

Lex Artis*

Lex Artis

Por JOSÉ ANTONIO SEOANE
Universidade da Coruña

RESUMEN

La lex artis es el criterio que emplea el Derecho para determinar la corrección de la práctica médica y, por analogía, de otras profesiones o actividades. Se trata, por tanto, de un factor decisivo para concretar el alcance de los deberes, responsabilidades y derechos de los profesionales y los usuarios.

Este artículo intenta explicar el significado normativo y el funcionamiento de la lex artis, es decir, qué clase de norma es y cómo guía el ejercicio profesional. La conclusión es que la lex artis es un estándar, esto es, un tipo de norma que no exige un resultado ni indica qué se debe hacer, sino que prescribe cómo debería actuar el profesional: un ejercicio diligente, prudente y razonable que ha definirse en cada caso y en cada paciente. En otras palabras, la lex artis es un saber cómo, que confirma que el ejercicio profesional y el razonamiento médico son ejemplos de razonabilidad y sabiduría práctica.

Palabras clave: estándar, libertad profesional, prudencia, razonamiento práctico, saber cómo, Teoría de las normas.

* Este artículo es uno de los resultados de la Ayuda para grupos con potencial de crecimiento (número ED431B 2020/50) de la Xunta de Galicia.

ABSTRACT

Lex artis is the legal criterion to determine the correctness of medical practice and, by analogy, of other professions. Therefore, it is a decisive factor in defining the scope of the duties, responsibility, and rights of professionals and patients.

The paper tries to explain the normative meaning and functioning of lex artis, namely, what kind of norm it is and how it guides professional practice. The conclusion is that lex artis is a standard, that is, a type of norm that neither requires a result nor indicates what should be done, but rather prescribes how the healthcare professional should act; a diligent, prudent and reasonable practice that must be defined case by case, patient by patient. In other words, lex artis is a knowing-how, confirming that healthcare practice and medical reasoning are instances of reasonableness and practical wisdom.

Keywords: knowing-how, practical reasoning, practical wisdom, professional freedom, standard, Theory of norms.

SUMARIO: 1. PLANTEAMIENTO. – 2. LA REGULACIÓN DE LA *LEX ARTIS*. 2.1 *El régimen legal*. 2.2 *La concreción jurisprudencial*. 2.3 *La respuesta deontológica*. 2.4 *Balance*. – 3. EL ALCANCE NORMATIVO: LA *LEX ARTIS* COMO ESTÁNDAR. 3.1 *Qué es la lex artis*. 3.2 *Qué no es la lex artis*. – 4. LA *LEX ARTIS* EN ACCIÓN. 4.1 *Un punto de partida técnico: las guías de práctica clínica*. 4.2 *Una especificación práctica: el juicio profesional*. – 5. LA *LEX ARTIS* Y EL RAZONAMIENTO MÉDICO. 5.1 *Un razonamiento prudencial*. 5.2 *La concreción del silogismo práctico: saber cómo*. – 6. APÉNDICE. MENOS ES SUFICIENTE: LA REDUNDANCIA DEL *AD HOC*.

SUMMARY: 1. APPROACH. – 2. THE REGULATION OF *LEX ARTIS*. 2.1 *Legislation*. 2.2 *Case Law*. 2.3 *Professional Ethics*. 2.4 *Balance*. – 3. THE NORMATIVE SCOPE: *LEX ARTIS* AS STANDARD. 3.1 *What is lex artis*. 3.2 *What is not lex artis*. – 4. *LEX ARTIS* IN ACTION. 4.1 *A technical starting point: clinical practice guidelines*. 4.2 *A practical specification: professional judgment*. – 5. *LEX ARTIS* AND MEDICAL REASONING. 5.1 *A prudential reasoning*. 5.2 *The specification of the practical syllogism: knowing how*. – 6. APPENDIX. LESS IS ENOUGH: THE REDUNDANCY OF *AD HOC*.

1. PLANTEAMIENTO

La *lex artis* es el criterio que emplea el Derecho para determinar la corrección de la práctica médica y dilucidar la responsabilidad del profesional y de la Administración por daños derivados de la actuación de los servicios sanitarios. En el orden jurídico-penal ha funcionado como elemento determinante del deber de cuidado y vía para descartar o apreciar un ilícito penal por infracción de ese deber de cuidado². En el orden jurídico-civil ha servido para acreditar la existencia de una buena práctica profesional y para fundamentar la imputación subjetiva de responsabilidad civil médica por incumplimiento de la obligación de medios o diligencia preexistente³. Y en el orden contencioso-administrativo se ha utilizado como el criterio de normalidad que delimita la corrección de la actuación sanitaria, introduciendo racionalidad y corrigiendo los excesos de la objetivación de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por daños antijurídicos consecuencia del funcionamiento de los servicios sanitarios⁴.

Bien como expresión del cumplimiento básico del deber profesional o de cuidado, bien como causa de exclusión de su responsabilidad, la *lex artis* ha sido definida de formas diversas. Unas resaltan su condición regulativa y su vínculo con la responsabilidad, aunque con excesiva dependencia del resultado: «conjunto de reglas de contenido ético, científico y técnico que debe observar el sujeto en el desarrollo

² Cfr. ROMEO CASABONA, C. M.; «La responsabilidad penal del médico por mala práctica profesional», en *Conducta peligrosa e imprudencia en la sociedad del riesgo*, Granada, Comares, 2005, pp. 197-232; RUEDA MARTÍN, M. A.; «La concreción del deber objetivo de cuidado en el desarrollo de la actividad médico-quirúrgica curativa», *Indret*, 4, 2009, pp. 1-58; ROMEO MALANDA, S.; «Consentimiento informado y responsabilidad penal», *Julgar*, número especial *Consentimiento informado*, 2014, pp. 183-205.

³ Cfr. DOMÍNGUEZ LUELMO, A.; *Derecho sanitario y responsabilidad médica. Comentarios a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica*, segunda edición, Valladolid, Lex Nova, 2007, pp. 55 ss.; ASÚA GONZÁLEZ, C. I.; «Responsabilidad civil médica», en Reglero Campos, L. F. y Busto Lago, J. M. (coord.), *Tratado de responsabilidad civil* tomo II, quinta edición, Cizur Menor (Navarra), Thomson Reuters/Aranzadi, 2014, pp. 321-438, 361-364; BUSTO LAGO, J. M.; «Consentimiento informado y responsabilidad civil», *Julgar*, número especial *Consentimiento informado*, 2014, pp. 157-182, 180-181; GALÁN CORTÉS, J. C.; *Responsabilidad civil médica*, sexta edición, Madrid, Civitas/Aranzadi Thomson Reuters, 2018.

