Instituto de
Inteligencia Clínica Aplicada, A.C.



Documento de trabajo **DT-01** 13 de noviembre de 2026

Responsabilidad penal médica a partir del amparo en revisión 257/2026 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación

Proteger al médico y al paciente es proteger la atención sanitaria

Dr. Jorge Guerrero Aguirre y M. en A.P. Ignacio Macario Rojas

---

Análisis elaborado a partir del proyecto oficial de resolución, el registro de la sesión y las fuentes normativas y documentales identificadas. Las consideraciones del proyecto se distinguen de los criterios definitivos atribuibles al Pleno.
Publicado en iica.cc/publicaciones/documentos-de-trabajo.

Resumen. El artículo examina qué criterios deben orientar la determinación de responsabilidad penal de los profesionales de la medicina a partir del amparo en revisión 257/2026 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, y distingue el alcance de esa resolución constitucional de la determinación de responsabilidad en un caso individual.

Se sostiene que un resultado clínico adverso, incluso grave o irreversible, no demuestra por sí mismo negligencia ni responsabilidad penal. La valoración exige reconstruir la conducta en su contexto temporal, identificar el deber de cuidado aplicable, examinar las fuentes clínicas disponibles, considerar la información y las alternativas reales al momento de decidir y distinguir la causalidad de la atribución jurídica. Las limitaciones institucionales son relevantes para valorar la posibilidad de actuación y la exigibilidad de otra conducta, pero no excluyen la responsabilidad de manera automática.

El trabajo combina análisis jurídico-documental de la legislación penal y de los materiales disponibles del amparo, revisión de literatura sobre deber de cuidado, razonamiento clínico y seguridad del paciente, y examen de documentos institucionales y sanitarios. Atiende la incertidumbre que surge cuando normas, guías y consensos profesionales no avanzan al mismo ritmo, y los riesgos de una práctica condicionada por el temor al litigio. Propone un marco analítico de seis dimensiones elaborado por el IICA, de carácter orientador y no validado empíricamente, que no sustituye los elementos legales del delito, la prueba pericial ni la decisión judicial.

Palabras clave: responsabilidad penal médica; amparo en revisión 257/2026; deber de cuidado; lex artis; seguridad del paciente; seguridad jurídica; medicina defensiva.

I. Introducción. Proteger al médico y al paciente: una condición para la atención sanitaria segura

La pregunta que hoy preocupa a muchos profesionales de la medicina es directa: ¿qué responsabilidad penal puede tener un médico cuando, al atender a un paciente, ocurre un resultado adverso? El amparo en revisión 257/2026 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha colocado esta cuestión en el centro de la conversación pública y profesional. Para responderla con seriedad no basta con leer el sentido de una resolución ni con ofrecer tranquilidad o advertencias generales. Es necesario explicar qué se entiende por conducta culposa, cuál es el deber de cuidado exigible, cómo se determina si el profesional podía actuar de otra manera y qué límites tiene la intervención penal.

> La seguridad del paciente no puede construirse a costa de la seguridad jurídica del médico, ni la seguridad jurídica del médico puede construirse a costa de los derechos del paciente. Ambas requieren una valoración rigurosa de la conducta profesional y de las condiciones reales en las que se presta la atención sanitaria.

La preocupación no surge en el vacío. La práctica clínica se desarrolla en escenarios de incertidumbre, con pacientes y enfermedades

que no siempre responden de manera previsible. El conocimiento médico cambia, las recomendaciones pueden actualizarse y, en ocasiones, distintas guías o consensos profesionales ofrecen orientaciones divergentes. A ello se suma que las normas oficiales, los protocolos institucionales y la evidencia científica tienen procesos y ritmos de actualización distintos. El médico debe tomar decisiones concretas en medio de esa pluralidad, sin que siempre exista una respuesta única, indiscutible o materialmente disponible.

Para mostrar el problema, considérese el siguiente supuesto hipotético: durante un turno, un médico atiende a un paciente cuya condición requiere una decisión oportuna. La evidencia disponible reconoce más de una alternativa razonable; la guía institucional no ha sido actualizada y el estudio que podría ayudar a precisar el diagnóstico no está disponible en ese momento. El médico decide con la información y los medios a su alcance, pero el paciente presenta una complicación grave. ¿Cómo debe evaluarse esa actuación? ¿A partir del resultado, de una guía elegida retrospectivamente, de lo que habría sido posible en condiciones ideales o de las circunstancias reales en que se tomó la decisión? El ejemplo no anticipa una respuesta ni supone que la limitación de recursos justifique cualquier conducta; permite identificar las preguntas que deben examinarse.

Cuando ocurre un daño, especialmente si es grave o irreversible, la preocupación de pacientes, familiares y profesionales es comprensible. Sin embargo, la gravedad del resultado no sustituye el análisis de la conducta. Deben distinguirse la complicación, el error, el incumplimiento de un deber de cuidado, la conducta culposa y el delito. También deben diferenciarse la denuncia, la investigación, la imputación, la vinculación a proceso y una eventual sentencia condenatoria. Son etapas y conceptos distintos, con consecuencias jurídicas diferentes.

El amparo en revisión 257/2026 ofrece un punto de partida para examinar la aplicación de disposiciones del Código Penal Federal relacionadas con las lesiones y la modalidad culposa. Su relevancia para el gremio médico consiste en que obliga a preguntar bajo qué condiciones una actuación profesional puede ser examinada penalmente. Sin embargo, el alcance de la resolución debe describirse con precisión: una decisión sobre la constitucionalidad de determinadas normas no equivale a una condena individual, no resuelve por sí sola todos los problemas de la responsabilidad médica y tampoco puede leerse como una autorización para presumir culpabilidad a partir del desenlace clínico.

