

ARTÍCULO ORIGINAL

LA PRAXIS MÉDICA Y SUS RIESGOS JURÍDICOS EN PARAGUAY ANTE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LAS DEFICIENCIAS DEL SISTEMA SANITARIO.

Medical Practice and Its Legal Risks in Paraguay: Professional Liability, Patient Safety, and Healthcare System Deficiencies

DOI: <https://doi.org/10.65740/ex4h8816>

Guillermo Agustín Brítez Mercado

Universidad Americana, Facultad de Ciencias Jurídicas. Asunción, Paraguay.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9835-4838>

gbritez.merca22@gmail.com

Resumen

La praxis médica constituye una actividad profesional particularmente expuesta a los riesgos jurídicos, debido a que sus decisiones inciden directamente sobre viene fundamentales tales como la vida, la integridad física y la salud. Sin embargo, la producción de un resultado adverso durante la atención sanitaria no permite por sí sola determinar la existencia de responsabilidad profesional, pues el ejercicio de la medicina se desarrolla en condiciones de incertidumbre clínica, variabilidad biológica y la disponibilidad desigual de recursos humanos, tecnológicos y asistenciales. El presente estudio analiza los principales riesgos jurídicos derivados de la praxis médica en la República del Paraguay, con especial énfasis en la responsabilidad civil, penal, administrativa y ética del o la profesional médico/a, así como de la incidencia que pueden tener la deficiencias institucionales y estructurales del sistema sanitario sobre la producción del daño. La investigación corresponde a un estudio jurídico – documental con enfoque cualitativo, diseño no experimental y alcance descriptivo – explicativo. Se examinan legislación paraguaya, jurisprudencia nacional, doctrina especializada, norma sanitaria y literatura científica vinculada con responsabilidades profesionales y seguridad del paciente, incorporándose además cuestiones de derecho comparado. El análisis parte desde la necesidad de diferenciar el evento adverso, la complicación inherente del procedimiento y la conducta del profesional que sea jurídicamente reprochable. Se consideran particularmente la ley del arte o *lex artis*, la competencia profesional, el consentimiento informado, la historia clínica, el error diagnóstico, la disponibilidad efectiva de medios, la interconsulta y derivación de pacientes, la distribución de responsabilidades dentro del equipo sanitario y las condiciones en las que se encuentra la institución donde se desarrolla el acto médico. Se sostiene que la valoración jurídica de la praxis médica debe contemplar no solo la relación entre el médico y el paciente, sino también la participación de la institución sanitaria y del propio sistema de salud cuando las condiciones estructurales inciden sobre la posibilidad real de proporcionar una atención médica adecuada. Es por eso que la documentación de la actuación profesional, el reconocimiento de los límites de competencia del profesional, la información brindada al paciente y la formación médico legal continua constituyen instrumentos relevantes tanto para la seguridad del paciente como para la seguridad jurídica del profesional médico. Se propone como cierre del presente artículo, mecanismos preventivos orientados al fortalecimiento de la formación médico – legal durante las residencias y especializaciones, la actualización periódica en materia de praxis médica y responsabilidad profesional y el perfeccionamiento de los mecanismos documentales destinados a acreditar la información y comprensión del paciente.

Palabras clave: medicina legal; praxis médica; responsabilidad medica; responsabilidad penal; mala praxis; seguridad del paciente; *lex artis*; Paraguay.

Abstract

Medical practice is a professional activity particularly exposed to legal risks, as medical decisions directly affect fundamental rights and interests such as life, physical integrity, and health. However, the occurrence of an adverse outcome during healthcare delivery does not, in itself, establish professional liability, since the practice of medicine takes place under conditions of clinical uncertainty, biological variability, and unequal availability of human, technological, and healthcare resources. This study analyzes the main legal risks arising from medical practice in the Republic of Paraguay, with particular emphasis on the civil, criminal, administrative, and ethical liability of medical professionals, as well as on the impact that institutional and structural deficiencies within the healthcare system may have on the occurrence of harm. The research adopts a legal-documentary

Cómo citar: Brítez Mercado, G.A. (2026). La praxis médica y sus riesgos jurídicos en Paraguay ante la responsabilidad profesional, la seguridad del paciente y las deficiencias del sistema sanitario. *Revista de Investigación en Salud Pública*, 1, 193–207. <https://doi.org/10.65740/ex4h8816>

Editor responsable: Sergio David González Ayala, Posgrado Columbia, Asunción, Paraguay, risalp@posgradocolumbia.edu.py

Derechos de autor: ©2026 Guillermo Agustín Brítez Mercado. El autor conserva los derechos de autor.

Licencia: Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

methodology with a qualitative approach, a non-experimental design, and a descriptive-explanatory scope. Paraguayan legislation, national case law, specialized legal doctrine, healthcare regulations, and scientific literature related to professional liability and patient safety are examined, together with selected elements of comparative law. The analysis is based on the need to distinguish among adverse events, complications inherent to medical procedures, and professional conduct that may be legally attributable or subject to liability. Particular consideration is given to the **lex artis**, professional competence, informed consent, medical records, diagnostic errors, the effective availability of resources, consultation and patient referral, the allocation of responsibilities within healthcare teams, and the conditions of the healthcare institution in which medical care is provided. The study argues that the legal assessment of medical practice should consider not only the physician–patient relationship but also the role of healthcare institutions and the healthcare system itself when structural conditions affect the actual possibility of providing adequate medical care. Accordingly, proper documentation of professional conduct, recognition of the limits of professional competence, adequate information provided to patients, and continuing medico-legal education constitute relevant safeguards for both patient safety and the legal protection of medical professionals. The article concludes by proposing preventive mechanisms aimed at strengthening medico-legal education during residency and specialization programs, ensuring periodic training on medical practice and professional liability, and improving documentation procedures designed to demonstrate that patients have been adequately informed and have understood the information provided.

Keywords: forensic medicine; medical practice; medical liability; criminal liability; medical malpractice; patient safety; *lex artis*; Paraguay.

1. Introducción

El ejercicio de la medicina se desarrolla en un espacio particularmente sensible para el derecho, debido a que las decisiones adoptadas por los profesionales de la salud pueden producir consecuencias directas sobre la vida, la integridad física y la salud de las personas. El desarrollo científico y tecnológico ha incrementado considerablemente las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, pero en simultáneo ha aumentado la complejidad de la atención y las necesidades de establecer mecanismos destinados a prevenir los daños evitables.

La seguridad del paciente, por tanto, constituye actualmente un problema sanitario mundial. La organización mundial de la salud (OMS) estima que uno de cada diez pacientes experimenta algún daño durante la atención sanitaria y que más de la mitad de esos daños son prevenibles (Organización mundial de la Salud [OMS], 2023). Entre sus causas se encuentran los errores diagnósticos, los errores relacionados con medicamentos y los procedimientos quirúrgicos, entre otros. (OMS, 2023)

Sin embargo, el análisis contemporáneo de la seguridad del paciente ha evolucionado desde un modelo centrado solamente en identificar y responsabilizar al individuo hacia otro que también examina los procesos y las estructuras dentro de las cuales trabajan los profesionales. La OMS reconoce expresamente que numerosos errores que producen daño no derivan exclusivamente de la conducta de un trabajador sanitario, sino que de fallas sistemas y procesos (OMS, 2023), sin que ello implique excluir la responsabilidad correspondiente cuando efectivamente existe negligencia profesional.

Esta distinción adquiere particular importancia en los sistemas de salud donde el médico puede encontrarse obligado a adoptar decisiones clínicas en contextos caracterizados por limitaciones materiales, dificultades de acceso a determinados métodos auxiliares de diagnóstico, ausencia circunstancial de especialistas o restricciones institucionales. La existencia de estas condiciones no debería de constituir una justificación automática para una actuación de tipo profesional deficiente, pero tampoco resulta razonable analizar la conducta del médico prescindiendo de las circunstancias reales en las cuales el acto asistencial fuese realizado.

