

RELIGACIÓN

R E V I S T A

Abuso profesional en el sistema de salud en el uso fraudulento de nombres de pacientes para la obtención de medicamentos

Professional abuse in the healthcare system by fraudulently using patients' names to obtain medications

Marco David Cordova Anchundia, Juan Carlos Álvarez Pacheco

Resumen

El fraude en los servicios de salud constituye un problema creciente que compromete los recursos públicos y la confianza en las instituciones sanitarias. Una de sus modalidades más graves es el uso indebido de nombres de pacientes para emitir recetas falsas y desviar medicamentos, práctica que altera los historiales clínicos y vulnera derechos fundamentales. Esta investigación tuvo como objetivo determinar cómo dicha práctica afecta la integridad del sistema sanitario e identificar los factores institucionales que la posibilitan. Se empleó una metodología cualitativa de tipo documental, basada en la revisión de literatura nacional e internacional, normativa vigente y jurisprudencia sobre casos de prescripción fraudulenta. Los resultados evidencian debilidades en los sistemas de registro y control interno, así como sanciones penales, administrativas y civiles aplicables a los responsables. Se concluye que fortalecer la vigilancia institucional y la prescripción de recetas resulta importante para prevenir este abuso profesional.

Palabras clave: Fraude sanitario; identidad del paciente; prescripción de medicamentos; sistema de salud; responsabilidad profesional.

Marco David Cordova Anchundia

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | marco.cordova.65@est.ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0008-3783-9885>

Juan Carlos Álvarez Pacheco

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | jalvarezp@ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-7019-9129>

<http://doi.org/10.46652/rgn.v11i51.1726>
ISSN 2477-9083
Vol. 11 No. 51, julio-septiembre, 2026, e2601726
Quito, Ecuador

Enviado: mayo 23, 2026
Aceptado: julio 06, 2026
Publicado: agosto 27, 2026
Publicación Continua



Abstract

Fraud in healthcare services is a growing problem that jeopardizes public resources and undermines trust in healthcare institutions. One of its most serious forms is the misuse of patient names to issue fraudulent prescriptions and divert medications, a practice that alters medical records and violates fundamental rights. This research aimed to determine how this practice affects the integrity of the healthcare system and to identify the institutional factors that enable it. A qualitative, documentary methodology was employed, based on a review of national and international literature, current regulations, and jurisprudence on cases of fraudulent prescribing. The results reveal weaknesses in registration and internal control systems, as well as in the criminal, administrative, and civil sanctions applicable to those responsible. It is concluded that strengthening institutional oversight and prescription procedures is crucial to preventing this professional abuse.

Keywords: Healthcare fraud; patient identity; medication prescription; healthcare system; professional responsibility.

Introducción

Los sistemas de salud cumplen un rol fundamental en el acceso, la calidad y la eficiencia de la atención sanitaria, pues influyen de manera directa en los resultados de salud de la población (Coyne & Hilsenrath, 2002). No se limitan a prestar servicios médicos; también administran recursos económicos, humanos y tecnológicos, lo que exige mecanismos de control y supervisión. Sin embargo, su propia complejidad y la cantidad de profesionales que intervienen en su funcionamiento permiten prácticas indebidas vinculadas con el fraude y el abuso dentro del sector sanitario (Glynn, 2022).

En los últimos años, el fraude en los servicios de salud se ha convertido en una problemática de interés internacional por sus consecuencias económicas y sociales. Villegas-Ortega et al. (2021), advierten que las irregularidades cometidas por algunos proveedores de atención médica afectan la transparencia y reducen la eficiencia de los sistemas sanitarios; Kumaraswamy et al. (2022), por su parte, definen el fraude como el engaño de servicios con el propósito de obtener beneficios no autorizados. Se estima que entre el 3 % y el 10 % del gasto destinado a la atención médica se pierde por prácticas fraudulentas y abusivas, entre ellas la facturación de servicios no realizados, los procedimientos innecesarios y el registro de tratamientos inexistentes, situaciones que aumentan los costos y deterioran la calidad de la atención al paciente.

El avance de estas prácticas ha dejado en evidencia las limitaciones de los métodos tradicionales de control, que suelen ser lentos e insuficientes para detectar irregularidades a tiempo (Najar et al., 2025). Dentro de las distintas modalidades de fraude, una de las más preocupantes es el uso indebido de nombres o identidades de pacientes para emitir recetas y retirar medicamentos de forma irregular; esta práctica consiste en utilizar datos de pacientes reales para registrar prescripciones falsas y obtener fármacos que no corresponden a un tratamiento legítimo (Bohórquez-Moreno et al., 2021). Diversos estudios han documentado casos en los que personal de salud o administrativo registra recetas a nombre de pacientes que nunca retiraron medicamentos, lo que permite el desvío de fármacos hacia su comercialización ilegal.

