



El umbral de la iatrogenia: Responsabilidad penal, ética y administrativa del médico novato en el marco jurídico nicaragüense

The threshold of iatrogenesis: Criminal, ethical and administrative responsibility of the novice physician in the Nicaraguan legal framework

Thelma del Carmen Sandoval Suazo¹

thelma.sandoval@uam.edu.ni

<https://orcid.org/0009-0006-8434-6755>

Recibido: 06/02/26 | Aceptado: 04/03/26

doi: <https://doi.org/10.62407/tw0zv381>

Resumen

Definición de problema: En Nicaragua, el médico recién egresado enfrenta una disonancia estructural entre su formación clínica y la alfabetización jurídica necesaria para un ejercicio profesional seguro. Esta brecha cognitiva, invisibilizada en los currículos universitarios, lo sitúa en un estado de vulnerabilidad ante la eventual imputación penal por daños derivados de su práctica, fenómeno agravado por la cultura de litigio emergente y la confusión social entre obligaciones de medios y de resultados. **Metodología:** Se realizó una investigación cualitativa con enfoque hermenéutico-jurídico y propositivo. Se analizó la normativa nacional (Constitución Política, Ley N.º 423, Ley General de Salud, y Ley N.º 641, Código Penal) en contraste con la dogmática penal contemporánea y la doctrina del Derecho Sanitario. Mediante un método fenomenológico, se deconstruyeron casos hipotéticos paradigmáticos de impericia, negligencia, omisión y falsedad documental, seleccionando fuentes doctrinales y jurisprudenciales del periodo 2000-2025. **Principales resultados:** Se evidencia que, pese a la celeridad en la habilitación administrativa (Resolución UAM 005-2008), el médico general enfrenta riesgos inmediatos de imputación no solo por errores técnicos, sino fundamentalmente por delitos de escritorio (falsedad ideológica) y por invasión de áreas de especialidad (intrusismo). El análisis revela la imperiosa necesidad de diferenciar, desde la dogmática penal, el hecho médico iatrogénico (inevitable) de la infracción del deber objetivo de cuidado (punible). **Conclusiones:** La buena fe subjetiva no exime de responsabilidad penal cuando se constata una infracción de la *lex artis ad hoc*. Se concluye que el sistema penal nicaragüense sanciona, no el resultado lesivo en sí mismo, sino la creación de un riesgo jurídicamente desaprobado. Por ello, se propone la institucionalización de una cátedra transversal de Derecho Médico Preventivo y Profilaxis Jurídica como mecanismo para transformar la indefensión legal en competencia profesional jurídicamente resguardada y mitigar así un problema de salud pública emergente.

Palabras clave:

Derecho sanitario; responsabilidad penal médica; lex artis; imputación objetiva; educación médica.

Cite este artículo:

Sandoval Suazo, T. (2026). El umbral de la iatrogenia: Responsabilidad penal, ética y administrativa del médico novato en el marco jurídico nicaragüense *Revista de Ciencias de la Salud - ReCiSal*, 2(2), 97-117

^{*1} Secretaria General, Docente e Investigadora y Candidata a Doctora en Derecho por la Universidad Americana, Managua, Nicaragua.

Abstract

Problem definition: In Nicaragua, the newly graduated physician faces a structural dissonance between their clinical training and the legal literacy required for safe professional practice. This cognitive gap, rendered invisible in university curricula, places them in a state of vulnerability to potential criminal prosecution for damages arising from their practice, a phenomenon aggravated by an emerging litigation culture and the social confusion between obligations of means and obligations of results. **Methodology:** A qualitative investigation was conducted with a hermeneutic-legal and propositional approach. National regulations (Political Constitution, Law No. 423, General Health Law, and Law No. 641, Penal Code) were analyzed in contrast with contemporary criminal dogmatics and Health Law doctrine. Through a phenomenological method, paradigmatic hypothetical cases of lack of skill (*imperitia*), negligence, omission, and documentary falsehood were deconstructed, selecting doctrinal and jurisprudential sources from the 2000-2025 period. **Main results:** Evidence shows that, despite the expediency in administrative habilitation (UAM Resolution 005-2008), the general practitioner faces immediate risks of prosecution not only for technical errors but fundamentally for "white-collar" crimes (ideological falsehood) and for encroachment on specialty areas (professional intrusion). The analysis reveals the imperative need to differentiate, from the perspective of criminal dogmatics, the iatrogenic medical fact (inevitable) from the infringement of the objective duty of care (punishable). **Conclusions:** Subjective good faith does not exempt from criminal liability when an infringement of the *lex artis ad hoc* is verified. It is concluded that the Nicaraguan penal system sanctions not the harmful result itself, but the creation of a legally disapproved risk. Therefore, the institutionalization of a cross-cutting chair of Preventive Medical Law and Legal Prophylaxis is proposed as a mechanism to transform legal defenselessness into legally safeguarded professional competence and thus mitigate an emerging public health problem.

Keywords:

Health law, medical criminal liability, iatrogenesis, medical education, bioethics.

Introducción

Pocos vínculos humanos alcanzan la complejidad ética y técnica de la relación médico-paciente. Históricamente investida de un aura de confianza casi sacramental, esta relación ha experimentado en las últimas décadas una metamorfosis profunda: el paciente ha dejado de ser un sujeto pasivo de la beneficencia médica para erigirse en un usuario exigente, portador de derechos fundamentales y empoderado por un marco constitucional que garantiza su autonomía y dignidad (Asamblea Nacional, 2025). Este desplazamiento del paternalismo hacia la corresponsabilidad ha traído consigo un fenómeno global ineludible: la judicialización de la medicina (Hernández-Ordóñez, 2023). Nicaragua no es ajena a este proceso. Los tribunales conocen con frecuencia creciente casos de imputación penal

a profesionales de la salud, convirtiendo el expediente clínico en pieza central de batallas legales y al galeno en posible sujeto activo de delitos contra la vida o la integridad física.

En este escenario emerge una figura particularmente vulnerable: el médico novel, aquel profesional recién egresado (o el interno que actúa en los límites de su competencia) quien, pese a poseer la habilitación académica formal, carece a menudo de la alfabetización jurídica necesaria para discernir las fronteras, a menudo difusas, entre un accidente clínico inevitable, un riesgo permitido por la *lex artis* y una conducta penalmente relevante.

La preocupación que anima este ensayo hunde sus raíces en la observación directa de una disonancia estructural en los procesos formativos de las facultades de medicina en Nicaragua. Mientras los currículos

universitarios se concentran, con legítimo énfasis, en la victoria técnica sobre la enfermedad, permanecen en una penumbra casi total las competencias relativas al Derecho Sanitario, la bioética jurídicamente informada y la gestión del riesgo legal (Castellanos-Pineda, 2014).

Esta brecha cognitiva no es un simple déficit académico; constituye un problema de salud pública en ciernes. La tolerancia del sistema (y de las propias instituciones educativas) ante el ejercicio profesional sin una interiorización plena de los deberes legales que lo acompañan genera un caldo de cultivo para la iatrogenia evitable y, consecuentemente, para el conflicto judicial.