El problema que aborda este artículo es, por tanto, más amplio que la interpretación de un expediente. Consiste en identificar los criterios que deben orientar la valoración de la responsabilidad penal médica cuando las decisiones se adoptan bajo incertidumbre clínica, con estándares profesionales que pueden ser plurales o controvertidos y en condiciones institucionales que pueden limitar las posibilidades reales de actuación. La finalidad no es ofrecer inmunidad al profesional ni debilitar los derechos del paciente, sino explicar por qué la responsabilidad debe determinarse mediante una valoración individualizada, contextual y sustentada.

El artículo desarrolla esta cuestión en ocho apartados. Primero delimita el alcance del amparo en revisión 257/2026; después examina el deber de cuidado, la lex artis y las dificultades de valorar decisiones clínicas bajo incertidum-

bre. A continuación estudia las condiciones institucionales de los sectores público y privado, la relación entre responsabilidad individual y organizacional, y la complementariedad entre seguridad jurídica y seguridad del paciente, incluido el riesgo de medicina defensiva. Finalmente, propone un marco analítico del Instituto de Inteligencia Clínica Aplicada para organizar los elementos relevantes de una valoración integral.

La premisa que orienta el trabajo es que el médico debe responder por las conductas que jurídicamente le sean atribuibles, pero no puede ser evaluado al margen de la información, los estándares, las facultades y las condiciones reales en las que atendió. A su vez, el paciente tiene derecho a una atención segura, a que los daños sean investigados y a obtener reparación cuando corresponda. Proteger al médico y al paciente es proteger la atención sanitaria.

II. ¿Qué resolvió realmente la Suprema Corte? Alcances y límites del amparo en revisión 257/2026

El amparo en revisión 257/2026 constituye el punto de partida jurídico de este artículo. El proyecto de resolución elaborado por la ponencia de la Ministra María Estela Ríos González permite identificar los antecedentes, las normas cuestionadas y los problemas constitucionales planteados. Es indispensable precisar que se trata de un proyecto y no debe confundirse con el engrose definitivo ni con la totalidad de las consideraciones aprobadas por el Pleno (Suprema Corte de Justicia de la Nación [SCJN], 2026a).

De acuerdo con el proyecto, el asunto se originó en la atención brindada por un médico neurocirujano adscrito al Instituto Mexicano del Seguro Social. El paciente fue sometido a dos intervenciones quirúrgicas de columna, los días 15 y 20 de diciembre de 2017, y posteriormente presentó una disminución permanente de la movilidad de la extremidad pélvica derecha. Estos datos describen los antecedentes procesales expuestos en el proyecto; no constituyen, por sí mismos, una determinación de responsabilidad profesional (SCJN, 2026a).

La controversia constitucional se concentró en los artículos 60, segundo párrafo, y 291 del Código Penal Federal. En términos generales, el planteamiento cuestionó si la regulación de la modalidad culposa respecto de las lesiones previstas en el artículo 291 satisfacía las exigencias constitucionales de taxatividad, mínima intervención del derecho penal y libertad de trabajo. Para comprender el régimen de culpa también debe considerarse el artículo 9 del mismo Código, mientras que los artículos 7 y 8 permiten ubicar las reglas generales sobre acción u omisión y las modalidades dolosa y culposa (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026; SCJN, 2026a).

El artículo 9 del Código Penal Federal define la conducta culposa en relación con la producción de un resultado típico no previsto, aunque previsible, o previsto confiando en que no se produciría, cuando deriva de la violación de un deber de cuidado que el agente debía y podía observar según las circunstancias y sus condiciones personales. El artículo 60, segundo párrafo, incluye el artículo 291 entre los delitos que admiten modalidad culposa; este último describe lesiones permanentes específicas. Por ello, no debe equipararse cualquier daño grave o irreversible con el supuesto legal: es necesario

verificar que el resultado corresponda a la descripción normativa y que se acrediten los restantes elementos del delito (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026).

El artículo 291 contempla afectaciones permanentes a la vista, la audición, extremidades u otros órganos, al uso de la palabra o a determinadas facultades mentales, en los términos de su descripción legal. La gravedad clínica, la permanencia de una secuela y la correspondencia del resultado con el tipo penal son cuestiones relacionadas, pero distintas. La valoración no puede detenerse en que el daño sea importante: debe determinarse qué resultado describe la norma y si puede atribuirse jurídicamente a una conducta culposa (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026).

También debe distinguirse entre el proyecto y el desarrollo de la sesión. La información secundaria de seguimiento disponible reportó que el Pleno aprobó el asunto con ajustes para el engrose y que se ordenó devolver los autos al órgano colegiado para el análisis de cuestiones de legalidad pendientes. Esa fuente secundaria permite orientar la reconstrucción de la sesión, pero no sustituye el documento oficial definitivo. En consecuencia, los datos sobre votación, ajustes y efectos procesales se presentan aquí con esa reserva y deberán cotejarse con el engrose y la versión taquigráfica cuando estén disponibles (SIJUD, 2026; SCJN, 2026a).

Esta distinción es especialmente importante respecto de las consideraciones sobre la actividad médica, la lex artis y la obligación de medios. El proyecto contenía un desarrollo sobre esos temas; sin embargo, el seguimiento de la deliberación reportó que algunos párrafos fueron objeto de observaciones y ajustes. Por tanto, este artículo no atribuye automáticamente al Pleno todo el razonamiento del proyecto. La versión definitiva deberá establecer qué consideraciones quedaron incorporadas y con qué alcance (SCJN, 2026a; SIJUD, 2026).