El análisis jurídico de un resultado adverso requiere distinguir entre aquello que se encontraba efectivamente bajo el control del médico y aquello que dependía de otros integrantes del equipo de salud, de la institución o del propio sistema de salud.

El ordenamiento jurídico paraguayo contiene diversas posiciones aplicables al ejercicio de las profesiones sanitarias. El código sanitario establece requisitos para el ejercicio profesional y presenta al Ministerio de Salud Pública y Bienestar social como institución que debe mantener un sistema permanente de registro de recursos humanos para la salud y exigir la actualización periódica de sus conocimientos profesionales (Ley n.º 836/1980, art. 212).

Paralelamente, la jurisprudencia paraguaya ha reconocido la relevancia de la ley del arte o *Lex Artis* en la valoración de la conducta médica. La Corte Suprema de Justicia ha señalado, entre otros muchos aspectos, que la curación no constituye en todos los casos un resultado necesariamente debido y que el incumplimiento o cumplimiento deficiente del deber de la información puede constituir aun una vulneración de la *lex artis* susceptible de generar responsabilidad civil. (Corte Suprema de Justicia, Acuerdo y Sentencia N.º 53/2019).

De esta manera resultado adverso y responsabilidad jurídica no constituyen conceptos equivalentes. La determinación de la responsabilidad exige analizar las circunstancias de la actuación, la conducta desplegada por el profesional, los conocimientos que puedan ser razonablemente exigibles al profesional, los recursos que están disponibles, la información proporcionada al paciente en el lenguaje que domine el paciente y la relación causal existente entre la conducta cuestionada y el daño producido.

Por lo tanto, el presente trabajo propone analizar la praxis médica mediante una relación triangular:

Médico – Paciente – Institución/Sistema Sanitario

Este modelo pretende evitar que todo resultado adverso sea atribuido única y automáticamente al profesional que mantiene contacto con el paciente, permitiendo identificar que sujeto, entre estos, poseía capacidad efectiva para controlar el riesgo que finalmente se materializó.

Esta idea tiene además una coincidencia interesante con el enfoque sistémico contemporáneo de seguridad del paciente desarrollado por la OMS, que considera los marcos jurídicos, la formación de los trabajadores de la salud, los sistemas de notificación y aprendizaje y la participación de los pacientes (OMS, 2024).

La presente investigación tiene como objetivo general analizar los principales riesgos jurídicos derivados del ejercicio de la medicina en la República del Paraguay, identificando los presupuestos de responsabilidad profesional y la incidencia que puede ejercer las condiciones institucionales sobre dicha responsabilidad, así como los mecanismos preventivos capaces de fortalecer simultáneamente la seguridad del paciente y la seguridad jurídica del profesional médico.

A partir de este objetivo se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los principales riesgos jurídicos derivados de la praxis médica en la República del Paraguay y de qué manera deben delimitarse la responsabilidad individual del profesional y aquella responsabilidad eventual atribuible a las condiciones institucionales o sistémicas en las cuales se desarrolla el acto médico?

3. Metodología

Se trata de un artículo cualitativo, de tipo análisis jurídico - documental, con alcance descriptivo-explicativo, centrado en el análisis de los principales riesgos jurídicos derivados de la praxis médica en la República del Paraguay, considerando las distintas formas de responsabilidad profesional y la incidencia de las condiciones institucionales y sistemáticas en las que se desarrolla el acto médico.

Para la recolección de la información se realizó una revisión documental de la legislación paraguaya vigente, incluyendo disposiciones constitucionales, sanitarias, civiles y penales relacionadas al ejercicio de las profesiones de la salud y la responsabilidad derivada de la atención médica.

Así mismo se examinaron resoluciones y disposiciones administrativas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social vinculadas con la historia clínica, el consentimiento informado, la habilitación profesional y la seguridad del paciente.

El análisis de la jurisprudencia paraguaya comprendió resoluciones de la Corte Suprema de Justicia relacionadas con responsabilidad médica, medicina legal, seguridad del paciente, error médico y gestión del riesgo sanitario. Se priorizaron publicaciones académicas, documentos de organismos oficiales y literatura científica reciente, sin excluir fuentes anteriores teniendo en cuenta su relevancia normativa, jurisprudencial o doctrinal cuando resultara necesaria para la comprensión del objeto en estudio.

Se incorporaron documentos y lineamientos de organismos internacionales, particularmente de la Organización Mundial de la Salud, relacionados a la seguridad del paciente, eventos adversos, prevención del daño y análisis sistemático de los riesgos asistenciales.

Con relación a la metodología comparativa empleada en investigaciones precedentes, se efectuó un análisis jurídico comparado con Argentina, Brasil y Chile orientado a identificar semejanzas y diferencias en el tratamiento de la responsabilizada profesional médica, la seguridad del paciente y los mecanismos destinados a prevenir o resolver conflictos derivados de la atención sanitaria.

Todos los datos obtenidos fueron examinados mediante técnicas de interpretación jurídica, análisis doctrinal, jurisprudencial y comparación normativa. A partir de estas fuentes se analizaron especialmente la diferenciación entre resultado adverso, complicación, error médico y conducta profesional jurídicamente reprochable; la delimitación de responsabilidades entre los integrantes del equipo de salud y la eventual incidencia de las deficiencias institucionales sobre la atribución de responsabilidad individual al profesional médico.

La investigación incorpora una perspectiva médico – jurídica orientada a formular propuestas preventivas destinadas a fortalecer la seguridad del paciente y la seguridad jurídica del profesional, observando durante todo el proceso principios de integridad académica, trazabilidad de las fuentes utilizadas y una adecuada citación conforme a las normas APA vigentes.

4. Resultados

El ejercicio de la medicina en la Republica del Paraguay está regulado por disposiciones constitucionales, sanitarias, civiles y penales, en lo que respecta a las obligaciones vinculadas a la prestación de servicios de salud como también las consecuencias derivadas de la actuación profesional que jurídicamente conlleve reproche. La constitución nacional reconoce al acceso a la salud como un derecho constitucional fundamental y atribuye al estado su protección y su promoción, estableciendo la organización de un sistema nacional de salud basado en la coordinación de programas y recursos públicos y privados (Constitución de la Republica del Paraguay, 1992, arts. 68 - 69).

A nivel de normativa sanitaria, la Ley N.º 836/1980 establece cuales son los requisitos para el ejercicio de las profesiones de la salud y menciona entre ellos la posesión de un título habilitante y su registro ante la autoridad reguladora sanitaria. Así también, dispone de la actualización periódica de los conocimientos profesionales y contempla consecuencias administrativas ante determinadas conductas catalogadas negligentes como el abandono del paciente o el incumplimiento de deberes profesionales (Ley N.º 836/1980, arts. 212, 214 – 215 y 307)

Con relación a la responsabilidad civil, esta encuentra sustento en el Código Civil paraguayo que establece la obligación de responder por el daño ocasionado por dolo o culpa y vincula además a esta última con la omisión de las diligencias exigibles según la naturaleza de la obligación y/o las circunstancias de las personas, el tiempo y el lugar. Además, regula la obligación de reparar los daños derivados de actos ilícitos (Ley N.º 1183/1985 arts. 421 y 1833 – 1835). Este apartado adquiere particular relevancia en la actividad médica, ya que la existencia de limitaciones institucionales no puede interpretarse por si sola como causa automática de exoneración de responsabilidad.

En materia del derecho penal, la legislación paraguaya permite que determinadas actuaciones medicas culposas adquieren relevancia cuando produzcan lesiones o muerte del paciente y que concurren los presupuestos necesarios para la atribución con reproche penal del resultado del acto médico. El código penal contempla al homicidio culposo, la lesión culposa, la lesión grave y otros, sin establecer un tipo penal individualizado como “mala praxis médica” propiamente (Ley N.º 1160/1997, arts. 17, 107 y 113; Ley N.º 3440/2008; Ley N.º 6771/2021)

De aquí se desprende que la responsabilidad por la praxis medica no constituye una categoría jurídica única, sino que puede proyectarse sobre diferentes ámbitos según la naturaleza de la conducta y de sus respectivas consecuencias. Por tanto, la simple existencia de un resultado adverso no permite determinar la responsabilidad del profesional, sin o que requiere ampliar el espectro de investigación valorando la conducta del mismo con relación al requerimiento situacional, la diligencia asumida, la competencia profesional, los medios disponibles, la relación causal y las circunstancias concretas en las cuales se desarrolló el acto médico.