Este problema no es nuevo ni limitado a una región en específico. En Escocia, el doctor John Henderson falsificó recetas usando su nombre y el de varios pacientes, algunos ya fallecidos, y fue condenado por fraude en 2024 (VanReenen, 2025); en Estados Unidos, una enfermera de Arkansas presentó recetas falsas de oxicodona a nombre de un paciente fallecido (K8 Newsdesk, 2025); en España se conocen los casos de una psiquiatra gallega que emitió más de 900 recetas falsas (Poder Judicial España, 2018) y la llamada Operación Récipes, donde se utilizaron los datos de unos 50 pacientes para falsificar alrededor de 500 recetas (ABC, 2017). Estos antecedentes muestran que se trata de una práctica recurrente, con consecuencias penales, administrativas y éticas.

En América Latina, las dificultades en el abastecimiento de medicamentos y las debilidades del control institucional convierten este problema en un desafío mayor para la gestión pública de salud (Martínez Navarro, 2021). Ecuador no es ajeno a esta realidad: las denuncias sobre corrupción y escasez de medicamentos en hospitales públicos han incrementado la preocupación por los mecanismos de vigilancia del sistema sanitario, y casos como el de la empresa Mediveza Cía. Ltda., sancionado penalmente en 2019, sentaron un precedente sobre la falsificación de fármacos en el país (Ministerio de Salud Pública, 2019). Analizar el uso fraudulento de nombres de pacientes resulta, por tanto, pertinente, ya que esta práctica perjudica la administración de los recursos públicos y debilita la confianza de la población en los servicios de salud.

El estudio de esta problemática posee, además, un valor académico considerable; permite profundizar en un campo poco explorado y contribuye a responder una necesidad teórica sobre las formas específicas de abuso profesional en la gestión de medicamentos, un área donde la sistematización todavía es escasa (Bohórquez et al., 2021). Sus resultados pueden beneficiar a profesionales de la salud, usuarios y autoridades sanitarias, pues la identificación de fallas en los controles internos y la propuesta de medidas preventivas constituyen insumos para fortalecer los sistemas de vigilancia y reducir prácticas que comprometen la integridad del servicio (Alarcón et al., 2025).

Por ende, la presente investigación plantea la siguiente pregunta: ¿Cómo el uso fraudulento de nombres de pacientes para obtener medicamentos afecta la integridad del sistema de salud y qué factores institucionales permiten su ocurrencia según la literatura nacional e internacional? Para responder, el objetivo general consiste en determinar cómo el uso fraudulento de nombres de pacientes para la obtención de medicamentos recetados por expertos en salud afecta la integridad del sistema sanitario e identificar los factores institucionales que posibilitan esta práctica. Como objetivos específicos se propone: identificar las modalidades y factores de riesgo que facilitan el uso indebido de nombres de pacientes para el desvío de fármacos en instituciones de salud; determinar el régimen de sanciones administrativas, civiles y penales aplicables a los profesionales involucrados en la prescripción fraudulenta de medicamentos; y examinar los derechos del paciente vulnerados mediante el uso ilícito de su identidad, sistematizando la normativa vigente y la jurisprudencia aplicable.

Metodología

La investigación se llevó a cabo utilizando un enfoque cualitativo y documental, con un diseño descriptivo y analítico, en el que se recogió, revisó y analizó información procedente de normativas, protocolos institucionales, informes oficiales y casos registrados sobre el uso fraudulento de identidades de pacientes para obtener medicamentos. Se eligió este enfoque porque permitió ahondar en un problema complejo que no solo involucra aspectos técnicos del manejo de los medicamentos, sino también la vulneración de derechos fundamentales dentro del sistema de salud; por lo que se hizo necesario examinar el fenómeno desde lo que dicen las normas y desde lo que sucede en la práctica.

Para recopilar se llevó a cabo la búsqueda bibliográfica para obtener la información a través de documentos jurídicos en las bases de datos ScienceDirect, SciELO, PubMed y Google Académico. Se hizo una búsqueda de artículos publicados entre los años 2016 y 2026 utilizando las palabras clave “fraude sanitario”, “prescripción fraudulenta”, “corrupción en salud” y “ética farmacéutica”. Se incorporaron artículos científicos, revisiones, legislación vigente y jurisprudencia, mientras que fueron excluidos los editoriales, textos sin sustento académico y fuentes no verificables, con el objetivo de asegurar la calidad y confiabilidad del material analizado.

En cuanto a los métodos, se empleó el método descriptivo para presentar de forma ordenada las características del uso indebido de identidades en la gestión de medicamentos, el contexto en el que ocurre y sus manifestaciones en distintas instituciones de salud. El método analítico también se utilizó, lo que sirvió para revisar la normativa que regula la prescripción, dispensación y control de medicamentos, así como para identificar vacíos en su aplicación; en este mismo enfoque se incluyó el análisis legislativo, con el que se examinaron leyes, reglamentos, protocolos y responsabilidades institucionales. Cuando fue pertinente, se utilizó el método comparado para contrastar entre regulaciones, procedimientos y casos, lo cual permitió reconocer diferencias, similitudes y posibles mejoras.