⁴ Cfr. GALLARDO CASTILLO, M. J., *Administración sanitaria y responsabilidad patrimonial*, A Coruña, Colex, 2021; GARCÍA RUBIO, F. y FUENTES I GASÓ, J. R.; *La responsabilidad de las Administraciones públicas tras la nueva Ley de Régimen Jurídico del Sector Público*, Barcelona, Atelier, 2017; PANES CORBELLE, L. A.; «Responsabilidad patrimonial de los servicios de salud», en Palomar Olmeda, A. y Cantero Martínez, J. (dir.); Larios Risco, D., González García, L. y Montalvo Jääskeläinen, F. de (coord.), *Tratado de Derecho sanitario, volumen II*, Cizur Menor (Navarra), Thomson Reuters. Aranzadi, 2013, pp. 71-98.

de su actividad profesional, de acuerdo a las circunstancias y factores presentes en el caso concreto, y cuyo grado de cumplimiento sirve de criterio de valoración e imputación de responsabilidad por el resultado de su actuación»⁵. Otras, más sintéticas y orientadas a la praxis, reflejan la transformación contemporánea de las relaciones clínicas: «el conjunto de conocimientos científico-técnicos y también de comportamientos éticos, que el sujeto debe aplicar en el campo de su ejercicio profesional»⁶.

Con todo, la definición más influyente ha precedido a las anteriores acuñando y propagando otra expresión, «*lex artis ad hoc*», para referirse al «criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina –ciencia o arte médica– que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos –estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria–, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado)»⁷.

Este artículo no pretende ofrecer una nueva definición, que en todo caso debería incorporar la dimensión propiamente jurídica junto a los comportamientos o reglas de contenido ético y los conocimientos científicos y técnicos. Si la *lex artis* es la expresión jurídica de la buena práctica clínica, en lugar de explorar la perspectiva conceptual, que muestra una imagen más abstracta, teórica y fija de la *lex artis*, intentaré explicar cómo funciona. Estudiaré, por tanto, su dimensión práctica, en concreto, cuál es su influencia normativa en el ejercicio profesional y cómo condiciona y guía la actuación de los profesionales.

Tras definir (1) mi planteamiento, sistematizaré (2) el marco regulador, articulado en tres niveles: legislativo, jurisprudencial y deonto-

⁵ OROZCO PARDO, G.; «La aplicación del concepto de “lex artis” al campo de la actividad profesional. El caso de la profesión médica», en Moreno Quesada, B., Albiez Dohrmann, K. J. y Pérez-Serrabona González, J. L. (ed.), *El ejercicio en grupo de profesiones liberales*, Granada, Universidad de Granada, 1993, pp. 511-561, 522-523.

⁶ PELAYO GONZÁLEZ-TORRE, A.; *El derecho a la autonomía del paciente en la relación médica. El tratamiento jurisprudencial del consentimiento informado*, Granada, Comares, 2009, p. 34.

⁷ MARTÍNEZ-CALCERRADA, L.; «Especial estudio de la denominada “lex artis ad hoc” en la función médica», en *Derecho médico. Volumen primero. Derecho médico general y especial*, Martínez-Calcerrada, L. (dir.), Martínez-Calcerrada, J. M. (coord.), Madrid, Tecnos, 1986, pp. 186-199, 188, reproducida después en la jurisprudencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo (TS) desde la Sentencia del Tribunal Supremo (STS) Sala de lo Civil de 11 de marzo de 1991, fundamento jurídico (FJ) 3 [RJ\1991\2209], de la que fue ponente este autor.

lógico. Después reflexionaré sobre esta regulación y definiré el alcance normativo de la *lex artis*, exponiendo (3) qué clase de norma es – y qué clase de norma no es– y cuáles son sus características, (4) cómo opera en la práctica y (5) qué tipo de razonamiento exige. A modo de apéndice, finalizaré con (6) una breve precisión conceptual.

Varias razones sustentan la relevancia y el interés de esta perspectiva. En primer lugar, revalida la condición del Derecho como práctica social. En segundo lugar, subraya la importancia de la dimensión relacional y conduce a una relación jurídica y clínica personalizada, que se ajusta a las necesidades de cada paciente y las aptitudes de cada profesional y define sus posiciones jurídicas. En tercer lugar, muestra las características del ejercicio profesional, que exige armonizar una base científica de carácter falsable y no apodíctica con la inexcusable dimensión ética de la autonomía, del paciente y del profesional, y la justicia en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes⁸. En cuarto lugar, refleja un modo prudencial de decidir y actuar, que es el propio de la Medicina y del Derecho. En quinto y último lugar, acoge una definición social de la profesión, no privativa ni exclusiva de los médicos, evitando la tentación de la autorregulación.

La *lex artis* se presenta como la credencial jurídica de la profesionalidad, y por ello importa estudiar de qué modo su naturaleza normativa fortalece esta profesionalidad y el respeto de la persona y sus derechos. Además, en cuanto manifestación de la Filosofía práctica, contribuye al desarrollo de las virtudes profesionales y explica cómo el razonamiento deliberativo y prudencial promueve una concepción del buen profesional o del profesional virtuoso.

Una advertencia preliminar. Aunque me refiero a la Medicina, estos argumentos pueden aplicarse por analogía a otras profesiones del ámbito sanitario y de la intervención social, e incluso de otras ramas y actividades⁹. Valga como ejemplo otra profesión genuinamente deliberativa y prudencial, la abogacía: «En el caso de la defensa judicial estos deberes [profesionales] se ciñen al respeto de la *lex artis* (reglas del oficio), esto es, de las reglas técnicas de la abogacía comúnmente admitidas y adaptadas a las particulares circunstancias del caso»¹⁰.

⁸ Cfr. posiciones semejantes desde la perspectiva de la práctica clínica y la perspectiva ética en Saeger, H.-D.; «Standards in der Medizin-Die medizinisch wissenschaftliche und praktisch ärztliche Perspektive», en Jansen, C., Katzenmeier, C. y Woopen, C. (Hrsg.), *Medizin und Standard. Verwerfungen und Perspektiven*, Berlin-Heidelberg, Springer, 2020, pp. 27-36, 35-36, y WOOPEN, C.; «Medizin und Standard-Ethische Überlegungen», en Jansen, C., Katzenmeier, C. y Woopen, C. (Hrsg.), *Op. cit.*, pp. 119-130, 123-130.

⁹ Cfr. ÁNGEL YÁGÜEZ, R. de; «Criterios o pautas, estándares de conducta: buen padre de familia/persona razonable/lex artis», en García Rubio, M. P. y Moreso, J. J. (dir.); Varela Castro, I. (coord.), *Conceptos multidimensionales del Derecho*, Madrid, Reus, 2020, pp. 455-479, 461.

¹⁰ STS Sala de lo Civil 462/2010, de 14 de julio, FJ 24 [RJ\2010\6045]. Más recientemente, STS Sala de lo Civil 331/2019, de 10 de junio, FJ 2 [RJ\2019\2442].

