interventions of medical practice with which it is not intended to leave out the problem since it is a reality that has become viral today. It aims for the law agents to have better possibilities of application of the theories offered by the criminal law in order to determine whether it is a gross negligence or conscious fault when with a medical malpractice legal assets such as life and health of people are injured. Thus, different doctrinal approaches related to fraud and guilt have been revised. In addition, the jurisprudence issued by the judiciary has been taken into consideration. It has been determined that if the health professional is aware that his behavior increases the risk, acts with the element of the knowledge that requires the gross negligence. This sustained in specific circumstances such as not having conditions of adequate infrastructure, deployment of medical equipment for possible emergencies, ambulances, suitable welfare personnel, or being aware that the place in which a surgical intervention is carried out has no authorization from the Ministry of health and the corresponding municipality. Likewise, the volitional element of possible fraud is represented by the decision taken by the health professional of continuing the surgery in those conditions.

Keywords: Gross negligence, conscious fault, regulations of medical acts.

INTRODUCCION

Hoy en día es frecuente en los medios de comunicación las noticias relacionadas a la mala praxis de los profesionales de la salud, específicamente de los médicos, de quienes se dice que actuaron con negligencia en el ejercicio de su profesión, sea en establecimientos de salud públicos como hospitales, o ESSALUD, o también en establecimientos de salud particulares, dentro de los que se encuentran los consultorios particulares, e inclusive clínicas particulares. Esta mala praxis de los profesionales de la salud, provoca daño en el cuerpo o en la salud de la persona, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, y en muchos casos provoca la muerte de la persona. Recientemente se dio a conocer el caso de Shirley Meléndez Tuesta, de 25 años, quien denunció que acudió al Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen, de **Essalud**, por un problema de cálculos renales y que le amputaron las extremidades en el que se considera es un caso de negligencia médica. Sin embargo, estos casos se han repetido frecuentemente e inclusive se ha sometido ante el Ministerio Público y al Poder Judicial, con la finalidad de alcanzar la anhelada justicia.

Ya en sede de Ministerio Público, o del Poder Judicial, al asumir jurisdicción sobre estos casos, una práctica cotidiana y sin un mayor análisis de las circunstancias en que se han producido estos hechos, en la generalidad de los casos se ha calificado esta conducta de los profesionales de la salud, como simple negligencia, dando origen a un proceso penal por la comisión de delitos culposos, sea homicidio culposo o lesiones culposas. Sin embargo, en muchos de los casos esta conducta de los profesionales de la salud, trasciende la negligencia, para dar paso a una conducta dolosa -dolo eventual-, aspecto que no es tomando en cuenta por los operadores del derecho.

Es nuestro objetivo determinar pautas para la calificación de la conducta desarrollada por los profesionales de la salud, cuando por su mala praxis causen daño en el cuerpo o la salud de las personas, o la extinción de su vida, como delitos dolosos –dolo eventual- y no mecánicamente como delitos culposos.

Esta mala praxis de los profesionales de la salud, debe ser calificada como delito doloso, cuando concurren circunstancias que determinen responsabilidad por incremento de riesgo permitido. (Imputación objetiva)

La metodología utilizada en la presente investigación será, analítica, comparativa, y explicativa. Se analizará las diferentes categorías conceptuales, del delito culposo, y del delito doloso –dolo eventual-, para de esta forma concluir cuando se está ante una conducta negligente, o una conducta dolosa.

DOLO EVENTUAL O CULPA CONSIENTE.

Tradicionalmente los delitos cometidos por mala praxis de los profesionales de la salud, han sido tipificados como delito imprudente o por negligencia, lo que comúnmente se conoce como delito culposo. Sin embargo, es tarea compleja la delimitación del ámbito propio del dolo eventual, frente la culpa consiente, lógicamente por suponer una concurrencia de un elemento subjetivo tan difícil de probar como es la voluntad de realizar un determinado tipo delictivo, o en su caso de centrar exclusivamente el contenido del dolo eventual en el elemento cognitivo.

