

Relaciones entre profesionales sanitarios



Manuel de los Reyes López^a, José María Pérez Gómez^b, Pilar García Olmos^c, Francesc Borrell Carrió^d y Diego Gracia Guillén^e, para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud*

^aMédico, especialista en Cardiología, Instituto de Cardiología. Madrid. Presidente de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

^bLicenciado en Derecho, Subdirector General del Servicio Jurídico de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

^cEnfermera. Centro de Salud Calesas, Área 11. Insalud-Madrid. Presidenta de la Sociedad Madrileña de Enfermería en Atención Primaria.

^dMédico de Familia. Coordinador del Grupo Comunicación y Salud de la SEMFyC. Equipo de Atención Primaria Gavarra. ICS. Cornellà de Llobregat. Barcelona. ^eMédico. Catedrático de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Director del Instituto de Bioética. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid.

Casos clínicos

1. Varios médicos del equipo de atención primaria (EAP) tienen una relación tensa con dos especialistas del área sanitaria correspondiente, debido a que hacen habitualmente comentarios de este tipo a los pacientes: «¿Eso le ha recomendado su médico de cabecera? Pues no sé dónde lo habrá aprendido»; «a ver si se pone al día su médico de familia»; «dígame a su médico que no le cambie las pastillas que yo le receto». Hoy acude a nuestro centro una enferma a quien su especialista, uno de los antedichos, no le había practicado una medición de la presión intraocular, a pesar de acudir a él con un informe de alta realizado en el servicio de urgencias la noche anterior con el diagnóstico de «glaucoma grave». La paciente está muy enfadada con el oftalmólogo y quiere hacer una reclamación por escrito. Un médico del EAP la anima a ello y dice que «ya es hora de darle una lección».

2. La semana pasada, en una sesión clínica del EAP a la que habitualmente acuden la mayor parte de los médicos y enfermeras del centro, se han expuesto y discutido ampliamente algunas evidencias que desaconsejan tratar las crisis hipertensivas del modo como se venía haciendo hasta entonces. Por consenso de la mayoría de los asistentes se redactó un protocolo de actuación para los casos que se presentaran a partir de entonces. Uno de los médicos que se opusieron a tales criterios mantiene que seguirá tratando esas situaciones clínicas como lo venía haciendo, porque para él las pruebas y argumentos presentados no son suficientes para que cambie de opinión. A los pocos días acude al centro una paciente con una crisis hipertensiva estando

de guardia dicho facultativo; éste ordena a la enfermera la aplicación de un tratamiento, pero no el que figura en el protocolo aceptado recientemente por sus compañeros.

3. Don Mariano** es un paciente de 49 años de edad con varios factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial controlada con fármacos, fumador de 20 cigarrillos al día y obesidad ligera. Acude al centro de salud por notar opresión en el pecho desde hace dos semanas. Su médico de familia, después del interrogatorio y la realización de un electrocardiograma, le diagnostica de angina de esfuerzo grados I-II y le prescribe un tratamiento. Además, solicita con carácter preferente un ecocardiograma y una ergometría al cardiólogo del ambulatorio. El especialista acoge al paciente bajo su control, realiza las pruebas solicitadas y alguna otra más y modifica la medicación que llevaba el enfermo, citándole para posteriores revisiones. Don Mariano acude periódicamente a su centro de salud para que le den las recetas que prescribió el especialista. No obstante, su médico de familia está molesto por convertirse en «un mero expendededor de recetas de otros» y, además, no está de acuerdo con el enfoque global que se está haciendo del problema del paciente.

Preguntas que suscitan los casos clínicos

1. ¿Los médicos deben efectuar comentarios a sus pacientes sobre la actuación de otros colegas, sobre todo si la crítica es desfavorable?
2. ¿Los médicos o enfermeros/as deben fomentar las reclamaciones escritas de los pacientes, en los casos de desatención por algún colega? ¿Y en los casos que atañen a conflictos intra o interprofesionales?
3. ¿Puede un médico negarse a la petición de un paciente de practicar una prueba diagnóstica necesaria y demorar su realización?
4. ¿Pueden imponerse las guías de práctica clínica o los protocolos clínicos, para que se apliquen por todos los miembros del equipo asistencial?
5. ¿Qué problema podría existir si un facultativo no sigue las recomendaciones clínicas asumidas por el equipo? ¿Son siempre vinculantes para todas las decisiones tomadas conjuntamente en el EAP?
6. ¿Son eficaces y eficientes los protocolos en los EAP o incrementan la burocracia y favorecen el puro aspecto económico?
7. ¿Qué debería hacer una enfermera ante una orden médica que no se ajusta a un protocolo consensuado en el EAP?
8. ¿Hay límites para el desempeño del control de un cardiopata por el médico de familia? ¿Puede éste solicitar las pruebas diagnósticas que estime necesarias?

*Este trabajo ha sido escrito por M. de los Reyes López, J.M. Pérez Gómez, P. García Olmos, F. Borrell Carrió y D. Gracia Guillén para la serie de artículos «Bioética para clínicos» del Proyecto con el mismo nombre del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. Los miembros del Grupo Técnico del Proyecto son: Diego Gracia (director); Javier Júdez (coordinador); Rogelio Altisent; Javier Barbero; Francesc Borrell; Fernando Carballo; Pilar García-Olmos; Manuel de los Reyes; Pablo Simón, y José Zarco. La Fundación de Ciencias de la Salud no se identifica necesariamente con el contenido de este trabajo, ni éste representa su posición oficial sobre los temas objeto de estudio en el mismo.

**Aunque los casos clínicos han sido extraídos de experiencias reales de la práctica clínica, todos los nombres empleados en la recreación de los mismos son inventados y no corresponden a ninguna persona real.

Correspondencia: Dr. J. Júdez.
Instituto de Bioética. Fundación de Ciencias de la Salud.
Avda. de Pío XII, 14. 28016 Madrid.
Correo electrónico: jjudez@fcs.es

Recibido el 31-1-2001; aceptado para su publicación el 20-4-2001
Med Clin (Barc) 2001; 117: 339-350

TABLA 1

Problemas que subyacen en los casos clínicos

Relaciones de los médicos entre sí y con los profesionales de enfermería
Jerarquización y coordinación de la atención sanitaria en los equipos asistenciales: el trabajo interdisciplinario
Guías de práctica clínica/protocolos clínicos: implicaciones éticas y legales. La <i>lex artis</i>
Reclamaciones de los pacientes y usuarios contra los profesionales: papel de los servicios de atención al paciente/usuario y las posibles instancias de mediación
Mediación en los conflictos intra e interprofesionales: comisiones deontológicas de los colegios profesionales. Corporativismo
Conflictos de competencias médicas entre atención primaria y especializada: derivaciones de pacientes entre una y otra, la elección libre de médico
Titulación y competencia profesional: la formación continuada es una exigencia ética
Función de enfermería en los equipos de atención primaria: el cuidado como parte de la asistencia integral a los pacientes/usuarios
Responsabilidad ética y legal de los clínicos y del equipo de dirección

TABLA 2

Rasgos definitorios de las profesiones

<p>1. Prestan un servicio específico a la sociedad de manera institucionalizada. Este servicio debe tener diversas características: a) ha de ser único, exclusivo, considerando como intruso al que quiera ejercerlo sin poseer la debida cualificación; b) las prestaciones que ofrece han de estar claramente definidas para saber qué se puede esperar y exigir, y c) ha de ser una tarea indispensable, porque la sociedad no puede prescindir de él desde la concepción del Estado de bienestar</p> <p>2. Se considera como una especie de vocación y de misión, ya que se espera del profesional su entrega y dedicación a ella en tiempo y esfuerzo y una preparación lo más elevada posible</p> <p>3. Los que la ejercen se llaman profesionales, obtienen a través de ella su medio de vida y se consideran colegas entre sí. Así mismo, se asocian en colectivos para tratar de obtener el control monopolístico de la profesión</p> <p>4. Se accede al ejercicio profesional a través de un largo, complejo y específico proceso de capacitación teórica y práctica, con el fin de obtener la acreditación oficial o licencia para ejercerla</p> <p>5. Los profesionales reclaman para sí un ámbito de autonomía en su quehacer, dada su condición de expertos en las materias correspondientes</p> <p>6. A la pretensión de autonomía le corresponde el deber de asumir la responsabilidad por los actos realizados en el ejercicio de su profesión.</p> <p>7. De los profesionales se espera que no ejerzan su profesión sólo por el afán de lucro, pues se trata de una actividad encaminada a favorecer a la colectividad</p>
--

Adaptada de González Anleo⁵.

9. ¿El especialista tiene siempre el derecho a llevar el seguimiento del cardiópata? Si el médico de familia se opone a ello, ¿podría ser acusado de intrusismo?

10. ¿El médico de familia puede negarse a expender las recetas prescritas por el especialista? ¿Puede modificar a su arbitrio el tratamiento establecido por éste?

11. ¿Sería conveniente y oportuno establecer protocolos de coordinación entre atención primaria y atención especializada?

12. ¿Qué responsabilidades tienen la dirección médica, la dirección de enfermería y la gerencia en las cuestiones antes señaladas?

Los problemas éticos que subyacen en estas preguntas se encuentran sintetizados en la tabla 1.

Marcos ético y normativo

El tema que nos ocupa es indispensable abordarlo haciendo algunas reflexiones iniciales acerca de lo que se entiende, o debe entenderse, por profesión (sanitaria en concreto), responsabilidad, ética profesional y deontología, entre otros conceptos. Igualmente, deberán tenerse en cuenta las definiciones y comentarios de los términos incluidos en el glo-

sario al final del artículo. Constatando también la importancia que tiene el vasto campo de la ética de la relación o de la interacción y comunicación entre profesionales, se ha preferido introducir todo lo relacionado con ello en los comentarios finales que se hacen a los casos clínicos.

De la profesión

El objeto de este trabajo no es efectuar un recorrido histórico acerca de cuáles han sido las formas de entender la profesión sanitaria desde la antigüedad hasta nuestros días, ni tampoco el análisis en profundidad de los cambios de paradigma acaecidos hasta llegar a la situación actual, como ya se ha descrito en varios lugares¹⁻³. Actualmente constituye una obviedad afirmar que los modos de entender la profesión médica han sido distintos e influidos por multitud de aspectos, por ejemplo, las diversas tradiciones médicas, los usos y costumbres sociales imperantes en cada momento y en cada comunidad, las grandes revoluciones del pensamiento filosófico, los avances científicos y técnicos, la consideración de los derechos de los individuos y de la sociedad, el valor moral de la persona en todas y cada una de las circunstancias, etcétera.