2. LA REGULACIÓN DE LA *LEX ARTIS*

La regulación de la *lex artis* se ordena en tres apartados. En primer término, las disposiciones legales, que afirman la libertad de decisión y actuación de los profesionales junto con sus deberes básicos de actuación, tanto de índole técnica y científica como de respeto de la autonomía y derechos de los pacientes y de un uso racional de los recursos disponibles. A continuación, como el significado jurídico de la *lex artis* se determina *ad casum*, se analiza su tratamiento jurisprudencial, que ofrece una respuesta dinámica y concreta de sus rasgos. Finalmente, el panorama normativo se completa con la respuesta deontológica, que precisa los deberes y la libertad de los profesionales a la luz de los fines de su profesión.

2.1 El régimen legal

1. Una referencia general que enmarca nuestro tema se encuentra en el artículo 88 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad (LGS), que reconoce la libertad profesional de la actividad sanitaria privada¹¹. Este reconocimiento debe vincularse a lo dispuesto en los artículos 84 a 87 LGS para el sistema sanitario público, desarrollado y actualizado mediante la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (EM), junto con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS).

2. Una mención más relevante aparece en el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina: CDHB), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 y vigente en España desde el 1 de enero de 2000, una suerte de Constitución biojurídica que brinda una respuesta general en su artículo 4, referido a las obligaciones profesionales y normas de conducta¹².

El significado del artículo 4 CDHB se ilumina con el Informe explicativo del Convenio (apartados 28-33), donde se afirma que la intervención profesional debe juzgarse a partir de un trasfondo compuesto por normas jurídicas, deontológicas y de ética profesional (apartados 30 y 31). A pesar de la variedad de países y de épocas, existe un significado común de los principios generales que conduce a una actuación diligente y competente que atienda a las necesidades

¹¹ Artículo 88 LGS: «Se reconoce el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, de acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución».

¹² Artículo 4 CDHB: «Toda intervención en el ámbito de la sanidad, comprendida la investigación, deberá efectuarse dentro del respeto a las normas y obligaciones profesionales, así como a las normas de conducta aplicables en cada caso».

de cada paciente, siendo la tarea esencial del profesional no solo curar, sino también aliviar el dolor y promover la salud y el bienestar psicológico del paciente (apartados 31 y 32).

La competencia de los profesionales se determina básicamente según el conocimiento científico y la experiencia clínica propios de cada profesión o especialidad en un determinado momento. Este estado actual del arte determina el criterio estándar que se debe esperar de la actuación de un profesional sanitario, siendo conscientes de que ese criterio o *lex artis* evoluciona y cambia en paralelo al progreso y a los nuevos avances de la medicina (apartado 32).

Con todo, dichos estándares profesionales no prescriben una línea de acción como la única posible, pues la práctica médica reconocida permite de hecho varias formas posibles de intervención, dejando al profesional cierta libertad de elección de métodos y técnicas (apartados 32 y 33). Por tanto, cada actuación debe juzgarse a la luz del problema de salud específico del paciente concreto y debe garantizar la proporcionalidad entre el fin perseguido y los medios empleados (apartado 33).

3. La traducción legislativa española del CDHB a nivel estatal fue la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LBAP), actualizando el catálogo de derechos de los pacientes, especialmente del artículo 10 de la LGS. Su precepto más interesante a nuestros efectos es el artículo 2.6 LBAP, un epítome legislativo de la *lex artis* en el ordenamiento biojurídico español¹³.

Esta obligación, aplicable a todos los centros y servicios sanitarios, públicos y privados (art. 1 LBAP), debe ponerse en relación con los artículos de la Ley que regulan los mencionados deberes de información asistencial (principalmente los artículos 2, 4, 5 y 10 LBAP), documentación clínica (arts. 2, 7, 15-19 y también 20-21 LBAP) y respeto de las decisiones libres y voluntarias del paciente (arts. 2 y 8-11 LBAP).

4. La mencionada Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), regula con detalle el ejercicio profesional, por cuenta propia y ajena, tanto en el ámbito de los servicios sanitarios públicos como en el de la sanidad privada (art. 1 LOPS).

Tras reconocer el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias (art. 4.1 LOPS) al amparo de los artículos 35 y 36 de la Constitución (CE), enuncia los requisitos de dicho ejercicio en dos

¹³ Artículo 2.6 LBAP: «Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente».

principios generales. En primer lugar, de modo análogo al artículo 4 CDHB, delimita el contexto normativo en el artículo 4.5 LOPS¹⁴.

Continúa especificando en el artículo 4.7 LOPS las condiciones de la autonomía técnica y científica de los profesionales –reiterada después para el ámbito de la sanidad privada en el artículo 40.3.b) LOPS–, con sujeción a diversos sistemas normativos¹⁵.

Después, además de la indicación general de las funciones y actividades propias de cada profesión sanitaria (arts. 6 y 7, en relación con los artículos 2 y 3 LOPS), el artículo 5.1 LOPS enuncia los principios generales de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos¹⁶.

Finalmente, debe mencionarse la relevancia de la actualización permanente de los conocimientos de los profesionales, configurada como un derecho y un deber (art. 12.f) LOPS), que se materializa

¹⁴ Artículo 4.5 LOPS: «Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normopraxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión».

¹⁵ Artículo 4.7 LOPS: «El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios:

a) Existirá formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en él. La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.

b) Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.

[...].».

¹⁶ Artículo 5.1 LOPS: «*a)* Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables.

b) Los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones, y evitando la sobreutilización, la infrautilización y la inadecuada utilización de los mismos.

c) Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquellos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones».

mediante la formación continuada (arts. 33-36 LOPS), entre cuyos objetivos destacan tres mencionados en el artículo 33.2 LOPS¹⁷.

5. Con una orientación sistémica, el artículo 59.2.c) de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud juzga favorablemente el uso de guías de práctica clínica y de práctica asistencial en el ejercicio de la autonomía técnica y científica por parte de los profesionales y las vincula con la mejora de la calidad¹⁸.

6. El recorrido legislativo se completa con la extensa nómina de deberes profesionales del artículo 19 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (EM). Junto a los deberes de respeto de la autonomía y los derechos de los pacientes y a los referidos al trabajo en equipo y en el seno de una institución o centro, sobresalen dos dirigidos a la práctica profesional¹⁹.

2.2 La concreción jurisprudencial

El tratamiento jurisprudencial de la *lex artis* complementa la respuesta legislativa en un doble sentido. De una parte, presenta de forma individualizada sus rasgos y permite articular una noción más precisa. De otra, refleja la transición de una concepción técnica a otra más amplia enriquecida con elementos éticos y jurídicos –derechos–, en paralelo a los cambios legislativos, doctrinales y profesionales.

1. Para determinar si la actuación de un profesional ha sido cuidada y correcta no se emplea un criterio ordinario, propio de la persona normalmente diligente, sino un criterio técnico, más exigente y

¹⁷ Artículo 33.2 LOPS: «Son objetivos de la formación continuada: [...]

b) Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse.

c) Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario.

d) Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social, como agentes individuales en un sistema general de atención de salud y de las exigencias éticas que ello comporta.
[...].»