¿Qué debe entender el médico de este asunto? Primero, que no se creó un delito nuevo por el solo hecho de que la controversia haya llegado a la Suprema Corte. Segundo, que el asunto no constituye una declaración de culpabilidad del profesional involucrado. Tercero, que la inclusión de un supuesto en la modalidad culposa no elimina la obligación de acreditar los elementos del delito en cada caso. Cuarto, que una lesión clínicamente grave no demuestra por sí misma la infracción del deber de cuidado ni la responsabilidad penal. Finalmente, que la decisión constitucional debe distinguirse de la determinación de responsabilidad individual y de las cuestiones de legalidad que correspondan a los órganos jurisdiccionales competentes.

La interacción entre los dos párrafos del artículo 60 merece una precisión adicional. El primero establece, como regla para los delitos culposos, una punibilidad de hasta la cuarta parte de las penas y medidas de seguridad asignadas al tipo básico doloso, salvo que la ley señale una pena específica; el segundo incorpora expresamente al artículo 291 al catálogo cerrado de delitos que admiten modalidad culposa. El artículo 291, por su parte, fija de tres a cinco años de prisión y multa para el supuesto de lesiones que describe, pero no establece en su texto una pena diferenciada para la modalidad culposa. Desde una interpretación sistemática, la lectura más consistente es entender que esa pena constituye la referencia del tipo doloso y que, en principio, opera la regla de punibilidad del artículo 60, primer párrafo. Entender que cualquier pena prevista en el artículo de la parte

especial constituye por sí misma la 'pena específica' de la excepción vaciaría de contenido práctico la regla general respecto de los delitos que el propio segundo párrafo autoriza sancionar en modalidad culposa. La excepción parece referirse, más bien, a los supuestos en que el legislador fija una consecuencia punitiva especial para la modalidad culposa. Esta conclusión es una interpretación sistemática del texto legal, no un criterio jurisprudencial directamente identificado sobre la combinación de los artículos 60 y 291; el proyecto del amparo tampoco resuelve expresamente el cálculo de la pena. Por ello, el artículo no debe anunciar una pena concreta ni presentar esta lectura como un criterio adoptado por la Suprema Corte (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026; Diario Oficial de la Federación, 1994; SCJN, 2026a).

III. El deber de cuidado en medicina: entre la lex artis y las circunstancias reales de atención

3.1. El deber de cuidado como exigencia situada

El análisis de una posible conducta culposa comienza por identificar el deber de cuidado aplicable. El artículo 9 del Código Penal Federal define la culpa atendiendo a la inobservancia de un deber de cuidado que el agente debía y podía observar, de acuerdo con las circunstancias y sus condiciones personales. La fórmula contiene dos preguntas distintas: qué conducta era exigible y si la persona tenía una posibilidad concreta de observarla. No basta, por ello, con identificar una regla abstracta; es necesario explicar por qué esa regla resultaba pertinente para el caso y qué podía hacer efectivamente el profesional. El análisis también debe identificar si la imputación se refiere a una acción o a una omisión. En los delitos de resultado material, el artículo 7 del Código Penal Federal contempla la atribución del resultado a quien omite impedirlo cuando tenía el deber jurídico de hacerlo; por ello, no toda falta de intervención equivale a una omisión penalmente relevante (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026; Fernández Varela Mejía & Sotelo Monroy, 2019).

En medicina, esta distinción es decisiva. No basta con reconstruir qué habría sido deseable en condiciones ideales ni con comparar la atención con una alternativa conocida después del desenlace. Debe examinarse la situación clínica tal como se presentó: condición del paciente, urgencia, información disponible, recursos accesibles, funciones del profesional, apoyo que podía solicitarse y alternativas razonables. La valoración no debe reducir el estándar a lo que el médico hizo, pero tampoco imponerle retrospectivamente una posibilidad que no existía.

3.2. La lex artis y los estándares profesionales

La lex artis ad hoc puede entenderse como el conjunto de criterios técnicos y científicos que orientan la actuación profesional en una situación determinada, atendiendo al conocimiento disponible, al tipo de paciente, al problema clínico y a las circunstancias de tiempo, lugar y medios. Es una referencia relevante para identificar el estándar profesional, pero no debe confundirse sin más con el tipo penal ni con una regla automática de responsabilidad. La infracción de una recomendación clínica puede ser un dato para el análisis; no demuestra, por sí sola,

que se hayan configurado todos los elementos de un delito. (García-Villarreal, 2022).

Es necesario distinguir entre disposiciones jurídicas obligatorias, normas oficiales mexicanas, protocolos institucionales, guías de práctica clínica, consensos de sociedades científicas y literatura especializada. Estos instrumentos pueden tener distinto origen, método de elaboración, fuerza normativa, población destinataria y grado de actualización. Una norma oficial puede establecer obligaciones regulatorias; un protocolo puede organizar la actuación dentro de una institución; una guía puede sintetizar evidencia y recomendaciones; un artículo científico puede aportar datos sobre eficacia o riesgos. No son fuentes intercambiables y su pertinencia debe explicarse en cada caso.

Las normas oficiales mexicanas y otros instrumentos regulatorios cumplen una función relevante, pero no agotan por sí solos el conocimiento científico ni necesariamente reflejan cada cambio de la práctica clínica en tiempo real. A la inversa, una recomendación reciente o un consenso profesional no adquiere automáticamente fuerza jurídica obligatoria por el solo hecho de ser técnicamente influyente. La valoración debe distinguir fuerza normativa, autoridad científica y pertinencia clínica, evitando tratar como equivalentes instrumentos que cumplen funciones distintas. (García-Villarreal, 2022).

La dificultad aumenta cuando existen recomendaciones divergentes entre sociedades científicas, grupos de especialistas o instituciones. En esos supuestos, no es suficiente seleccionar retrospectivamente la guía que mejor se ajuste al resultado conocido. Deben examinarse, entre otros aspectos, la fecha de publicación y vigencia, la población a la que se dirige, la pregunta clínica que pretende resolver, la calidad de la evidencia, el método de consenso, las alternativas reconocidas y las circunstancias del paciente. La existencia de desacuerdo profesional no elimina el deber de cuidado, pero exige justificar por qué una recomendación concreta era la pertinente y razonablemente exigible en el caso.