Resultados

Modalidades y factores de riesgo que facilitan el uso indebido de nombres de pacientes para el desvío de fármacos en instituciones de salud

Dentro de los hospitales y centros de salud existe un problema que pocas veces se discute abiertamente, pero que pone en juego tanto la seguridad de los pacientes como la integridad de las instituciones: el desvío de medicamentos. Se trata de toda acción ilegal mediante la cual un fármaco es sustraído, manipulado o apartado de su uso terapéutico legítimo, de modo que termina en manos distintas a las del paciente para quien fue prescrito; lejos de ser un asunto menor, esta práctica compromete la calidad de la atención, expone a los establecimientos a consecuencias legales y administrativas y, lo más preocupante, suele permanecer oculta por miedo a las sanciones o por las debilidades de los propios sistemas de control interno (Clark et al., 2022).

Las cifras confirman que no estamos ante hechos aislados. Bastow et al. (2024), reportan que una proporción significativa de hospitales ha registrado incidentes con sustancias controladas y que el 96 % de los líderes hospitalarios considera el desvío un riesgo grave y, al mismo tiempo, subestimado; por su parte, Nyhus (2021), estima que entre el 8 % y el 10 % del personal sanitario podría haber participado en estas prácticas en algún momento de su carrera, es decir, cerca de uno de cada diez profesionales. Las consecuencias alcanzan a todos: los pacientes pueden recibir tratamientos incompletos, medicamentos adulterados o material contaminado; los profesionales implicados arriesgan sus licencias, procesos penales y sanciones administrativas; y los hospitales enfrentan multas, demandas y daños serios a su reputación (Knight, 2023). Desde la ética, además, el desvío vulnera principios fundamentales como la beneficencia y la justicia, porque los recursos sanitarios dejan de utilizarse de manera segura y equitativa.

Las modalidades para llevarlo a cabo son variadas y, en muchos casos, bastante ingeniosas. La más frecuente es la falsificación de recetas y registros médicos, que consiste en llenar formularios auténticos con información falsa o inventar pacientes inexistentes; a esta se suman la duplicación de recetas para retirar cantidades adicionales sin anular la orden original, práctica que ocurre sobre todo cuando los sistemas electrónicos de validación presentan fallas (Clark et al., 2022), el uso indebido de historias clínicas de pacientes fallecidos o dados de alta, la alteración de órdenes electrónicas aprovechando accesos sin restricciones y, finalmente, la suplantación de identidad o la colusión con el personal de farmacia, acuerdos que dificultan la detección temprana y permiten que el problema se prolongue dentro de las instituciones (Nyhus, 2021).

Ahora bien, ¿qué factores facilitan todo esto? En el plano organizacional destacan las fallas en los controles internos: pocas auditorías, almacenamiento inseguro y supervisión deficiente, debilidades que son más marcadas en los hospitales con menos recursos (Bastow et al., 2024). En cuanto al factor humano, Kim et al. (2024), encontraron que el fácil acceso a los medicamentos y la sobrecarga laboral se relacionan significativamente con el uso indebido de fármacos entre enfermeros, a lo que se añaden el burnout y los trastornos por consumo de sustancias como motivadores directos. En lo tecnológico, los dispensadores sin controles biométricos ni registros auditables abren la puerta a la manipulación; de hecho, los hospitales con monitoreo digital activo detectan las irregularidades con mayor rapidez (Wolters Kluwer, 2023). Y en lo legal, la falta de sanciones estrictas y la escasa obligación de reportar incidentes facilitan la reincidencia, por lo que muchos casos solo salen a la luz cuando ya causaron daños graves.

Por otra parte, en Matanzas, Cuba, una trabajadora sanitaria rellenó cientos de recetas con identidades falsas, los llamados “pacientes fantasma”, para retirar tramadol y otros analgésicos del sistema público de salud, lo que terminó en una condena de seis años de prisión (Girón, 2021); en Estados Unidos, Knight (2023), documenta el caso de una enfermera que sustituyó fentanilo por solución salina en una clínica de fertilidad, provocando dolor severo a varias pacientes durante sus procedimientos, además de brotes de hepatitis C asociados a jeringas contaminadas por personal que desviaba opioides para consumo propio. No es casualidad que los medicamentos más

vulnerables sean precisamente los opioides, como el fentanilo, la morfina y la oxycodona, junto con anestésicos y sedantes como la ketamina, el midazolam y, en especial, el propofol, que por su amplio uso hospitalario y la facilidad con que puede sustraerse o registrarse como desperdicio se ha convertido en una sustancia particularmente riesgosa (Stericycle, 2026).

Las instituciones deben establecer políticas claras para el manejo de sustancias controladas, con protocolos de validación médica, accesos limitados, responsabilidades definidas en la cadena de custodia y procedimientos obligatorios de investigación ante cualquier sospecha (Clark et al., 2022); a esto deben sumarse auditorías periódicas, recuentos sorpresivos y conciliaciones de inventario apoyadas en software especializado y en equipos internos dedicados a la vigilancia (Bastow et al., 2024), así como tecnología de seguridad, dispensadores con autenticación biométrica, registros electrónicos y análisis de patrones sospechosos, que aumenta significativamente la detección temprana (Wolters Kluwer, 2023). La ASHP (2022), por su parte, recomienda designar responsables específicos que coordinen las auditorías, la supervisión tecnológica y la capacitación continua del personal, porque, como bien señala Nyhus (2021), reconocer que el problema puede existir en cualquier institución es el primer paso para prevenirlo.