¹⁸ Artículo 59.2.c) LCCSNS: «La infraestructura para la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud estará constituida por los elementos siguientes: [...] c) Guías de práctica clínica y guías de práctica asistencial, que son descripciones de los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.»

¹⁹ Art. 19. EM: «El personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a: [...]

b) Ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.
[...]

k) Utilizar los medios, instrumental e instalaciones de los servicios de salud en beneficio del paciente, con criterios de eficiencia, y evitar su uso ilegítimo en beneficio propio o de terceras personas.»

relativo al buen profesional del ramo o a la diligencia del buen especialista, que se deriva de su específica preparación científica y práctica desde la óptica del estado actual de la ciencia²⁰. En este contexto, «criterio técnico» equivale a criterio especializado o profesional. Por ello, la *lex artis* no es el criterio extraordinario en su ámbito, sino el ordinario, normal o general de la profesión o especialidad.

«La actuación médica exige un deber de diligencia superior al común o al del buen padre de familia; mayor grado de diligencia que es correlativo a la formación y preparación de quien ejerce la profesión médica al tiempo que se justifica por el destinatario de la actividad, el ser humano, y por su objeto y finalidad, la preservación de la salud, el tratamiento y la prevención de la enfermedad y del dolor»²¹.

2. La *lex artis* impone una obligación de actividad o de medios. Es una obligación de diligencia que se cumple con la realización adecuada de la actividad que constituye su objeto, aunque no venga acompañada de la curación.

«Cuando el médico realiza un acto profesional, se obliga a emplear la diligencia adecuada y no garantiza el acto terapéutico – la sanidad del enfermo –, utilizando cuantos elementos conozca la ciencia médica de acuerdo con las circunstancias crónicas y tópicas, en relación con un enfermo concreto»²².

3. Por consiguiente, la curación no forma parte del contenido de la obligación, pues permanece fuera del alcance del profesional. No se exige un resultado concreto, que no se puede garantizar²³, sino la práctica diligente encaminada al fin o resultado propios. Cuando el médico actúa con la diligencia exigible con arreglo a las normas de la praxis médica, no le es imputable el fracaso²⁴.

«La prestación asistencial presenta, pues, y ante todo, un marcado carácter técnico, tratándose de una actividad regulada por las reglas del arte de la profesión, la *lex artis ad hoc*; [...] se configura como una prestación de medios, no de resultado, que se encamina a la consecución de un fin, la curación del paciente, del cual, en cambio, no responde el facultativo, sino que lo hace exclusivamente de la conveniente y oportuna utilización de los conocimientos y técnicas adecuadas para el logro de dicha finalidad»²⁵.

²⁰ Cfr. SSTS Sala de lo Civil 508/2008, de 10 de junio [RJ\2008\4246]; 464/2007, de 7 de mayo, antecedente de hecho 4 [RJ\2007\3553].

²¹ STS Sala de lo Civil 1267/2006, de 5 de diciembre, FJ 3 [RJ\2007\232].

²² STS Sala de lo Civil 464/2007, de 7 mayo [RJ\2007\3553].

²³ Cfr. SSTS Sala de lo Civil 778/2009, de 20 de noviembre, FJ 2 [RJ\2010\138]; 230/2014, de 7 de mayo, FJ 2 [RJ\2014\2477].

²⁴ Cfr. STS Sala de lo Civil 1/2011, de 20 de enero, FJ 2 [RJ\2011\299].

²⁵ STS Sala de lo Civil 1267/2006, de 5 de diciembre, FJ 3 [RJ\2007\232].

4. La exigencia de una obligación de medios o de actividad diligente y la exclusión del resultado del contenido de dicha obligación es aplicable tanto a la denominada medicina curativa o necesaria como a la medicina satisfactiva, no necesaria o voluntaria. Esta tampoco comporta por sí la garantía de un resultado, aunque sí una obligación de informar reforzada y más rigurosa respecto de los riesgos para que el interesado pueda decidir si consiente o desiste de la intervención²⁶.

«La información que se proporciona al paciente antes de la intervención, y el correlativo consentimiento por parte de este, es un presupuesto y elemento esencial de la *lex artis* para llevar a cabo la actividad médica, y se hace especialmente exigente en intervenciones médicas no necesarias, en las que el paciente tiene un mayor margen de libertad para optar por su rechazo»²⁷.

5. La exigencia de una prestación diligente y suficiente de medios y la exclusión del aseguramiento de un resultado positivo o curativo definen también la obligación de la Administración y su eventual responsabilidad derivada de un funcionamiento anormal de los servicios sanitarios²⁸.

«[F]rente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que esta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles»²⁹.

6. En consecuencia, la existencia de un resultado lesivo tampoco es suficiente para apreciar *simpliciter* la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria. La *lex artis*, en cuanto criterio que expresa la corrección de la actuación profesional, modula el

²⁶ Cfr. STS Sala de lo Civil 250/2016, de 13 de abril, FJ 2 [RJ\2016\1495].

²⁷ STS Sala de lo Civil 1/2011, de 20 de enero, FJ 3 [RJ\2011\299].

²⁸ Cfr. STS Sala de lo Contencioso-Administrativo 92/2021, de 28 de enero, FJ 4 [RJ\2021\563].

²⁹ STS Sala de lo Contencioso-Administrativo de 9 de octubre de 2012, FJ 2 [RJ\2012\9798].

supuesto carácter objetivo de dicha responsabilidad e introduce razonabilidad en su apreciación³⁰.

«Cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cual es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así, si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la *lex artis*, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido. La ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados»³¹.

7. El juicio sobre la buena praxis es un juicio aplicado, contextualizado y personalizado, que toma como referencia no solo los conocimientos científicos y las técnicas previstas para la patología en cuestión, sino su puesta en práctica de forma cuidadosa y precisa de acuerdo con las circunstancias de cada intervención³².

«La *lex artis ad hoc*, sin embargo, como criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico, no sólo comporta el cumplimiento formal y protocolar de las técnicas previstas con arreglo a la ciencia médica adecuadas a una buena praxis, sino la aplicación de tales técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención según su naturaleza y circunstancias»³³.

8. El contenido de la *lex artis* no consiste únicamente en una conducta científica y técnicamente correcta³⁴, sino que exige tomar en consideración las obligaciones de información, documentación y respeto de las decisiones del paciente, vinculadas a su autonomía³⁵.

«La cuestión de la determinación y delimitación del contenido de los deberes profesionales del personal facultativo, y si entre las

³⁰ Cfr. STS Sala de lo Contencioso-Administrativo de 19 de mayo de 2015, FJ 5 [RJ\2015\2448].

³¹ STS Sala de lo Contencioso-Administrativo de 21 de diciembre de 2012, FJ 7 [RJ\2013\1165].