No obstante, conviene no olvidar el origen latino del término profesión: deriva de *professio*, que guarda una gran relación con *confessio*. De ahí que, además de tener el sentido de profesar, es decir ejercer o enseñar una ciencia o un arte, tenga también el de confesión pública, promesa o consagración. Naturalmente, este significado de la medicina tenía en sus albores una gran carga de contenido religioso, del que también participaban las otras dos consideradas entonces profesiones, el sacerdocio y la judicatura^{2,3}. Con el advenimiento de la época moderna, sobre todo a partir de la reforma protestante, se produce una emancipación de la mencionada esfera religiosa en la que se movía la profesión sanitaria, y se asume el sentido de vocación y de misión. De tal suerte que se adquiere la conciencia de que es un deber moral, basado en la consideración de la autonomía del profesional, ejercer la propia profesión con pleno rendimiento. Según esto, tanto el que ejerce una profesión liberal como el que pretende producir riqueza debían sentir su tarea como una misión que tienen que cumplir al servicio de un interés humano y social que les trasciende⁴. Hoy día, en sentido amplio, profesiones son todas aquellas actividades ocupacionales que posean los rasgos definitorios descritos⁵ en la tabla 2.

De la responsabilidad ética y jurídica

La responsabilidad es una condición inexcusable de la naturaleza humana, de tal modo que todo ser humano está continuamente justificando los propios actos y dando cuenta de las propias acciones. Así como el animal trata de adaptarse o ajustarse a su medio natural, el ser humano debe justificar sus acciones en un mundo de sentido, es decir que tiene una responsabilidad moral. Si el ser humano necesariamente es un ser moral, debe vivir responsablemente, esto es, debe responder de sus actos morales que, por definición, son actos de elección libre. Y ¿ante quién debe responder? En primer lugar, ante uno mismo, ante su conciencia, ante esa especie de voz interior que aprueba o reprueba nuestra conducta, pero que no es ciega ni irracional. La conciencia moral es el juicio de la propia razón sobre la moralidad de las acciones que realizamos; es el primer tribunal de la razón moral. Por tanto, habrá una responsabilidad primaria o ética⁶.

Pero también el ser humano debe rendir cuentas a los demás, no sólo porque éstos pueden pedirlos, sino por las

consecuencias que a otros puedan afectar. A partir del contrato social, ante el Estado (y la sociedad) se tiene otro tipo de responsabilidad secundaria, la denominada jurídica o legal. Esto quiere decir que el Estado y sus instituciones asumen unas funciones éticas específicas, las de fijar y defender unos mínimos exigibles a todos por igual en el campo de las relaciones interhumanas, en el ámbito de lo público. Al convertirse en garante de la integridad física, de la no discriminación social y de la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos, convierte estos principios, éticos por definición, en ley positiva. Este nivel básico recibe el nombre de «ética de mínimos». Pero además el Estado, en una sociedad democrática y civilizada, tiene que garantizar que las personas puedan llevar a cabo de modo libre y autónomo sus respectivos proyectos de vida, sus ideales de perfección y felicidad; esto propicia otro nivel de principios, en el ámbito de lo privado, que se ha dado en llamar «ética de máximos»⁶.

Hay que establecer, pues, una distinción clara de los dos niveles de la responsabilidad que son inherentes a la profesión sanitaria, aunque no exclusivos de ella. El plano jurídico define las obligaciones que cada uno tiene con todos los demás miembros de la sociedad, no con uno mismo, procura unos mínimos iguales para todos, y la coacción para cumplir dichos deberes es legalmente factible. El plano ético posibilita la libre realización de los propios ideales de vida, define las obligaciones para con uno mismo, no para con los demás, y la coacción priva de moralidad al acto. Ahora bien, ¿cómo se articulan los niveles ético y jurídico de la responsabilidad?, ¿cuál es la relación entre ética y derecho?⁷

Recapitulando las reflexiones antedichas convendrá ahora establecer algunas proposiciones que ahondan en el pensamiento esbozado en el artículo introductorio de esta serie⁸:

1. La primera de ellas permite afirmar que el objeto de la ética no es sólo lo «justo» o lo «correcto», sino también lo «bueno», pues la ética se ocupa de una experiencia humana fundamental, la experiencia del deber y, además, propone ideales de vida buena.

2. La segunda atañe al fundamento de la ética y del derecho. Dicho fundamento no puede ser otro que la persona humana como fin en sí mismo y no sólo como medio y la humanidad en cuanto reino de los fines, según dijo Kant. Deber y derecho son términos muchas veces correlativos, pero no siempre. Cuando un deber mío genera un derecho en los demás, se suele hablar de «deberes perfectos», y ésos son los que habitualmente se plasman en leyes jurídicas. Por el contrario, cuando mi deber no genera un derecho en los demás, hablamos de «deberes imperfectos», que no suelen convertirse en ley. El derecho siempre se basa en el criterio de «universalización», debiendo tratar a todos por igual (ejemplo de deberes perfectos son los de justicia). La moral parte del criterio de «particularización», de que todos somos distintos, tenemos ideales de perfección, proyectos de vida y de felicidad específicos, y que además éstos son moralmente obligatorios para cada uno (ejemplo de deberes imperfectos son los de beneficencia).

3. La tercera se deduciría de las dos anteriores. El derecho debería ser la expresión del primer nivel de la ética, que se concreta en los principios de *no maleficencia* (derecho penal) y de *Justicia* (derecho civil), que son de gestión pública. Y la moral debería ser la expresión del segundo nivel de la ética, concretándose en los principios de *autonomía* y de *beneficencia*, que son de gestión privada. Articulados de esta manera, derecho y moral son complementarios. El primer nivel se llamaría «ética de mínimos», o de la obligación o del deber, propio de las éticas civiles, y el segundo nivel lo

constituiría la «ética de máximos», o de la perfección o felicidad, propio de las éticas particulares y de las éticas religiosas.

Una vez hechas estas matizaciones, que pueden resultar polémicas y no ser compartidas por todos o en su totalidad, sería un grave error considerar el segundo nivel de la ética como mero apéndice del primero o engullido en él; o la situación contraria, donde el primer nivel de la ética quedara subsumido en el segundo. De estos equívocos se pueden derivar juicios de valor desenfocados y decisiones inadecuadas.

DE LA BIOÉTICA Y DE LA DEONTOLOGÍA

Desde antiguo –al menos desde el siglo v a. de C., cuando se compuso el juramento hipocrático– la profesión médica ha tratado de establecer sistemas de autocontrol para evitar o paliar la mala práctica. Este propósito ha pervivido en la medicina occidental, con mejor o peor fortuna, adquiriendo la forma de códigos de ética médica y de deontología profesional⁹. Sin embargo, a la altura de las reflexiones que llevamos haciendo, convendrá establecer la distinción entre la bioética y la deontología médicas; distinción que no está exenta de tensiones, pero que, a nuestro juicio, es indispensable tratar de esclarecer. Posiblemente haya razones históricas y de contexto sociocultural que hacen que la relación entre la bioética y el derecho sea muy diferente en el mundo europeo, sobre todo mediterráneo-latino, y en el anglosajón¹⁰.

En el ámbito europeo-mediterráneo, cuyos sistemas jurídicos derivan del derecho romano, hay la tendencia a considerar que el derecho (y la deontología que deriva de él) agota el ámbito de lo normativo. Se dice entonces que la ética es puramente subjetiva e individual, y por tanto no puede convertirse nunca en norma. De esta manera, la bioética no constituiría un cuerpo de saberes específico o diferenciado. Esta posición tiene bastante raigambre en un amplio colectivo de juristas y de médicos con especial orientación dentro de la medicina legal¹¹.

Del ámbito anglosajón, concretamente de los EE.UU., emergió el término bioética, y la plasmación inicial de sus principios se remonta a 1978 con la publicación del famoso Informe Belmont^{12,13}. Conviene distinguir entre el derecho europeo, que es hijo del racionalismo cultural y donde la jurisprudencia se ve como la aplicación de la ley universal a los casos concretos de modo deductivo, y el derecho anglosajón. Este último proviene del empirismo, parte siempre de los casos concretos («casuismo») y procede de forma inductiva; su raíz está en los usos y costumbres de la sociedad (derecho «consuetudinario») y sólo cuando es insuficiente recurre al código (derecho «estatutario») ¹⁴.

La observación de ambas actitudes –europea mediterránea y anglosajona– nos lleva a pensar en las dificultades de su articulación y de una aplicación práctica unívoca en todas las latitudes, y más aún en un mundo actual, donde el multiculturalismo se impone con fuerza creciente. Pero también nos conduce a dos conclusiones meridianas: que es difícil concebir una moral sin derecho, pero desde luego es imposible un derecho sin moral. Conviene legislar lo menos posible y dejar que la sociedad civil vertebral su mundo de relaciones con valores positivos. Por ello, si la bioética tiene por objeto el análisis de los valores del mundo sanitario, el derecho tendrá el arbitraje de los conflictos que surjan en él. Ambos son necesarios, pero sin bioética la conflictividad será insostenible y sin derecho los conflictos serán irresolubles. ¿Qué es la deontología profesional, ética o derecho? A nuestro parecer, tiene más de derecho que de ética, y además constituye un error, intencionado o no, confundir o asimilar la deontología con la ética¹⁵.

De la lex artis

Se ha dicho que la medicina tiene un momento de ciencia –el estudio de las enfermedades como entidades universales– pero que también tiene otro momento de arte o técnico, el estudio de los individuos enfermos, que recibe el nombre de clínica. Es obligación de la medicina definir en cada momento los criterios científicos generales de actuación o de «buena práctica», y a esto se le llama *lex artis*. En este nivel se encontrarían las guías de práctica clínica, con arreglo a las premisas y exigencias que se señalan en este artículo. Pero además, dada la diversidad de situaciones clínicas, de pacientes y de contextos sanitarios, es imprescindible establecer criterios prudentes de actuación en determinadas circunstancias, lo que algunos denominan *lex artis ad hoc*. Es aquí donde habría que considerar específicamente las decisiones prudentes que adopta cada médico con cada paciente en particular, decisiones que siempre serán racionales pero tomadas en condiciones de incertidumbre. Por analogía con la jurisprudencia, la «medisprudencia» será, pues, la aplicación prudente y razonable por el facultativo de los criterios genéricos a las situaciones y circunstancias concretas de los individuos¹⁶.