En definitiva, el desvío de medicamentos constituye una falta grave a la ética profesional: rompe la confianza del paciente, compromete la seguridad asistencial y genera una distribución injusta de los recursos que golpea con más fuerza a los más vulnerables; en lo legal, puede acarrear procesos judiciales, pérdida definitiva de licencias e incluso condenas de prisión de larga duración, como ocurrió en los casos de contagio por hepatitis C derivados del desvío de opioides (Knight, 2023), mientras que las instituciones asumen responsabilidad civil cuando no implementan controles suficientes. Por eso, prevenirlo no es solo una obligación administrativa, sino un compromiso ético con la seguridad del paciente; de cara al futuro, convendría investigar los factores culturales y organizacionales que alimentan el fenómeno, evaluar el aporte de la inteligencia artificial y la trazabilidad digital, y poner a prueba la hipótesis de que mayores niveles de burnout y carga laboral incrementan el riesgo de desvío, especialmente en áreas críticas como quirófanos y emergencias.

Derechos del paciente vulnerados mediante el uso ilícito de su identidad, sistematizando la normativa vigente y jurisprudencia aplicable

Los avances tecnológicos en el sistema de salud han cambiado de raíz la forma en que se maneja la información de los pacientes. Hace algunos años, la identidad médica dependía sobre todo de la presencia física y del trato directo entre médico y paciente; hoy, buena parte de esa identidad se guarda en sistemas informáticos y en historias clínicas electrónicas, donde quedan registrados los diagnósticos, los antecedentes, los tratamientos, las alergias y muchos otros datos sensibles que pertenecen a la vida privada de cada persona.

Dentro de esta nueva realidad, la suplantación de identidad en el ámbito sanitario se ha vuelto un problema serio. Ocurre cuando alguien usa documentos falsos o datos ajenos para recibir

atención médica, conseguir medicamentos o aprovechar beneficios de seguros y servicios de salud. A veces lo que se busca es evitar costos médicos; otras veces, obtener sustancias controladas o esconder antecedentes ligados a actividades ilícitas.

Lo más grave de esta práctica es que altera la historia clínica del verdadero dueño de la identidad. El sistema termina guardando información médica equivocada: alergias que no existen, enfermedades que el paciente nunca tuvo, tratamientos que jamás recibió. Si más adelante esa persona llega a una emergencia y los médicos se guían por esos datos errados, las decisiones que tomen podrían comprometer seriamente su salud, incluso su vida.

Ante este panorama, el Estado ecuatoriano ha creado normas para proteger la privacidad, la identidad y la información personal de los pacientes; la Constitución reconoce el derecho a la intimidad y a la protección de datos personales; cada persona tiene control sobre su información y ningún dato puede usarse sin autorización legal o sin el consentimiento de su titular.

La Ley de Derechos y Amparo del Paciente, por su parte, garantiza la confidencialidad de toda la información médica. Los diagnósticos, los tratamientos, los exámenes y cualquier dato vinculado con la salud deben permanecer bajo estricta reserva; los establecimientos sanitarios, en consecuencia, están obligados a verificar bien la identidad de quienes acuden a atenderse y a cuidar los registros clínicos frente a accesos indebidos.

El Reglamento de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud lleva estas obligaciones a todo el personal sanitario y administrativo; la reserva no recae únicamente sobre médicos y enfermeros; el personal de admisión, de facturación y de archivo también responde por la protección de los datos de los pacientes. Si hay descuido al verificar una identidad, o si se permite el uso indebido de información médica, pueden venir sanciones administrativas y penales.

Con la implementación de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPD), las instituciones de salud asumieron mayores responsabilidades en el manejo de la información. Esta ley considera los datos médicos como datos sensibles, lo que exige medidas estrictas de seguridad, control y confidencialidad; los pacientes, a su vez, tienen derecho a pedir que se corrija o se elimine la información falsa que aparezca en sus historias clínicas.

En el tema penal, el Código Orgánico Integral Penal (COIP) contempla varios delitos vinculados con la suplantación de identidad y el uso indebido de información médica. Entre estas conductas se encuentran la falsificación de documentos, el acceso ilegal a datos personales, la revelación de información confidencial y la alteración de registros informáticos. A continuación, se resumen los principales artículos penales que se aplican en estos casos.