Cabe resaltar que las condiciones institucionales en las cuales se desarrolla el acto médico adquieren significativa relevancia para la valoración jurídica de la conducta profesional. La falta de recursos no debería justificar una actuación médica negligente o temeraria; sin embargo, tampoco puede atribuirse automáticamente al profesional medico la consecuencia de una deficiencia cuya prevención o solución se encontraba fuera de la capacidad de controlar.

Análisis comparado regional

El análisis comparado con Argentina, Brasil y Chile permite poner en manifiesto que las regulaciones contemporáneas de la praxis médica en la región se orientan progresivamente hacia un modelo que combina a la responsabilidad individual del profesional con la protección de la autonomía del paciente y la seguridad de la atención medica provista por la institución sanitaria.

En Argentina, la Ley N.º 26.529 regula específicamente los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud, y desarrolla de manera expresa la autonomía de la voluntad, la información sanitaria, la historia clínica

y el consentimiento informado. Esta norma, exige que la información proporcionada por los profesionales sea clara, precisa y adecuada, e impone como regla general la obtención de un consentimiento previo al acto médico – sanitario, estableciendo además aquellos actos que deben instrumentarse por escrito (Ley N.º 26.529/2009, art. 1, 5 – 7). El Código Civil y Comercial refuerza aún más esta protección mediante la regulación específica del consentimiento informado para los diferentes actos médicos (Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, 2014, art. 59).

En Brasil la responsabilidad profesional está vinculada a las reglas de la responsabilidad civil como a las disposiciones éticas que son específicas a la profesión médica. El Código de Ética Médica prohíbe causar daños al paciente por impericia, imprudencia o negligencia y establece expresamente que la responsabilidad medica es personal y no puede presumirse (Conselho Federal de Medicina, 2018, Capítulo I, art. XIX). Además, el sistema de salud brasileño desarrollo una regulación específica de seguridad del paciente mediante el Programa Nacional de Segurança do Paciente y la RDC N.º 36/2013 de ANVISA, que impone a establecimientos sanitarios la creación de núcleos de seguridad, planes de gestión de riesgos y sistemas de vigilancia y notificación de eventos adversos (Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria [ANVISA], 2013).

En Chile la Ley N.º 20.584 regula los derechos y los deberes de las personas con respecto a la atención medica – sanitaria y resulta aplicable tanto a prestadores del sector público como del sector privado. Un aspecto especialmente relevante a destacar para la presente investigación es que reconoce expresamente el derecho del paciente a que los profesionales y los prestadores institucionales cumplan las normas y protocolos relativos a seguridad y calidad de la atención. La legislación chilena además contempla el derecho a recibir información sobre la ocurrencia de eventos adversos, introduciendo en la norma de manera particularmente clara el eslabón institucional en la seguridad del paciente, y no solamente la responsabilidad del profesional medico (Ley N.º 20.584/2012, arts. 1 - 4).

La comparación evidencia que los tres países han desarrollado instrumentos que trascienden la consideración aislada de la conducta medica sin sacarla del centro, pero amplia el espectro de valoración al momento del análisis de las responsabilidades. Argentina ha fortalecido especialmente la autonomía, la información y la documentación clínica; Brasil presenta un desarrollo normativo relevante con base en la gestión institucional del riesgo y seguridad del paciente y Chile integra expresamente dentro de los derechos del paciente el cumplimiento de estándares y protocolos de seguridad por parte de los profesionales médicos y también de las instituciones sanitarias.

Frente a estos modelos regionales, el ordenamiento normativo paraguay permite identificar delineamientos jurídicos relativos a la responsabilidad profesional, el consentimiento informado y la seguridad sanitaria, pero presenta una regulación por lo demás dispersa. Esta circunstancia puede dificultar un límite claro entre los daños atribuibles a la conducta individual del médico y aquellos que están relacionados a las deficiencias organizacionales, la limitación de recursos para ejercer la praxis médica o inclusive, las fallas institucionales. La experiencia comparada por tanto sugiere la conveniencia de fortalecer en Paraguay un enfoque normativo integrativo de manera mucho más explícita la responsabilidad profesional con la gestión institucional de los riesgos asistenciales.

Fundamentos teóricos y doctrinales

La responsabilidad derivada de la praxis médica debe analizarse desde la deontología médica, a partir del deber de diligencia exigible al profesional y de su adecuación a la *lex artis ad hoc*. Este concepto refiere al conjunto de normas, reglas, conocimientos, experiencia y criterios técnicos aplicables a una actuación médica determinada, considerando cada particularidad en forma independiente en cada caso concreto. En la doctrina paraguaya, Benítez Cabrera sostiene que pueden existir diversas alternativas terapéuticas técnicamente validas y que corresponde al profesional medico seleccionar aquella que considere adecuada conforme a los conocimientos científicos disponibles y a las circunstancias particulares del paciente (Benítez Cabrera, 2017).

La jurisprudencia paraguaya vincula igualmente la responsabilidad medica con el cumplimiento de la *lex artis*. La Corte Suprema de Justicia ha señalado que, tratándose generalmente de una obligación de medios, el profesional debe desplegar una conducta diligente conforme los estándares exigibles para el caso concreto, sin que la ausencia del resultado esperado determine automáticamente la existencia de responsabilidad (Corte Suprema de Justicia, Acuerdo y Sentencia N.º 53/2019).

Desde dicha perspectiva, resulta necesario el poder distinguir entre un resultado adverso, una complicación y una mala praxis. Un resultado desfavorable puede resultar aun cuando la actuación del médico haya conllevado la correcta técnica, mientras que una mala praxis supone una conducta profesional que se aparta injustificadamente del deber de cuidado mediante negligencia, impericia o imprudencia y que esto guarde relación jurídicamente relevante con el daño ocasionado. La doctrina paraguaya ha destacado precisamente que no basta con la mera existencia de un daño para configurar responsabilidad, sino

que debe analizarse el apareamiento de las reglas de actuación profesional y su vinculación con el resultado producido (Benítez Cabrera, 2017).

Este análisis toma particular importancia en materia penal. González Macchi sostiene que la atribución de un resultado dañoso requiere algo más que una relación causal puramente material, debiéndose determinar si el profesional creó un riesgo jurídicamente desaprobado y si su conducta infringió el deber objetivo de cuidado. Desde una valoración *ex ante*, una actuación médica ajustada a los estándares profesionales no debería transformarse en ilícita únicamente posteriormente se haya producido un resultado desfavorable (González Macchi, 2017).

Esta valoración que menciono *ex ante*, resulta especialmente relevante en medicina, porque la propia conducta profesional debe analizarse desde la información recabada, los signos clínicos resultados de la semiología médica clínica y quirúrgica, los conocimientos y los recursos que se disponen efectivos al momento de tomar una decisión, y no solamente a partir del conocimiento retrospectivo del desenlace. De lo contrario, existe un mayor riesgo de juzgar como evidente una situación clínica que no necesariamente lo era cuando el profesional debió decidir.

La teoría contemporánea de seguridad del paciente amplía el análisis más allá de la conducta individual. La propia Organización Mundial de la Salud sostiene que gran parte de los errores que producen daño se relacionan con fallas en los procesos y sistemas asistenciales, promoviendo un enfoque orientado a identificar casos organizacionales de error, o problemas de comunicación, o deficiencias de los procesos y de las condiciones de trabajo. Este modelo no elimina la responsabilidad individual cuando existe negligencia o una conducta profesional inadecuada, pero evita interpretar todo evento adverso exclusivamente desde una lógica de culpa del profesional médico (OMS, 2023).