El sentir que quiere expresar la *lex artis* es el modo de actuar propio del buen profesional o del buen técnico. El derecho siempre ha considerado que al médico se le debe exigir que ponga los medios mandados por su arte, no que consiga siempre los resultados deseables. Por eso la medicina es una profesión obligada a poner unos medios –no cualesquiera, sino los más adecuados a la situación clínica, en ese momento preciso y con la diligencia mayor–, no a obtener unos resultados esperados salvo, quizá, algunas excepciones.

Partiendo de este marco, queda por precisar el verdadero alcance de la *lex artis* en los ámbitos judiciales y cuáles son los criterios de valoración jurídica hasta ahora tenidos en cuenta en nuestro país. Varias son las dudas que se plantean, por ejemplo: ¿las guías de práctica clínica son normas técnicas orientativas sólo con valor probatorio o pueden adquirir vinculación jurídica?; cabría la disyuntiva entre una excesiva fijación a las recomendaciones o la consideración ponderada del contexto sociosanitario del quehacer clínico. O cómo establecer los límites entre el «poder prever» y el «deber evitar», que conducirían a fijar los rangos entre el riesgo permitido o asumido y el resultado lesivo penalmente relevante. Sin olvidar cuáles son las esferas de responsabilidad, ya sea individual, del equipo o sus directivos, ya sea de la institución¹⁷.

De las competencias administrativas de las profesiones sanitarias

En un trabajo en equipo como el que exige la actividad asistencial sanitaria, es necesario que se fijen, aunque sea con cierta flexibilidad, una serie de límites dentro de los cuales se desarrollen las funciones que tiene cada elemento del grupo. La normativa aplicable ha venido distinguiendo estas funciones en relación con la titulación académica alcanzada o el grado de especialización obtenido.

En el ejercicio privado de la medicina, la relación entre los profesionales se encuentra regida por las siguientes normas: las que regulan cada una de las profesiones que participan en el proceso asistencial (médicos, enfermeros, psicólogos, técnicos especialistas, fisioterapeutas, auxiliares de clínica, etc.); los códigos deontológicos aprobados por los respectivos colegios profesionales; los correspondientes convenios colectivos laborales, y más allá de las lindes de cada profesión, por las limitaciones impuestas por la figura penal del intrusismo profesional.

Dentro de la Administración pública la distribución de competencias llega a ser extraordinariamente compleja, fruto de una dispersa y a veces confusa regulación existente, aunque los estatutos de personal médico, de personal sanitario no facultativo y de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social han descrito dichas tareas (tabla 3). Conviene señalar que la regulación vigente es más bien laxa a la hora de definir las funciones del personal médico y algo exagerada al concretar las funciones del personal sanitario no facultativo. En éste llega a tal nivel de exhaustividad que pudiera inferirse que lo que no se encuentra incluido de manera expresa como una función no corresponde a este colectivo. En el ámbito facultativo los problemas son de distinta naturaleza, siendo más relevantes los conflictos surgidos en la frontera entre una especialidad y otra, en el paso del ámbito de la atención primaria al de la atención especializada y viceversa, o en terrenos colindantes con otras profesiones sanitarias (p. ej., la psicología); no se debe olvidar, a este respecto, que después de la reforma en profundidad de la atención primaria coexisten todavía dos modelos administrativos de médicos generalistas. Esto ha llevado a los tribunales a tener que pronunciarse en reiteradas ocasiones acerca de qué funciones están o no incluidas en cada especialidad, del carácter o no de primacía jerárquica de unas especialidades respecto de otras y hasta dónde puede llegar el órgano de gestión (la dirección médica o el coordinador del equipo) en su facultad de ordenación del trabajo.

Las relaciones entre los miembros de un mismo equipo se rigen por los principios de jerarquía y de coordinación, siendo el jefe de servicio en atención especializada y el coordi-

TABLA 3

Legislación administrativa aplicable a las relaciones entre profesionales sanitarios

Estatuto del Personal Médico

- Art. 20. Funciones del médico general
 - Art. 21. Funciones del pediatra-puericultor
 - Art. 22. Funciones del médico del servicio de urgencia
 - Art. 23. Función de los especialistas
 - Art. 24. Función de los médicos ayudantes.
- Otros preceptos diseminados por el citado Estatuto desgranar los derechos y las obligaciones de este colectivo

Estatuto del Personal Sanitario no facultativo

- Arts. 57-60. Establecen diferentes funciones para las enfermeras y ayudantes técnicos sanitarios, debiendo a su vez distinguirse entre el personal que presta servicios en lo que se denominan instituciones abiertas (atención primaria) e instituciones cerradas (atención especializada)
- Arts. 61-64. Funciones para los practicantes
- Arts. 65-69. Funciones para las matronas
- Arts. 70 y 71. Funciones para los fisioterapeutas
- Arts. 72 y 73. Funciones para los terapeutas ocupacionales
- Art. 73 bis. Funciones para los técnicos especialistas, que a su vez pueden ser técnicos especialistas en radiología, en laboratorio o en anatomía patológica
- Arts. 74-85. Funciones para las auxiliares de enfermería que se describen según los Servicios en los que realicen su trabajo

Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, de Estructuras Básicas de Salud

La reforma estructural del Sistema Nacional de Salud operada a raíz de este Real Decreto (RD) alteró en cierto modo las funciones anteriormente definidas, pudiendo distinguirse entre personal que todavía es del viejo sistema de cupo y zona, y personal integrado en los equipos de atención primaria creados por este RD, variando la jornada laboral, el sistema retributivo y la amplitud de las funciones a realizar

Real Decreto 521/1987, de 15 de abril

Desarrolla el cometido y las funciones de los órganos directivos de los centros (jefe de servicio en atención especializada, coordinador del equipo en atención primaria, directores médicos y directores o jefes de enfermería en los hospitales o en las gerencias de atención primaria)

nador del equipo o sus equivalentes en atención primaria quienes, en sus respectivos ámbitos, deben realizar esa función. En última instancia, los órganos competentes de las instituciones sanitarias para aplicar dichos principios son la dirección médica y de enfermería en los hospitales o la dirección médica y el coordinador del equipo en atención primaria. Ellos son quienes tienen cierto margen de maniobra para poder impartir instrucciones, siempre que no contravengan lo establecido en los estatutos o en otras normas de rango superior (tabla 3). Sin embargo, no conviene olvidar que, en organizaciones sanitarias tan burocráticas como son las nuestras, el peso real de las decisiones de la práctica asistencial recae sobre todo en sus subordinados; por lo cual es mayor aún la responsabilidad de las personas que ostentan cargos de dirección en la buena marcha del trabajo en equipo. Y aquí viene a colación algo que, a nuestro juicio, es en extremo importante: que la defensa del trabajo en colaboración es irrenunciable y por eso hay que educar en actitudes de diálogo y respeto mutuo, abandonando en lo posible las defensas gremiales.

Deliberación práctica sobre el tema

Una vez abordados el marco ético y el normativo, procede ahora efectuar otras consideraciones que tengan más en cuenta las dificultades de su aplicación, la existencia de limitaciones de muy variada índole y la complejidad de los diversos contextos. Además de profundizar en el glosario, se tratará de orientar en relación con las preguntas que suscitan los casos clínicos y respecto a los problemas que subyacen en ellos.

Sobre los mínimos morales y la excelencia profesional

Conviene distinguir muy claramente entre el fin de una profesión –el bien objetivo que con ella se persigue y por el cual cobra su sentido– y los intereses subjetivos que persiguen las personas que la ejercen. Esto es crucial. Por eso Cortina¹⁸ insiste en contemplar la práctica profesional como una actividad social cooperativa, que se caracteriza por tender a alcanzar unos bienes que son internos a ella misma y que ninguna otra puede proporcionar. Estos bienes son los que le dan sentido, constituyen la racionalidad que le es propia y, a la vez, le prestan legitimidad social¹⁸. Se pueden deducir entonces, por analogía, varios hechos: que el bien interno de la sanidad es el bien del paciente; que la persona que ingresa en la profesión sanitaria no puede proponerse una meta cualquiera, sino que sus fines ya le vienen dados, y que la asunción responsable de estas premisas le confiere auténtico sentido a su actuar y le dota de legitimidad en la sociedad. Sin embargo, es necesaria una advertencia: como las actividades profesionales se desarrollan en el seno de sociedades cuya conciencia moral va evolucionando con los tiempos, alcanzar las metas específicas de las profesiones sanitarias (medicina o enfermería, indistintamente) supone ir adquiriendo ciertas actitudes o hábitos que no precisamente vienen dados, sino que es preciso conquistar.

Aunque se haya definido cuáles son el *mínimo moral* (el canon), el *mínimo social* («ética de mínimos») y el *mínimo personal* («ética de máximos»), todavía nos quedan algunas interrogantes, tales como ¿cuál es el mínimo de exigencia profesional?, ¿quién lo define?, ¿quién lo exige? Está claro que la sociedad establece unos mínimos, pero sólo se refieren a lo que se considera maleficente, es decir a la ignorancia, la impericia, la negligencia y la imprudencia. El profesional sanitario que descienda por debajo de ese mí-

nimo es un mal profesional. Pero no ser un mal profesional no significa serlo bueno, ya que un buen médico no es simplemente el que no es denunciado o condenado por alguno de los delitos o faltas antes mencionados. Por eso, la pregunta por el *mínimo profesional* no estriba en averiguar el mínimo necesario para no ser un mal médico o una mala enfermera, sino para ser un buen médico o una buena enfermera¹⁹.