Al respecto, es de precisar que el Código Penal de 1991, no establece ningún criterio diferenciador; así en el Art. 11, establece que “Son delitos y faltas las acciones u omisiones dolosas o culposas penadas por la ley”, mientras que el Art. 12 establece que “Las penas establecidas por la ley se aplican siempre al agente de infracción dolosa. El agente de infracción culposa es punible en los casos expresamente establecidos por la ley.” Queda pues a la dogmática penal establecer los criterios diferenciadores, a efecto de la aplicación de una u otra categoría jurídica.

Como es de conocimiento, el dolo constituye la plena atribución dentro de un ámbito situacional a una persona, por lo tanto, la forma más importante de vinculación personal de un sujeto a un hecho en el cual ha volcado toda su personalidad y energía. La comprobación del dolo referido a una acción concreta significa identificar dicha acción con la conciencia y voluntad del sujeto. En el delito de acción doloso, la determinación de la tipicidad implica la concreta atribución de lo objetivo y de lo subjetivo referido al actuar del sujeto a un tipo penal. (Bustos Ramírez. 2009. p. 60)

En cuanto al contenido del dolo, se puede distinguir el elemento cognitivo, y el elemento volitivo; el elemento cognitivo o de conocimiento, está referido a los elementos objetivos del tipo, y el elemento volitivo, a la voluntad de realizar la conducta prohibida, “a efecto de dolo basta que el sujeto tenga conocimiento, de las circunstancias típicas objetivas en el momento de la realización del hecho” (Bustos Ramírez 2009, p. 67), Este conocimiento debe caracterizarse por su certeza, pues no puede existir una falsa percepción de la realidad, ello significaría el error respecto a un elemento típico. En cuanto al elemento volitivo, se refiere a la voluntad expresa, a la voluntad que se ha manifestado en el exterior, es decir, la dirección de la voluntad, como se proyecta el individuo en la relación social. El dolo no es un simple querer, es una voluntad en la realización, esto es un querer que se materializa en actos.

Una de las clasificaciones del dolo más aceptadas o predominante es aquella que distingue entre dolo de primer grado o dolo directo, dolo de consecuencias necesarias o de segundo grado, y dolo eventual. En primer caso, el dolo directo, es aquel en el que la realización típica llevada a cabo es justamente la perseguida por el autor. En el dolo de consecuencias necesarias, se presenta cuando se produce un hecho típico indisolublemente ligado a lo perseguido por el autor y que, por eso mismo, es conocido y querido por él. El dolo eventual, es aquel en el que la realización perseguida lleva consigo un hecho típico probable con el cual el autor cuenta dentro de la realización llevada a cabo. En el dolo eventual no hay un proceso en dirección a la afeción de un bien jurídico, es decir, no existe la voluntad del sujeto de lesionar el bien jurídico, solo existe un alto riesgo, la probabilidad del hecho típico. Para Jiménez de Azua, “En el dolo eventual el autor se representa el resultado como probable o de posible realización. El sujeto no quiere producir el resultado, no obstante, sigue adelante, obviamente aceptando la probable realización del resultado. Hay dolo eventual cuando el sujeto se representa la posibilidad de un resultado que no desea, pero cuya producción ratifica en última instancia”. (Jiménez de Azua. 2000, p.78).

La doctrina ha desarrollado teorías para explicar el dolo eventual; sin embargo, las más comunes y aceptadas son dos: la teoría del consentimiento o de la voluntad, y la teoría de la probabilidad o de la representación. La primera sostiene que existe dolo eventual

cuando el sujeto lleva a cabo una conducta respeto de la que sabe, que eventualmente, puede reunir las características propias de una infracción penal. (tipo objetivo) y , sobre esta base de conocimiento, reflexiona así, “aun cuando fuere seguro, y no sólo posible, que en mi conducta concurrieran esos elementos, me comportaría de la misma forma” con lo que acepta la eventual producción de la lesión o puesta en peligro de bienes jurídicos que implique su comportamiento. La teoría de la probabilidad, se caracteriza porque al sujeto le parece probable a que se realice el tipo, y en ese conocimiento actúa. Es irrelevante lo que quería o no, es decir, que el sujeto es consciente del peligro que existe para el objeto de la acción.