En consecuencia, la valoración jurídica de la praxis médica puede comprenderse a partir de una relación triangular médico, paciente, institución sanitaria. La identificación de la responsabilidad debería considerar quién poseía capacidad efectiva para conocer, prevenir o controlar el riesgo que finalmente se materializó. El médico responde por las decisiones y actuaciones asumidas dentro de su esfera de responsabilidad profesional; sin embargo, existen determinadas fallas de infraestructura, organización disponibilidad de recursos o funcionamiento institucional que requieren un análisis diferenciado cuando exceden razonablemente su capacidad de intervención.

Finalmente, los protocolos y las guías clínico – quirúrgicas constituyen instrumentos de especial importancia para valorar las conductas profesionales, pero estas no deberían de interpretarse de manera absolutamente mecánica. Las guías funcionan como parámetros técnicos capaces de orientar simultáneamente las características individuales de un paciente y las circunstancias concretas de su asistencia. La literatura jurídica reciente continúa señalando que la sola desviación de un protocolo no necesariamente configura por sí mismo una infracción de la *lex artis* (Aedo-Barrena, Cristian. 2026).

Principales riesgos jurídicos derivados de la praxis médica.

La actividad médica consuetudinaria se desarrolla en un contexto de incertidumbre en el cual la aparición de un resultado desfavorable no constituye por sí sola evidencia de una actuación profesional jurídicamente reprochable. La variabilidad individual de pacientes, la evolución propia de las patologías y la posibilidad de complicaciones inherentes a procedimientos diagnósticos o terapéuticos obligan a diferenciar el evento adverso, la complicación y el error médico de la mala praxis como se mencionó en marras. La Organización Mundial de la Salud identifica entre las principales fuentes de daño evitable, los errores diagnósticos y de medicación, las intervenciones quirúrgicas inseguras, las infecciones asociadas a la atención médica y los errores de identificación de los pacientes (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Desde la perspectiva jurídica la existencia del daño debe analizarse conjuntamente con la conducta desarrollada por el profesional. La jurisprudencia paraguaya ha considerado que, en las obligaciones de medios, adquiere particular importancia demostrar que el médico actuó diligentemente y conforme al arte médico aplicable a cada caso concreto. De esta forma, el análisis de la responsabilidad requiere reconstruir las circunstancias existentes al momento de la actuación y determinar si la conducta profesional se adecuó o no al estándar razonablemente exigible (Corte Suprema de Justicia, Acuerdo y Sentencia N.º 53/2019).

La medicina se apoya en evidencia científica, en resultados estadísticos, en experiencia clínica y en evaluación de la biología individual de cada paciente, sin embargo, estos conocimientos se aplican a cada individuo biológicamente único. Por ello, la ausencia del resultado esperado no puede ser interpretado retrospectivamente como un error o una actuación incorrecta. La valoración jurídica debe determinar qué información poseía el profesional al momento de decidir, que alternativas razonables disponía en su consideración y si utilizó adecuadamente los medios que se encontraban a su disposición.

El error diagnóstico como fuente de riesgo jurídico

El diagnóstico médico constituye uno de los momentos más importantes en la actuación médica, debido a que condiciona las decisiones terapéuticas posteriores del paciente. Sin embargo, un diagnóstico incorrecto tampoco equivale necesariamente a una mala praxis. La OMS reconoce al error diagnóstico como un problema relevante de seguridad del paciente y estima que puede presentarse entre el 5% y el 20% de las interacciones entre médicos y pacientes, no obstante, estas cifras corresponden a estimaciones internacionales y no deben interpretarse como prevalencia específica en la República del Paraguay (OMS, 2023).

Esta valoración jurídica del error en el diagnóstico debería considerar la calidad de la anamnesis y del examen físico, las hipótesis diagnósticas razonables a ser formuladas, los métodos auxiliares de diagnóstico solicitados, la correcta interpretación de los mismos y aún más, la posibilidad de acceder a estos estudios auxiliares de diagnóstico. No resulta equivalente un diagnóstico inicialmente incorrecto luego de una evaluación clínica adecuada y frente a una presentación atípica de la enfermedad, que aquel producido por una anamnesis insuficiente, la omisión injustificada del examen clínico o una dependencia irreflexiva e injustificada de los métodos auxiliares de diagnóstico.

Esta diferenciación permite además identificar una tercera situación particularmente relevante para la realidad asistencial: aquella en la que el profesional reconoce correctamente la necesidad de un estudio diagnóstico, una interconsulta o un procedimiento, pero el paciente no puede acceder al mismo de forma oportuna por razones que exceden la capacidad de resolución del médico. En estos casos, la determinación de la responsabilidad exige individualizar quien poseía capacidad efectiva para controlar el riesgo y que medidas se adoptaron por parte del profesional médico ante las limitaciones existentes.

Competencia profesional y reconocimiento de los propios límites

La *lex artis* presupone no solamente conocimientos técnicos, sino también la capacidad profesional para reconocer los propios límites de competencia. La doctrina paraguaya entiende la *lex artis* como una regla que permite valorar si una actuación profesional se ajustó a aquello que correspondía en el caso concreto (González Macchi, 2017).

El profesional debe reconocer sus límites antes de asumir voluntariamente una actuación para la cual no está debidamente preparado o no cuenta con preparación suficiente. Esta situación debe diferenciarse del hallazgo inesperado de una alteración que excede su propio campo de experiencia. Ante esta última circunstancia, la conducta prudente consiste en describir objetivamente lo observado, evitar conclusiones que excedan la propia competencia y recomendar la valoración por un especialista competente.

Este criterio adquiere especial importancia cuando el profesional se encuentra ante patologías o procedimientos que requieren conocimientos altamente especializados. La solicitud de interconsulta o derivación no debería de concluirse como una expresa manifestación de incapacidad profesional, sino como una herramienta de protección del paciente y de adecuada delimitación de las responsabilidades dentro del proceso asistencial.

Deficiencias institucionales y disponibilidad de recursos

Uno de los problemas más complejos que aparece es cuando el profesional identifica la conducta médica indicada, pero carece de los recursos necesarios para ejecutarla. Desde la perspectiva de la seguridad del paciente, los errores no dependen exclusivamente de actuaciones individuales. La OMS reconoce que factores sistémicos como procesos deficientes, problemas de organización, limitaciones del entorno de trabajo y disponibilidad insuficiente de personal pueden intervenir proactivamente en la producción del daño. En materia de medicamentos, por ejemplo, identifica expresamente factores humanos y debilidades de los sistemas que pueden afectar las etapas de prescripción, dispensa, administración y seguimiento (OMS, 2024).

La insuficiencia de recursos institucionales no debería constituir una autorización para ejercer una medicina temeraria, pero tampoco resulta razonable atribuir automáticamente al profesional las consecuencias de una deficiencia de la que no tenga capacidad de solucionar. Ante la ausencia de un recurso necesario, adquiere especial importancia tres conductas preventivas: documentar la limitación en la historia clínica, comunicarla formalmente a la institución e informar al paciente o sus responsables acerca de la relevancia y de las alternativas disponibles.

Este planteamiento permite distinguir entre la existencia de una deficiencia estructural y la respuesta individual del profesional frente a ella. Incluso cuando el médico no haya generado la limitación institucional, su responsabilidad podría requerir el análisis para determinar si fue reconocido oportunamente el riesgo y si se adoptaron las medidas razonablemente disponibles, si se solicitó la derivación o la interconsulta necesaria y si se dejó adecuada constancia de estas circunstancias.

Consentimiento informado y documentación clínica

El consentimiento informado constituye una manifestación de la real autonomía del paciente, de su margen de seguridad en la toma de decisiones sobre su propia integridad por lo que no debe reducirse a una simple obtención de una firma. La

reglamentación sanitaria paraguaya lo reconoce como un proceso de comunicación mediante el cual el profesional médico proporciona información veraz y precisa sobre el procedimiento o tratamiento a ser aplicado, sus riesgos y otras circunstancias relevantes, permitiendo al paciente formular preguntas y aceptar o rechazar la propuesta de intervención. Asimismo, establece que la información debe mantenerse durante el proceso asistencial y que la obtención del consentimiento constituye una actividad indelegable del profesional responsable (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS], Resolución S.G. N.º 749/2017).