En este contexto es donde hay que introducir el concepto de «excelencia». El diccionario de la Real Academia Española define la excelencia como la «superior calidad o bondad que hace digna de singular aprecio y estimación una persona o cosa»²⁰. No hace falta insistir en que, en el plano exclusivamente personal, la aspiración a la excelencia no tiene límite máximo, pudiendo convertirse en ocasiones en exigencia supererogatoria. Sin embargo, como decíamos al principio, para alcanzar los bienes internos propios de una profesión, se exige a quienes participan en ella que desarrollen determinados hábitos o actitudes que tengan una predisposición a lograrlos. No basta la formación excelente en conocimientos y habilidades, sino que es preciso aspirar a la excelencia del carácter en el sentido más clásico: aspirar a la virtud. El profesional sanitario que pretenda la excelencia huye de la mediocridad, de la medianía, busca ser competente en su ámbito de actuación. A la técnica virtuosa debe unirse, pues, la virtud moral. Caminar para alcanzarla es una obligación moral que no se puede imponer, sólo se puede promocionar y exhortar su consecución. Por tanto, no cabe otra salida que situar el mínimo profesional siempre por encima del mínimo social, y dependerá de cada individuo en particular que «su mínimo personal» lo coloque por encima o por debajo del mínimo profesional que se marque²¹. Esto quiere decir, lisa y llanamente, que los profesionales sanitarios y otros profesionales tienen unas obligaciones especiales por el hecho de haber elegido tales funciones, y que éstas tienen características algo diferentes de las obligaciones generales que tienen como ciudadanos o de las obligaciones específicas que se impongan a sí mismos como individuos particulares.

Con todo, es conveniente no caer en una idealización casi utópica. Una mirada realista a nuestro entorno profesional nos revela, con crudeza, que la burocratización puede conducir a aceptar la mediocridad renunciando a aspirar a la excelencia, con lo cual se pervertiría el sentido de los bienes internos de las profesiones sanitarias. Por esta razón han aumentado la desconfianza y la desilusión de los profesionales, se ha acentuado cierto corporativismo y se han perdido no poca credibilidad y legitimidad sociales. El *ethos* burocrático instalado sólo aspira a cumplir las normas legales para no incurrir en negligencia, pero sin pretensiones de diligencia, y esto es insuficiente para ejercer la profesión sanitaria como exige el servicio que ha de prestarse a la sociedad. El *ethos* profesional, como ya se ha señalado, debe mirar más alto y no conformarse con los mínimos de legalidad, debe orientarse hacia la excelencia¹⁷. En nuestro idioma, vulgarmente el «buen médico» es el buen profesional, mientras que el «médico bueno» es aquél que es buena persona. Con lo dicho hasta ahora, para ser un buen profesional no basta con ser una buena persona, pero no se puede ser un buen médico si, además, no se es moralmente bueno²². Pero por fijarnos sólo en el profesional no dejemos de lado otra responsabilidad muy importante: la que contraen con la sociedad las instituciones y las organizaciones sanitarias, pues no hay que olvidar que tienen «personalidad jurídica», y ello supone que tienen obligaciones de justicia y de beneficencia aunque sean de otra naturaleza^{23,24}.

Sobre los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias

Específicamente los códigos de deontología médica nacieron con los colegios de médicos, no antes. Con precedentes que se remontan al siglo XVI, el primero es de mediados del siglo XIX, coincidente con el origen de la American Medical Association²⁵. En España se constituyen como tales colegios de médicos a finales del siglo pasado (según Real Orden de 2 de abril de 1898), y los códigos de deontología surgen después por iniciativa de aquéllos²⁶⁻²⁸. La consideración de la enfermería como profesión es relativamente reciente, y hasta mediados del siglo XX no crea su primer código ético²⁹. Sin embargo, más que la tendencia normativa, ha sido la reflexión sobre la ética «del cuidado» la que ha elaborado y sabido integrar mejor la dimensión ética de la profesión de enfermería^{30,31}.

En España, Herranz³² ha trabajado con ahínco en aras del redescubrimiento, dignificación y difusión del Código de Ética y Deontología Médica (CEDM) de la Organización Médica Colegial (OMC)³². La tesis esencial de su preocupación es que no existe profesión sin código de conducta y, además, que el código no flota en el vacío social, sino que está legitimado. A partir de aquí desarrolla sus reflexiones sobre la deontología codificada que, afirma, tiene tres dimensiones^{33,34}, a saber: a) la individual, que compromete la conducta personal de cada médico, por lo que el código cumple una función informativa y a la vez rememorativa; b) la corporativa, que afecta a la profesión organizada, cuya función es la de regular y dirigir la institución (OMC), establecer el perfil de identificación profesional y servir de protección y defensa de sus colegiados, y c) la pública, que incluye el ámbito social en el que es ejercida la medicina, cumpliendo una función garantista del Estado sobre la calidad de los servicios profesionales, una función informativa que revele a la sociedad los deberes asumidos por los médicos y una función disciplinaria de carácter interno y, a veces, también externo.

Teniendo en cuenta la categorización antes señalada, ¿cómo puede interpretarse el Código Deontológico actual desde la óptica de los principios de la bioética? El hecho de que recoja obligaciones de no maleficencia y de justicia lo convierte en un instrumento parajurídico nada desdeñable. Ciertamente no es ley en nuestro país, pero el Ordenamiento lo tiene en cuenta citando su articulado en las sentencias judiciales, ya que le ayuda a perfilar las obligaciones de primer nivel de los profesionales. Sin embargo, el Ordenamiento no puede apropiarse de aquella parte del Código Deontológico que establece las obligaciones de beneficencia o de segundo nivel, porque éstas indican el carácter puramente moral de la profesión, su calidad y su excelencia. De ahí que los tribunales no deban entrar en la valoración de los deberes deontológicos de los profesionales, dejando estos asuntos para los órganos colegiales correspondientes³⁵⁻³⁸.

Un asunto de relevancia consistiría en preguntarse por las actitudes de los profesionales ante la «ética de su institución colegial» o, más espinoso aún, ante la «ética de sus representantes colegiales»; pero ambas reflexiones exceden de nuestro objetivo. Sí lo es observar las reacciones mostradas por los médicos ante el CEDM, que han sido muy variadas³³: desde la lectura interesada y atenta, las menos, hasta la ignorancia benigna de quien sólo se guía por su «olfato moral»; desde el notable escepticismo hacia la ética y la deontología en general, con tintes de subjetivismo moral, hasta el rechazo visceral por razones ideológicas o de libertad frente al corporativismo. En lo que respecta a la enfermería, no disponemos de datos fidedignos, pero todo apunta a pensar que acaso no difieran demasiado de lo manifestado por los médicos.

Pues bien, llegados aquí se plantea otro punto polémico: si el CEDM –y por extensión posiblemente también el de la enfermería– obliga no sólo éticamente, sino jurídicamente, ¿cómo puede ser a la vez un código disciplinario de actuaciones y conductas y un código moral de actitudes? Se entiende bien que su parte negativa sea la sancionadora, pues es patente que la ley impone a los colegios que se autorregulen, y eso nos merece respeto y acatamiento; pero nos crea dudas de que constituya un buen código de ética médica. Y esto último por dos motivos que, naturalmente, deberán discutirse siempre con hondura de miras: uno, que no todos los médicos se identifican plenamente con los ideales que se proponen, debido probablemente a la gran diversidad de situaciones y de tareas ocupacionales que abarca nuestro ejercicio profesional, y dos, que los consejos prudenciales que en él se plasman son máximas, muchas de ellas con respaldo ético-legal y de aplicación práctica, pero otras están menos articuladas o son de mera etiqueta profesional. Con estos argumentos, si se sigue utilizando la palabra ética lo mejor es matizar diciendo que de lo que tratan los códigos deontológicos es de la «ética profesional» (sin entrar a detallar cuál sea o deba ser el paradigma actual de las funciones del médico o de la enfermera). Pero junto a ella hay otras áreas, como son la «ética fundamental» y la «ética clínica», que se estudian y enfocan mejor desde la actual metodología bioética de los niveles antes señalados¹⁵.

A título orientativo veáanse, en la tabla 4, los artículos y apartados de los códigos de Deontología Médica y de Enfermería que están específicamente relacionados con los asuntos debatidos en este trabajo.

Sobre las guías de práctica clínica/protocolos clínicos

La práctica clínica es compleja y a veces conflictiva. Hoy día, el recto ejercicio profesional no consiste sólo en la aplicación técnica de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, o en el arte interpretativo de las pruebas realizadas, sino que también es indispensable asumir un compromiso moral con el paciente individual y con la sociedad. De hecho, la actuación médica se encuentra inmersa en la reso-

TABLA 4

Artículos de los Códigos de Deontología relacionados con este trabajo

Asuntos	CEDM	CCDM	CDEE
Carácter ético y disciplinario de la profesión	1-3 y disposición final 1		Preámbulo 1-3
Principios generales de la profesión	4, 5.1, 6	1-7	4-6
Relación con los pacientes. Trabajo en equipo. Secreto profesional	7, 10.3, 13.6, 14-16	8, 9, 16, 28-36, 39	15, 16, 19-22
Lex artis. Calidad asistencial. Capacidad profesional	18-22	12, 17, 18, 25, 27, 41-45, 76-78, 90, 103	47, 52-60
Relaciones de los profesionales entre sí. Equipo asistencial	31-34	25, 27, 74, 75, 82-87, 91-93	61-68
Relación con el colegio profesional	35, 36 y disposición final 2	40, 88-90, 94-100	48, 80, art. final y normas adicionales 1-6
Trabajo en las instituciones	37	71-73, 79	76-80

Basada en las referencias 27, 28 y 29.
 CEDM: Código de Ética y Deontología Médica (1999); CCDM: Código Catalán de Deontología Médica (1997); CDEE: Código Deontológico de la Enfermería española (1989).

lución de no pocas cuestiones que, más que dilemáticas, son problemáticas. Así, se mueve entre lo posible y lo probable mediante el manejo de la incertidumbre; entre lo que es experimentable y lo que ha sido validado, sopesando en cada caso la evidencia científica disponible; entre lo considerado correcto y lo deseado como bueno, es decir haciendo continuamente juicios clínicos y éticos; en la asunción de responsabilidades éticas y legales derivadas de la libertad del acto clínico, y en fin, en tomar decisiones entre lo óptimo individual para un paciente concreto y lo óptimo social para la colectividad.