Los delitos culposos también tienen su propia estructura típica, que resulta similar a los delitos dolosos, es decir, también tienen elementos objetivos y subjetivos, un sujeto activo, un comportamiento desvalorativo, un objeto material y modos de comisión. Estos delitos se clasifican en delitos culposos con representación o de culpa consciente, o sin representación, también llamados culpa inconsciente. En los primeros la actitud subjetiva del sujeto es la de persistir en la acción confiando en que el resultado no se producirá; por el contrario, si la actitud subjetiva del sujeto es la de persistir en la acción contando con la lesión del bien jurídico, estaremos frente a lo que la doctrina llama como dolo eventual.

El criterio diferenciador entre la culpa consciente y el dolo eventual, resulta ser “la actitud de la persona frente a la posible lesión del bien jurídico de la que es consciente”, (Bustos Ramírez. 2009. p. 181), pues como sostenemos antes en la culpa consciente o culpa con representación el sujeto confía en que el resultado no se va a producir, con base en circunstancias fácticas o personales comprobables; por el contrario, en el dolo eventual el sujeto se representa la posibilidad de lesionar un bien jurídico; sin embargo, **cuenta con dicho resultado** o asume dicho resultado y da curso a la acción contando con él. “En la culpa consciente, la actitud del sujeto es la confianza, sobre la base de circunstancias fácticas o personales comprobables, en que finalmente la posible afección del bien jurídico no se producirá. (Bustos Ramírez. 2009. p.183) En el dolo eventual, el sujeto consciente del peligro cuenta con el riesgo o que se decida por dar curso a la acción que implica dicho riesgo. El sujeto no solo se representa el riesgo y no aplica ninguna de las medidas de precaución exigidas en ese ámbito de relación, sino que además su actitud es la de contar con dicho riesgo o de decidirse por el curso de acción.

En relación a la estructura del dolo eventual, en opinión de Bustos Ramírez, es la misma del delito culposo, precisamente porque fundamento político criminal es totalmente diferente al de los delitos dolosos. En los delitos dolosos, el legislador castiga procesos dirigidos a afectar bienes jurídicos. En cambio, en los delitos culposos castiga procesos de alto riesgo donde no se han ejercido los cuidados requeridos. En el dolo eventual, lo que hay es un proceso de alto riesgo para un bien jurídico en que no se ejercieron conscientemente los cuidados requeridos. Este alto riesgo implica probabilidad de afección del bien jurídico.

En consecuencia para imputar dolo eventual, es necesario establecer cuáles eran las precauciones debidas, que el sujeto debió tener en cuenta antes de realizar la conducta típica con dolo eventual, además que el sujeto conozca que está participando en un proceso de alto riesgo, de la representación de la posible lesión al bien jurídico, y de la no

aplicación de las medidas de prudencia que son exigibles, se exige además que el sujeto cuente o se decida por la afección al bien jurídico.

LA INFRACCION DE LA LEX ARTIS EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

Precisamente el desarrollo de la vida moderna, hace que se desarrollen procesos de alto riesgo para los bienes jurídicos, es el caso de los profesionales de la salud, por lo que el Estado ha establecido una normatividad que regula su actividad, normas que se encuentran en códigos de ética profesional, u otros con otra denominación como protocolos, reglas técnicas, el conjunto de esta normas es lo que se denomina como Lex Artis, que los profesionales de la salud están obligados a conocer y aplicarlas en su actividad profesional.