La NOM-004-SSA3-2012, relativa al expediente clínico, establece obligaciones documentales relevantes para la atención. No debe interpretarse, sin embargo, como una obligación general del médico de convertir el expediente clínico en un inventario de todas las deficiencias administrativas o materiales de la institución. El registro debe contener la información clínica y los elementos exigidos por la normativa aplicable; las instituciones deben mantener, por separado, los registros operativos y administrativos que permitan conocer sus capacidades y restricciones.

3.3. Decisiones clínicas bajo incertidumbre

La incertidumbre forma parte de la práctica médica. Los síntomas pueden ser inespecíficos, los estudios pueden tener limitaciones, la evolución puede ser variable y distintas alternativas pueden resultar razonables según la información disponible. La decisión clínica no debe evaluarse como si el profesional hubiera conocido desde el inicio el diagnóstico definitivo o el desenlace. La pregunta relevante es qué información tenía o podía obtener en ese momento, qué hipótesis consideró y qué alternativas estaban razonablemente disponibles. (Arkes, 2013). (Vally et al., 2023; Schmidt et al., 2024).

Esta precaución permite reconocer el sesgo retrospectivo: una vez conocido el resultado, puede parecer que era más previsible de lo que realmente era. En la valoración de la atención debe evitarse que el desenlace convierta una posibilidad en una certeza aparente. Esto no impide investigar una actuación deficiente; exige reconstruirla desde el momento en que ocurrió, con la información entonces disponible y sin atribuir al profesional conocimientos que solo aparecieron después. (Arkes, 2013).

3.4. Previsibilidad, posibilidad de actuación y atribución del resultado

Conviene separar conceptos que suelen confundirse. La previsibilidad pregunta si el riesgo podía anticiparse conforme a las circunstancias y al conocimiento disponible. La posibilidad real de actuación pregunta si el profesional contaba con tiempo, medios, información, facultades y alternativas para actuar de otra manera. La evitabilidad examina si una conducta alternativa tenía capacidad de prevenir el resultado o reducir el riesgo. La causalidad se refiere a la relación entre la conducta y el resultado. La atribución jurídica exige determinar si, además de esa relación, se reúnen los criterios normativos necesarios para imputar el resultado a la conducta.

Para facilitar esta distinción al lector médico, las preguntas pueden resumirse así:

Deber de cuidado. ¿Qué conducta era profesional y jurídicamente exigible en esa situación?

Previsibilidad. ¿El riesgo podía anticiparse con la información disponible en ese momento?

Posibilidad real de actuación. ¿El médico tenía tiempo, medios, información, facultades y una alternativa viable?

Evitabilidad. ¿La conducta alternativa podía prevenir el resultado o reducir el riesgo?

Causalidad. ¿Qué relación existe entre la conducta y el resultado?

Atribución jurídica. ¿Se reúnen los criterios legales para atribuir ese resultado a la conducta? Estas preguntas constituyen una herramienta de análisis para ordenar la valoración de una posible conducta culposa. No reproducen literalmente los elementos del tipo penal ni conforman un test jurídico autónomo; su aplicación debe realizarse conforme a las normas penales y la doctrina aplicable.

Estas cuestiones no son intercambiables. Que un resultado fuera previsible no demuestra, por sí solo, que el médico pudiera evitarlo. Que existiera una alternativa teórica no significa que estuviera disponible en el turno, en el establecimiento o para ese paciente. Que exista una relación causal tampoco resuelve automáticamente la atribución jurídica. Cada paso requiere una justificación propia y debe apoyarse en hechos probados, no en presunciones derivadas exclusivamente de la gravedad del daño.

La literatura jurídica y científica puede contribuir a precisar estos conceptos, pero las fuentes deben utilizarse conforme a su ámbito. Los precedentes civiles sobre lex artis o responsabilidad hospitalaria pueden aportar elementos conceptuales, pero no deben presentarse como interpretación directa del tipo penal o del artículo 9 del Código Penal Federal. Del mismo modo, los estudios clínicos sobre errores diagnósticos explican fenómenos de la práctica, pero no determinan por sí mismos la responsabilidad penal.

IV. Las condiciones institucionales del ejercicio médico: dos realidades, un mismo desafío

4.1. El sector público: capacidad instalada y disponibilidad efectiva

El ejercicio de la medicina en instituciones públicas puede estar condicionado por la disponibilidad de personal, infraestructura, medicamentos, equipos, camas, servicios de apoyo diagnóstico y tiempos de atención. Las estadísticas nacionales permiten dimensionar algunos componentes de la capacidad instalada, pero no describen automáticamente las condiciones de una unidad, turno o paciente específicos.

Los datos agregados de recursos humanos e infraestructura deben interpretarse con cautela. El número de profesionales o de camas no revela por sí solo su distribución territorial, disponibilidad por turno, funcionalidad, ocupación, mantenimiento, carga de trabajo ni correspondencia con las necesidades de la población. La capacidad instalada no equivale necesariamente a capacidad efectiva en el momento de la atención. (European Observatory on Health Systems and Policies, 2025; Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, 2025).

4.2. El sector privado: heterogeneidad de capacidades y organización

La atención privada tampoco constituye una realidad uniforme. Existen establecimientos con distintos tamaños, niveles de complejidad, infraestructura, personal y servicios disponibles. Los datos de establecimientos privados con camas censables permiten describir parte de ese universo, pero no representan todos los consultorios, unidades ambulatorias ni modalidades de prestación. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2025).