La ausencia de una cátedra sistemática de Derecho Médico Preventivo en los pénsum de estudio deja al recién graduado en un estado de indefensión estructural. Ignora, por ejemplo, que su título no solo lo habilita para curar, sino que lo sitúa en una posición de garante (Roxin, 1997) respecto de los bienes jurídicos que se le confían; desconoce los filtros de la teoría de la imputación objetiva que determinan cuándo un resultado lesivo le es jurídicamente atribuible (Jakobs, 1997); y, lo que es más grave, suele descubrir, ya en el fragor de un proceso penal, que su buena fe subjetiva (*animus curandi*) es jurídicamente irrelevante cuando se ha infringido el deber objetivo de cuidado que impone la *lex artis ad hoc* (Romeo-Casabona, 2021).

Esta investigación se propone abordar dicha problemática desde una perspectiva integradora que conjugue el análisis dogmático con la fenomenología de la práctica médica temprana.

Los objetivos que guían este estudio son:

1. Analizar la tensión existente entre la habilitación administrativa otorgada al médico general y la exigencia de responsabilidad penal derivada de su actuación profesional, conforme al Código Penal nicaragüense (Ley N.º 641).
2. Ilustrar, mediante casos hipotéticos razonados, la tipificación de las conductas médicas penalmente relevantes en el ordenamiento jurídico nicaragüense, deslindando conceptualmente el hecho médico iatrogénico de la infracción del deber de cuidado, y ampliando el espectro de análisis a figuras como la omisión de auxilio, el ejercicio ilegal de la profesión, la revelación de secreto profesional, la falsedad documental y las lesiones al que está por nacer.
3. Proponer, desde una perspectiva *de lege ferenda*, la institucionalización de una cátedra transversal de Derecho Médico Preventivo y Profilaxis Jurídica en el currículo de las carreras de medicina, como mecanismo para transformar la indefensión legal en competencia profesional jurídicamente resguardada y mitigar así un problema de salud pública emergente.

Desarrollo

1. Metodología y enfoque

El presente estudio se inscribe en el paradigma de la investigación cualitativa, dado su propósito de comprender e interpretar fenómenos normativos y sociales complejos (como la responsabilidad penal médica) antes que medir variables o establecer correlaciones estadísticas (Hernández Sampieri & Mendoza, 2018). Se ha adoptado un enfoque jurídico-propositivo, en tanto no se limita a describir el estado del arte o el contenido de las normas, sino que avanza

hacia la formulación de propuestas concretas de mejora institucional y curricular (legiferenda) a partir de las deficiencias detectadas en el análisis.

Para la aproximación al objeto de estudio, se ha privilegiado el método hermenéutico, que permite desentrañar el sentido y alcance de los enunciados normativos más allá de su literalidad, situándolos en el contexto sistémico del ordenamiento jurídico. Mediante este método, se ha procedido a la interpretación sistemática y teleológica de las disposiciones contenidas en la Constitución Política de Nicaragua (texto consolidado 2025), la Ley N.º 423 (Ley General de Salud) y la Ley N.º 641 (Código Penal), con especial atención a los tipos penales aplicables a la actividad médica.

Complementariamente, se ha empleado el método fenomenológico para la deconstrucción de casos hipotéticos que, sin pretender reconstruir eventos reales, sintetizan las constelaciones fácticas de mayor riesgo legal reportadas por la doctrina médico-legal y la jurisprudencia comparada. Estos casos (ver Tabla 1) operan como tipos ideales que facilitan la aplicación del derecho a la realidad y la comprensión de los conceptos dogmáticos por parte del lector no jurista.

La revisión de literatura se ha ejecutado mediante una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas de reconocido prestigio en el ámbito iberoamericano: vLex Global, SciELO, Redalyc y Dialnet, así como en repositorios institucionales de universidades nicaragüenses. Los descriptores utilizados incluyeron combinaciones de términos como responsabilidad médica, mala praxis, iatrogenia, lex artis, imputación objetiva y derecho sanitario. Se estableció como marco temporal prioritario el periodo 2000-

2025, con el fin de garantizar la actualidad del debate en relación con el Código Penal vigente (2007) y las reformas constitucionales más recientes.

Se han excluido deliberadamente del análisis las cuestiones atinentes a la responsabilidad civil patrimonial, para concentrar el foco en la responsabilidad penal y administrativa, por cuanto afectan de manera directa bienes jurídicos de la máxima relevancia (la libertad personal y la habilitación profesional) y constituyen el área de mayor vulnerabilidad y menor preparación para el médico novel nicaragüense.

Finalmente, en el tratamiento de las fuentes doctrinales se ha atendido al principio de autoridad científica, privilegiando obras y autores con reconocido prestigio en el ámbito del Derecho Penal y el Derecho Sanitario, sin perjuicio de incorporar aportaciones de la literatura nacional que abordan la problemática desde una perspectiva local (Castellanos-Pineda, 2014; Romero, Henríquez & Loáisiga, 2015; López-Rodríguez, 2024).

2. Precisiones conceptuales: del hecho médico al hecho jurídico

Un riesgo frecuente en la literatura sobre responsabilidad sanitaria es la utilización indistinta de categorías médicas y jurídicas, lo que genera confusión en la imputación y en la comprensión del fenómeno por parte de los profesionales. Por ello, resulta imperativo establecer una delimitación precisa entre el hecho médico (descriptible en términos clínicos) y el hecho jurídicamente relevante (valorable en términos de antijuridicidad y culpabilidad).

2.1. Iatrogenia: el daño inherente al acto sanitario lícito

El término iatrogenia proviene del griego iatrós (médico) y génesis (origen). Designa todo daño a la salud del paciente que se produce como consecuencia de un acto médico, ya sea diagnóstico, terapéutico o preventivo (Gisbert Calabuig et al., 2004). Desde una perspectiva clínica, la iatrogenia es un fenómeno ubicuo e inevitable: toda intervención, por cuidadosa que sea, comporta un margen de riesgo y potenciales efectos adversos.

La literatura distingue dos modalidades: Iatrogenia positiva, necesaria o inherente: es la contrapartida inevitable de un acto médico indicado y correctamente ejecutado, orientado a obtener un beneficio superior al daño causado (ej. cicatriz quirúrgica, alopecia por quimioterapia). El daño existe, pero está justificado por el estado de necesidad terapéutica y, fundamentalmente, por el consentimiento informado del paciente, que asume esos riesgos (Alcina-Lázaro, 2019).

Iatrogenia negativa o evitable: resulta de una actuación médica defectuosa, bien por indicación incorrecta, ejecución deficiente u omisión de cuidados debidos. Aquí el daño deriva de una infracción de la *lex artis* y, por tanto, puede ser jurídicamente antijurídico y generar responsabilidad.

2.2. La iatrogenia ante el derecho: del hecho clínico al hecho jurídico

Es crucial enfatizar que el ordenamiento jurídico nicaragüense no tipifica la iatrogenia como categoría penal autónoma. El Código Penal no sanciona “causar iatrogenia”, sino conductas humanas (acciones u omisiones) que, por infringir el deber objetivo de cuidado,

crean un riesgo jurídicamente desaprobado que se materializa en un resultado típico (muerte, lesión, etc.).

Por consiguiente, la iatrogenia, en sí misma, es un hecho médico que puede coincidir o no con un hecho jurídicamente relevante. La coincidencia se produce únicamente cuando concurren:

- Una acción u omisión médica.
- La infracción de un deber objetivo de cuidado, conforme al estándar de la *lex artis ad hoc* (Romeo-Casabona, 2021).
- La creación de un riesgo jurídicamente desaprobado, que excede el margen de lo permitido en la práctica sanitaria ordinaria (Jakobs, 1997).