Tabla 1. Principales delitos relacionados con la suplantación de identidad y el uso indebido de información médica en el Ecuador

Artículo COIP	Delito	Aplicación en el ámbito sanitario	Pena privativa de libertad
Art. 212	Suplantación de identidad	Uso de datos o documentos ajenos para recibir atención médica o acceder a beneficios sanitarios.	1 a 3 años
coipArt. 178	Violación a la intimidad	Acceso no autorizado a historias clínicas o información médica privada.	1 a 3 años
Art. 179	Revelación de secreto	Divulgación indebida de información médica por parte del personal sanitario o administrativo.	6 meses a 1 año
Art. 229	Revelación ilegal de base de datos	Extracción, difusión o uso indebido de información contenida en sistemas informáticos de salud.	1 a 3 años; puede aumentar de 3 a 5 años
Art. 211	Supresión o alteración de identidad	Modificación o eliminación de datos de identidad en registros o sistemas informáticos.	1 a 3 años
Art. 328	Falsificación y uso de documento falso	Presentación de documentos adulterados para acceder a servicios médicos o medicamentos.	3 a 7 años, según el tipo de documento

Fuente: elaborado a partir del Código Orgánico Integral Penal (COIP) del Ecuador (2014).

Régimen de sanciones administrativas, civiles y penales aplicables a los profesionales de la salud involucrados en la prescripción fraudulenta de medicamentos

El régimen sancionador administrativo es una de las normativas más importantes que tiene el Estado ecuatoriano para enfrentar las irregularidades en la prescripción médica. Su propósito va más allá de sancionar: lo que realmente se busca es prevenir errores y garantizar que los pacientes tengan acceso a una atención segura. Todo este sistema descansa sobre la Ley Orgánica de Salud (LOS), que define quién responde por qué dentro de la atención sanitaria, tanto en el caso de las instituciones como en el de los profesionales.

El artículo 4 de esta ley señala que el Ministerio de Salud Pública (MSP) es la máxima autoridad sanitaria del país y, como tal, dirige y controla las políticas de salud; las tareas de vigilancia, en cambio, se reparten entre organismos especializados. Por un lado, está la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS), que supervisa a los profesionales y a los establecimientos de salud; por otro, la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), que se encarga del control sanitario de los medicamentos y demás productos de uso humano.

Ahora bien, para entender la magnitud del fraude administrativo en las recetas médicas, primero hay que tener claro qué se considera una prescripción válida en el Ecuador. La normativa vigente, junto con resoluciones técnicas como la Resolución No. ACCESS-2023-0030 indica que solo los médicos, los odontólogos y las obstetras pueden prescribir medicamentos, y siempre dentro del área autorizada de su profesión, tal como lo dispone el artículo 168 de la LOS. Detrás de esta regla hay una preocupación concreta: evitar la intrusión profesional y garantizar que cada receta nazca de un conocimiento científico real. De ahí que los profesionales deban contar con

títulos de tercer o cuarto nivel reconocidos por la SENESCYT y estar registrados ante la Autoridad Sanitaria Nacional; de ahí también que toda receta, sea física o electrónica, tenga que cumplir ciertos requisitos formales para considerarse válida.

Entre las exigencias más vigiladas está la de usar el nombre genérico del medicamento o su Denominación Común Internacional (DCI). Los artículos 7 y 167 de la LOS, el Reglamento de la Ley y las disposiciones de la ACCESS coinciden en que toda receta debe incluir primero el nombre genérico del fármaco; con esto se intenta frenar los intereses comerciales indebidos y, al mismo tiempo, abrir la puerta a que los pacientes accedan a opciones más económicas. La misma lógica explica que las farmacias estén obligadas a ofrecer genéricos equivalentes y que se les prohíba difundir información negativa sobre ellos. La receta, por su parte, debe redactarse de forma clara y legible, sin tachones ni abreviaturas confusas; incluso se recomienda escribirla con tinta azul, un detalle que dificulta las alteraciones y las copias fraudulentas.

El documento también debe llevar los nombres completos del profesional, su número de registro, una firma válida y el sello correspondiente. Cuando faltan estos elementos, o cuando la receta resulta ilegible o ha sido alterada a propósito, pueden venir sanciones administrativas; en la práctica, una receta que no cumple las condiciones mínimas pierde validez legal y las farmacias no deben despacharla.

En los últimos años, el control sanitario ha puesto la mirada, cada vez con más fuerza, en los establecimientos farmacéuticos y en el bioquímico farmacéutico. Según la Resolución ACCESS-2023-0030, este profesional tiene la obligación de revisar la receta con cuidado antes de entregar el medicamento: debe verificar la dosis, la concentración, la duración del tratamiento y los riesgos que pueda implicar el uso del fármaco. Si la receta presenta errores, no se entiende o despierta dudas sobre su autenticidad, el farmacéutico no puede dispensar el medicamento y le corresponde comunicarse con quien lo prescribió.

Otro mecanismo importante aparece en el caso de los antimicrobianos. Para impedir que una misma receta se use varias veces, las farmacias deben escribir en el documento la frase “DISPENSADA COMPLETAMENTE”, acompañada de la fecha exacta de entrega; a esto se suma que la ARCSA ha creado herramientas digitales como “Arcsa Móvil”, con las que cualquier ciudadano puede reportar irregularidades relacionadas con medicamentos o establecimientos.