Por ello, no es adecuado contraponer un sector público necesariamente precario a un sector privado necesariamente equipado. La evaluación debe atender al establecimiento concreto, su nivel de atención, los servicios que ofrece, las obligaciones que asumió y las condiciones efectivas en las que se prestó el servicio.

4.3. Un desafío organizacional compartido

Más allá de las diferencias entre sectores, la atención sanitaria depende de una organización que distribuye funciones, recursos, información y facultades de decisión. La disponibilidad de insumos, la programación de servicios, los mecanismos de referencia, el mantenimiento de equipos y la coordinación entre áreas pueden influir en las alternativas que tiene el profesional al atender a un paciente.

Reconocer esta dimensión no significa trasladar toda responsabilidad a la institución. Significa evitar que el análisis se limite a la conducta individual cuando existen condiciones organizacionales relevantes para comprender qué ocurrió y qué podía hacerse. La responsabilidad institucional, administrativa, civil o penal debe determinarse conforme a sus propios presupuestos jurídicos y no presumirse por la sola existencia de una deficiencia.

4.4. Documentar la atención y documentar las condiciones institucionales

La documentación clínica permite reconstruir la condición del paciente, las decisiones adoptadas, la información disponible, los tratamientos y la evolución. Los registros operativos institucionales, por su parte, deben permitir conocer disponibilidad de personal, insumos, equipos, mantenimiento, ocupación y restricciones del servicio. (Secretaría de Salud, 2012a).

Ambos tipos de información son relevantes, pero cumplen funciones distintas. No debe imponerse al médico, sin fundamento normativo, la carga de registrar en el expediente clínico todos los problemas de gestión de la institución. El profesional debe documentar los hechos clínicamente pertinentes y cumplir las obligaciones aplicables; la institución debe contar con mecanismos propios para registrar y gestionar sus condiciones operativas.

V. Responsabilidad individual y condiciones organizacionales: ¿hasta dónde responde el médico?

5.1. La responsabilidad penal es personal

La responsabilidad penal exige identificar una conducta atribuible a una persona y verificar los elementos previstos en la ley. En el ámbito médico, esto requiere precisar qué acción u omisión se atribuye al profesional, cuál era el deber de cuidado aplicable, por qué podía y debía observarlo, qué relación guarda su conducta con el resultado y qué elementos subjetivos y normativos exige el tipo penal correspondiente. La condición de médico, la participación en la atención o la posición jerárquica no sustituyen esa demostración. La eventual responsabilidad penal de una persona jurídica debe analizarse separadamente y solo en los supuestos y términos previstos por la legislación aplicable; no se deriva automáticamente de la responsabilidad de una persona física ni de la existencia de una falla organizacional (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026).

El Código Penal Federal contiene reglas sobre la responsabilidad personal y la intervención de distintas personas en el delito. Su aplicación exige identificar funciones y conductas concretas, sin atribuir automáticamente al médico tratante decisiones que correspondían a otras áreas ni excluir de antemano la posible responsabilidad de quienes tenían deberes propios de organización, supervisión o provisión de recursos. La distribución efectiva de funciones y facultades debe probarse en el caso; no puede presumirse únicamente a partir del cargo. La eventual responsabilidad penal de una persona jurídica debe analizarse separadamente y solo en los supuestos y términos previstos por la legislación aplicable; no se deriva automáticamente de la responsabilidad de una persona física ni de la existencia de una falla organizacional (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026).

5.2. Las decisiones organizacionales también pueden generar riesgos

Las instituciones adoptan decisiones sobre contratación, mantenimiento, abastecimiento, asignación de personal, organización de turnos, supervisión y continuidad de servicios. Estas decisiones pueden influir en los riesgos de la atención y en las alternativas disponibles para los profesionales. Para analizarlas jurídicamente

es necesario identificar quién tenía la competencia, qué obligación concreta le correspondía, qué información recibió, qué podía hacer y si su conducta satisface los elementos de alguna responsabilidad prevista en la ley. La existencia de una deficiencia organizacional no demuestra por sí sola la responsabilidad penal de un directivo. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026; Ley General de Responsabilidades Administrativas, 2021). En el ámbito público, las obligaciones de las personas servidoras públicas y de los entes públicos deben analizarse conforme al régimen administrativo aplicable, sin trasladarlo automáticamente a prestadores privados (Ley General de Responsabilidades Administrativas, 2021).

En el sector privado, las obligaciones institucionales derivan del régimen jurídico correspondiente, de las autorizaciones, de las normas sanitarias, de los contratos y de las funciones efectivamente asumidas. No debe trasladarse automáticamente al prestador privado el régimen de responsabilidades de los servidores públicos ni generalizarse una obligación penal de los directivos por cualquier falla organizacional. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026).

5.3. Posibilidad real de actuación y no exigibilidad de otra conducta

Un punto central consiste en distinguir la posibilidad real de actuación de la no exigibilidad de otra conducta. La primera pregunta es fáctica y contextual: qué alternativas estaban realmente al alcance del médico en ese momento, considerando el estado del paciente, el tiempo disponible, los recursos, las funciones asignadas, la posibilidad de pedir apoyo y las opciones de referencia o traslado. La segunda es una cuestión jurídico-penal: si, atendidas las circunstancias acreditadas, podía racionalmente exigirse al agente una conducta distinta. La primera ayuda a reconstruir el escenario; la segunda requiere un análisis normativo específico y no se presume por la sola existencia de una dificultad.

Por ejemplo, no es equivalente que un médico omita solicitar un estudio que estaba disponible y era clínicamente pertinente, a que no lo realice porque el establecimiento carecía de ese recurso en ese turno. En el segundo supuesto todavía deben examinarse las alternativas razonables: solicitar apoyo, estabilizar, referir, trasladar, informar la limitación o adoptar medidas de mitigación, siempre que fueran clínicamente pertinentes y materialmente posibles. El ejemplo no establece una lista universal de obligaciones; muestra por qué es necesario reconstruir qué podía hacerse en las circunstancias concretas.