Esta concepción ha sido reforzada por la jurisprudencia paraguaya. En el acuerdo y sentencia N.º 53/2019, la Corte Suprema de Justicia sostuvo que el consentimiento depende del cumplimiento adecuado del deber de información y que su observancia deficiente puede constituir una vulneración de la *lex artis* que es susceptible a generar responsabilidad civil (Corte Suprema de Justicia, Acuerdo y Sentencia N.º 53/2019).

Desde esta perspectiva, la firma del formulario de consentimiento médico informado constituye un elemento documental relevante, pero no sustituye a la comunicación entre el médico y el paciente. La información debería permitir que este comprenda razonablemente su diagnóstico o situación clínica, la conducta propuesta, sus riesgos relevantes, las indicaciones posteriores y la necesidad de seguimiento, lo que permite al paciente hacer uso de su objetiva crítica, tomar una decisión y estar en pleno conocimiento de lo que está sucediendo. Esta comunicación adquiere especial importancia cuando existe una complicación conocida o una situación que pueda requerir una nueva consulta o atención urgente.

La historia clínica a su vez, cumple una función asistencial y médico – legal estrechamente vinculada con la continuidad de la atención. Su contenido permite documentar los antecedentes relevantes, los hallazgos clínicos, las hipótesis diagnósticas, los estudios solicitados, las decisiones terapéuticas la evolución e información proporcionada por el paciente que resulte relevante para su evolución, además, permite al médico identificar las veces que el paciente requiera atención, sus antecedentes. El propio protocolo paraguayo de consentimiento informado integra el formulario correspondiente al expediente clínico, reforzando así la relación existente entre la información, la decisión y la documentación asistencial. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2017).

Una historia clínica adecuada no debería limitarse a registrar retrospectivamente el diagnóstico final, sino permitir reconstruir por que el profesional adoptó una determinada decisión con los datos que disponía en el momento. En consecuencia, resulta de particular relevancia documentar la situación inicial del paciente, los elementos obtenidos mediante la anamnesis y el examen físico, los diagnósticos presuntivos, los estudios auxiliares requeridos, la interpretación de sus resultados y la conducta terapéutica adoptada. Cuando existan limitaciones institucionales, imposibilidad de acceder a un recurso necesario o necesidad de derivación, dichas circunstancias también deben ser debidamente registradas.

Interconsulta, derivación y responsabilidad dentro del equipo sanitario

La creciente complejidad de la atención médica determina que numerosas decisiones sean desarrolladas mediante la participación sucesiva o simultánea de diferentes profesionales. La responsabilidad derivada de la atención sanitaria debe, por lo tanto, analizarse considerando todas las competencias y actuaciones concretas de cada uno de los integrantes del equipo a disposición, evitando tanto la atribución automática de responsabilidad al médico tratante por toda actuación posterior como una fragmentación que impida identificar quien tenía el deber de actuar frente a una situación o un riesgo determinado.

Cuando una situación excede de manera razonable la competencia de un profesional, la interconsulta o derivación constituye una conducta destinada a proteger al paciente. El médico debería poder identificar oportunamente dicha necesidad, adoptar las medidas que se encuentren dentro de sus posibilidades, documentar la indicación y procurar la continuidad asistencial. Una vez que se realiza adecuadamente la transferencia del cuidado, las actuaciones específicamente comprendidas dentro de la competencia del profesional que recibe al paciente deben analizarse conforme a la conducta de este, sin perjuicio de las responsabilidades concurrentes que pudieran existir.

En situaciones de urgencias, esta situación adquiere particular complejidad. La necesidad de derivar no debería significar un abandono inmediato del paciente: mientras la transferencia efectiva no se produzca, corresponde valorar las medidas de estabilización y asistencia que razonablemente podían ser realizadas con los recursos que le son disponibles. De esta forma, la derivación debe entenderse como un proceso de continuidad asistencial y no sencillamente como el acto administrativo de solicitar el traslado y deslindarse del paciente.

Este mismo razonamiento puede aplicarse a los errores producidos dentro de equipos multidisciplinarios. La sola condición de médico prescriptor o tratante no debería generar una responsabilidad automática por errores autónomos cometidos posteriormente por otros profesionales que estén legalmente habilitados y que hayan actuado. La determinación jurídica requiere individualizar la conducta concreta, la competencia de cada participante y especialmente quien poseía la capacidad

efectiva de prevención y del control de la situación sobre el riesgo que produjo el daño final. Ello tampoco debería excluir la posibilidad de responsabilidades concurrentes cuando el resultado sea la consecuencia de múltiples fallas individuales concurrentes e institucionales.

El análisis jurídico – documental permitió identificar que los riesgos derivados de la praxis médica en Paraguay no se concentran exclusivamente en la conducta individual del profesional, sino que surgen de la interacción entre competencia profesional, cumplimiento de la *lex artis*, información y documentación clínica, disponibilidad de recursos, organización institucional y participación de los diferentes integrantes del equipo de salud.

En primer lugar, se constató que el ordenamiento jurídico paraguayo contempla mecanismos de responsabilidad medica en el ámbito civil, penal y administrativo, aunque su regulación se encuentra distribuida entre múltiples cuerpos normativos y disposiciones sanitarias. No se logró identificar un régimen jurídico único y específico de responsabilidad médica, por lo que la determinación de la responsabilidad requiere integrar normas generales sobre la culpa y la reparación del daño con disposiciones propias del ejercicio de la medicina y con los criterios desarrollados jurisprudencialmente.

En segundo lugar, el análisis permitió establecer que la producción de un resultado adverso no constituye por sí sola un elemento suficiente para determinar responsabilidad profesional. La jurisprudencia paraguaya otorga particular importancia a la diligencia y al cumplimiento de la *lex artis* en el caso concreto, especialmente dentro de las obligaciones de medios. No obstante, también admite situaciones en las cuales las características de una intervención médica y la aparición consecuente de un resultado anormalmente favorable puede adquirir relevancia probatoria, lo que impide considerar la obligación medica de medios como una regla absoluta aplicable de idéntica manera a toda actuación sanitaria (Corte Suprema de Justicia, Acuerdo y Sentencia N.º 53/2019).

En tercer lugar, se identificó que la información proporcionada al paciente y su adecuada documentación constituyen elementos centrales para la prevención del riesgo jurídico. El consentimiento informado no puede reducirse a la existencia de un formulario firmado, sino que requiere un proceso efectivo de comunicación. Del mismo modo, la historia clínica adquiere relevancia no solo para garantizar la continuidad asistencial, sino que también para reconstruir posteriormente las circunstancias, los hallazgos y las decisiones que fueron el fundamento de la actuación profesional.

En cuarto lugar, la investigación permitió identificar una zona de especial complejidad en los casos donde la conducta medica indicada se encuentra condicionada por las limitaciones institucionales y del sistema de salud pública. La insuficiencia de recursos diagnósticos, terapéuticos, recursos humanos o de derivación no determina automáticamente la responsabilidad del médico ni constituye por sí misma una causa de exoneración de la responsabilidad. La atribución jurídica requiere analizar que riesgos eran reconocibles, cuales se encontraban dentro de la capacidad efectiva de actuación profesional y que medidas fueron adoptadas para disminuirla. Este hallazgo resulta coherente con el enfoque contemporáneo de seguridad del paciente, que reconoce la interacción entre factores humanos, de la organización factores tecnológicos y factores estructurales en la producción del daño (OMS, 2023).