En el Perú, estas reglas éticas y/o técnicas se encuentran dispersas; sin embargo, son normas que conforman el sistema jurídico, y por lo tanto de obligatorio cumplimiento. A continuación, haremos un recuento de dichas normas.

1. **La Ley General de Salud, Ley 26842**, cuya vigencia data del 20 de julio del año 1997, -en adelante la ley- modificada por diversas normas y cuyo reglamento fue aprobado por el D.S. N° 016-2002-SA. En principio es de precisar que el reglamento de la ley, en su artículo 1, establece las obligaciones, procedimientos, y responsabilidades para la atención médico quirúrgica en casos de emergencia y partos en situación de emergencia obstétrica, **en todos los establecimientos de salud a nivel nacional, públicos, no públicos y privados**, así como los mecanismos para su supervisión, a fin de proteger la vida y la salud de las personas. En consecuencia, esta norma es de aplicación a todos los establecimientos de salud públicos y privados.

La ley establece que el médico, antes de realizar una intervención quirúrgica debe obtener **un consentimiento informado del paciente o de la persona llamada legalmente a darlo**, en efecto:

“**Artículo 4.-** Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, **sin su consentimiento** previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo.”

“**Artículo 27.-** El médico tratante, así como el cirujano- dentista y la obstetriz **están obligados a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud**, así como sobre los riesgos y consecuencias de los mismos.

Para aplicar tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, **el médico está obligado a obtener por escrito su consentimiento informado.**”

“**Artículo 29.-** El acto médico debe estar sustentado en **una historia clínica veraz y suficiente** que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado.

La historia clínica es manuscrita o electrónica para cada persona que se atiende en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. En forma progresiva debe ser

soportada en medios electrónicos y compartida por profesionales, establecimientos de salud y niveles de atención.

La información mínima, las especificaciones de registro y las características de la historia clínica manuscrita o electrónica se rigen por el Reglamento de la presente Ley y por las normas que regulan el uso y el registro de las historias clínicas electrónicas.

Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo quedan obligados a proporcionar copia, facilitar el acceso y entregar la información clínica contenida en la historia clínica manuscrita o electrónica que tienen bajo su custodia a su titular en caso de que este o su representante legal la soliciten. El costo que irroque este pedido es asumido por el interesado.”

“**Artículo 36.-** Los profesionales, técnicos y auxiliares a que se refiere este Capítulo, son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades”.

2. Por otro lado, tenemos la **Ley de Trabajo Médico**, aprobado por el D. Leg. 559, que data del 29 de marzo del año 1999 y su Reglamento aprobado por el D.S. N° 024-2001-SA del 23 de junio del año 2001, que entre sus principales normas establece:

“**Artículo 5.-** El acto médico se rige estrictamente por el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú y los dispositivos internacionales ratificados por el Gobierno Peruano”.

El **Artículo 1.-** del reglamento establece: “El presente Reglamento regula el trabajo profesional del médico-cirujano en el Sector Público Nacional, y en el Sector Privado en lo que fuere aplicable”

“**Artículo 4.-** El acto médico basado en el principio de responsabilidad y abnegación es lo fundamental y distintivo del trabajo del médico-cirujano. Su contenido, vigilancia evaluación ético-deontológica se rige por el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.”

3. El **Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú**, establece:

“**Artículo 24°** El cirujano que realiza intervenciones con fines estéticos debe sopesar muy especialmente el balance beneficio/riesgo, basado en un exhaustivo examen clínico integral”.

“**Artículo 55°.** - En pacientes que requieren procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos mayores que el mínimo, el médico debe solicitar consentimiento informado por escrito, por medio del cual se les comunique en qué consisten, así como las alternativas posibles, la probable duración, los límites de confidencialidad, la relación beneficio/riesgo y beneficio/costo”.