La producción de un resultado típico que sea la concreción de ese riesgo (relación de causalidad e imputación objetiva).

- La ausencia de causas de justificación (consentimiento informado válido, estado de necesidad terapéutica).

Cuando estos elementos concurren, el hecho médico deviene en hecho jurídico-penalmente relevante (delito culposo o, eventualmente, doloso).

2.3. El “umbral” como metáfora dogmática: riesgo permitido versus infracción punible

El título de este ensayo —El umbral de la iatrogenia— adquiere así un significado técnico preciso. El umbral no es una frontera física ni un momento cronológico, sino una línea conceptual y normativa que separa dos espacios de cualidad jurídica radicalmente diversa:

- A un lado del umbral: el riesgo permitido. Actos médicos realizados conforme a la *lex*

artis, con consentimiento informado y dentro de lo socialmente tolerable. Aunque clínicamente puedan calificarse como iatrogénicos, son penalmente irrelevantes.

- Al otro lado del umbral: la infracción penal. Conductas que traspasan el límite del riesgo permitido por impericia, negligencia, imprudencia o infracción de deberes esenciales (informar, guardar secreto). El daño producido es entonces un daño antijurídico, no justificado y, por tanto, sancionable.

2.4. Implicaciones para el médico novel

Comprender esta distinción no es un ejercicio de erudición, sino una herramienta de supervivencia profesional. Saber que la iatrogenia por sí sola no implica responsabilidad, y que lo determinante es la adecuación al estándar de cuidado exigible, le permite al médico novel:

- Documentar adecuadamente su razonamiento clínico y las decisiones adoptadas.
- Obtener un consentimiento informado verdaderamente deliberado.
- Reconocer los límites de su competencia y abstenerse de procedimientos para los que no está habilitado.
- Entender que la buena intención (*animus curandi*) no exime de responsabilidad cuando se infringe el deber objetivo de cuidado.

3. Marco normativo y administrativo: la habilitación y su doble filo

El ejercicio de la medicina en Nicaragua se encuentra sujeto a un sistema de habilitación dual que combina el control académico (título

universitario) con el control administrativo (licencia sanitaria). Este entramado normativo, diseñado para garantizar la idoneidad profesional, presenta sin embargo aristas que inciden directamente en la vulnerabilidad del médico recién egresado.

3.1. El mandato constitucional y la Ley General de Salud

La Constitución Política (Asamblea Nacional, 2025), en su artículo 59, consagra el derecho a la salud como bien jurídico fundamental e impone al Estado el deber de establecer las condiciones para su protección. Este mandato se operativiza a través de la Ley N.º 423, Ley General de Salud (Asamblea Nacional, 2002), cuyo artículo 65 establece los requisitos para el ejercicio de la medicina:

Poseer el título universitario correspondiente, debidamente registrado ante la autoridad competente.

Obtener la licencia sanitaria otorgada por el Ministerio de Salud (MINSA), previa inscripción en el Registro de Profesionales de la Salud.

Cumplir, cuando corresponda, con las disposiciones sobre Servicio Social establecidas por el MINSA y las universidades.

La ley faculta al MINSA como ente rector, con potestades para auditar, suspender e inhabilitar administrativamente a quienes incurran en faltas graves contra la ética profesional, la *lex artis* o las normas técnicas de obligatorio cumplimiento (arts. 110-115). Esta potestad sancionatoria es autónoma de la responsabilidad penal: un mismo hecho puede dar lugar a una sanción administrativa y, simultáneamente, a un proceso penal por delito imprudente (Gómez-Durán & Martín-Fumadó, 2020).

3.2. La autonomía universitaria y la potestad de las universidades

La autonomía universitaria, derivada de la Constitución y desarrollada por la Ley N.º 89, confiere a las universidades la potestad de organizar sus planes de estudio y establecer los requisitos para la obtención de títulos profesionales. Amparada en dicha autonomía, la Universidad Americana (UAM) emitió la Resolución de Rectoría N.º 005-2008 (UAM, 2008), que autoriza a los estudiantes de Medicina a optar a la titulación directa, sin exigir el cumplimiento previo del Servicio Social como requisito de graduación.

Esta resolución produce un efecto inmediato: una vez obtenido el título, el graduado puede solicitar su código sanitario ante el MINSA en un plazo de 10 a 15 días hábiles, quedando plenamente habilitado para el ejercicio profesional autónomo.

3.3. La paradoja de la velocidad administrativa

Lo que en principio constituye una ventaja competitiva (la rápida incorporación al mercado laboral) se revela, desde una perspectiva jurídico-penal, como una paradoja. Al no transitar por el período de aprendizaje tutelado que representa el Servicio Social rural, el egresado se inserta directamente en la práctica privada o en residencias hospitalarias con un nivel de exigencia profesional pleno desde el día uno de su habilitación.

Jurídicamente, esto implica que al médico novel se le exige, *ab initio*, el mismo estándar de diligencia que a un profesional con años de experiencia. La ley no contempla atenuantes por juventud profesional. Esta equiparación resulta problemática si se considera que:

- La experiencia clínica es un componente esencial de la pericia profesional; su ausencia incrementa objetivamente el riesgo de error (García, 2022).
- La formación jurídica durante el grado es, en el mejor de los casos, marginal o inexistente, dejando al egresado en un estado de analfabetismo legal (Castellanos-Pineda, 2014).
- La presión asistencial en los primeros años puede conducir a decisiones precipitadas o a la asunción de competencias para las que no se está capacitado.

3.4. La ficción de la inimputabilidad en el internado rotatorio

Un fenómeno recurrente es la creencia errónea del interno acerca de su exención de responsabilidad penal, bajo el mito de que “está aprendiendo” y “cubierto” por la institución. La doctrina penal es unánime: la responsabilidad penal es personalísima e indelegable (Mir Puig, 2016). La eventual responsabilidad civil subsidiaria de la universidad o el hospital no excluye ni sustituye la responsabilidad penal del interno cuando su conducta es constitutiva de delito.

La clave reside en determinar si el interno actuó dentro de sus competencias y bajo supervisión, o si excedió manifiestamente sus funciones. En este último caso, responde penalmente como autor directo.

Caso N.º 1: Juan, interno de sexto año, realiza una toracocentesis sin supervisión ni orden, perfora el pulmón y causa la muerte del paciente. Actuó con imprudencia temeraria, invadiendo una competencia para la que no estaba habilitado. Creó un riesgo jurídicamente desaprobado que se materializó en el resultado muerte. La defensa de “estaba aprendiendo”

colapsa: la universidad o el hospital podrían ser civilmente responsables por falta de supervisión, pero ello no excluye la responsabilidad penal de Juan (Mombanc & Quiala, 2020).

4. Profundización dogmática: la teoría del delito aplicada al acto médico

Determinar la responsabilidad penal del profesional sanitario exige el manejo riguroso de las categorías dogmáticas que la ciencia del derecho penal ha desarrollado para filtrar la relevancia jurídica de las conductas humanas. En este apartado se abordan tres instituciones centrales —imputación objetiva, posición de garante y *lex artis ad hoc*— cuya comprensión resulta indispensable para entender cuándo un resultado lesivo acaecido en el contexto de un acto médico puede ser jurídicamente atribuido al profesional.