A partir de esta realidad no es extraño que haya surgido la necesidad de elaborar las denominadas guías de práctica clínica (GPC) o protocolos clínicos, si bien no son lo mismo unas que otros. Aunque no hay acuerdo sobre la nomenclatura más idónea, se dice que los protocolos equivalen a órdenes que han de ser obedecidas, las directrices son instrucciones que deberían ser seguidas a menos que hubiera razones en contra, y que las recomendaciones son meros consejos para ser tenidos en cuenta. Pero, se añade inmediatamente, ni siquiera los protocolos son vinculantes sin excepción, pues el médico puede desviarse de ellos cuando tenga una justificación razonable y defendible para hacerlo³⁴. Empleando un concepto abarcante, las GPC se pueden definir como un conjunto de recomendaciones, actualizadas y desarrolladas sistemáticamente, sobre los procedimientos diagnósticos a utilizar ante todo paciente con un determinado cuadro clínico, o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud³⁹. Por ello, no resulta exagerado afirmar que la creación de unas GPC persigue diversos objetivos de alcance distinto⁴⁰ (tabla 5).

Es muy deseable, pues, que las GPC reúnan ciertas características. Por ejemplo, en lo relativo a contenidos, sus recomendaciones deben poseer validez científica, ser fiables y reproducibles, y sus directrices tener aplicabilidad clínica y flexibilidad. Además, el texto debe ser claro y preciso, abierto a la actualización periódica, preparado con suficiente documentación, metodología explícita y con aportaciones de varias disciplinas^{41,42}. Y todo eso, hay que reconocerlo, no siempre se consigue, incluso en algunas GPC preconizadas desde la Administración sanitaria o desde las sociedades científicas^{43,44}. Sin embargo, la realidad es que cada vez se elaboran mejor y son de más calidad, lo que supone una garantía para los pacientes y mayor seguridad jurídica para los médicos ante eventuales demandas por presunta mala práctica⁴⁵.

Decir que las GPC constituyen los modos correctos de proceder basados en la mejor evidencia disponible nos induce a precisar su auténtico valor en el ámbito sanitario (tabla 6), pero además convendrá señalar algunas puntualizaciones sobre la *lex artis*, emanadas de la jurisprudencia española^{46,47} (tabla 7).

Sobre las fronteras internas del ejercicio médico

Un problema relativamente nuevo ha emergido en el panorama de las relaciones entre los médicos: el establecimiento de los límites de actuación de cada profesional y los conflictos de competencias entre médicos generalistas y especialistas. Para analizarlo creemos que el marco más apropiado es el deontológico⁴⁸, ante la ausencia de legislación positiva y la amenaza de aplicación de un posible delito de «intrusismo intraprofesional» (art. 403 del vigente Código Penal [CP]).

El punto clave es la tensión que se ha producido en la interpretación de dos conceptos: la competencia y la titulación. La carencia de título o de competencia conduce a situacio-

nes éticas y jurídicas distintas. Quien ejerce con título pero causa un daño, sin intención de producirlo, es autor de una conducta que puede ser imprudente o negligente; es autor de un delito culposo por faltar a la competencia debida, ya sea porque asume riesgos excesivos o carece de la obligada puesta al día en sus conocimientos o destrezas, pero es inmune al delito de intrusismo. Cuestión ulterior será precisar el tipo de acción u omisión culposa (jurídicamente hablando, *in eligendo*, *in vigilando* o *in operando*), pero cualquiera que fuere implica necesariamente la ausencia de la diligencia que en cada caso sea exigible. Pero si el daño es infligido por quien carece de titulación, aunque estuviera capaci-

TABLA 5

Finalidad de las guías de práctica clínica

Facilitar la correcta toma de decisiones clínicas
Promover la utilización apropiada de tecnologías médicas
Mejorar la calidad asistencial y el uso adecuado de los recursos
Incrementar la seguridad jurídica de los médicos y la seguridad médica de los jueces
Proteger los derechos e intereses de los pacientes
Disminuir la litigiosidad y judicialización de la actividad sanitaria

Modificada de Guerra y Del Río⁴⁰.

TABLA 6

Valor de las guías de práctica clínica en el ámbito sanitario

Deberían ser planteadas como estándares de calidad de mínimos, más que como referencias normativas de máximos
No siempre obligan por igual en todos los casos, sino que su aplicabilidad varía según las circunstancias particulares
El hecho de que se formulen y difundan no equivale a su asunción por los profesionales
Las más de las veces se desconoce su impacto clínico real, ya que no se evalúa su cumplimiento ni se efectúa un seguimiento adecuado de los sujetos en quienes se aplicó
No deben tener en cuenta sólo criterios médicos, sino también considerar la voluntad de los pacientes, según la doctrina actual del consentimiento informado
Su existencia debe constar en la historia clínica
No suele especificarse el tipo de responsabilidad que comportan tanto su cumplimiento como la negativa a hacerlo, ya sea en el plano individual, del equipo asistencial o de la institución

TABLA 7

Precisiones sobre la *lex artis* en la jurisprudencia española

Habitualmente lo que se juzga es la corrección del acto médico concreto ejecutado (llamado por muchos <i>lex artis ad hoc</i>) partiendo de los casos generales conocidos
Los protocolos y las GPC actualizadas son reglas para configurar el deber objetivo de cuidado (<i>lex artis</i>)
En aras del respeto a la libertad clínica y al progreso de la ciencia y de las técnicas, no tiene que coincidir necesariamente la regla más correcta con la aceptada mayoritariamente por los profesionales.
El ajustamiento a la <i>lex artis</i> evita incurrir en responsabilidad civil y penal, pero su inobservancia no implica necesariamente obrar de forma irregular
La existencia de marcada controversia científica, o de alternativa en cuanto a proceder, impide exigir responsabilidad profesional
La valoración y peritación de los daños infligidos debe hacerse <i>ex ante</i> , es decir, situando al perito en circunstancias casi idénticas a las que se encontraba el facultativo enjuiciado en el momento que se produjeron los hechos
La responsabilidad individual derivada de los propios actos no debe diluirse en la del equipo asistencial, aunque a veces resulte difícil delimitar la división del trabajo y el papel de cada miembro
La responsabilidad por las actuaciones en equipo es diferente en las denominadas relaciones «verticales» (del jefe al resto) que en las relaciones «horizontales» (entre miembros equivalentes), siendo exigible al jefe todo lo concerniente a los aspectos organizativos
Las GPC o los protocolos clínicos no pueden imponerse por la vía jerárquica en los equipos asistenciales sino que, tanto unas como otros, deben ser asumidos responsablemente a partir del consenso, pero respetando el disenso debidamente razonado

GPC: guías de práctica clínica.

TABLA 8

Cuestiones sobre la competencia y la titulación profesional

Para un ejercicio profesional responsable se debe poseer la debida competencia (buen conocimiento y adecuada destreza) para la realización de intervenciones médicas, y ésta se adquiere mediante los programas de formación inicial y continuada de la especialidad. Todo médico está obligado a conocer bien los límites de su competencia y nunca los debe sobrepasar sin contar con la ayuda inmediata de un colega competente disponible.

El título de especialista confiere los derechos que señala la ley, pero no concede de por sí y de modo indefinido la necesaria competencia. Todo médico está obligado éticamente a mantenerse al día, a no exceder su capacidad y a no incurrir en errores por falta de preparación o por exceso de confianza, ya que el título no otorga inmunidad ante la negligencia o la falta de buen juicio.

El título de especialista tampoco confiere un monopolio sobre determinados sistemas orgánicos o el derecho de explotación exclusiva de ciertas prácticas preventivas, diagnósticas, terapéuticas o rehabilitadoras.

El médico debe gozar de libertad de prescripción para prestar, sin interferencias, el mejor servicio a sus pacientes. Pero a su vez, el facultativo ha de poseer un fuerte sentido de la responsabilidad para reconocer y asumir las consecuencias de sus actos libres.

Adaptada de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Médicos⁴⁸.

tado, incurre en una conducta dolosa, intencionada: es el delito tipificado de intrusismo (sin perjuicio de los delitos contra la vida o la salud que puedan producirse si su actuación causa un daño al paciente). Entonces, ¿cómo evaluar jurídicamente al profesional de la medicina que realiza un acto médico que, por decirlo así, es extraño al área de su actuación ordinaria, e «invade un territorio» que se supone propio de otra especialidad médica reconocida? Difícil respuesta, dado que los límites entre especialidades médicas se fundan en criterios a veces tan heterogéneos que hacen prácticamente imposible la demarcación racional de los respectivos territorios particulares⁴⁸. Y no son ajenas a este conflicto las Administraciones sanitarias que actúan de empleadoras (p. ej. el Insalud o similares), pues con algunas de sus decisiones han contribuido a perpetuar la confusión ya establecida en torno a ciertas áreas de trabajo de los médicos. A tenor de lo dicho, la Comisión Central de Deontología de la OMC ha tomado una postura al respecto apoyándola en varias consideraciones⁴⁸ (tabla 8). Sin embargo, de nuevo aquí surge una fuerte apelación a la necesidad de trabajar en equipo, pues en la medida en que exista diálogo y se tomen decisiones por consenso será más fácil solventar los conflictos de competencias, ya que las aportaciones de unos y otros profesionales pueden derivar en actuaciones conjuntas y no dispersas o enfrentadas. En todo caso, si un médico se extralimita en sus actuaciones por no poseer un título de especialista para realizar ciertos actos y se hace acreedor de una pena, ésta (de acuerdo con lo establecido en el citado art. 403 del CP), será menor que la que sufriría aquel que realice actos médicos sin tener el título de licenciado en medicina y cirugía.

Comentario final a los casos clínicos

Se analizan a continuación de manera crítica los casos clínicos enunciados al inicio, se comentan los posibles cursos de acción y se ofrecen algunas recomendaciones. En la tabla 9 se ofrecen un conjunto de referencias para ampliar conocimientos sobre este tema.

Caso 1

Aunque hay diversas cuestiones problemáticas que emergen de este caso, quizás la más relevante tiene que ver con las relaciones que los médicos deben tener entre sí. Dichas

TABLA 9

Para ampliar conocimientos

Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema Univ, 1989.

Gracia D. *Primum non nocere*. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica. Madrid: Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina, 1990.

Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema Univ, 1991.

Callahan D, editor. The goals of medicine: setting new priorities. The Hastings Center Report, 1996.

Gracia D. Los fines de la medicina en el umbral del siglo XXI. En: Sarabia J, coordinador. La bioética, horizonte de posibilidades. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2000; 55-68.

Grupo de trabajo sobre «La enseñanza de la Bioética». La educación en Bioética de los profesionales sanitarios en España: una propuesta de organización. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 1999.

Gracia D. La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica. En: Sarabia J, De los Reyes M, coordinadores. Comités de Ética Asistencial. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2000; 21-41.

Martín Patino JM, director. España 1995: una interpretación de su realidad social. Centro de Estudios del Cambio Social (Informe n.º 3). Madrid: Fundación Encuentro, 1995; 3-58.

American College of Physicians. Ethics manual (4.ª ed). Ann Intern Med, 1998; 128: 576-594.

Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica (4.ª ed.). Barcelona: Masson, 1999; 379-488.

Sánchez González MA. Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. Barcelona: Masson, 1998; 135-150.

Couceiro A, editor. En: Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999; 95-144.

Lain Entralgo P. La relación médico-enfermo: historia y teoría. Madrid: Alianza Universidad, 1983.

Sánchez Caro J, Abellán F. Ética y deontología médica: cuestiones generales y la relación con los pacientes. Madrid: Fundación Salud 2000, 2000.

Feito L. Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado. Madrid: PPC, 2000.

Hernández Martín F, coordinador. Historia de la enfermería española: desde sus orígenes hasta nuestros días. Madrid: Síntesis, 1996.

Fry ST. La ética en la práctica de la enfermería. Guía para la toma de decisiones éticas. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras, 1994.

Gafo J. Ética y legislación en enfermería. Madrid: Universitas, 1994; 27-44.

Torralba F. Antropología del cuidar. Madrid: Institut Borja de Bioética-Fundación Mapfre Medicina, 1998; 15-25 y 305-374.

Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM (2.ª ed.). Londres: Churchill Livingstone, 2000. (Hay traducción española de la primera edición⁵³ de 1997.)

Gray JAM. Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.

Gol J, Del Llano J, directores. Medicina basada en la evidencia (I). Med Clin (Barc), 1999; 112 (Supl. 1).

Del Llano J, Gol J, directores. Medicina basada en la evidencia (II). Med Clin (Barc), 2000; 114 (Supl. 2).

Badía X, Del Llano J, directores. Investigación en resultados en salud «outcomes research». Med Clin (Barc) 2000; 114 (Supl. 3).

Alonso Olea M. Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (2.ª ed.). Madrid: Civitas, 1999.

Pérez Gómez JM. Introducción al régimen jurídico de los funcionarios de las Administraciones públicas. Granada: Comares, 1997; 415-445.

VV.AA. Manual jurídico de la profesión médica. Madrid: Dykinson, 1998; 917-1027.

García Piqueras M. Régimen jurídico del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. Madrid: CES, 1996.

Abajo J, Besteiro J. Código de Sanidad y Consumo. Madrid: BOE, 1997.

relaciones se enmarcan dentro del campo de la deontología, asumiendo que la profesión es, o debería ser, una comunidad cohesionada por los principios de confraternidad y respeto mutuo, y que sobre éstos sólo tienen precedencia los derechos del paciente. Exige este comportamiento una elevada calidad humana, deferencia y lealtad, sobre todo en situaciones jerárquicas. Pero excluye sobremañera, por condenable moralmente, la maledicencia y la crítica despreciativa a otros colegas, siendo más grave aún si esto se hace delante de los pacientes, sus familiares o terceras per-

sonas. Estos deberes de conducta, de elemental educación, no anulan el derecho del médico, ciudadano al fin y a la postre, a la libertad de expresión y de crítica; pero aconsejan que se ejerciten en los ámbitos adecuados, sea en privado o en sesiones apropiadas. El paciente no puede convertirse, sin pretenderlo y muy a su pesar, en el «correo del zar» de las diatribas y los conflictos interpersonales entre miembros del colectivo sanitario, sean éstos médicos, personal de enfermería u otros. Ello propende al desprestigio público, a alterar la convivencia y a elevar la discrepancia, científica o personal, al nivel de la inmediata desconfianza del paciente respecto de su médico o de las instituciones sanitarias. (Un ejemplo del posible impacto de estas consideraciones, con respecto al tema concreto del «no abandono», puede verse en otro artículo de esta serie⁴⁹.)

Es cierto que los deseos de saludable confraternidad intra e interprofesional no excluyen la posibilidad de denunciar, ante el colegio profesional correspondiente, al colega que quebrante ciertas normas deontológicas o que demuestre una notable incapacidad. Y también lo es que acusaciones de esta índole, sin que estén teñidas de revanchismo, no deben tildarse de falta de compañerismo, ya que en sentido contrario también la lealtad colegial obliga a salir en defensa de los derechos del compañero que es víctima de ataques o delaciones injustificados, con el fin de restituirle el daño moral causado. En esta línea argumental, más que las quejas genéricas o el recurso fácil a inocular en los pacientes el malestar contra otro profesional, lo ideal sería acudir a la Comisión Deontológica del colegio y expresar allí el problema existente; pues los colegios profesionales, antes que un efecto sancionador, deberían potenciar su misión de mediación y arbitraje para lograr acuerdos entre las partes. Sin embargo, en los tiempos que corren, acaso esta postura es bastante irreal, posiblemente inoperante y no pocas veces inoportuna. En este caso concreto, habida cuenta de que se produjo una desatención o falta de la diligencia debida al demorar alguna prueba diagnóstica necesaria, el servicio de atención al paciente debería intervenir en cuanto tuviera conocimiento del asunto, y no sólo en el caso de reclamación escrita del usuario presuntamente afectado. Esto es así porque se lesionan dos principios éticos básicos: el de no maleficencia, ya que el profesional no actuó con el respeto y atención que merece el paciente y pudo transgredir su deber objetivo de cuidado (*lex artis*); y el de justicia, al discriminar negativamente a la persona que solicita atención sanitaria por un problema importante y es despachada con visos de autosuficiencia. Una cosa es clara: nadie tiene derecho a interferir en las decisiones de un profesional que actúa dentro de la *lex artis*; pero si esto no es así, si está poniendo en peligro la salud o la vida de una persona, el deber primario es evitar ese daño, y entonces la obligación primaria del médico es con el paciente, no con su compañero. Por tanto, en ese caso debe corregirse el error que se haya producido, y además debe ponerse en conocimiento de quien tenga la autoridad y la responsabilidad de evitar que casos como éste se vuelvan a producir. Esto incumbe al coordinador del EAP y, en última instancia, a la dirección médica de atención primaria, pues tienen la responsabilidad por el buen o mal funcionamiento de los servicios y por no agotar los medios de diálogo para atemperar la tensión entre los profesionales a su cargo.

Caso 2

El nudo gordiano de este caso reside en precisar el verdadero valor de las llamadas guías de práctica clínica o de los protocolos clínicos, asunto en parte desarrollado con ante-

rioridad. Es decir qué implicaciones éticas y legales se derivan del hecho de asumirlos y aplicarlos o, por el contrario, de no hacerlo. Atañe, pues, al grado de vinculación en su cumplimiento que los facultativos adquieren dentro del equipo asistencial y si pueden imponerse o no a todos sus miembros. Dicho de otra manera, ¿debe rendirse el criterio individual del clínico al criterio grupal, simplemente porque tiene que atribuirle mayor racionalidad y autoridad al del conjunto que al suyo propio, o debe guiarse por su convencimiento fundamentado y razonado de lo que es correcto hacer en cada situación?

Para orientar este caso, hay que partir de un hecho innegable: es preciso trabajar en pro de evitar la gran variabilidad de la práctica clínica. ¿Quiere decir esto que negamos la libertad de prescripción del médico para que pueda ejercitar con independencia su juicio clínico o que pueda adoptar la decisión que estime conveniente en cada caso? Es obvio que no. Pero hacemos hincapié en que ese juicio debe ser ponderado, basado en criterios serios adoptados consensuadamente por la comunidad científica con arreglo a la experiencia y a la mejor evidencia disponible, y siempre adaptado a las circunstancias concretas de persona, lugar, tiempo y modo. Esto quiere decir, lisa y llanamente, que no todo protocolo, directriz, instrucción, recomendación o guía, por nobles que sean sus intenciones y buenos que parezcan, vinculan sin excepción, siempre y a todos los miembros del equipo. Sin embargo, el facultativo que decida no seguirlos y desviarse de ellos, porque está convencido de que aquello que hace es lo mejor para «ese paciente individual y esa situación concreta», deberá actuar según su recta conciencia, aportar una justificación suficientemente razonable y tener la oportunidad de defenderla.

A fuer de no ser maleficentes hay que establecer indicaciones precisas y metodologías validadas para realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y esto se puede conseguir con GPC bien elaboradas. Ahora bien, no se es maleficente por no seguir a rajatabla dichas guías o protocolos si las indicaciones son dudosas, el beneficio o el riesgo no están bien determinados aún y la incertidumbre e inexperiencia todavía son grandes. Lo mismo ocurre si hubiera opciones válidas en cuanto a intervenciones o si existiera notable controversia entre las mismas. Sin duda es beneficiante que se considere la voluntad de los pacientes y se respete su autonomía al implementar las GPC. Y en aras de la justicia distributiva, lo menos que se puede pedir a las GPC es que promuevan la utilización apropiada de la tecnología sanitaria y el uso adecuado de los recursos disponibles; lo contrario sería injusto, por ineficiente e insolidario. La cuestión pendiente todavía de precisar y cuantificar, tanto en atención primaria como en atención especializada, es si el empleo, a veces indiscriminado y escasamente evaluado, de protocolos de calidad incierta (como mero cumplimiento de un contrato-programa de acentuado tinte economicista) presumiblemente aumenta la burocracia y, aunque fueran diseñados para el fin opuesto, con probabilidad incrementen el gasto sanitario. Bien es cierto que en la actualidad ya hay bastantes ejemplos de lo contrario.