En quinto lugar, se observó que la competencia profesional y el reconocimiento de las limitaciones propias constituyen elementos relevantes para la prevención del daño. La aceptación voluntaria de procedimientos para los cuales el profesional carece de preparación suficiente debe diferenciarse de aquellas situaciones en las que, durante una actuación comprendida dentro de su competencia, se identifica una condición que requiere valoración por otro especialista. En este último presupuesto, la interconsulta y la derivación oportuna y adecuada constituyen mecanismos de continuidad asistencial y delimitación de competencias.

El análisis comparado evidencio además una tendencia regional hacia el fortalecimiento de instrumentos relacionados con los derechos del paciente, el consentimiento medico informado, la documentación clínica y la gestión institucional de la seguridad. A su vez, un enfoque internacional contemporáneo promueve sistemas de notificación y aprendizaje, formación de profesionales y análisis de los factores de la organización en salud que intervienen en los eventos adversos, superando una perspectiva que está basada exclusivamente en la atribución individual del error. El Global Patient Safety Report 2024 analiza precisamente políticas, marcos jurídicos, formación, participación de pacientes y sistemas de notificación y aprendizaje como componentes de la seguridad en salud (OMS, 2024).

Los resultados permiten proponer que la valoración jurídica de un evento adverso medico debería incorporar, además del análisis de la *lex artis* y de la relación causal, la identificación de la capacidad efectiva de control sobre el riesgo que finalmente produjo el daño. Esto implica determinar si este riesgo correspondía razonablemente a lo concerniente a la actuación del médico, de otro integrante del equipo sanitario, de la institución o, eventualmente, en concurrencia de más de uno de ellos.

De este modo, la relación tradicional médico – paciente adquiere para el análisis de responsabilidad una tercera dimensión: Médico – Paciente – Institución/Sistema Sanitario.

Lo que no significa diluir la responsabilidad individual del profesional médico. La propia OMS advierte que el enfoque sistémico no supone ignorar negligencias o conductas profesionales erráticas o deficientes (OMS, 2023). Lo que propongo es individualizar correctamente el origen y el control del riesgo antes de atribuir jurídicamente el daño.

5. Discusión

Los resultados obtenidos evidencian que la responsabilidad jurídica que deriva de la praxis médica no puede analizarse únicamente a partir del resultado producido. La existencia de un daño constituye un elemento importante, pero su atribución jurídica requiere determinar si la conducta desplegada se apartó de la *lex artis*, si existió tal incumplimiento del deber de cuidado y si el apartamiento de la *lex artis* puede vincularse jurídicamente con el resultado. La doctrina paraguaya sobre la responsabilidad médica, coincide en que la responsabilidad civil se inserta dentro de los principios generales de la reparación de los daños injustamente causados, pudiendo coexistir según las circunstancias, con responsabilidad de diferente naturaleza (Torres Kirmser, 2023)

Esta consideración adquiere importancia frente a la incertidumbre que es natural en la medicina. La valoración retrospectiva de un desenlace desfavorable puede generar el riesgo de juzgar la actuación profesional a partir de información conocida posteriormente y no de aquella razonablemente disponible al momento de la toma de decisión. Por esto, el análisis de la conducta médica debe realizarse fundamentalmente desde una perspectiva *ex ante*, considerando las propias características del paciente, la información clínica que está disponible, los conocimientos que son exigibles al profesional médico y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas que estén disponibles en ese momento.

Por tanto, resulta necesario diferenciar al profesional que realiza una adecuada anamnesis y examen clínico, formula hipótesis que son razonables y que utiliza correctamente los medios disponibles de apoyo diagnóstico, pero enfrenta una presentación atípica o evolución inesperada, de aquel profesional médico que omite injustificadamente elementos esenciales de la evaluación o asume una actuación para la cual carece de preparación suficiente de manera temeraria. El resultado evidentemente puede ser adverso en ambos casos, pero la conducta profesional precedente es sustancialmente diferente, por lo que también debería serlo a la valoración jurídica.

La capacidad efectiva del control de riesgo

Uno de los principales hallazgos de la investigación se relaciona con las situaciones en las cuales las conductas medicamenten indicadas se encuentra condicionada por factores externos al profesional. La falta de determinados recursos, las dificultades de la derivación de pacientes, las fallas organizacionales o los errores producidos en diferentes etapas del proceso de asistencia al paciente plantean el problema de establecer hasta donde alcanza la responsabilidad personal e individual del médico y donde comienza la correspondiente a otros profesionales o a la propia institución.

El enfoque contemporáneo de seguridad del paciente proporciona elementos relevantes para esta discusión. La OMS sostiene que numerosos errores relacionados con daños asistenciales se originan en las fallas de los sistemas y procesos y propone superar un modelo exclusivamente centrado en la culpabilización individual y personal, sin que ello implique ignorar la negligencia o las conductas profesionales inadecuadas (OMS, 2023). El Global Patient Safety Report 2024 incorpora precisamente los marcos jurídicos, políticas, educación, participación del paciente y sistemas de notificación y aprendizaje dentro del análisis internacional de la seguridad asistencial al paciente (OMS, 2024).

A partir de lo mencionado, se propone incorporar la capacidad efectiva de control de riesgo como criterio complementario para analizar la atribución de responsabilidad. Esto supone identificar quien tenía, en condiciones concretas, la competencia, la formación, la información, los medios y la posibilidad razonable de prevenir o atenuar el riesgo que finalmente se vio materializado. Este criterio no reemplaza a la *lex artis*, la culpa ni la relación causal, sino que permite contextualizar su análisis y diferenciar las respectivas esferas de actuación del médico, los demás integrantes del equipo y la institución sanitaria.

La propuesta de modelo médico – paciente – institución, encuentra un punto de apoyo particularmente interesante en la propia política sanitaria paraguaya. La Política Nacional de Calidad en Salud Paraguay 2017 – 2030 atribuye a las entidades prestadoras responsabilidad para que establecimientos y profesionales cumplan las normas y procesos de calidad y seguridad, y además contempla estructuras organizacionales, equipos de seguridad, sistemas de información y mecanismos de

notificación y análisis de eventos adversos (MSPBS, 2017). Además, el MSPyBS ha desarrollado lineamientos destinados específicamente al registro, notificación y análisis de efectos adversos con una finalidad de aprendizaje y reducción de riesgos.

Esto fortalece significativamente nuestra argumentación de que la seguridad asistencial no es jurídicamente relevante únicamente en el momento en el que el médico toca al paciente; también depende de cómo está organizado el proceso que permite prestar esa asistencia.

Deficiencias institucionales y responsabilidad profesional

La consideración de factores desde el punto de vista sistémico tampoco permite sostener que la carencia de recursos le exonera directamente al médico. Es precisamente aquí en donde debe evitarse el extremo contrario. Un profesional que reconoce un panorama potencialmente peligroso conserva deberes dentro de su propio margen de acción, aun cuando no tenga la capacidad de solucionar la deficiencia institucional.

Ante la ausencia de un recurso considerado necesario, adquiere particular relevancia tres actuaciones a tomar en consideración: documentar, comunicar e informar. El profesional debería de dejar constancia de la limitación y de su repercusión clínica consecuente, comunicarla a la instancia institucional que corresponda (jefe de servicio, jefe de urgencias, coordinador, etc.) e informar al paciente cuando aquella pueda modificar las posibilidades diagnósticas o terapéuticas. Así también, cuando corresponda, deberá solicitar además una interconsulta o derivación y proporcionar las medidas asistenciales razonables hasta concretar la continuidad de la atención al paciente.

De esta manera, la existencia de una deficiencia estructural y la conducta adoptada por el médico frente a ella constituyen problemas que están en estrecha relación, pero que son jurídicamente diferenciables. La institución puede haber generado o mantenido una condición insegura mientras que, simultáneamente, debe determinarse si el profesional reconoció el riesgo y actuó razonablemente frente a la situación. Esta posibilidad permite incluso considerar escenarios de responsabilidad concurrente o solidaria, en lugar de buscar solo un único responsable.