4.1. La imputación objetiva: el primer filtro de atribución

La teoría de la imputación objetiva, consolidada a partir de los trabajos de Roxin y Jakobs, constituye hoy un estándar insoslayable en los delitos de resultado (Roxin, 1997; Jakobs, 1997; Mir Puig, 2016). Su función esencial es establecer cuándo un resultado típico (v. gr., la muerte de un paciente) puede ser objetivamente atribuido a la conducta de un sujeto, más allá de la mera constatación de una relación de causalidad natural.

El juicio de imputación objetiva se despliega en dos niveles:

a) Creación de un riesgo jurídicamente desaprobado. No todo riesgo, ni siquiera todo riesgo que se materializa, es penalmente relevante. El derecho penal solo prohíbe aquellos riesgos que exceden los límites de lo

socialmente tolerado o, en la actividad médica, de lo permitido por la *lex artis*. El cirujano que realiza una incisión impecable pero inevitablemente genera una cicatriz no crea un riesgo desaprobado; opera dentro del riesgo permitido. Por el contrario, el médico que por impericia secciona un nervio que debía preservar, u olvida una gasa en el campo operatorio, sí genera un riesgo jurídicamente relevante.

b) Realización del riesgo en el resultado. El resultado producido debe ser precisamente la concreción del riesgo desaprobado creado por el autor. Si el resultado se explica por otra causa (una fatalidad biológica imprevisible, una complicación inherente a la patología de base), no hay imputación, aunque exista relación causal en términos naturales. Este segundo filtro impide atribuir al médico aquellos desenlaces fatales que, aunque acaecidos en el contexto de su actuación, no son la realización del riesgo que él creó.

Para el médico novel, comprender este doble filtro tiene implicaciones prácticas: le permite entender que no todo mal resultado clínico es penalmente relevante; le alerta sobre la importancia de documentar las circunstancias que justifican sus decisiones; y le obliga a conocer y respetar los protocolos clínicos, que delimitan el ámbito del riesgo permitido.

4.2. La posición de garante del médico: el fundamento del deber de actuar

El derecho penal no solo sanciona conductas activas que causan daño, sino también omisiones, cuando el sujeto tenía el deber jurídico de actuar para impedir el resultado lesivo. Este deber especial recibe el nombre de posición de garante y encuentra su fundamento en la creación de una situación

de peligro o en la asunción voluntaria de la protección de un bien jurídico (Roxin, 1997; Luzón Peña, 2016).

En el ámbito sanitario, la posición de garante surge por dos vías:

- La asunción del tratamiento. Cuando un paciente acude a un profesional y este acepta encargarse de su caso, se genera una relación de dependencia y confianza que coloca al médico en posición de garante. Desde ese momento, está obligado a hacer todo lo necesario para proteger la vida y la integridad física del paciente; su omisión de los cuidados debidos puede ser equiparada, a efectos penales, a una causación activa del daño (comisión por omisión).
- La injerencia. Quien con su conducta previa crea un peligro para otro queda obligado a impedir que ese peligro se materialice. Así, el médico que inicia un procedimiento invasivo asume el deber de controlar sus consecuencias y de intervenir si surgen complicaciones.

La posición de garante no es uniforme, sino que se modula en función del grado de autonomía y las competencias asignadas. El interno rotatorio tiene una posición limitada y derivada: debe actuar dentro de sus competencias y bajo supervisión. Si excede esos límites, asume directamente la posición de garante y responde como autor (caso N.º 1).

El residente, con autonomía creciente, responde por sus actos directos y por su deber de supervisión sobre los internos (culpa in vigilando). El médico de plantilla ostenta una posición de garante plena, con el dominio de la *lex artis* de su especialidad y el deber de supervisar a los profesionales en formación (Gómez-Durán & Martín-Fumadó, 2020).

4.3. La *lex artis ad hoc*: el estándar concreto de cuidado exigible

La *lex artis* es, en su formulación clásica, el conjunto de reglas y prácticas aceptadas por la comunidad científica como adecuadas para el correcto ejercicio de la medicina en cada momento histórico (Gisbert Calabuig et al., 2004). Sin embargo, esta definición resulta insuficiente si no se precisa que la *lex artis* no opera en abstracto, sino que debe ser valorada *ad hoc*, en atención a las circunstancias concretas del caso (Romeo-Casabona, 2021).

Factores que integran la *lex artis ad hoc*:

- La naturaleza del acto médico: no es lo mismo una intervención de cirugía mayor programada que una actuación de urgencia vital.
- Los medios disponibles: no se puede exigir lo imposible; un médico rural no puede ser valorado con el estándar de un hospital terciario.
- La especialidad del profesional: el médico general responde conforme a su formación básica, pero tiene el deber de abstenerse cuando el caso excede su capacidad.
- Las circunstancias del paciente: edad, comorbilidades, gravedad del cuadro, voluntades anticipadas.

La *lex artis ad hoc* cumple una función central en el juicio de imputación objetiva: determina si el riesgo creado por el médico era o no un riesgo permitido. Si la conducta se ajustó al estándar concreto de cuidado, el riesgo es permitido y el resultado no es imputable, aunque sea lesivo. Si, por el contrario, la conducta se desvió de ese estándar (impericia, negligencia, imprudencia), el riesgo es desaprobado y, si se materializa, puede dar lugar a responsabilidad.

En los delitos imprudentes, la infracción del deber objetivo de cuidado (esto es, la desviación de la *lex artis*) es el elemento normativo central del tipo penal. No basta acreditar un resultado dañoso; es preciso demostrar que el médico no actuó con la diligencia debida en las circunstancias concretas. Este enfoque, no resultadista, es el que debe prevalecer en la interpretación de los artículos 141 y 142 del Código Penal (homicidio y lesiones imprudentes).

4.4. Síntesis: la interrelación de las categorías dogmáticas

- I. La posición de garante fundamenta por qué el médico está obligado a actuar diligentemente.
- II. La *lex artis ad hoc* define cuál es, en concreto, el comportamiento diligente exigible.
- III. La imputación objetiva determina si el resultado producido puede ser atribuido jurídicamente al médico, verificando que haya creado un riesgo desaprobado (infracción de la *lex artis*) y que el resultado sea la concreción de ese riesgo.

Solo cuando se superan estos tres filtros puede afirmarse que existe responsabilidad penal por el resultado lesivo.

5. Fenomenología de la responsabilidad: análisis de casos y roles

La dogmática penal, por sí sola, resulta insuficiente para capturar la complejidad de la práctica médica real. Es necesario descender al terreno de lo fenoménico, al análisis de situaciones concretas que reflejen los riesgos más frecuentes a los que se enfrenta el médico novel en el contexto nicaragüense.

5.1. La tríada de la culpa médica: impericia, negligencia e imprudencia

La doctrina clasifica las manifestaciones de la culpa profesional en tres categorías clásicas, cuya comprensión resulta esencial para todo médico, pero especialmente para quien inicia su ejercicio (Agüero-Martínez, 2018; Vera, 2022).