³² Cfr. STS Sala de lo Civil 1342/2006, de 18 de diciembre, FJ 2 [RJ\2006\9172].

³³ STS Sala de lo Civil 495/2006, de 23 de mayo, FJ 3 [RJ\2006\3535].

³⁴ Cfr. STS Sala de lo Civil, de 11 de marzo de 1991, FJ 3 [RJ\1991\2209].

³⁵ Cfr. STS Sala de lo Contencioso-Administrativo, 140/2021 de 4 de febrero, FJ 5 [RJ\2021\721].

reglas que conforman la *lex artis*, y junto con las de estricto carácter técnico, se encuentran otras de contenido moral, reglas de conducta y comportamiento que trascienden el plano científico para situarse en la esfera del *ethos*, y que se resumen en la actitud del médico en el desarrollo su actividad ante la enfermedad y el dolor del paciente, integrando junto con aquellas el deber de diligencia exigible en la adecuada praxis médica»³⁶.

9. La jurisprudencia ha acogido la dimensión ética a través de la incorporación del deber de información³⁷; de la información y el correlativo consentimiento como presupuesto y elemento esencial de la *lex artis*³⁸; del deber de obtención del consentimiento informado³⁹, cuya omisión constituye por sí sola una infracción de la *lex artis ad hoc*, al lesionar el derecho de autodeterminación del paciente⁴⁰; o del deber de obtención del consentimiento informado y de respeto de la confidencialidad⁴¹.

«El consentimiento informado es de esa forma presupuesto y elemento esencial de la *lex artis* y como tal forma parte de toda actuación asistencial (SSTS 29 de mayo [RJ 2003, 3916]; 23 de julio de 2003 [RJ 2003, 5462]; 21 de diciembre 2005 [RJ 2005, 10149]), constituyendo una exigencia ética y legalmente exigible a los miembros de la profesión médica, antes con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y ahora, con más precisión, con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de la autonomía del paciente, en la que se contempla como derecho básico a la dignidad de la persona y autonomía de su voluntad»⁴².

10. La inclusión de la dimensión ética ha ensanchado y actualizado el significado de la dimensión técnica de la *lex artis* con la referencia a la limitación del esfuerzo terapéutico, el deber de no abandono del paciente o el uso racional de los recursos.

«Así, las reglas de orden moral que se incorporan a la prestación asistencial se reflejan en el deber de obtener del paciente el consentimiento informado, en la confidencialidad en la práctica clínica, en

³⁶ STS Sala de lo Civil 1267/2006, de 5 de diciembre, FJ 3 [RJ\2007\232].

³⁷ Cfr. SSTS Sala de lo Civil 394/1994, de 25 de abril, FJ 3 [RJ\1994\3073]; 830/1997, de 2 de octubre, FJ 1 [RJ\1997\7405].

³⁸ Cfr. SSTS Sala de lo Civil 478/2009, de 30 de junio, FJ 3 [RJ\2009\4323]; 1/2011, de 20 de enero, FJ 3 [RJ\2011\299]; 483/2015, de 8 de septiembre, FJ 3 [RJ\2015\3712].

³⁹ Cfr. STS Sala de lo Civil 1132/2006, de 15 de noviembre, FJ 2 [RJ\2006\8559].

⁴⁰ Cfr. SSTS Sala de lo Contencioso-Administrativo de 16 de enero de 2007 [RJ\2007\1220]; de 1 de febrero de 2008 [RJ\2008\1349]; de 22 de octubre de 2009 [RJ\2009\7632]; de 25 de marzo de 2010 [RJ\2010\4544]; de 2 de noviembre de 2011 [2012\1727]; de 24 de abril de 2012 [RJ\2012\6232]; de 22 de junio de 2012 [RJ\2012\8440]; de 2 de octubre de 2012 [RJ\2012\9270]; de 13 de noviembre de 2012 [RJ\2013\1659]; de 4 de febrero de 2021 [RJ\2021\721].

⁴¹ Cfr. STS Sala de lo Civil 1267/2006, de 5 de diciembre, FJ 3 [RJ\2007\232].

⁴² STS Sala de lo Civil 1132/2006, de 15 de noviembre, FJ 2 [RJ\2006\8059].

las limitaciones al esfuerzo terapéutico, en el deber de no abandonar al paciente y al uso racional de los recursos.»⁴³.

11. La incorporación de los contenidos éticos –y deontológicos– que completan el contenido de la *lex artis* no impide diferenciar los niveles de exigencia de la esfera ética –y deontológica– y de la esfera jurídica, con los ajustes derivados de la evolución legislativa en materia de derechos de los pacientes y usuarios.

«[E]sta incorporación de los deberes éticos, en forma de principios jurídicos, al deber asistencial de los facultativos no permite considerar que tengan per se autonomía para constituir deberes jurídicos exigibles aisladamente del deber profesional en que se integran. [...] En cambio, no le es exigible al médico un comportamiento que, más allá del cumplimiento de sus obligaciones profesionales, [...] le imponga conductas cuya finalidad trasciende a la procura de la salud y el bienestar, aun psicológico, del paciente, y que tienden únicamente a confortarlo anímicamente o espiritualmente o a hacer más benigno el trance de la muerte desde un punto de vista estrictamente humanitario, solidario o espiritual; tales comportamientos no derivan de la *lex artis ad hoc* ni se enmarcan en la esfera de los deberes profesionales y de la responsabilidad de este carácter, sino que se sitúan de manera decidida en la esfera moral, en cuyo ámbito han de ser valorados»⁴⁴.

12. La paulatina incorporación del respeto del consentimiento informado y los derechos de los pacientes al contenido de la *lex artis* ha tenido consecuencias a nivel iusfundamental, incrementando la relevancia jurídica de respetarlos como garantía de buena praxis profesional.

«En todas estas normas [CDHB y LBAP], sin embargo, no se plasman únicamente un conjunto de derechos para el paciente, unido a los correlativos deberes de los facultativos que permitan hacerlos efectivos, sino que, básicamente, reflejan una doble garantía para aquel y éstos: de un lado, la que permite hacer efectivo el derecho fundamental a la integridad física del paciente respecto de las actuaciones médicas que se le efectúen; de otro, la regulación descrita ofrece a los facultativos la garantía de que sus actuaciones se desarrollarán dentro de los límites que impone la protección de aquel derecho. Así pues, desde la perspectiva de los facultativos esta regulación no se limita a imponerles un conjunto de deberes, sino que, también, desde una vertiente positiva, les proporciona una garantía de su propia actuación profesional»⁴⁵.

⁴³ STS Sala de lo Civil 1267/2006, de 5 de diciembre, FJ 3 [RJ\2007\232].

⁴⁴ STS Sala de lo Civil 1267/2006, de 5 de diciembre, FJ 3 [RJ\2007\232].

⁴⁵ Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo, FJ 7 [BOE núm. 101, de 28 de abril de 2011].