El control se fortalece todavía más cuando se trata de sustancias sujetas a fiscalización, como los estupefacientes y los psicotrópicos; aquí el MSP y la ACCESS exigen recetas especiales y sistemas informáticos de seguimiento, entre ellos el Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud (REMSAF) y el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud (SACCS), que permiten rastrear estos medicamentos desde su importación hasta que llegan al paciente. Algo parecido ocurre con los productos que contienen cannabinoides, para los cuales el país ha desarrollado regulaciones propias: los medicamentos con concentraciones de THC iguales o superiores al 1 % requieren recetas especiales y controles más rigurosos, mientras que los de

menor concentración siguen procedimientos menos estrictos, aunque igual deben dispensarse en establecimientos autorizados y bajo supervisión sanitaria.

Junto a todas estas medidas de control, la LOS contempla un régimen de sanciones administrativas para los profesionales y establecimientos que incumplen las disposiciones sanitarias. La finalidad es la misma que la de todos los sistemas de salud mundial: prevenir irregularidades, proteger la seguridad del paciente y cuidar el correcto ejercicio profesional dentro del sistema de salud ecuatoriano. Las sanciones pueden evidenciarse en multas calculadas en Salarios Básicos Unificados (SBU) o en clausuras temporales o definitivas de los establecimientos; las autoridades sanitarias, a su vez, pueden iniciar procesos administrativos cuando detectan negligencia, impericia o incumplimientos en la prescripción y dispensación de medicamentos.

A continuación, se presentan las principales infracciones y sanciones contempladas en los artículos 242 al 244 de la LOS:

Tabla 2. Infracciones y sanciones administrativas establecidas en la Ley Orgánica de Salud (LOS)

Artículo LOS	Tipo de infracción	Sanción económica	Medidas administrativas
Art. 242	Infracciones leves relacionadas con incumplimientos formales de normas sanitarias y disposiciones operativas.	1 Salario Básico Unificado (SBU).	Clausura temporal o definitiva del establecimiento en caso de reincidencia.
Art. 243	Infracciones graves relacionadas con mala práctica profesional, negligencia o impericia; además de incumplimientos en normas sanitarias específicas.	5 Salarios Básicos Unificados (SBU).	Revisión administrativa por parte de la ACCESS; posibilidad de suspensión profesional.
Art. 244	Infracciones muy graves, como recetas ilegibles, alteradas, uso indebido de recetas médicas o ejercicio fuera del ámbito profesional autorizado.	5 Salarios Básicos Unificados (SBU).	Clausura temporal o definitiva del establecimiento y otras sanciones administrativas correspondientes.

Fuente: elaborado a partir de la Ley Orgánica de Salud del Ecuador y disposiciones de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS) (2015).

Discusión

Después de revisar la literatura, algo queda bastante claro: el desvío de medicamentos y el uso de identidades ajenas para conseguirlos no son hechos raros ni excepcionales, sino un problema que crece dentro de las instituciones de salud. Clark et al. (2022), lo atribuyen en buena parte a los controles débiles; cuando un hospital no puede rastrear bien sus sustancias controladas, las irregularidades aparecen casi solas. Bastow et al. (2024), llegan a una conclusión parecida, aunque desde otra perspectiva, pues observaron que a muchos hospitales todavía les cuesta darse cuenta del problema a tiempo. En lo que sí difieren un poco es en la solución; mientras Clark et al. (2022), hablan de vigilancia institucional en términos generales, Bastow et al. (2024), insisten sobre todo en la tecnología y en supervisar de manera constante.

Por su parte, Kim et al. (2024), estudiaron a personal de enfermería y encontraron que el cansancio, el estrés y tener los medicamentos al alcance de la mano aumentan el riesgo de un uso

inadecuado. Nada de esto sorprende si se compara con lo que ya había dicho Nyhus (2021): el burnout y el exceso de trabajo terminan afectando, en algunos casos, el comportamiento ético del trabajador. Nyhus añade algo más; en muchas instituciones nadie habla de estos casos: hay miedo a las sanciones, miedo al escándalo, miedo a manchar el nombre del hospital.

Los casos de Cuba y Estados Unidos sirven para ver, en la práctica, hasta dónde llega el daño. Girón (2021), cuenta cómo en el sistema de salud cubano se llegaron a inventar “pacientes fantasmas” para sacar medicamentos de manera ilegal; Knight (2023), recoge casos todavía más graves en territorio estadounidense, donde el desvío de opioides no sólo perjudicó a pacientes concretos, sino que llegó a propagar enfermedades infecciosas. Son contextos muy distintos, sistemas de salud que no se parecen en casi nada; aun así, en ambos la historia se repite igual: controles internos que fallaron y nadie supervisando.

Ahora, esta investigación tuvo una limitación importante; en Ecuador no existen estudios o sentencias judiciales que aborden directamente el uso indebido de identidades de pacientes para desviar medicamentos. La ley ecuatoriana sí sanciona la falsificación documental, la violación a la intimidad y el mal uso de datos personales; eso no está en discusión; el problema es que la evidencia académica y jurisprudencial que conecte esos delitos con el sistema de salud es mínima. Y sin esa evidencia resulta muy difícil saber qué tan grande es realmente el problema en el país, o diseñar estrategias que respondan a la realidad y no a la de otros.