“**Artículo 60°.** - El cirujano no debe realizar intervenciones quirúrgicas en establecimientos no autorizados por la autoridad de salud competente”.

“**Artículo 62°.** - Las intervenciones quirúrgicas requieren del consentimiento informado escrito, salvo en situación de emergencia”.

“**Artículo 92°.** - **La historia clínica** es el documento médico con valor legal en el que se registra el acto médico. Debe ser veraz y completa. El médico debe ser cuidadoso

en su elaboración y uso, y no incluir apreciaciones o juicios de valor o información ajenos a su propósito.

4. **El Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo**, aprobado por D.S. N° 013-2006-SA, del 25 de junio del año 2006, establece lo siguiente:

“Artículo 3.- Ámbito de aplicación

El presente Reglamento, así como las normas que aprueba el Ministerio de Salud en su desarrollo, **son de aplicación general a todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos y privados**, incluyendo a los de EsSalud, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional del Perú, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales”.

“Artículo 7.- Presentación de comunicación por inicio de actividades

Dentro de los treinta (30) días calendario de iniciada sus actividades, el propietario del establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo, conjuntamente con quien ejercerá la responsabilidad técnica del mismo, debe presentar a la Dirección Regional de Salud o Dirección de Salud correspondiente, una comunicación con carácter de declaración jurada garantizando la calidad y seguridad de los servicios que brinda, consignando, además, la siguiente información: a) nombre o razón social, domicilio y número de Registro Único del Contribuyente (RUC) de la persona natural o jurídica propietaria del establecimiento; b) Nombre y dirección del establecimiento así como el respectivo croquis de ubicación; c) Nombre, número de colegiatura profesional y de especialidad según corresponda, del director médico o responsable de la atención de salud; d) Tipo de establecimiento de acuerdo a la clasificación que establece el presente Reglamento, número de ambientes y los servicios que funcionan; e) Especialidad(es) de prestación que brinda; f) Grupo objetivo a quien van a atender; g) Relación de equipamiento (biomédicos, de seguridad y otros de acuerdo a la naturaleza de sus actividades), diferenciando los propios de los provistos por terceros; h) Nómina de profesionales de la salud, señalando número de colegiatura, especialidad y su habilitación, cuando corresponda; i) Horario de atención; j) Compatibilidad de uso.

Todo cambio o modificación de la información declarada por el interesado, así como cierres temporales y definitivos del establecimiento o su reapertura, deben ser igualmente comunicados dentro del plazo máximo de treinta (30) días calendario de ocurrido el hecho que motiva dicha comunicación. Las comunicaciones a que se refieren los párrafos precedentes, no están sujetas a pronunciamiento de la Autoridad de Salud ni a pago alguno. Recepcionada la comunicación, la Autoridad de Salud, sin costo alguno, otorga una constancia de dicha recepción. La documentación comprobatoria de la información que se suministra, así como la memoria descriptiva y el programa arquitectónico del local que ocupa el establecimiento o servicio y de cada una de las áreas o servicios que lo integren, las especificaciones respecto al tamaño, iluminación, instalaciones y servicios sanitarios, y los planos si se trata de un establecimiento con internamiento, deben conservarse en el local y estar a disposición de la Autoridad de Salud para su revisión o cuando ésta lo solicite.

“Artículo 19.- Registro de atenciones de salud en una historia clínica

En todo establecimiento de salud, las atenciones de salud realizadas en consulta ambulatoria, hospitalización y emergencia deben registrarse obligatoriamente en una historia clínica”.

“Artículo 20.- Elaboración de la historia clínica

La historia clínica debe elaborarse en forma clara, legible y sin enmendaduras. Cada anotación que se efectúe debe contar con fecha, hora, nombre, firma y sello del responsable, y número de colegiatura si correspondiera. Al inicio o pie de cada folio se debe consignar la identidad del paciente o usuario, el número de la historia clínica y, cuando corresponda, la identificación del establecimiento, el servicio y el número de cama”.