2.3 La respuesta deontológica

La apelación a la Deontología médica se justifica en su condición de inspiración y guía ética de la conducta profesional del médico (art. 1 del Código de Deontología médica. Guía de Ética Médica de la Organización Médica Colegial de España, 2011: CDM). Como tal, junto a los deberes de respeto de la dignidad, la autonomía y los derechos de los pacientes (en general, artículos 5.1, 8-20 y 27-31 CDM) y a los que subrayan la dimensión ética de la buena práctica a nivel individual e institucional, el Código incluye otros que expresan la libertad de ejercicio profesional, como el artículo 23.1 CDM⁴⁶ y el artículo 46.2 CDM⁴⁷.

Dicha libertad, orientada a la realización de los fines propios de la profesión, debe estar basada en un conocimiento científico actualizado (arts. 21.1⁴⁸, 26.1⁴⁹ y 46.1⁵⁰ CDM) y debe garantizar una atención de calidad, eficaz, eficiente y equitativa (arts. 7.2⁵¹, 7.4⁵², 7.5⁵³ y 45.1⁵⁴ CDM).

2.4 Balance

La regulación jurídica de la *lex artis* refleja la transformación de la relación clínica y la adaptación del ordenamiento jurídico a dicho

⁴⁶ Artículo 23.1 CDM: «El médico debe disponer de libertad de prescripción [que es el corolario del acto médico: artículo 23.6 CDM], respetando la evidencia científica y las indicaciones autorizadas, que le permita actuar con independencia y garantía de calidad».

⁴⁷ Artículo 46.2 CDM: «Las normas de la institución respetarán la libertad profesional del médico y señalarán que este ejerce, en el área de su competencia, una autonomía efectiva sobre el personal colaborador».

⁴⁸ Artículo 21.1 CDM: «El médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad humana y científica».

⁴⁹ Artículo 26.1 CDM: «El médico debe emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente.»

⁵⁰ Artículo 46.1 CDM: «Para conseguir y mantener la calidad profesional la asistencia debe complementarse con la formación continuada [...]».

⁵¹ Artículo 7.2 CDM: «El médico, principal agente de la preservación de la salud, debe velar por la calidad y la eficiencia de su práctica, principal instrumento para la promoción, defensa y restablecimiento de la salud».

⁵² Artículo 7.4 CDM: «El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición».

⁵³ Artículo 7.5 CDM: «Siendo el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos».

⁵⁴ Artículo 45.1 CDM: «El médico que presta su servicio en el Sistema Nacional de Salud ha de velar y contribuir para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia y cumplimiento de los principios éticos».

cambio⁵⁵. Su alcance normativo se concreta en cada caso, evaluando el cumplimiento de exigencias de naturaleza técnica, ética y jurídica. Se trata de un criterio variable, que debe atender a la diversidad individual y a la evolución del estado de la ciencia –y, añadido, de los valores y deberes éticos y los derechos–. Es, además, un criterio abierto, que no impone un concreto camino, sino que se encomienda a la elección prudencial del profesional entre varias opciones adecuadas a la luz de la situación.

El desarrollo legislativo ha subrayado la importancia de la libertad profesional, orientada por los protocolos y las guías de práctica clínica. Esta autonomía científica y técnica se dirige a la prestación de una atención sanitaria segura y de calidad que incluye el deber de respeto de la dignidad, libertad y derechos de los pacientes y el deber de un uso equitativo y eficiente de los medios y recursos a su disposición. La respuesta deontológica parte también del reconocimiento de la libertad profesional, basada en un conocimiento científico actualizado.

La jurisprudencia ha confirmado y completado estas características de la *lex artis*. La intervención profesional debe contextualizarse, individualizarse y ser enjuiciada con criterios especializados que promuevan la realización diligente de la actividad, no la obtención de un resultado. Dicha conducta debe ser correcta no solo desde el punto de vista técnico y científico, sino que debe ir más allá, para satisfacer también las obligaciones de información, consentimiento, confidencialidad, eficacia y calidad expresadas ética, deontológica y jurídicamente.

3. EL ALCANCE NORMATIVO: LA *LEX ARTIS* COMO ESTÁNDAR

La legislación, la jurisprudencia y el Código deontológico demuestran el carácter normativo e imperativo de la *lex artis*, que guía la conducta de los profesionales de forma obligatoria, y no opcional. No se limita a describir cómo es el actuar correcto de un profesional, sino que prescribe cómo debe ser la conducta de los profesionales, y lo hace de modo imperativo (*ius cogens*): cumplirla no se deja a la voluntad del destinatario, sino que todo profesional queda sujeto a ella, siendo su elusión causa fundada de responsabilidad profesional⁵⁶.

Para detallar el alcance normativo de la *lex artis* y el tipo de razonamiento que exige, expondré en primer lugar qué clase de norma es y cuáles son sus características, descartando a continuación otras

⁵⁵ Cfr. SEOANE, J. A.; «La relación clínica del siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas», *Derecho y Salud*, 16/1, 2008, pp. 1-28.

⁵⁶ Cfr. OROZCO; *Op. cit.*, pp. 517 ss., 532.

opciones, señalando qué no es. En ambos casos acompañaré mi propuesta y mis descartes con las correspondientes razones justificativas.

3.1 Qué es la *lex artis*

La *lex artis* es un estándar, una clase de norma que establece un modelo de conducta prescrito por el Derecho que debe seguir el profesional. No es una norma general explícita que parece clara, segura y cierta, sino una pauta variable que exige una nueva valoración caso a caso⁵⁷ y que se vincula a la noción de normas implícitas en prácticas⁵⁸. Como estándar, desempeña una función directiva, conforme a la cual rechaza inicialmente los comportamientos que no se corresponden al patrón o criterio de conducta establecido⁵⁹, e implica una idea de acción debida y correcta que es resultado de un juicio crítico⁶⁰ del profesional consistente en ajustar su actuación a las circunstancias concretas para definir y cumplir de forma adecuada su deber.

El estándar no prescribe *qué* se debe hacer, sino *cómo* se debería actuar para hacer aquello que estamos llamados a hacer. En lugar de una conducta específica, el estándar define un modo de conducta, que consiste en un ejercicio profesional diligente, prudente y razonable. Se trata de una conducta obligatoria cuyo alcance normativo no se conoce antes de la actuación individual⁶¹, y que únicamente se puede confirmar *ex post facto*, pues el estándar solo recibe contenido definitivo cuando se analiza el escenario de aplicación en el caso concreto⁶².

No hay que confundir el carácter obligatorio (qué hace) del estándar con su modo de obligar (cómo obliga). La indeterminación *a priori* y la supuesta falta de certeza o precisión de la *lex artis* no reducen su obligatoriedad; simplemente, obliga al profesional de otra manera.