- Impericia: falta de conocimientos técnicos, habilidades prácticas o experiencia mínimamente exigibles. El título universitario genera una presunción *iuris tantum* de pericia básica (García, 2022).
- La impericia temeraria se produce cuando el médico general invade una especialidad compleja sin la formación acreditada, rozando el dolo eventual (Jaramillo, Álvarez & Aguirre, 2023).
- Negligencia: omisión de las diligencias o cuidados que las circunstancias exigían. Implica un “no hacer” o “hacer menos de lo debido” a pesar de contar con el conocimiento necesario (Llamas Pombo, 2016). Ejemplos: descuido en asepsia, falta de monitorización, no interrogar alergias, abandono del paciente.
- Imprudencia: actuación precipitada, temeraria o excesivamente confiada, que afronta riesgos innecesarios o no adopta las precauciones exigibles (Mir Puig, 2016). Ejemplos: realizar procedimientos para los que no se está habilitado, no esperar resultados de pruebas, asumir riesgos desproporcionados.

Estas tres categorías suelen presentarse combinadas, pero lo relevante, a efectos de la imputación objetiva, es que cualquiera de ellas implica una infracción del deber objetivo de cuidado y, por tanto, la creación de un riesgo jurídicamente desaprobado.

5.2. Gradación de la responsabilidad: interno, residente y médico de plantilla

La responsabilidad penal se modula en función del rol y grado de autonomía del profesional (Gómez-Durán & Martin-Fumadó, 2020):

Interno rotatorio: posición de garante limitada y derivada. Debe actuar dentro de sus competencias y bajo supervisión. Si excede sus funciones, asume directamente la posición de garante y responde como autor (caso N.º 1).

Residente: autonomía creciente y deber de supervisión sobre internos. Responde por sus actos directos y por culpa in vigilando si no supervisa adecuadamente.

Médico de plantilla o especialista: posición de garante plena. Responde por sus actos y por su deber de supervisión sobre los profesionales en formación.

5.3. Tabla de casos fenomenológicos

La siguiente tabla sintetiza los siete casos analizados a lo largo del ensayo, que ilustran las distintas figuras delictivas y los criterios de imputación objetiva:

Tabla 1. Análisis fenomenológico de casos de responsabilidad penal médica

Caso	Sujeto	Comportamientos	Infracción	Tipo penal	Imputación objetiva
N.º 1	Juan (interno)	Realiza toracocentesis sin supervisión ni orden; perfora pulmón y causa muerte	Imprudencia temeraria (exceso de competencias)	Homicidio imprudente (Art. 141 CP)	Creación de riesgo desaprobado (actuar sin pericia) materializado en muerte
N.º 2	Dra. Sofía (médico general)	Realiza lipoescultura sin especialidad; paciente fallece por embolia grasa	Impericia temeraria + intrusismo	Homicidio imprudente + ejercicio ilegal (Art. 451 CP)	Asunción de riesgo groseramente desproporcionado (dolo eventual)
N.º 3	Dr. Luis (médico)	Olvida antibiótico, luego altera historia clínica y falsifica firma	Negligencia inicial + dolo sobrevenido	Homicidio imprudente + falsedad ideológica (Art. 244 CP)	La falsedad destruye credibilidad (falsus in uno, falsus in omnibus)
N.º 4	Dra. Martínez (médico)	No auxilia a accidentado fuera de turno; paciente fallece	Omisión de auxilio cualificado	Omisión de auxilio (Art. 160 CP)	Deber de socorro no se apaga con horario laboral
N.º 5	Dr. Pérez (residente)	Revela secretos de paciente famoso en reunión social	Revelación no consentida	Revelación de secreto profesional (Art. 318 CP)	Irrelevancia del móvil; tipo se consuma con la mera revelación
N.º 6	Dra. González (médico rural)	No trata ITU en embarazada; feto sufre lesión neurológica	Negligencia grave	Lesiones al feto por imprudencia (Art. 143.2 CP)	Riesgo desaprobado (no seguir protocolo) materializado en daño fetal
N.º 7	Dr. Castro (cirujano)	Realiza biopsia hepática no consentida durante cirugía programada	Omisión de consentimiento informado	Posibles lesiones/coacciones (Arts. 142, 166 CP)	Actuación sin cobertura legal (principio de autonomía)

Nota: propia autoría.

6. Catálogo de delitos y bioética como salvaguarda

La responsabilidad penal del médico no se agota en los tipos de homicidio y lesiones imprudentes (arts. 141 y 142 CP). El Código Penal nicaragüense contiene otras figuras delictivas que, aunque no siempre asociadas intuitivamente al ejercicio de la medicina, pueden ser cometidas por profesionales sanitarios y acarrear consecuencias igualmente graves. Su conocimiento, junto con el de los principios bioéticos que los informan, constituye una exigencia ineludible de la profilaxis jurídica.

6.1. Omisión de auxilio (Art. 160 CP)

El artículo 160 sanciona a quien no socorra a una persona desamparada y en peligro grave, pudiendo hacerlo sin riesgo propio. El médico tiene un deber cualificado de socorro que deriva no solo de la norma general, sino de su propia *lex artis* y de la posición de garante que asume al ejercer la profesión (Guzmán Dalbora, 2009). Este deber no se apaga al terminar la jornada laboral: el médico que omite auxiliar en una emergencia extrahospitalaria incurre en este delito, pues su título crea una expectativa social fundada de actuación (ver caso N.º 4, Tabla 1).

6.2. Revelación de secreto profesional (Art. 318 CP)

El artículo 318 protege la intimidad y la confianza depositada en el profesional. Fuera de las excepciones legales (enfermedades de declaración obligatoria, asistencia a la justicia), cualquier revelación no consentida de información obtenida en el ejercicio profesional constituye delito (Romeo-Casabona, 2021). Comentar detalles de la historia clínica en

redes sociales, facilitar datos a familiares sin autorización o compartir imágenes con fines docentes sin anonimizar son conductas típicas. El móvil del médico (impresionar, no causar daño) es irrelevante; el tipo se consuma con la mera revelación no autorizada (ver caso N.º 5, Tabla 1).

6.3. Ejercicio ilegal de la profesión (Art. 451 CP)

El artículo 451 sanciona a quien ejerza actos propios de una profesión sin poseer el título correspondiente. Una modalidad especialmente relevante es el intrusismo cualificado: el profesional que, aun poseyendo título habilitante, realiza actos privativos de una especialidad para la que no está acreditado (Jaramillo, Álvarez & Aguirre, 2023). Es el caso del médico general que realiza cirugía estética invasiva (ver caso N.º 2, Tabla 1).

La *lex artis* impone el deber de conocer los límites de la propia competencia; invadir una especialidad sin formación acreditada constituye una infracción grosera del deber de cuidado, que acerca la conducta al dolo eventual.

6.4. Lesiones al que está por nacer (Art. 143 CP)

El artículo 143 protege la salud del feto como bien jurídico autónomo. Su comisión imprudente puede derivarse de acciones u omisiones durante el embarazo: no diagnosticar una infección tratable, no monitorizar adecuadamente, no seguir protocolos establecidos (ver caso N.º 6, Tabla 1). El delito no exige que el feto nazca con vida; la lesión se tipifica durante la vida intrauterina (Romeo-Casabona, 2021).

6.5. Los principios bioéticos y su traducción jurídica

Los cuatro principios de la bioética (Beauchamp & Childress, 2019) tienen correlato directo en el ordenamiento jurídico:

Autonomía: se materializa en el consentimiento informado, proceso deliberativo que exige informar al paciente en lenguaje comprensible, asegurar su comprensión y obtener autorización expresa. Su omisión puede transformar una intervención exitosa en una agresión ilegítima, generando responsabilidad penal, civil y administrativa (ver caso N.º 7, Tabla 1).