La pregunta jurídica no consiste en elegir entre responsabilizar al médico o responsabilizar a la institución. Consiste en identificar, para cada persona, la conducta que se le atribuye, el deber que le correspondía y las posibilidades concretas de cumplirlo.

Una limitación institucional puede ser relevante para determinar qué podía hacer el médico, pero no produce automáticamente una causa de exclusión del delito. Debe acreditarse su existencia, su incidencia en la decisión y la ausencia o inviabilidad de alternativas razonables que pudieran exigirse en ese contexto. En sentido inverso, no basta afirmar que el profesional tenía un deber abstracto para concluir que podía cumplirlo en cualquier circunstancia. El análisis debe evitar tanto la exigencia de lo imposible como la aceptación automática de cualquier justificación basada en la falta de recursos.

5.4. Distinguir responsabilidad penal, administrativa, civil e institucional

Un mismo episodio puede dar lugar a preguntas de distinta naturaleza. La responsabilidad penal exige la configuración de un delito y la acreditación de sus elementos conforme al estándar procesal aplicable. La responsabilidad administrativa depende de las obligaciones y procedimientos del régimen correspondiente. La responsabilidad civil atiende a los presupuestos de reparación del daño conforme al marco legal aplicable. La responsabilidad institucional puede involucrar deberes de organización, calidad, supervisión y provisión de servicios. Estas vías tienen finalidades, sujetos, reglas y consecuencias diferentes.

Estas vías pueden relacionarse, pero no deben confundirse. Una deficiencia administrativa no demuestra automáticamente un delito; una complicación clínica no acredita por sí misma culpa; una condena penal no debe inferirse de una queja o de la apertura de una investigación. Del mismo modo, la existencia de una falla organizacional no elimina necesariamente la responsabilidad individual si se acreditan los elementos legales de una conducta propia. La evaluación debe identificar qué se reclama, contra quién, con fundamento en qué norma y mediante qué procedimiento.

VI. Seguridad jurídica del médico y seguridad del paciente: objetivos complementarios

6.1. La seguridad del paciente como responsabilidad compartida

La seguridad del paciente comprende las acciones destinadas a reducir el riesgo de daño innecesario asociado con la atención sanitaria. Su desarrollo requiere prácticas clínicas seguras, comunicación efectiva, identificación de riesgos, aprendizaje organizacional y participación de pacientes y profesionales. No puede reducirse a la conducta individual del médico ni diluirse en una responsabilidad abstracta del sistema. (Secretaría de Salud & Consejo de Salubridad General, 2023). (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente contemplan mecanismos de prevención, notificación, registro y análisis de incidentes, cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela. El carácter confidencial, voluntario o no punitivo de determinados sistemas de notificación busca favorecer el aprendizaje; no equivale a inmunidad frente a conductas que, después de un análisis individualizado y con garantías, puedan generar responsabilidad. (Secretaría de Salud & Consejo de Salubridad General, 2023).

Una cultura de seguridad debe permitir que los equipos identifiquen fallas, comuniquen riesgos y aprendan de los incidentes sin temor a que toda notificación se convierta automáticamente en una imputación. Sin embargo, una cultura justa no significa ausencia de consecuencias. Debe distinguir entre errores humanos, condiciones organizacionales que contribuyen a los incidentes, decisiones que incrementan riesgos y conductas que, después de una investigación individualizada, puedan constituir incumplimientos jurídicamente relevantes. Esta distinción no sustituye los criterios legales de responsabilidad ni establece categorías penales autónomas.

El aprendizaje organizacional y la rendición de cuentas son funciones complementarias. Si

todo incidente se trata como culpa individual, se pierden oportunidades de corregir condiciones sistémicas. Si toda conducta se atribuye al sistema, se debilita la posibilidad de identificar y corregir incumplimientos individuales relevantes.

6.3. La seguridad jurídica como condición del ejercicio responsable

La seguridad jurídica exige reglas comprensibles, aplicación consistente y decisiones fundadas en hechos y normas. Para el profesional de la salud, implica que la evaluación de su conducta considere los estándares aplicables y las circunstancias reales en que actuó. Para el paciente, implica que sus derechos sean protegidos y que existan vías efectivas para investigar y reparar daños cuando corresponda.

Una valoración individualizada no debe entenderse como una protección corporativa del médico. Su finalidad es evitar tanto la imputación automática derivada del resultado como la impunidad ante conductas que sí reúnen los elementos legales. La certeza jurídica beneficia a ambas partes porque permite distinguir los riesgos inherentes a la medicina de las conductas jurídicamente reprochables.

La exposición a un procedimiento penal puede producir consecuencias personales y profesionales aun antes de que exista una decisión definitiva: incertidumbre, costos de defensa, interrupción de actividades, afectación reputacional y desgaste emocional. Reconocer esta realidad no significa cuestionar el derecho de las víctimas a denunciar ni impedir la investigación de hechos posiblemente delictivos. Significa recordar que toda actuación de las autoridades debe respetar la presunción de inocencia, el debido proceso y la distinción entre sospecha, imputación y culpabilidad acreditada.

6.4. El riesgo de medicina defensiva

La literatura internacional documenta que la percepción de riesgo de litigio o sanción puede influir en las decisiones clínicas y favorecer prácticas conocidas como medicina defensiva, entre ellas solicitar estudios o procedimientos principalmente para reducir exposición jurídica, o evitar pacientes y procedimientos percibidos como riesgosos. La magnitud y las formas de este fenómeno varían entre sistemas sanitarios y contextos profesionales. (Ries & Jansen, 2021).