⁵⁷ Cfr. HART, H. L. A.: *El concepto de derecho* (1961), traducción de G. R. Carrió (1963), Buenos Aires, Abeledo-Perrot, segunda edición (reimpresión), 1995, pp. 156-157, 162-165 y 168-169.

⁵⁸ Cfr. BRANDOM, R. B.: *Hacerlo explícito. Razonamiento, representación y compromiso discursivo* (1994), traducción de A. Ackermann Pilári y J. Rosselló, Barcelona, Herder, 2005, pp. 56-123.

⁵⁹ Cfr. STRACHE, K-H.: *Das Denken in Standards. Zugleich ein Beitrag zur Typologie*, Berlin, Duncker & Humblot, 1968, pp. 94-96.

⁶⁰ Cfr. PATTARO, E.: «Ethical aspects of the concept of legal standard», en Krawietz, W., McCormick, N. y Wright, G. H. von (eds.), *Prescriptive Formality and Normative Rationality in Modern Legal Systems. Festschrift für Robert S. Summers*, Berlin, Duncker & Humblot, 1994, pp. 177-185, 180, 183.

⁶¹ Cfr. KAPLOW, L.: «Rules versus standards: an economic analysis», *Duke Law Journal*, 42/3, 1992, pp. 557-629, 560.

⁶² Cfr. *Ibidem*, p. 616; LIFANTE VIDAL, I.: «Sobre los conceptos jurídicos indeterminados. Las pautas de conducta y diligencia en el Derecho», en García Rubio, M. P.; y Moreso, J. J. (dir.); Varela Castro, I. (coord.), *Op. cit.*, pp. 565-582, en concreto 565, 569 y 575.

Al no consistir en una regla fija aplicable de forma mecánica⁶³, no admite la subsunción⁶⁴ y exige un cumplimiento o seguimiento individuales a través de un juicio prudencial y siempre *ad hoc*. El deber de responsabilidad propio del rol profesional del médico se acompaña de un poder discrecional para seleccionar cuál es el mejor modo de cumplimiento⁶⁵. Por ello, la imperatividad de la *lex artis* requiere el ejercicio de la libertad de actuación del profesional para elegir entre diversas opciones y determinar la decisión y el curso de acción adecuados.

3.2 Qué no es la *lex artis*

La *lex artis* no es una mera *instrucción* o norma técnica que señala los medios para alcanzar un fin determinado⁶⁶ y brinda orientaciones para el logro de una tarea⁶⁷, aunque sea de modo opcional, esto es, aplicable solo si el profesional médico quiere tener éxito en su intervención o tratamiento, midiendo su validez y corrección a través de su eficacia. Tampoco es un *hábito*, o conducta uniforme seguida frecuentemente pero no erigida como patrón de conducta correcto ni obligatorio. Asimismo, es algo más que un *uso*, o forma típica de comportamiento que se mantiene constante y vigente durante largo tiempo, y que solo adquiriría carácter normativo si fuese exigido de forma vinculante por la comunidad en la que aparece. No debe confundirse tampoco con una *costumbre*, que sí implica la idea de deber y acción correcta, pero de modo más uniforme y rígido que el estándar, y que ejerce cierta presión normativa⁶⁸ e implica cierta conciencia de obligatoriedad, pero de carácter dispositivo, de manera que el profesional destinatario podría apartarse y no seguir dicho criterio⁶⁹.

La *lex artis* tampoco es una *regla*, esto es, un enunciado normativo que prescribe de forma definitiva cuál es la conducta correcta e impone una actuación determinada de modo disyuntivo o dilemático: se cumple o no se cumple; todo o nada. A diferencia de la lógica binaria de las reglas, que se aplican mecánicamente y tienen un alcance más genérico, el estándar permite percibir la importancia de cada caso como un acontecimiento único, donde las circunstancias especiales son importantes⁷⁰. En razón de su indeterminación *ex ante* y su varia-

⁶³ Cfr. POUND, R.; *An Introduction to Philosophy of Law*, second revised edition, New Haven, Yale University Press, 1954, pp. 58-59.

⁶⁴ Cfr. STRACHE, *Op. cit.*, pp. 9-16.

⁶⁵ Cfr. LIFANTE VIDAL.; *Op. cit.*, pp. 569-574.

⁶⁶ Cfr. WRIGHT, G. H. von; *Norma y acción. Una investigación lógica* (1963), traducción de Pedro García Ferrero (1970), Madrid, Tecnos, 1979, p. 29.

⁶⁷ Cfr. SCHAUER, F.; *Las reglas en juego. Un examen filosófico de la toma de decisiones basada en reglas en el derecho y en la vida cotidiana* (1991), traducción de C. Orunesu y J. L. Rodríguez, Madrid-Barcelona, Marcial Pons, 2004, pp. 59-60.

⁶⁸ Cfr. WRIGHT; *Op. cit.*, p. 28.

⁶⁹ Cfr. PATTARO; *Op. cit.*, p. 184.

⁷⁰ Cfr. POUND; *Op. cit.*, pp. 64-71.

bilidad⁷¹, la *lex artis* incorpora un margen de discrecionalidad sujeto a elementos de razonabilidad y de justicia y equidad (*fairness*)⁷². Por otra parte, permanece abierta al futuro, es decir, al momento del juicio prudencial, en el que se actualiza ajustado a las circunstancias del caso individual.

La *lex artis* proviene y es resultado de la práctica profesional⁷³, lo que dificulta entenderla como un *concepto*, es decir, una categoría científica creada por la dogmática jurídica para delimitar un sector de la realidad y subsumir cada caso mediante un deslinde binario. Además, los estándares y la *lex artis* dependen y están parcialmente constituidos por el contexto y las circunstancias en las que se aplican, mientras que los conceptos se abstraen de las circunstancias particulares de aplicación y son independientes del contexto⁷⁴. Por estas razones tampoco se acomoda la *lex artis* a la categoría de los conceptos jurídicos indeterminados, no plenamente definidos, ni a las normas de contenido vago cuya determinación se establece por los jueces⁷⁵.

Finalmente, su indefinición previa tampoco permite considerarla un *principio*, es decir, un enunciado normativo más flexible y abierto que funciona como razón u objeto de un mandato de optimización, imponiendo que algo sea realizado en la mayor medida posible, de acuerdo con las posibilidades fácticas y jurídicas. El estándar no ordena la realización u obtención de algo, de un *qué*, sino el modo en el que se debe actuar para obtenerlo, esto es, un *cómo*. Además, el principio consiste en un mandato *prima facie* que puede ser finalmente desplazado por otro, mientras que la *lex artis* obliga de forma definitiva desde el comienzo y siempre debe ser seguida por el profesional.

4. LA LEX ARTIS EN ACCIÓN

La naturaleza normativa de la *lex artis* en cuanto estándar reafirma el carácter esencial de la libertad profesional, enmarcada por conocimientos científicos, normas diversas y fines profesionales que se traducen en una decisión y una actuación individualizadas para un caso concreto fruto de un juicio prudencial. En tal sentido, muestra tanto la apertura del razonamiento jurídico a otras prácticas sociales y áreas del razonamiento práctico⁷⁶ como la remisión del sistema jurídico a

⁷¹ Cfr. HART; *Op. cit.*, pp. 168-169.