JURISPRUDENCIA EMBLEMÁTICA SOBRE DOLO EVENTUAL.

En relación a la jurisprudencia, en nuestro país y a nivel nacional, se ha emitido dos casos emblemáticos. A saber: el caso utopía, y el caso Ivo Dutra Camargo, en ambos se ha emitido sentencia condenatoria por delitos de homicidio con dolo eventual. En efecto la Sala Especializada en lo Penal para procesos con reo en cárcel en el Expediente Nro. 043-05, de fecha 22 de noviembre del año 2011, ha conceptualizado el dolo como conocimiento y voluntad de la realización de todos los elementos del tipo objetivo, comprendiendo el conocimiento la realización de todos los elementos estructurales de la imputación objetiva, aspectos descriptivos, normativos, elementos de la autoría, causalidad y resultado, agravantes y atenuantes contenidos en el tipo objetivo. Concluyendo que los elementos cognitivos del dolo implican el conocimiento del riesgo creado y la representación del resultado dañoso. Mientras que el aspecto volitivo implica la voluntad de realización de los elementos objetivos del tipo, lo que supone un querer realizar los elementos del tipo objetivo.

En este sentido el dolo eventual también está compuesto por el elemento cognoscitivo y volitivo. En consecuencia, en el dolo eventual existe por parte del agente un conocimiento concreto del riesgo que conlleva su conducta para la lesión o puesta en peligro del bien jurídico penalmente protegido, y de cuyo conocimiento surge el deber de realizar determinadas conductas que controlen dicho riesgo, sea actuando u omitiendo.

Otra sentencia que ha expedido el Poder Judicial en relación al dolo eventual es el Exp. Nro. 18707-2011, de fecha 02 de mayo del año 2013, emitida por el Vigésimo Octavo Juzgado Penal de Lima, -confirmada por la Primera Sala Penal para procesos con reos en cárcel- en esta sentencia se ha sostenido que “el dolo eventual se produce cuando el autor considera seriamente como posible la realización del tipo legal y se conforme con tal “eventual” realización. Así pues, hay dolo eventual cuando el sujeto se representa la posibilidad de un resultado que no desea, pero cuya producción ratifica en última instancia”.

En estas sentencias, se ha llegado a la conclusión que en el dolo eventual concurren los dos elementos conocidos por la doctrina, como son el elemento cognitivo y el elemento volitivo, que el primero consiste en el conocimiento que tiene el sujeto activo de que con su conducta incrementa el riesgo de lesionar el bien jurídico; mientras que el elemento volitivo, consiste en la aceptación de la probable afectación del bien jurídico.

CONCLUSIONES

En la mala praxis de los profesionales de la salud, se determinará el dolo eventual, cuando concurren los elementos cognitivo y volitivo, como integrantes de la estructura del dolo.

En la mala praxis de los profesionales de la salud, el elemento cognitivo del dolo eventual, está representado por el conocimiento que el agente tiene de que con su conducta incrementa el riesgo jurídicamente permitido.

En la mala praxis de los profesionales de la salud, el elemento volitivo del dolo, está representado, por la aceptación o ratificación que el agente de la posible lesión al bien jurídico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Bustos, J. (2009) *Lecciones de derecho penal*. España. Simancas Ediciones.

Jiménez L. (1984) *La ley y el delito*. Argentina. Editorial Sudamericana.

Muñoz, F. (1999) *Derecho Penal Parte Especial*. Valencia España. Edit. Tirant.

Reátegui, J. (2014) *Manual de derecho penal*. Lima. Pacífico Editores.

Roxin, C. (1997) *Derecho Penal Parte General*. Tomo I. España. Editorial Civitas.

Villavicencio, F. (2006) *Derecho penal parte general*. Lima. Editorial Grijley.

Zafaroni, E. (2000) *Derecho Penal Parte General*. Argentina. Editorial Ediar.