Esta evidencia permite identificar un riesgo que merece atención, pero no autoriza a afirmar que el amparo en revisión 257/2026 haya provocado un incremento de medicina defensiva en México. El presente trabajo no cuenta con un diseño empírico longitudinal que permita medir ese efecto ni establecer causalidad. La preocupación relevante es prospectiva: cuando el temor a una investigación o sanción desplaza el juicio clínico, puede incentivar solicitudes de estudios sin utilidad suficiente, intervenciones innecesarias, rechazo de pacientes complejos o decisiones orientadas principalmente a documentar una defensa. Estas posibilidades deben estudiarse empíricamente y no presumirse como efectos ya demostrados.

6.5. Una misma exigencia de rigor

Proteger al médico y proteger al paciente exige rigor en la evaluación de la atención. El médico debe responder por las conductas que jurídicamente le sean atribuibles; el paciente debe

contar con mecanismos de protección y reparación; y las instituciones deben asumir las obligaciones que les corresponden por las condiciones en que organizan y prestan los servicios. La seguridad jurídica no es contraria a la seguridad del paciente: ambas dependen de una valoración justa, contextualizada y sustentada.

VII. Hacia una valoración integral de la responsabilidad médica: una propuesta del IICA

A partir del análisis jurídico, clínico e institucional, el Instituto de Inteligencia Clínica Aplicada propone un marco analítico de seis dimensiones para organizar la información relevante en la valoración de una atención médica. Su propósito es ayudar a reconstruir los hechos, identificar qué información existe y cuál falta, separar hechos de inferencias y evitar conclusiones prematuras basadas únicamente en el resultado clínico.

1. Contexto clínico y condición del paciente

Antecedentes, comorbilidades, condición inicial, signos y síntomas, evolución, riesgos conocidos, preferencias relevantes y circunstancias que incidieron en la atención.

2. Estándar científico y profesional aplicable

Conocimientos disponibles en el momento, normas obligatorias, guías pertinentes, protocolos aplicables, evidencia científica y alcance real de cada instrumento.

3. Decisión clínica y proceso de atención

Secuencia temporal, información disponible, hipótesis diagnósticas, alternativas consideradas, comunicación, consentimiento, interconsultas, tratamiento, seguimiento y documentación clínica.

4. Capacidades y posibilidades reales de actuación

Funciones y facultades del profesional, conocimientos y experiencia exigibles, tiempo, información, recursos accesibles, alternativas factibles y posibilidades de solicitar apoyo o referir.

5. Condiciones organizacionales e institucionales

Disponibilidad efectiva de personal, medicamentos, equipo e infraestructura; organización del servicio; mecanismos de referencia; mantenimiento; coordinación y decisiones institucionales relevantes.

6. Resultado clínico, relación causal y atribución jurídica

Daño o resultado, temporalidad, explicaciones alternativas, relación causal, riesgos inherentes, contribución de distintos factores y análisis separado de los elementos jurídicos de atribución.

7.1. Reglas de aplicación

— Reconstrucción temporal: examinar la atención desde la información disponible en cada momento decisional, evitando utilizar el desenlace como si hubiera sido conocido anticipadamente.

— Separación entre hechos e inferencias: identificar la fuente y el grado de comprobación de cada dato. Las hipótesis clínicas, conclusiones periciales e inferencias jurídicas no

deben presentarse como hechos documentados.

— Análisis conjunto de capacidades y contexto: estudiar las posibilidades reales del profesional junto con las condiciones organizacionales, sin presumir que las restricciones institucionales exoneran ni que son irrelevantes.

— Atribución individualizada: identificar factores clínicos u organizacionales sin sustituir el examen de la conducta concreta, del deber aplicable y de los elementos legales de responsabilidad.

7.2. Alcances y límites de la propuesta

El marco de seis dimensiones es una propuesta conceptual del IICA. No constituye una norma jurídica, un test legal, una escala de puntuación, un protocolo pericial validado ni un método para determinar culpabilidad. Tampoco sustituye la valoración judicial, la prueba pericial, las reglas procesales o los elementos del delito previstos en la legislación. (Elaboración propia del IICA a partir de las fuentes jurídicas, clínicas e institucionales citadas en el artículo).

El marco se presenta como una propuesta conceptual inicial del IICA. Sus dimensiones clínicas requieren revisión por profesionales de la medicina y sus componentes jurídicos deben contrastarse con la legislación, la doctrina penal y los criterios jurisdiccionales aplicables. Cualquier afirmación sobre su validez empírica requeriría un programa posterior de investigación, pilotaje y evaluación; hasta entonces, su alcance es exclusivamente orientador.

VIII. Consideraciones finales. Proteger al médico y al paciente es proteger la atención sanitaria

El ejercicio de la medicina en México se desarrolla bajo incertidumbre clínica y en condiciones institucionales diversas. Por ello, la determinación de responsabilidad penal no puede descansar exclusivamente en la existencia de un resultado adverso. Requiere examinar la conducta profesional, el deber de cuidado aplicable, la información disponible al momento de decidir, las posibilidades reales de actuación y las circunstancias clínicas y organizacionales en las que se prestó la atención. En este trabajo, el proyecto oficial se utiliza para reconstruir los antecedentes y la controversia constitucional; sus razonamientos se identifican expresamente como proyecto y no se atribuyen automáticamente al Pleno. La consulta del engrose y de la versión taquigráfica podrá complementar la reconstrucción, pero su ausencia no impide cerrar el análisis del objeto aquí delimitado.

El amparo en revisión 257/2026 constituye un punto de partida relevante para esta discusión. Sus alcances deben describirse distinguiendo el proyecto, el sentido de la decisión y las consideraciones que puedan atribuirse de manera verificable al órgano jurisdiccional. La decisión sobre la constitucionalidad de disposiciones penales no equivale a una condena del profesional ni permite presumir que toda complicación o daño constituye negligencia. Tampoco establece, por sí sola, una inmunidad para el ejercicio médico.