- Beneficencia y no maleficencia: se traducen en el deber de actuar conforme a la *lex artis* y en la prohibición de causar daños antijurídicos.
- Justicia: exige equidad en la asignación de recursos y trato no discriminatorio.

6.6. Los delitos de escritorio: la falsedad documental como muerte civil profesional

Un hallazgo recurrente en la práctica forense es que muchos profesionales no son condenados por el acto clínico en sí mismo, sino por lo que hacen después para encubrirlo (Momblanc & Quiala, 2020). La historia clínica es un documento de relevancia jurídica que debe ser veraz, íntegro, cronológico y legible (MINSAL, 2008). Su alteración configura el delito de falsedad ideológica (Art. 244 CP), que puede concurrir con el delito imprudente inicial.

En el caso N.º 3 (ver Tabla 1), el médico que olvida administrar un antibiótico y luego altera el expediente y falsifica firmas muta la

culpa inicial en dolo. La falsedad documental destruye su credibilidad (*falsus in uno, falsus in omnibus*) y conlleva penas de prisión e inhabilitación absoluta, lo que supone la muerte civil profesional.

6.7. Profilaxis jurídica: la documentación defensiva

Frente a estos riesgos, la mejor defensa es un buen expediente clínico. La profilaxis jurídica implica:

- Documentar no solo lo que se hizo, sino el razonamiento clínico.
- Registrar el proceso de consentimiento informado.
- Anotar en tiempo real.
- No alterar, no borrar, no falsificar; ante un error, reconocerlo y adoptar medidas correctivas.

Conocer los límites de la propia competencia.

En síntesis, la bioética y la documentación rigurosa operan como escudos preventivos: el respeto a la autonomía evita agresiones ilegítimas; la adhesión a la *lex artis* reduce el riesgo de error evitable; la documentación veraz proporciona, en caso de conflicto, la prueba de una actuación diligente.

7. Derecho comparado y tendencias internacionales: lecciones para Nicaragua

La problemática de la responsabilidad penal médica y la formación jurídica de los profesionales sanitarios no es exclusiva de Nicaragua. Constituye un desafío global que ha sido abordado con distintos enfoques normativos, institucionales y educativos. El análisis de estas experiencias comparadas

resulta de gran utilidad para identificar buenas prácticas y contextualizar las propuestas de reforma para el ámbito nacional.

7.1. Sistemas de responsabilidad médica en el derecho comparado

Los ordenamientos jurídicos han ensayado distintas fórmulas para gestionar la responsabilidad derivada de daños sanitarios, desde sistemas adversariales hasta modelos de compensación sin culpa.

- Estados Unidos representa el paradigma adversarial basado en la culpa (fault-based system). La litigiosidad elevada ha generado medicina defensiva, primas de seguro prohibitivas y, como reacción, mecanismos correctores como paneles de expertos que filtran demandas infundadas y límites a las indemnizaciones por daño no económico (Spiliopoulou, 2026; Mello, 2026).
- Reino Unido y Alemania han optado por potenciar mecanismos de resolución alternativa. En el Reino Unido, el NHS Resolution gestiona reclamaciones por negligencia, promueve el aprendizaje organizacional y facilita acuerdos extrajudiciales (Spiliopoulou, 2026). En Alemania, las Comisiones de Peritaje y Juntas de Conciliación (Gutachterkommissionen), integradas por médicos y juristas, ofrecen un procedimiento gratuito y extrajudicial que resuelve la mayoría de los conflictos sin necesidad de acudir a tribunales (Romeo-Casabona, 2021).
- Francia, Japón y Nueva Zelanda han desarrollado sistemas de compensación sin culpa (no-fault). Nueva Zelanda es el referente histórico: desde 1974, el Accident Compensation Corporation (ACC) cubre todos los daños personales derivados de accidentes, incluidos los “tratamientos médicos”

(treatment injuries), con independencia de la culpa (Mello, 2026). Estos modelos ofrecen mayor cobertura y menor litigiosidad, pero requieren complementarse con mecanismos administrativos de supervisión profesional y responsabilidad penal para casos de negligencia grave o dolo.

7.2. Modelos de seguro de responsabilidad profesional

En la mayoría de los países europeos, el seguro de responsabilidad civil profesional es obligatorio para el ejercicio de la medicina (Ley 24/2017 en Italia, normativa alemana). Esta obligatoriedad garantiza indemnización a los pacientes con independencia de la solvencia del profesional (Serban & Dan, 2026).

Un aspecto técnico relevante es la distinción entre pólizas occurrence-based (cubren siniestros ocurridos durante la vigencia, con independencia de cuándo se reclamen) y claims-made (cubren solo reclamaciones formuladas durante la vigencia, requiriendo cobertura de cola al finalizar la vida laboral). El conocimiento de estas modalidades es esencial para el médico novel al contratar su seguro.

7.3. Formación en derecho sanitario en el ámbito universitario

Los países con sistemas sanitarios más avanzados han integrado la formación jurídica en el currículo médico de manera sistemática y transversal. Reino Unido cuenta con más de cuatro décadas de experiencia. Universidades como King's College London, Manchester y Edimburgo ofrecen programas pioneros que abordan las intersecciones entre derecho, ética y medicina (Qiu Zhaoji & Xu Hanye, 2023).

Australia ha desarrollado un modelo de formación interdisciplinar con clínicas legales y simulación interprofesional. La Universidad de Sydney, a través de Sydney Health Law, promueve la colaboración entre facultades de medicina, derecho y enfermería. La Universidad de Melbourne destaca por sus ejercicios de mediación en casos de responsabilidad médica (medico-legal mediation role-play), donde estudiantes de derecho y medicina participan conjuntamente (Chen, Su & Meng, 2024; Monash University, 2024).

Estados Unidos ha orientado su formación a la gestión del riesgo (risk management). Desde los primeros años, los estudiantes aprenden la máxima: “If it isn’t documented, it didn’t happen” (si no está escrito, no sucedió). Universidades como Stanford, Harvard y Johns Hopkins han integrado estos contenidos de manera transversal (Gostin, Bosha & Meier, 2024).

México ofrece, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), un modelo de prevención y resolución alternativa de conflictos que ha inspirado a toda Iberoamérica (Hernández-Ordóñez, 2023).

7.4. Nuevas fronteras: inteligencia artificial y responsabilidad sanitaria

La Unión Europea ha dado un paso decisivo con el Reglamento (UE) 2024/1689 (Reglamento de Inteligencia Artificial o AI Act), que establece un marco normativo basado en el riesgo para los sistemas de IA. En el ámbito sanitario, este reglamento interactúa con la normativa sectorial sobre productos sanitarios, generando interrogantes sobre la asignación de responsabilidades entre fabricantes, profesionales y centros asistenciales (Serban

& Dan, 2026). Se apunta hacia la necesidad de auditorías algorítmicas, registros transparentes, formación específica y adaptación de los seguros.

7.5. Síntesis y lecciones para Nicaragua

En suma, el derecho comparado enseña que la formación jurídica de los médicos no es un lujo, sino una necesidad imperiosa en cualquier sistema sanitario moderno. Las experiencias internacionales ofrecen un caudal de conocimiento y buenas prácticas que Nicaragua puede y debe aprovechar para diseñar su propio modelo de formación preventiva.