Además, casi toda la información disponible es de estudios internacionales, en especial de Estados Unidos, que cuenta con los sistemas de vigilancia y registro de incidentes más desarrollados en este tema. En Ecuador es muy posible que muchos casos ni siquiera lleguen a denunciarse, a veces por vacíos institucionales o temor a las consecuencias legales. Por eso urge investigación nacional, estudios hechos aquí, que identifiquen las modalidades de desvío más frecuentes y los factores de riesgo en hospitales públicos y privados.

Se recomienda a futuros estudios investigar el impacto de las tecnologías de vigilancia en hospitales ecuatorianos, la protección de los datos clínicos y la cultura organizacional que rodea estos casos; también haría falta medir cuánto sabe en verdad el personal de salud sobre las implicaciones legales y éticas de una prescripción fraudulenta o del uso de una identidad médica ajena. Por ende, mientras más se investigue en esta área, mejores serán las políticas de prevención que se puedan diseñar, y eso, al final, protege la seguridad del paciente y la integridad del sistema sanitario.

Conclusiones

La prescripción fraudulenta de medicamentos puede afectar el sistema de salud ecuatoriano; pone en riesgo la seguridad del paciente, debilita la ética profesional y la confianza en los servicios de salud. Al revisar la normativa, se pudo comprobar que el ordenamiento jurídico del país contempla sanciones administrativas, civiles y penales pensadas para prevenir y castigar estas

conductas, lo que termina fortaleciendo el control sobre los profesionales y los establecimientos sanitarios.

El uso ilícito de la identidad del paciente perjudica los derechos básicos como la intimidad, la protección de datos personales y la seguridad clínica. La revisión de la legislación y de la jurisprudencia dejó ver que el Estado ecuatoriano ha creado mecanismos de protección y reparación para las víctimas; a la par, ha fijado responsabilidades para las instituciones de salud en el manejo cuidadoso de la información médica.

El uso indebido de nombres de pacientes para desviar fármacos es un problema que compromete la seguridad de las personas, la ética profesional y el buen funcionamiento de las instituciones de salud. Entre las modalidades más frecuentes aparecen la falsificación de recetas, el aprovechamiento de historias clínicas inactivas y la suplantación de identidad; a ello se suman factores que facilitan estas prácticas, como las fallas en los controles internos, el agotamiento laboral y las debilidades tecnológicas.

Referencias

- ABC. (2017). *Dos detenidos, uno médico, por falsificar 500 recetas médicas en Hellín*. <https://n9.cl/4jh4cv>
- Alarcón-Rivera, M. A., Campuzano-Merchán, L. D., Núñez-Hernández, L. A., & Figuera-Ávila, P. A. (2025). Factores asociados a errores en la administración de medicamentos en áreas críticas. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 9(17), 67–84. <https://doi.org/10.35381/s.v.v9i17.4424>
- American Society of Health-System Pharmacists. (2022). *Controlled Substances Diversion Prevention Program (CSDPP) Assessment Tool*. ASHP. <https://n9.cl/ce930>
- Arbeláez Rodríguez, G. del R., Erazo Mejía, J. M., Ortega Moyano, E. E., Ayabaca Buenaño, O. F., & Sosa Mendieta, N. J. (2022). Caracterización de casos judicializados por medicamentos no autorizados a prescripción en un hospital público. *Revista Médica Científica Cambios del HECAM*, 9(2), 1–13.
- Bastow, S. S., Borrelli, E. P., Lucaci, J. D., Nelkin, H., Graves, A., & Hays, A. (2024). Insights from a national survey on controlled substance diversion practices in U.S. hospital pharmacies: Opportunities for enhanced surveillance and compliance. *Pharmacy*, 12(6). <https://doi.org/10.3390/pharmacy12060183>
- Bohorquez-Moreno, C., Manotas-Castellar, M., Rios-Paternina, A., & Hernandez-Bello, L. (2021). Errores de medicación en pacientes hospitalizados: Una revisión sistemática. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 62(2), 203–218. <https://doi.org/10.30827/ars.v62i2.16166>
- Clark, J., Dawson, J. C., Milentijevic, D., et al. (2022). ASHP guidelines on preventing diversion of controlled substances. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 79(24), 2279–2306. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxac246>