Son pertinentes ahora, para el caso que nos ocupa, varias aclaraciones. La primera se deduce de todo lo antedicho: que las GPC o los protocolos clínicos no pueden ser impuestos por mor de rango o jerarquía administrativa en los equipos asistenciales. Esto obligará, fomentando las sesiones deliberativas, a que se discutan con toda la amplitud necesaria y a que se intente lograr el consenso para que sean asumidos por todos y aplicados responsablemente. Pues un equipo de trabajo no sólo debe compartir conoci-

mientos y habilidades, sino también actitudes, es decir un espíritu de grupo donde primen los acuerdos sin cercenar la libertad individual del clínico. La segunda, emparejada con la anterior, es que la responsabilidad individual por la propia actuación clínica no puede difuminarse diciendo que «es el equipo el que ha tomado tal decisión», aunque no resulte fácil en ocasiones deslindar bien las tareas ocupacionales de cada miembro. Y la tercera, que sería conveniente distinguir lo que son protocolos clínicos y lo que son políticas de gestión de recursos. Son los gestores quienes tienen la obligación de establecer criterios de distribución de recursos, basados en la eficiencia y la equidad. Cuando se trata de aplicar políticas sanitarias que han sido establecidas por quien tiene autoridad para ello, el médico clínico tendrá que cumplirlas, y no podrá obviarlas salvo casos muy especiales.

Una última consideración, aplicable también al caso, en relación con el papel de la enfermera/o ante una orden médica que no se ajusta a un protocolo consensuado en el EAP. No es necesario recordar que el deber primero y fundamental de la enfermería es «procurar el mayor bien del paciente (enfermo o usuario)»; derivado directamente de él está el de «obedecer a los médicos (en lo relativo al diagnóstico y tratamiento)», como el mejor modo de asegurar dicho principio. Como punto de partida una afirmación de peso: el enfermero/a es hoy día un sanitario cualificado con obligaciones morales específicas y cierto grado de autonomía en los cuidados, al que no se le puede pedir «fe ciega» y «obediencia incondicional» al médico, pero sí esperar su colaboración e iniciativas, que son indispensables en el trabajo interdisciplinar del equipo asistencial. Sin embargo, en casos de discrepancia con las decisiones del médico, la enfermera/o habrá de actuar con suma prudencia. Si la decisión médica forma parte de la práctica usual, la enfermera no debe contradecir o no ejecutar la orden médica; su negativa puede acarrearle incomodidad, disgusto y un probable enfrentamiento. Si dicha decisión médica estuviera fuera de la práctica médica usual, habrá de considerarse la urgencia o no de la situación clínica y, si hay tiempo y es factible, consultar con la supervisora o jefe de enfermería el problema suscitado; pues no olvidemos, que su responsabilidad en estos casos es siempre delegada. A raíz de estas preocupaciones, tal vez habría que ir pensando en incluir en los protocolos las acciones a llevar a cabo por las enfermeras, como un modo de evitar estas interpretaciones.

Caso 3

El problema crucial de este caso hace referencia a diversos conflictos entre atención primaria y atención especializada. El más importante es la cuestión de los límites en la actuación profesional entre médicos generalistas y especialistas, poniéndose en tela de juicio tanto la competencia necesaria (en términos de aptitud) como la existencia o no de la titulación pertinente. A este respecto ya quedó suficientemente explícito, en el apartado de deliberación, nuestro punto de vista y la diferente consideración ética y jurídica a la que conducen la falta de competencia o de titulación. Igualmente quedó patente la extraordinaria dificultad para demarcar con neutralidad los terrenos específicos de cada especialidad en medicina, ya que con harta frecuencia los criterios seguidos son bastante heterogéneos. Quizás una aproximación pueda hacerse desde las definiciones que cada sociedad científica da de sí misma al hablar de sus ámbitos competenciales, pero aun así el problema no se resuelve debido al solapamiento o al larvado enfrentamiento existente en ciertos casos. Además, las Administraciones –sea el Minis-

terio de Sanidad y Consumo o el Insalud o similares, como entidades empleadoras, sea el Ministerio de Educación y Cultura como entidad acreditadora de titulación– no han contribuido suficientemente a clarificar las áreas de trabajo, y por ello la confusión se perpetúa sin visos de solución satisfactoria para todas las partes. La postura que ya reflejamos, con una actitud posibilista de la OMC desde el marco deontológico, nos parece prudente y sensata, y constituye un ejemplo de orientación, no de solución, sobre un problema intraprofesional que produce bastante tensión. Por tanto, remitimos a ella, con la recomendación expresa de que todo médico, sea cual fuere su condición laboral, debe conocer bien los límites de su capacitación profesional y procurar no sobrepasarlos, pues la mera titulación sin la imprescindible puesta al día no inmuniza contra la mala práctica.

En el caso clínico que nos ocupa, se ha producido un pulso entre dos talentos y, a la vez, dos concepciones de la responsabilidad profesional de diferente alcance: el del especialista, que asume el control de un paciente cardiópata crónico en situación estable con varios factores de riesgo añadidos, y el del generalista, que sintiéndose cualificado para tratar y revisar a dicho enfermo no quiere representar el papel de «mero expendedor de recetas de otros». Pero quedan aún varias preguntas en el aire: ¿delegó realmente el médico de cabecera el control de ese enfermo al cardiólogo?; ¿es correcto y legítimo hablar, tanto por uno como por otro, de «mi» paciente con un sentido de propiedad?; ¿quién tiene, globalmente, la responsabilidad sobre dicho enfermo? Es verdad que el paciente tiene el derecho y la posibilidad de elegir libremente al facultativo, con las limitaciones que impone la distribución territorial por áreas sanitarias. Pero también lo es que cualquier médico no debe interferir en la asistencia que esté prestando otro compañero, máxime si es correcta y se ajusta a la *lex artis*. Respecto al hecho de recabar una «segunda opinión», sea para ratificar o para contradecir el criterio existente, tanto el generalista como el especialista deben contar ineluctablemente con el consentimiento del paciente, y eso no comporta el descrédito del colega precedente. Por ambas razones, el conflicto creado es más un problema de falta de diálogo y de ausencia de cauces de colaboración entre ambos médicos. ¿Sería conveniente y oportuno establecer pautas coordinadas entre la atención primaria y la especializada? Naturalmente que sí. ¿Existen reticencias o vanidades tanto en un ámbito como en otro para que no se consiga las más de las veces? También, desgraciadamente. Por eso las derivaciones inadecuadas de pacientes, que no son sino cierto «peloteo» carente de sentido y coherencia, no se resolverán más que con la buena voluntad de ambos sectores, condenados sin remedio a entenderse y a trabajar con un sentido integral de la asistencia. Y si al final no hubiera acuerdo ni diálogo, habría que apelar sin remedio a la responsabilidad del coordinador e incluso de la dirección médica de atención primaria, que no pueden hacer dejación de una función conciliadora tan delicada.

Agradecimiento

Los autores agradecen las opiniones y comentarios expresados por Lydia Feito, José Sarabia, Sergio Romeo y por los miembros del Grupo Técnico y del Grupo Asesor del Proyecto de Bioética para Clínicos: Amando Martín-Zurro, Manuel González-Barón y Amalia Velázquez, así como por los integrantes del Consejo Asesor Nacional del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud no incluidos en ninguno de los grupos anteriores (Francesc Abel, Javier Elizari, Javier Gafo[†], Gonzalo Herranz, Carlos Romeo-Casabona y Javier Sánchez-Caro).

Glosario

Comisiones deontológicas. Dentro de cada colegio profesional se constituyen estas comisiones, que tienen por finalidad cumplir la misión de «ordenar en el ámbito de su competencia la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y la dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de los particulares, y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial» (art. 5.1 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales). Los estatutos de la organización colegial correspondiente determinarán su composición y funcionamiento.

Guías de práctica clínica (GPC)/protocolos clínicos. Se definen como un conjunto de recomendaciones, actualizadas y desarrolladas sistemáticamente, sobre los procedimientos diagnósticos a utilizar ante todo paciente con un determinado cuadro clínico, o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud.

Instancias de mediación y arbitraje. Constituyen vías para resolver conflictos entre las partes por conductos distintos a los procedimientos judiciales ordinarios. Esta figura se encuentra regulada con carácter general por la Ley 36/1988, de 5 de diciembre, del Arbitraje. En el terreno sanitario existen varios intentos de crear tribunales de arbitraje especializados en esta materia, pero es pronto aún para valorar su oportunidad y potencial eficacia. El objetivo que persiguen es lograr un acuerdo, entre las posturas discrepantes, para evitar la vía judicial. La ventaja sobre ésta es que pueden tratar de resolver los problemas en el marco de la confianza mutua y el diálogo.

Intrusismo. Es aquella conducta consistente en ejercer actos propios de una profesión sin poseer el correspondiente título académico o, en su caso, título oficial expedido o reconocido en España de acuerdo con la legislación vigente. Se trata de una conducta tipificada como delito por nuestro Código Penal [art. 403 y ss].

Lex artis. El derecho acepta como norma o ley lo que la ciencia determina en cada momento como actuación correcta. Por tanto, acepta como conducta médica correcta aquella que la medicina tiene por tal. Eso significa que la medicina debe definir en cada momento los criterios científicos generales de actuación o de «buena práctica clínica». A esto se llama *lex artis*.

Lex artis ad hoc. La *lex artis* debe tener en cuenta todas las condiciones y circunstancias que afectan a una decisión (p. ej., lo que es posible en un centro terciario no lo es en uno de asistencia primaria, ni lo que puede hacerse en una gran ciudad es lo mismo que se puede exigir a un médico que se encuentra en un medio alejado en circunstancias precarias). Por tanto, la *lex artis* ha de atender no sólo a lo que dice la comunidad científica en general, sino también a las circunstancias que rodean el caso concreto. Dada la diversidad de situaciones clínicas, de pacientes y de contextos sanitarios, es imprescindible establecer criterios prudentes de actuación en determinadas circunstancias. Esto se denomina *lex artis ad hoc* (a pesar de la aceptación de esta expresión, algún jurista experto en derecho sanitario la ha criticado por considerarla tautológica, al igual que ocurre, por ejemplo, con el comúnmente denominado «consentimiento informado»⁵⁰.)