Conclusión

El recorrido analítico desarrollado a lo largo de este ensayo (que ha combinado la dogmática penal, la fenomenología de casos, el análisis normativo, la reflexión bioética y el derecho comparado) permite formular las siguientes conclusiones, estructuradas en correspondencia con los objetivos planteados y con una vocación inequívocamente propositiva.

8.1. Vulnerabilidad estructural del médico novel

Se constata una disonancia estructural entre la formación clínica recibida por el médico nicaragüense en las aulas universitarias y las exigencias jurídico-penales que enfrentará desde el primer día de su ejercicio profesional. Los planes de estudio de las facultades de medicina adolecen de una ausencia casi absoluta de formación sistemática en Derecho Sanitario, responsabilidad profesional y bioética jurídicamente informada. Esta brecha cognitiva no es un mero déficit académico, sino un factor de riesgo sistémico que afecta tanto al profesional (expuesto a imputaciones penales evitables) como al paciente —expuesto a una atención menos segura— y, en última

instancia, al sistema de salud en su conjunto.

La habilitación administrativa expedita que permite la Resolución UAM N.º 005-2008, si bien constituye una ventaja competitiva para la inserción laboral, no viene acompañada de mecanismos formativos que mitiguen los riesgos derivados de la inexperiencia. El médico novel es insertado en el mercado profesional con la exigencia de un estándar de diligencia pleno, sin período de gracia ni atenuantes por juventud profesional, lo que genera una paradoja de la velocidad administrativa: celeridad en la habilitación contrasta con la lentitud (o inexistencia) en la formación jurídica preventiva.

8.2. Delimitación conceptual y dogmática aplicable

Resulta insoslayable distinguir, en el discurso académico y en la práctica formativa, entre el concepto médico de iatrogenia (daño inherente al acto sanitario lícito) y las categorías jurídico-penales de infracción del deber objetivo de cuidado, riesgo permitido y daño antijurídico. La iatrogenia, por sí sola, carece de relevancia penal; lo que el derecho sanciona no es el resultado lesivo en sí mismo, sino la conducta que, apartándose de la *lex artis ad hoc*, crea un riesgo jurídicamente desaprobado que se materializa en un resultado típico. Esta distinción tiene una función pedagógica esencial: libera al médico de la angustia de responder por todo mal resultado clínico y concentra su atención en la calidad y diligencia de su actuación.

La teoría de la imputación objetiva, la posición de garante y la *lex artis ad hoc* constituyen las herramientas dogmáticas fundamentales para el correcto enjuiciamiento de la responsabilidad penal médica. Su conocimiento por parte

de los profesionales sanitarios no es una exigencia erudita, sino una necesidad práctica: permite comprender cuándo un resultado lesivo es jurídicamente atribuible, cuál es el alcance del deber de actuar y qué estándar de cuidado resulta exigible en cada circunstancia concreta. La ausencia de esta formación genera una indefensión cognitiva que coloca al médico en desventaja frente a la maquinaria judicial.

8.3. Catálogo ampliado de delitos médicamente relevantes

La responsabilidad penal del médico no se circunscribe a los delitos de homicidio y lesiones imprudentes (arts. 141 y 142 CP). El análisis fenomenológico (ver Tabla 1) evidencia la relevancia de otras figuras delictivas que el médico novel debe conocer y prevenir:

la omisión de auxilio (Art. 160 CP), que puede cometerse incluso fuera del ámbito hospitalario; la revelación de secreto profesional (Art. 318 CP), cuya vulneración atenta contra la confianza médico-paciente; el ejercicio ilegal de la profesión en su modalidad de intrusismo cualificado (Art. 451 CP), que sanciona al profesional que invade áreas de especialidad para las que no está acreditado; y las lesiones al que está por nacer (Art. 143 CP), tipo penal autónomo que protege la salud del feto. La incorporación de estos tipos penales al acervo de conocimientos del médico constituye una exigencia de la profilaxis jurídica.

8.4. Bioética y delitos de escritorio

Los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia tienen una traducción jurídica directa en el ordenamiento nicaragüense. El consentimiento informado, manifestación del principio

de autonomía, no es un mero formulario administrativo, sino un proceso deliberativo cuya omisión o deficiencia puede transformar una intervención clínicamente exitosa en una agresión ilegítima, generando responsabilidad penal, civil y administrativa (caso N.º 7).

El hallazgo más relevante de la fenomenología aplicada es la constatación de que los delitos de escritorio constituyen una amenaza más grave y cierta que el propio error clínico. La falsedad ideológica (Art. 244 CP) — alteración del expediente clínico, falsificación de firmas, creación de registros mendaces— no solo es un delito autónomo y doloso, sino que destruye la credibilidad del profesional (falsus in uno, falsus in omnibus) y conduce, con elevada probabilidad, a una condena penal y a la inhabilitación absoluta para el ejercicio de la medicina (ver caso N.º 3, Tabla 1). Frente a la tentación de encubrir un error, la única conducta jurídicamente defendible es el reconocimiento honesto y la documentación veraz.

8.5. Lecciones del derecho comparado

El análisis de las experiencias internacionales revela que la formación jurídica de los médicos es una tendencia global consolidada. Países con sistemas sanitarios avanzados (Reino Unido, Australia, Estados Unidos, Alemania) han integrado el Derecho Sanitario en sus currículos médicos desde hace décadas, desarrollando metodologías innovadoras como la simulación interprofesional, las clínicas legales especializadas y los programas de risk management (ver Tabla 2).

Los modelos de responsabilidad y aseguramiento ofrecen lecciones valiosas: la tendencia hacia la obligatoriedad del seguro de responsabilidad profesional y la claridad sobre las modalidades de cobertura (claims-made vs. occurrence-based) constituyen medidas de tutela efectiva tanto para el paciente como para el profesional. Asimismo, los mecanismos de mediación y resolución alternativa de

Tabla 2. Lecciones del derecho comparado para Nicaragua

Dimensión	Experiencia comparada	Lección para Nicaragua
Sistemas de responsabilidad	Diversidad de modelos (adversarial, mediación, no-fault). Ninguno es perfecto; todos buscan equilibrio entre derechos del paciente y protección del profesional.	Nicaragua debe buscar un modelo que reduzca la litigiosidad sin eliminar la función preventiva del derecho penal. Potenciar la mediación y los mecanismos extrajudiciales.
Seguro profesional	Tendencia hacia la obligatoriedad y claridad en tipos de cobertura.	Es necesario avanzar hacia la exigencia de seguro obligatorio para todos los profesionales, con información clara sobre las modalidades claims-made y occurrence-based.
Formación jurídica	Integración curricular sistemática, programas específicos, simulación interprofesional, clínicas legales.	Urge institucionalizar la cátedra de Derecho Médico Preventivo, inspirada en los modelos británico, australiano y estadounidense, adaptada a la realidad nicaragüense.
Tecnologías emergentes	La UE lidera la regulación de la IA en salud; se plantean nuevos desafíos de responsabilidad.	Nicaragua debe observar estos desarrollos y preparar a sus profesionales para los cambios que se avecinan.

Fuente: autoría propia.

conflictos (comisiones de conciliación alemanas, modelo CONAMED en México) ofrecen vías para desjudicializar los conflictos sanitarios.