- Coyne, J. S., & Hilsenrath, P. (2002). The World Health Report 2000: Can health care systems be compared using a single measure of performance? *American Journal of Public Health*, 92(1), 30–33. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.1.30>
- Crespo-Domínguez, J. S., Crespo-Regalado, V. M., Luzuriaga-Torres, V., & Crespo-Domínguez, F. S. (2020). Defectos en la prescripción médica, un problema en Latinoamérica. *Política & Cultura*, 5(9), 162–174. <https://doi.org/10.23857/pc.v5i9.1682>
- Girón. (2021, 26 de agosto). *Matanzas: 6 años de cárcel por desvío ilegal de medicamentos*. Cuballama. <https://n9.cl/bqpx9>
- Glynn, E. H. (2022). Corruption in the health sector: A problem in need of a systems-thinking approach. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.910073>
- Gotera González, G. (2022). Fraude en la investigación médica. *Revista Venezolana de Oncología*, 34(3), 165–170.
- Guindal. (2017). *Condenado el médico adicto al Rubifen que falsificaba recetas*. <https://n9.cl/fwmh4>
- K8 Newsdesk. (2025). *Charges dropped against nurse accused of using dead patient's name to get narcotics*. <https://n9.cl/ok3k7w>
- Kim, C., Han, K., Trinkoff, A. M., Cho, Y., Um, J.-Y., & Kim, Y. (2024). Workplace access, burnout, and prescription drug misuse among Korean hospital nurses: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02042-4>
- Knight, T. (2023). Three health care drug diversion trends are shaping 2023. *Pharmacy Times*. <https://n9.cl/iynpp>
- Martínez Navarro, J. A. (2021). Los medicamentos espurios y su venta online en tiempos de pandemia. *Revista Digital de Derecho Administrativo*, (27), 261–294. <https://doi.org/10.18601/21452946.n27.09>
- Mayta-Tristán, P. (2024). Prácticas editoriales para la prevención del fraude científico y la infiltración de fábricas de manuscritos. *Acta Médica Peruana*, 41(2), 69–73. <https://doi.org/10.35663/amp.2024.412.3175>
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Caso Mediveza: Tribunal sentenció a cinco años de prisión por falsificación de medicamentos*. <https://n9.cl/d1k8g>
- Mujica, J., Zevallos, N., & Prado, B. (2017). *Corrupción en el sector salud: tipologías de prácticas de corrupción en los servicios de salud en Lima, Perú*. Congreso Internacional en Gobierno, Administración y Políticas Públicas, Madrid.
- Najar, A. V., Alizamani, L., Zarqi, M., & Hooshmand, E. (2025). A global scoping review on the patterns of medical fraud and abuse: Integrating data-driven detection, prevention, and legal responses. *Archives of Public Health*, 83(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01512-8>
- Noticieros Televisa. (2026, 15 de mayo). *IMSS-Bienestar investiga presunto desvío de medicamentos en hospital de Ciudad Victoria*. N+ (Noticieros Televisa). <https://n9.cl/ffp6wi>
- Nyhus, J. (2021). Drug diversion in healthcare: Prevention and detection for nurses. *American Nurse Journal*. <https://n9.cl/bkfr7s>

- Poder Judicial España. (2018). *Confirmada la condena a cuatro años y medio de prisión a un médico del Hospital Clínico de Valencia por estafa y falsedad*. <https://n9.cl/cj15y>
- Ramírez Cosme, A. G. (2024). La corrupción en el sector salud: características, algunas de sus tipologías y efectos. *Derecho & Sociedad*, (62), 1–17. <https://doi.org/10.18800/dys.202401.001>
- Ramírez, J. (2023). Vulneración de los derechos del paciente en el sector salud. *Práctica Familiar Rural*, 8(2), 1–7.
- Rojas-Cortés, R. (2020). Medicamentos de calidad subestándar, falsificados y no registrados en América Latina, 2017-2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.125>
- Sánchez Viñan, G. N., Salinas Caillagua, Y. C., Cruz Carrión, M. G., & Iñahuazo Iñahuazo, J. F. (2024). Administración de medicamentos de alto riesgo asociado a la práctica de enfermería y circunstancias de errores en Ecuador. *Zenodo*, 4(2), 1-9.
- Stericycle. (2026). *A hidden risk: Tackling the challenges of propofol disposal*. Stericycle. <https://n9.cl/rl2zx5>
- Vera Carrasco, O. (2020). Uso racional de medicamentos y normas para las buenas prácticas de prescripción. *Revista Médica La Paz*, 26(2), 78–93.
- Villegas-Ortega, J., Bellido-Boza, L., & Mauricio, D. (2021). Fourteen years of manifestations and factors of health insurance fraud, 2006–2020: A scoping review. *Health & Justice*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40352-021-00149-3>
- Wolters Kluwer. (2023). *Top ten ways to detect drug diversion in your hospital*. Expert Insights (Senti7® Webinar). <https://n9.cl/qg109>
- Zavala-González, M. A., Covarrubias-Bermúdez, M. de los Á., Cabrera-Pivaral, C. E., Ramos-Herrera, I. M., Celis-de-la-Rosa, A. de J., & Orozco-Valerio, M. de J. (2018). Prescripción inadecuada de medicamentos: aportaciones de los paradigmas científicos a su conocimiento. *Salúde e Sociedade*, 27(3), 792–808. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180857>

Autores

Marco David Cordova Anchundia. Abogado con título de tercer nivel en Derecho. Actualmente se desempeña como profesional en el ejercicio jurídico.

Juan Carlos Álvarez Pacheco. Master en Derecho Civil y Procesal Civil. Especialista Superior en Derecho Procesal. Diplomado en investigación y gestión editorial de artículos científicos y capítulos de libros.

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.