Documentación, información y reconstrucción del acto médico

Los resultados también muestran que la historia clínica y el consentimiento informado poseen una dimensión que excede su función documental. Permiten reconstruir el proceso de razonamiento, de información y de decisión que precedió a una determinada conducta asistencial.

Una historia clínica que se haya confeccionado adecuadamente debería permitir que un tercero pueda comprender posteriormente que encontró el médico, que considero, que decidió y porque lo decidió. Esta reconstrucción adquiere especial relevancia cuando el resultado final modifica retrospectivamente la interpretación del cuadro de inicio. Documentar solamente el diagnóstico definitivo puede ocultar la incertidumbre clínica existente al momento de la primera evaluación y dificultar una valoración objetiva de la actuación profesional.

La documentación tampoco debería utilizarse como una estrategia destinada al blindaje jurídico únicamente. Su adecuada confección contribuye a la continuidad asistencial, comunicación entre profesionales y seguridad del paciente. Esta conceptualización coincide con las políticas nacionales que promueven los protocolos, los sistemas de información y el análisis de los eventos adversos como instrumentos de reducción de riesgos. (MSPBS, 2017).

De la culpa individual a la prevención del riesgo

Los resultados permiten advertir finalmente que una política destinada exclusivamente a determinar responsabilidades después de producido el daño resulta insuficiente en la búsqueda de la mejora continua de la seguridad asistencial. La prevención requiere formación profesional, protocolos que sean razonables y se encuentren actualizados, una adecuada comunicación, la correcta documentación, sistemas institucionales de reporte y análisis de eventos y mecanismos capaces de identificar deficiencias antes que estas vuelvan a producir daño alguno.

Esto se encuentra en consonancia con la estrategia internacional de seguridad del paciente que promueve entornos de trabajo seguros, desarrollo de competencias, comunicación y trabajo en equipo, la participación de los pacientes y los familiares de pacientes y un sistema de notificación que este destinado al continuo aprendizaje y mejora (OMS, 2024). En Paraguay existen

asimismo iniciativas de capacitación y protocolos específicos de seguridad del paciente, incluyendo identificación correcta, uso seguro de medicamentos, prevención de caídas, lesiones por presión y cirugía segura (MSPBS, 2024).

La seguridad jurídica del médico y del paciente en consecuencia no debería plantearse como intereses contrapuestos. Un sistema que define competencias, documenta adecuadamente los procesos, identifica responsabilidades institucionales, favorece la interconsulta y permite aprender de los eventos adversos protege simultáneamente al paciente frente al daño evitable y al profesional frente a una atribución de responsabilidad que no corresponda con su conducta efectiva.

6. Conclusiones

El análisis realizado me permite concluir que la existencia de un resultado adverso durante la atención médica no constituye, por sí misma, fundamento suficiente para atribuir responsabilidad al profesional. Su valoración jurídica requiere considerar la conducta desarrollada conforme al profesional. Su valoración jurídica requiere considerar la conducta desarrollada conforme a la *lex artis*, el deber de cuidado, la competencia profesional, la información disponible al momento de la decisión, los medios efectivamente existentes y la relación causal con el daño producido.

En Paraguay la responsabilidad que deriva de la praxis médica se encuentra regulada por disposiciones civiles, penales, sanitarias y criterios jurisprudenciales que deben interpretarse conjuntamente. Esta realidad adquiere especial complejidad cuando la atención se desarrolla bajo limitaciones institucionales. La insuficiencia de recursos no justifica una conducta negligente, imprudente o realizada fuera de la competencia profesional, pero tampoco debería conducir a atribuir automáticamente al médico consecuencias derivadas de deficiencias que se encontraban fuera de su esfera efectiva de actuación.

A partir de los resultados obtenidos en la investigación se propone considerar la capacidad efectiva de control sobre el riesgo como un criterio complementario para delimitar responsabilidades. Esto implica determinar quién poseía razonablemente la competencia, las informaciones, los medios y la posibilidad de prevenir o de reducir los riesgos de lo que finalmente se materializó. Este criterio no sustituye la *lex artis*, al deber de cuidado ni al análisis causal, sino que contribuye a contextualizarlos y a diferenciar posibles responsabilidades individuales, compartidas e institucionales.

Por lo tanto, la relación médico paciente debe analizarse dentro de una dimensión ampliada, que incorpore a la institución o sistema sanitario. La responsabilidad jurídica derivada de la praxis médica en Paraguay no debería determinarse exclusivamente preguntando si existió un daño, sino analizando como se produjo, que conducta era razonablemente exigible y quien poseía capacidad efectiva para conocer, prevenir o controlar el riesgo que finalmente se materializó. Esta perspectiva puede contribuir simultáneamente a fortalecer la seguridad del paciente y la seguridad jurídica del profesional médico.

7. Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos, se recomienda fortalecer la prevención de los riesgos jurídicos asociados a la praxis médica mediante acciones dirigidas tanto al profesional como a las instituciones sanitarias.

En primer lugar, se propone fortalecer la formación médico legal durante las residencias y programas de especialización, incorporando contenidos relacionados con responsabilidad profesional, consentimiento informado, documentación clínica, comunicación con los pacientes, seguridad asistencial y actuación frente a eventos adversos. Esta formación debería complementarse con actividades periódicas de actualización profesional.

Se propone además que las sociedades científicas incorporen, al menos anualmente, actividades específicas de actualización sobre praxis médica y responsabilidad profesional, así como espacios de medicina legal dentro de congresos y encuentros científicos. A futuro, podría evaluarse la incorporación progresiva de esta formación dentro de los mecanismos de recertificación de especialistas, conforme a la regulación que resulte aplicable.

En el ámbito institucional, se recomienda fortalecer protocolos de seguridad del paciente, los mecanismos de comunicación y derivación, el registro de las limitaciones asistenciales y los sistemas de notificación y análisis de efectos adversos. Particular importancia debe darse a la historia clínica como instrumento de continuidad asistencial y como registro capaz de reconstruir las circunstancias y fundamentos de las decisiones adoptadas.

Finalmente se recomienda fortalecer los mecanismos que estén destinados a verificar que el paciente haya recibido y comprendido la información relevante sobre su situación clínica, su tratamiento, sus indicaciones y sobre la necesidad de seguimiento del cuadro. En ese sentido, podría estudiarse la implementación de una constancia breve de comprensión de las indicaciones y de la información proporcionada al finalizar determinadas consultas, sin que dicho documento sustituya el

consentimiento informado ni que pueda interpretarse como renuncia del paciente a sus derechos o, como una exoneración anticipada de responsabilidad profesional.