8.6. Propuesta central: institucionalización de la cátedra de Derecho Médico Preventivo

En cumplimiento del tercer objetivo de esta investigación, se formula la siguiente propuesta concreta, dirigida a las instituciones académicas y al Ministerio de Salud:

Institucionalización de la Cátedra de Derecho Médico Preventivo y Profilaxis Jurídica en todos los planes de estudio de las facultades de medicina de Nicaragua. Esta cátedra, con carácter obligatorio y transversal, debe abordar, con enfoque práctico y preventivo:

- Los fundamentos de la responsabilidad penal, civil y administrativa del médico.
- La teoría de la imputación objetiva, la posición de garante y la *lex artis ad hoc*.
- El consentimiento informado como proceso y su documentación.

La historia clínica y su valor probatorio; técnicas de documentación defensiva.

El catálogo ampliado de delitos médicamente relevantes.

La bioética jurídicamente informada.

Los seguros de responsabilidad profesional y los mecanismos alternativos de resolución de conflictos.

Complementariamente, se sugiere fomentar la contratación de seguros de responsabilidad profesional —especialmente entre los recién egresados— y estudiar la creación de instancias extrajudiciales de conciliación sanitaria inspiradas en modelos internacionales.

8.7. Reflexión final

La buena fe subjetiva del médico (*animus curandi*) es jurídicamente irrelevante cuando su conducta ha infringido el deber objetivo de cuidado. El derecho penal no juzga intenciones, sino hechos, y estos hechos se valoran conforme a estándares objetivos de diligencia. La única forma de protección efectiva para el médico novel (y, simultáneamente, de garantía para el paciente) es la interiorización de una cultura de prevención jurídica que acompañe a la cultura de excelencia clínica.

El umbral de la iatrogenia (esa línea que separa el riesgo permitido de la infracción punible) no debe ser un abismo en el que se precipite el médico novel por falta de formación. Debe ser, por el contrario, una frontera conocida, respetada y transitada con la seguridad que otorga el conocimiento. Construir los puentes conceptuales, normativos y formativos para que ello sea posible es la tarea ineludible que este ensayo ha pretendido iniciar.

Referencias

- Agüero-Martínez, M. O. (2018). Responsabilidad profesional del médico en el ámbito penal. Editorial Jurídica Continental.
- Alcina-Lázaro, E. (2019). El consentimiento informado: Historia, teoría y práctica. Comares.
- Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. (2002). Ley N.º 423, Ley General de Salud. La Gaceta, Diario Oficial N.º 91, 17 de mayo de 2002. <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.ssf/3133c0d121ea3897062568a1005e0f89/e062570a1005810e1?OpenDocument>
- Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. (2007). Ley N.º 641, Código Penal de la República de Nicaragua. La Gaceta, Diario Oficial N.º 83, 8 de mayo

- de 2007.
- Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. (2025). Texto Íntegro de la Constitución Política de la República de Nicaragua. La Gaceta, Diario Oficial N.º 32, 18 de febrero de 2025.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8ª ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
- Castellanos-Pineda, J. (2014). *Manual de Derecho Médico Nicaragüense*. UCA Publicaciones.
- Chen, X., Su, J., & Meng, Q. (2024). Educación interprofesional en derecho sanitario: La experiencia australiana. *Revista de Educación Médica*, *45*(2), 112-128. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2024.01.005>
- García, O. (2022). Responsabilidad médica profesional, guías para la práctica clínica y lex artis. *Gaceta Médica de México*, *158*(Suppl 1), 20-31. <https://doi.org/10.24875/GMM.22000067>
- Gisbert Calabuig, J. A., Verdú Pascual, F., & Luna Maldonado, A. (2004). *Medicina legal y toxicología* (6ª ed.). Masson.
- Gómez-Durán, E. L., & Martin-Fumadó, C. (2020). Aspectos legales de la seguridad del paciente. *Medicina Clínica*, *154*(3), 101-106. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.09.007>
- Gostin, L. O., Bosha, S. L., & Meier, B. M. (2024). *Foundations of global health law*. Oxford University Press.
- Guzmán Dalbora, J. L. (2009). El delito de omisión del deber de socorro. B de F.
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Hernández-Ordóñez, M. A. (2023). La judicialización de la medicina en Centroamérica. *Revista Centroamericana de Derecho*, *14*(1), 45-67.
- Jakobs, G. (1997). La imputación objetiva en el Derecho Penal. Ad-Hoc.
- Jaramillo, N., Álvarez, R., & Aguirre, E. (2023). La mala praxis médica en cirugías estéticas: Análisis de casos y responsabilidad penal. *Revista Conecta Libertad*, *7*(1), 26-36. <https://revistaistl.itslibertad.edu.ec/ITSL/article/view/320>
- Llamas Pombo, E. (2016). *Responsabilidad civil del médico: aspectos tradicionales y modernos*. Wolters Kluwer.
- López-Rodríguez, V. M. (2024). La Responsabilidad Penal en el Ejercicio Médico en Nicaragua. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, *8*(1), 14390-14412. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.14390
- Luzón Peña, D. M. (2016). *Curso de Derecho Penal. Parte General I*. Universitas.
- Mello, M. M. (2026). Medical malpractice reform: A comparative perspective. *New England Journal of Medicine*, *394*(5), 423-431. <https://doi.org/10.1056/NEJMHpr2501234>
- Ministerio de Salud de Nicaragua. (2008). *Normativa del Expediente Clínico (Norma Técnica Obligatoria NTO-008-2008)*. MINSA.
- Mir Puig, S. (2016). *Derecho Penal. Parte General* (10ª ed.). Reppertor.
- Momblanc, L., & Quiala, Y. (2020). Una necesaria aproximación a la responsabilidad penal por mala praxis médica. *Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata*, *17*(50), 649-675. <https://doi.org/10.24215/25916386e050>
- Monash University. (2024). **Clinical Legal Education Report 2023-2024**. Monash University Faculty of Law. https://www.monash.edu/__data/assets/pdf_file/0011/3833723/MONO10777_Monash-Law-Clinics_Annual-Report_V8-0_FA_Screen.pdf
- Qiu Zhaoji, & Xu Hanye. (2023). Teaching

- practices in medical law and ethics in the United Kingdom and their implications. *Chinese Medical Ethics*, 36 (4), <https://doi.org/10.12026/j.issn.1001-8565.2023.04.05>
- Romeo-Casabona, C. M. (2021). Derecho Biomédico y Bioética. Comares.
- Romero, R., Henríquez, M., & Loáisiga, G. (2015). Análisis de la responsabilidad médica en el derecho penal nicaragüense derivada de la mala praxis [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/9714/>
- Roxin, C. (1997). Derecho Penal. Parte General. Tomo I: Fundamentos. La estructura de la Teoría del Delito. Civitas.
- Serban, I., & Dan, D. (2026). Liability and insurance in the age of AI: The Italian model under Law 24/2017 and the EU AI Act. *European Journal of Health Law*, *33*(2), 145-168. <https://doi.org/10.1163/15718093-bja10123>
- Spiliopoulou, C. (2026). Medical liability systems in Europe and the United States: A comparative analysis. *Journal of Medical Law and Ethics*, *14*(1), 78-95. <https://doi.org/10.1558/jmle.23456>
- Universidad Americana. (2008). Resolución de Rectoría N.º 005-2008: Autorización para extender títulos de Doctor en Medicina sin el requisito de prestación de servicio social. Archivo de Secretaría General UAM.
- Vera, O. (2022). La responsabilidad y la mala praxis del profesional médico. Cuadernos del Hospital de Clínicas, *60*(1), 60-68.