Medicina basada en la evidencia. Es la medicina basada en pruebas objetivas de eficacia, efectividad y eficiencia. La indicación de un procedimiento no viene dada por criterios fisiopatológicos, por lo general muy abstractos y de difícil verificación experimental, sino por la comprobación previa mediante el ensayo clínico. La «medicina basada en la evidencia» se ha definido como la integración de la experiencia personal con la mejor demostración externa disponible y procedente de la investigación sistemática; se trata, pues, de una evaluación crítica. O también, como la utilización consciente y juiciosa de las mejores demostraciones provenientes de la investigación clínica para la toma de decisiones en el cuidado de cada paciente en particular⁵¹⁻⁵⁴. La palabra evidencia suele tomarse con diferente significado en inglés (*evidence*, prueba que apoya una tesis, testimonio) respecto del empleado en español («certeza clara, manifiesta y tan perceptible que nadie puede racionalmente dudar de ella», Diccionario de la Real Academia Española). Su traducción literal (*evidence*, por evidencia) puede confundir los conceptos, aunque esté ya acuñada por el uso debido a cierto desdén en el cultivo de la precisión del lenguaje⁵⁵.

Nivel de evidencia: en la lógica de probabilidades, grado de certidumbre, es decir de conocimiento seguro y claro de algo.

Médico responsable. Profesional que tiene a su cargo el cuidado médico del paciente o usuario, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que también participan en su asistencia.

Responsabilidad ética y responsabilidad legal. Asumir una responsabilidad ética implica el permanente respeto a los principios éticos que rigen el ejercicio profesional. En este sentido, se trata de una categoría previa y superior a la mera responsabilidad legal, que se satisface con el cumplimiento de las exigencias de diligencia debida y de los mandatos de las leyes civiles, penales y administrativas⁵⁶.

Titulación y competencia profesional. Mientras la expresión «titulación profesional» hace referencia a la acreditación documental de que se han adquirido los conocimientos necesarios para el ejercicio de una profesión, la expresión «competencia profesional» se refiere a la efectiva aptitud para el desempeño de esa profesión. En principio ambas expresiones deberían ser sinónimas, pues quien obtiene un título que le habilita para el ejercicio profesional, cualquiera que éste fuera, se presume que está cualificado para desempeñarlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gracia D. La ética y las profesiones sanitarias. En: Deontología, función social y responsabilidad de las profesiones sanitarias. Madrid: Consejo Social de la Universidad Complutense y Fundación BSCH, 1999; 41-51.
- Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema Univ, 1989; 45-71.
- Gracia D. El Juramento de Hipócrates en el desarrollo de la Medicina. En: Fundamentación y enseñanza de la Bioética (vol. 1). Santa Fe de Bogotá: El Búho, 1998; 133-145.
- Gracia D. El recto ejercicio profesional. ¿Cuestión personal o institucional? *Quatern CAPS* 1995; 23: 94-98.
- González Anleo J. Las profesiones en la sociedad corporativa. En: Fernández JL, Hortal A, editores. Ética de las profesiones. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 1994; 21-34.
- Gracia D. Ética y responsabilidad profesional. En: VV.AA. La responsabilidad de los médicos y centros hospitalarios frente a los usuarios de la Sanidad Pública y Privada. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud/Doce Calles, 1994; 44-61.
- De Mendizábal R. Código con un juez sedente. Madrid: Real Academia de Jurisprudencia y Legislación, 1999; 253-258.
- Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001; En prensa.
- Villar-Palasi JL. Deontología en la sociedad actual. En: De la Mata I, editor. Bioética y Justicia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-Consejo General del Poder Judicial, 2000; 227-235.
- Gracia D. The intellectual basis of bioethics in Southern European countries. *Bioethics* 1993; 7: 97-107.
- Muñoz R. Deontología en la sociedad actual. En: De la Mata I, editor. Bioética y Justicia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-Consejo General del Poder Judicial, 2000; 217-225.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research (1979). En: Reich WT, editor. *Encyclopedia of Bioethics* (revised edition). Nueva York: Simon & Schuster Macmillan, 1995; 5: 2.767-2.773.
- Informe Belmont. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de la experimentación. En: *Ensayos clínicos en España (1982-1988)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990; 121-131 [anexo 4].
- Gracia D. La Bioética hoy: reflexiones a los veinticinco años. En: Sarabia J, De los Reyes M, coordinadores. La Bioética en la encrucijada. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 1997; 19-41.
- De los Reyes M. Deontología en la sociedad actual. En: De la Mata I, editor. Bioética y Justicia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-Consejo General del Poder Judicial, 2000; 209-215.
- Gracia D. Jurisprudencia y *lex artis*. En: Martínez D, editor. Responsabilidad del personal sanitario. Madrid: Consejo General del Poder Judicial-Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995; 53-58.
- Jorge-Barreiro A. Jurisprudencia penal y *lex artis*. En: Martínez D, editor. Responsabilidad del personal sanitario. Madrid: Consejo General del Poder Judicial-Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995; 71-101.
- Cortina A. Ética de las profesiones. En: Arroyo MP, Cortina A, Torralba MJ, Zugasti J, editores. Ética y legislación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1996; 51-58.
- Álvarez Pérez JC. Los mínimos morales. *JANO* 2000; 58: 106-107.
- Diccionario de la Lengua Española (21.ª ed.). Madrid: Real Academia Española, 1992.
- Álvarez Pérez JC. La excelencia profesional. *JANO* 2000; 59: 84-87.
- Gracia D. Maraño y la ética médica. En: Fundamentación y enseñanza de la Bioética (vol. 1). Santa Fe de Bogotá: El Búho, 1998; 147-154.
- Cortina A. Hasta un pueblo de demonios. Ética pública y sociedad. Madrid: Taurus, 1998; 123-133 y 153-164.
- Gracia D. Consideraciones éticas de la gestión sanitaria. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J, editores. Gestión Sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998; 147-162.
- Baker RB, Caplan AL, Emanuel LL, Latham SR, editores. The American medical ethics revolution. How the AMA's code of ethics has and transformed physician's relationships to patients, professionals, and society. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1999.
- VV.AA. Deontología, derecho, medicina. Madrid: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, 1977.
- Organización Médica Colegial. Código de Ética y Deontología Médica. Madrid: Organización Médica Colegial, 1999. <http://www.diariomedico.com/profesion/omc.html> (visita 10 noviembre 2000).
- Código Deontológico. Normas de ética médica. Barcelona: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, 1997. <http://www.comb.es/passeig/deonto/cast/home.htm> (visita 10 noviembre 2000).
- Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería española. Madrid: Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España, 1989. <http://www.ocert.org/asesoria/corporat/corpor/legis/CODDEONT/codigod.htm> (visita 31 mayo 2001).
- Cortina A. Las claves de la ética sanitaria. En: Arroyo MP, Cortina A, Torralba MJ, Zugasti J, editores. Ética y legislación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1996; 63-68.
- Feito L. Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la Enfermería como ética del cuidado. Madrid: PPC, 2000; 131-192.

32. Herranz G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica, (2.ª ed.). Pamplona: Eunsa, 1993.
33. Herranz G. El Código de Ética y Deontología Médica. En: Plan de formación en responsabilidad legal profesional. Unidad didáctica n.º 6. Madrid: Asociación Española de Derecho Sanitario, 2000.
34. Herranz G. La contribución de la ética médica a la Administración de la Justicia. En: De la Mata I, editor. Bioética y Justicia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-Consejo General del Poder Judicial, 2000; 133-159.
35. Hortal A. Planteamiento de una ética profesional. En: Fernández JL, Hortal A, editores. Ética de las profesiones. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 1994; 55-73.
36. Viñas J, Viñas M. Análisis bioético comparado entre los Códigos Deontológicos estatal y catalán. En: Sarabia J, coordinador. La bioética, lugar de encuentro. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 1999; 371-386.
37. Simón P, Barrio IM. Medicina y Enfermería. En: Cortina A, Conill J, editores. 10 palabras clave en ética de las profesiones. Estella (Navarra): Verbo Divino, 2000; 213-255.
38. VV.AA. Deontología en la sociedad actual (Debate). En: De la Mata I, editor. Bioética y Justicia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-Consejo General del Poder Judicial, 2000; 247-285.
39. Rodríguez-Artalejo F, Ortún V. Los protocolos clínicos. Med Clin (Barc) 1990; 95: 309-316.
40. Guerra L, Del Río A. Guías de práctica clínica: ¿merece la pena su desarrollo? Med Clin (Barc) 1995; 105: 257-260.
41. Field MJ, Lohr KN, editores. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington: National Academy Press, 1992.
42. Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Médicos. Declaración sobre la libertad de prescripción del médico. Madrid: Revista OMC, 1999; 62: 20-21.
43. Guerra L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996; 107: 377-382.
44. Brotons C. Medicina basada en la evidencia: un reto para el siglo XXI. Med Clin (Barc) 1998; 111: 552-557.
45. Marín E, Rodríguez-Padial L, Bosch X, Iñiguez A, editores. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología, 2ª edición, Vol. I y II. Madrid: S.E.C., 2000.
46. VV.AA. Conclusiones. En: Martínez D, editor. Responsabilidad del personal sanitario. Madrid: Consejo General del Poder Judicial-Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995: 597-609.
47. VV.AA. Conclusiones. En: De la Mata I, editor. Bioética y Justicia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-Consejo General del Poder Judicial, 2000; 575-577.
48. Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Médicos. Declaración sobre las fronteras internas del ejercicio profesional. Madrid: Revista OMC, 1998; 56: 25-32.
49. Borrell F, Júdez J, Segovia JL, Sobrino A, Álvarez T. El deber de no abandonar al paciente. Med Clin (Barc) 2001; en prensa.
50. Romeo CM, Emaldi A, Martín A, De la Mata I, Nicolás P. Información y documentación clínica. Su tratamiento jurisprudencial (1990-1999). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000; 19.
51. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA, 1992; 268: 2420-2425.
52. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM (2.ª ed.). Londres: Churchill Livingstone, 2000.
53. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo enseñar y ejercer la MBE. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
54. Gray JAM. Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
55. Lázaro J. Medicina o evidencia. ¿En qué quedamos? (II). JANO, 2000; 58: 77-78.
56. De los Reyes M. La bioética: ¿moda pasajera o actualidad permanente?. JANO, 2000; 58: 108-109.