Referencias

- Abreu De Moraes, M., & González Ayala, S. D. (2024). Reorganización de las dependencias de RR. HH. para el fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en Paraguay, 2024. *Revista Internacional de Investigación Empresarial*, 1(2), 82–93. <https://doi.org/10.65740/8wvrwe11>
- Aedo-Barrena, Cristian. (2026). Responsabilidad sanitaria por culpa médica. Una propuesta de sistematización. *Revista chilena de derecho privado*, (47), 89-133. Epub 01 de mayo de 2026. <https://dx.doi.org/10.32995/s0718-807220261016>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2013). Resolução da Diretoria Colegiada—RDC N.º 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- Barrios González, F., & González Ayala, S. D. (2026). Inducción al personal de enfermería del Hospital General de Luque de Paraguay: Diagnóstico situacional y fundamentos para su estandarización. *Revista de Investigación en Salud Pública – RISALP*, 1(1), 6–16. <https://doi.org/10.65740/sp8gc517>
- Barrios, I., González-Ayala, S., Barrios, J., Caycho-Rodríguez, T., Ortigoza-Alvez, E., Ortigoza-Aquino, E. E., Pérez Aquino, J. M., Ortiz-Sandoval, R. M., & Torales, J. (2024). Validación de un instrumento de medición de indicadores de gestión en salud pública. *Revista del Nacional (Itaiguá)*, 16(3), 14–29. <https://doi.org/10.18004/rdn2024.dic.03.014.029>
- Benítez Cabrera, M. E. (2017). Mala praxis médica. *Investigación en Ciencias Jurídicas y Sociales*. Ministerio Público de la República del Paraguay.
- Caballero Romero, R., & González Ayala, S. D. (2024). La aplicación de la perspectiva de género por parte de los juzgados de paz de Ciudad del Este en el otorgamiento de las medidas de protección y su implicancia en las mujeres víctimas de violencia. *Revista Internacional de Investigación en Gobernabilidad*, 4(2), 115–135. <https://revistas.posgradocolumbia.edu.py/index.php/riig/article/view/84>
- Campoy, T. J., Mónico Bordino, A., Vega Duette, C. E., Torres Báez, E. N., Morínigo Fines, L. N., Villalba Benítez, E. F., González Ayala, S. D., Hernández Fernández, A., & de Barros Camargo, C. (2021). Competencias socioeducativas del profesorado ante situaciones de crisis sanitaria (caso COVID-19), en Paraguay. Universidad Columbia del Paraguay. <https://repositorio.conacyt.gov.py/handle/20.500.14066/4180>
- Chávez Arrúa, G. I., Ovando Ramos, F. S., & González Ayala, S. D. (2026). Impacto de la derivación temprana al nefrólogo en pacientes con factores de riesgo para la prevención de la enfermedad renal crónica en Paraguay. *Revista de Investigación en Salud Pública – RISALP*, 1(1), 102–109. <https://doi.org/10.65740/gb4czd06>
- Colucci Emery, A. M. M., & González Ayala, S. D. (2026). Incidencia y carga financiera de los procedimientos quirúrgicos por pie diabético en un hospital de referencia de Paraguay. *Revista de Investigación en Salud Pública – RISALP*, 1(1), 166–175. <https://doi.org/10.65740/hzd78k34>
- Congreso de la Nación. (2009). Ley 26.529. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.
- Conselho Federal de Medicina. (2018). Resolução CFM N.º 2.217/2018: Código de Ética Médica.
- Constitución de la República del Paraguay. (1992). Constitución de la República del Paraguay. Biblioteca y Archivo Central del Congreso de la Nación.
- Corte Suprema de Justicia de la República del Paraguay. (2019). Acuerdo y Sentencia N.º 53/19. Juicio: Isidora Contreras c/ Ana María Macchi y otros s/ indemnización de daños y perjuicios.
- Escubilla Olazar, M. G., Gines Pflugfelder, C. C., González Ayala, S. D., & Godoy Silveira, C. D. (2024). Programa de pensión alimentaria para adultos mayores en situación de vulnerabilidad social en Paraguay: Análisis del impacto económico en el periodo 2021–2022. *Revista Internacional de Investigación en Gobernabilidad*, 4(2), 6–20. <https://revistas.posgradocolumbia.edu.py/index.php/riig/article/view/79>
- Fatecha Aquino, A. V., Morel Barrios, M. I., & González Ayala, S. D. (2026). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en docentes de odontología, Paraguay. *Revista de Investigación en Salud Pública – RISALP*, 1(1), 191–200. <https://doi.org/10.65740/n2vw0850>
- Fernández Gómez, P. V., González Ayala, C. I., González Ayala, S. D., & Soskin Reidman, A. E. (2026). Carcinoma epidermoide desarrollado sobre un quiste epidérmico. *Revista del Nacional (Itaiguá)*, 18, e1800202. <https://doi.org/10.18004/rdn2026.e1800202>

- Gibbons Nizza, J. A., & González Ayala, S. D. (2026). Habilitación de sala de mantenimiento de ventiladores pulmonares en unidades de terapia intensiva de hospitales públicos del Paraguay. *Revista de Investigación en Salud Pública – RISALP*, 1(1), 28–37. <https://doi.org/10.65740/z733be94>
- González Ayala, S. D., & López Gómez, C. L. (2024). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en miembros del área comercial del Banco Nacional de Fomento. *Revista Internacional de Investigación Empresarial*, 1(2), 94–104. <https://doi.org/10.65740/wmrmfp45>
- González Ayala, S. D., & Santacruz Mendoza, Á. A. (2024). Donación de sangre en el Paraguay: Análisis de la experiencia del Hospital Regional de Coronel Oviedo – Dpto. de Caaguazú durante el primer semestre del año 2023. Propuesta de estrategia de fortalecimiento. *Revista Internacional de Investigación Empresarial*, 1(2), 34–45. <https://doi.org/10.65740/rzy52b75>
- González Macchi, J. I. (2017). Mala praxis. Autopsia de un caso penal: Posición jurídica-doctrinaria sobre los delitos culposos en la práctica médica. *Revista Académica UNA*, 275–302
- Ley N.º 1160/1997. Código Penal. Biblioteca y Archivo Central del Congreso de la Nación.
- Ley N.º 1183/1985. Código Civil. Biblioteca y Archivo Central del Congreso de la Nación.
- Ley N.º 20.584/2012. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
- Ley N.º 3440/2008. Que modifica varias disposiciones de la Ley N.º 1160/1997, Código Penal. Biblioteca y Archivo Central del Congreso de la Nación.
- Ley N.º 6771/2021. Que modifica el artículo 107 de la Ley N.º 1160/1997, Código Penal. Biblioteca y Archivo Central del Congreso de la Nación.
- Ley N.º 836/1980. Código Sanitario. Biblioteca y Archivo Central del Congreso de la Nación.
- López Cubilla, V. Á. M., & González Ayala, S. D. (2026). Factores asociados a las reconsultas pediátricas dentro de 24 horas y su utilidad como indicador de calidad asistencial. *Revista de Investigación en Salud Pública – RISALP*, 1(1), 126–141. <https://doi.org/10.65740/2ggrw609>
- Ministério da Saúde. (2013). Portaria N.º 529, de 1.º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2017). Política Nacional de Calidad en Salud Paraguay 2017–2030. MSPBS.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2017). Resolución S.G. N.º 749/2017. Por la cual se aprueba el Protocolo de Aplicación del Consentimiento Informado y se establece su aplicación en los establecimientos que forman parte del Sistema Nacional de Salud.
- Torres Kirmser, J. R. (2023). Responsabilidad civil del médico I. En *Gaceta Judicial. Edición Especial. Edición Aniversario 1983–2023* (pp. 1263–1278). Corte Suprema de Justicia, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Valdez, S., González, C., & González, S. (2026). Intoxicación fatal por flúor: Correlación clínico-patológica y hallazgos de autopsia. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, 59(1), e59012650. <https://doi.org/10.18004/anales/2026.e59012650>
- World Health Organization. (2024). Global patient safety report 2024. World Health Organization. ISBN 978-92-4-009545-8.

Declaraciones

Aprobación ética: El autor declara haber cumplido con los requisitos éticos aplicables a la investigación y contar, cuando correspondió, con la aprobación o autorización de las instancias competentes para su realización. Esta información fue declarada por la autora durante el proceso de envío del manuscrito.

Consentimiento informado: Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado previo a su inclusión en el estudio.

Contribución de autoría (CRediT): Guillermo Agustín Brítez Mercado: conceptualización, investigación, curación de datos, redacción del borrador original, revisión, edición, metodología y análisis formal.

Disponibilidad de datos: Los datos que sustentan los resultados de este estudio están disponibles previa solicitud razonable al autor.

Uso de inteligencia artificial: El autor declara haber utilizado herramientas de inteligencia artificial durante la preparación del manuscrito exclusivamente para tareas de apoyo a la redacción y revisión lingüística. Su utilización no sustituyó la autoría

intelectual, el análisis ni la interpretación de los resultados. El autor revisó y validó el contenido final y asume plena responsabilidad por el manuscrito.

Conflictos de intereses: El autor declara que no existe ningún conflicto de intereses, ya sea de carácter financiero, personal, institucional o de cualquier otra índole, que pudiera haber influido en los resultados, interpretación o conclusiones del presente estudio.

Financiamiento: La investigación fue financiada con recursos propios del autor y no recibió financiamiento externo.