La responsabilidad individual y las condiciones institucionales no son explicaciones excluyentes. Un análisis riguroso debe identificar qué

correspondía hacer al profesional y qué alternativas tenía efectivamente disponibles, al mismo tiempo que examina las condiciones de organización, recursos y funcionamiento que influyeron en la atención. Las responsabilidades de médicos e instituciones deben determinarse conforme a sus respectivos deberes y regímenes jurídicos.

El marco analítico propuesto por el IICA busca contribuir a esa valoración mediante la organización de seis dimensiones clínicas, profesionales, individuales, institucionales y jurídicas. Su alcance es orientador: no sustituye la ley, la prueba pericial ni la decisión de las autoridades competentes. Su aportación consiste en ofrecer una estructura para formular preguntas pertinentes, reconocer vacíos de información y evitar conclusiones apresuradas.

La seguridad jurídica del médico y la seguridad del paciente son objetivos complementarios. La primera requiere criterios claros y una evaluación contextualizada; la segunda exige atención de calidad, respeto a los derechos y mecanismos efectivos de investigación y reparación. Ninguna puede fortalecerse a costa de la otra.

Una medicina segura necesita profesionales responsables, pacientes protegidos e instituciones capaces de responder por las condiciones en las que se presta la atención. Proteger al médico y al paciente es proteger la atención sanitaria.

Referencias

Las referencias siguientes corresponden a las fuentes citadas en el texto. Los documentos jurisdiccionales y normativos se identifican por su naturaleza y versión; el proyecto del amparo en revisión 257/2026 no debe confundirse con una ejecutoria definitiva.

Arkes, H. R. (2013). The consequences of the hindsight bias in medical decision making. *Current Directions in Psychological Science, 22*(5), 356–360. https://doi.org/10.1177/0963721413489988

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2026). *Código Penal Federal* (última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de marzo de 2026). https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPF.pdf

Diario Oficial de la Federación. (1994, 10 de enero). *Decreto que reforma, adiciona y deroga diversos artículos del Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común y para toda la República en Materia de Fuero Federal, entre otros ordenamientos*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/ccf/CCF_ref38_10ene94.pdf

European Observatory on Health Systems and Policies. (2025). *Health systems in action 2024: Mexico*. World Health Organization. https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-2024-mexico

Fernández Varela Mejía, H., & Sotelo Monroy, G. E. (2019). El deber de cuidado del médico en México. *Revista de la Facultad de Medicina (México), 62*(3), 40–49. https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.3.08

García-Villarreal, O. A. (2022). Responsabilidad médica profesional, guías para la práctica clínica y lex artis. La importancia de seguir las recomendaciones de las guías clínicas. *Gaceta Médica de México, 158*(6), 439–443. https://doi.org/10.24875/GMM.22000118

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). *Estadística de Salud en Establecimientos Particulares (ESEP) 2024: Reporte de resultados 25/25*. https://www.inegi.org.mx/programas/salud/

Ley General de Responsabilidades Administrativas. (2021). Diario Oficial de la Federación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGRA.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021–2030: Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud*.

https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705

Ries, N. M., & Jansen, J. (2021). Physicians' views and experiences of defensive medicine: An international review of empirical research. *Health Policy, 125*(5), 634–642. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.005

Schmidt, H. G., Norman, G. R., Mamede, S., & Magzoub, M. (2024). The influence of context on diagnostic reasoning: A narrative synthesis of experimental findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 30*(6), 1091–1101. https://doi.org/10.1111/jep.14023

Secretaría de Salud. (2012a). *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012

Secretaría de Salud, & Consejo de Salubridad General. (2023). *Acciones esenciales para la seguridad del paciente: Actualización 2023*. https://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2024/acciones_esenciales_seguridad_paciente.pdf

Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. (2025). *Recursos en salud del sector público: Cierre 2024* [Base de datos/estadísticas institucionales]. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

SIJUD. (2026, 11 de noviembre). *Sesión del Pleno: Amparo en revisión 257/2026* [Registro secundario de seguimiento; no sustituye los documentos oficiales de la SCJN]. https://www.sijud.org/sesion/2026-11-11?focus=257%2F2026

Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2026a). *Amparo en revisión 257/2026: Proyecto de resolución*. https://www2.scjn.gob.mx/Juridica/Engroses/Cerrados/Publico/Proyecto/2026/11/AR257_2026.pdf

Vally, Z. I., Khammissa, R. A. G., Feller, G., Ballyram, R., Beetge, M., & Feller, L. (2023). Errors in clinical diagnosis: A narrative review. *Journal of International Medical Research, 51*(8). https://doi.org/10.1177/03000605231162798

Cómo citar este documento

APA 7

Guerrero Aguirre, J. y Macario Rojas, I. (2026). *Responsabilidad penal médica a partir del amparo en revisión 257/2026 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación* (Documento de trabajo n.º DT-01). Instituto de Inteligencia Clínica Aplicada, A.C. https://iica.cc/publicaciones/documentos-de-trabajo/responsabilidad-penal-medica-amparo-257-2026

Vancouver

Guerrero Aguirre J, Macario Rojas I. Responsabilidad penal médica a partir del amparo en revisión 257/2026 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación [Internet]. Toluca: Instituto de Inteligencia Clínica Aplicada; 2026. Documento de trabajo DT-01. Disponible en: https://iica.cc/publicaciones/documentos-de-trabajo/responsabilidad-penal-medica-amparo-257-2026

Documentos de trabajo del Instituto de Inteligencia Clínica Aplicada, A.C. DT-01, versión 1, 13 de noviembre de 2026.