⁷² Cfr. POUND; *Op. cit.*, pp. 57-58

⁷³ Cfr. BRANDOM; *Op. cit.*, pp. 56 ss.

⁷⁴ Cfr. FRIDLAND, E.: «Knowing-how: problems and considerations», *European Journal of Philosophy*, 23/3, 2015, pp. 703-727, 720-721.

⁷⁵ Cfr. PATTARO; *Op. cit.*, pp. 181-182.

⁷⁶ Cfr. LIFANTE VIDAL; *Op. cit.*, pp. 567-568.

un sistema de reglas técnicas y científicas para calificar el comportamiento del profesional⁷⁷.

4.1 Un punto de partida técnico: las guías de práctica clínica

Entre los diversos modos de orientar científicamente la actividad clínica –documentos de consenso, asesoramiento de expertos, criterios de uso apropiado⁷⁸, protocolos, vías clínicas⁷⁹– sobresalen las guías de práctica clínica, que consisten en un «conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes»⁸⁰. O en definición más breve y directa, son recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, para la atención de las personas por parte de los profesionales sanitarios y otros profesionales⁸¹.

Las guías clínicas representan el sustento científico-técnico preferido para las decisiones clínicas: se basan en una revisión sistemática de la evidencia existente, que debe ser actualizada cuando aparecen nuevas evidencias; se elaboran por un panel multidisciplinar competente de expertos y representantes de los principales grupos afectados; y emplean procesos de elaboración que minimizan defectos, sesgos y conflictos de intereses⁸². Dicha preferencia se ratifica a la luz de sus fines y resultados, pues cambian el proceso asistencial, mejoran los

⁷⁷ Cfr. GARCÍA AMADO, J. A.; «Estándares jurídicos (*lex artis*, buen padre de familia, persona razonable...): qué son y para qué sirven», en García Rubio, M. P. y Moreso, J. J. (dir.); Varela Castro, I. (coord.), *Op. cit.*, pp. 481-495, en particular pp. 484-485, 488 y 492-493.

⁷⁸ Cfr. Institute of Medicine (U. S.). Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines, *Clinical practice guidelines we can trust!* Board on Health Care Services, Institute of Medicine of the National Academies; Robin Graham *et al.* (ed.), Washington, D. C., The National Academy Press, 2011, p. 5. Disponible en <https://www.nap.edu/read/13058/chapter/1>. Consulta: 7.3.2021.

⁷⁹ Cfr. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC, *Elaboración de Guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico* [Internet], Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), 2016 [febrero de 2018]. Disponible en http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2019/07/manual_gpc_completo.pdf. Consulta: 7.3.2021.

⁸⁰ Institute of Medicine, *Op. cit.*, pp. 4, 25-26, en traducción del Grupo de trabajo GPC, *Op. cit.*, p. 9.

⁸¹ Cfr. National Institute for Health Care and Excellence (NICE), *The Guidelines manual (PMG6)*, 2012, p. 7. Disponible en <https://www.nice.org.uk/process/pmg6/resources/the-guidelines-manual-pdf-2007970804933>. Consulta: 7.3.2021; National Institute for Health Care and Excellence (NICE), *Developing NICE guidelines: the manual (PMG20)*, 2015. Disponible en <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/resources/developing-nice-guidelines-the-manual-pdf-72286708700869>. Consulta: 7.3.2021.

⁸² Cfr. Institute of Medicine, *Op. cit.*, pp. 4-5, 26.

resultados para los pacientes y aseguran un uso eficiente de los recursos sanitarios⁸³.

La guía de práctica clínica encauza el juicio del profesional y aporta una razón válida basada en el conocimiento experto⁸⁴ para definir la indicación clínica y ofrecer una primera concreción técnica. En cambio, no basta para configurar plenamente la decisión del profesional ni agota la definición de *lex artis*, condicionadas por otros factores presentes en el modelo contemporáneo de relación clínica, singularmente su libertad de actuación, los valores, derechos y decisiones del paciente o usuario, los recursos disponibles y el marco institucional en el que tiene lugar la intervención profesional⁸⁵.

4.2 Una especificación práctica: el juicio profesional

La *lex artis* no se puede codificar, ni a través de las guías de práctica clínica ni a través de ningún otro instrumento. Esto quiere decir que las guías simplifican y ayudan en la toma de decisiones, pero no las sustituyen automáticamente⁸⁶. Resumen y actualizan el conocimiento científico y técnico y, en tal sentido, son orientativas y se espera que los profesionales asistenciales las tengan en cuenta cuando ejercen su juicio clínico (art. 4.7.b) LOPS). No obstante, en la medida en que las decisiones clínicas se toman en condiciones de incertidumbre⁸⁷ y deben adecuarse a las circunstancias de cada paciente y de cada caso, estas guías nunca anulan la responsabilidad decisoria de los profesionales, en diálogo con el paciente⁸⁸.

Las guías de práctica clínica y los otros instrumentos de orientación profesional no son jurídicamente vinculantes, pero sí tienen relevancia para configurar el alcance del deber de cuidado y el correcto proceder médico⁸⁹: la actuación de un profesional que aplique una guía de práctica clínica de forma adecuada al caso concreto gozará de una presunción *iuris tantum* de corrección⁹⁰, es decir, susceptible de

⁸³ Cfr. NICE 2012, *Op. cit.*, p. 8

⁸⁴ Cfr. VÁZQUEZ, C.; «*Lex artis* médica. Acerca del conocimiento experto para determinar el estándar de conducta en la responsabilidad médica», en Papayannis, D. M. y Pereira Fredes, E. (eds.), *Filosofía del derecho privado*, Madrid-Barcelona-Buenos Aires-São Paulo, Marcial Pons, 2018, pp. 431-455, 444-448.

⁸⁵ Cfr. MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F. de; «Libertad profesional del médico en el nuevo contexto de la relación clínica: su delimitación desde una perspectiva constitucional», *Derecho Privado y Constitución*, 31, 2017, pp. 11-51, 11-35.

⁸⁶ Cfr. GARRIDO JIMÉNEZ, J. M.; «Responsabilidad del trabajo en equipo y de la institución sanitaria. Variabilidad, protocolos y guías de práctica clínica», en Palomar Olmeda, A. y Cantero Martínez, J. (dir.); Larios Risco, D., González García, L. y Montalvo Jääskeläinen, F. de (coord.), *Op. cit.*, 2013, pp. 209-252, 215.

⁸⁷ Cfr. Institute of Medicine, *Op. cit.*, p.13.

⁸⁸ Cfr. NICE 2012, *Op. cit.*, p. 8.

⁸⁹ Cfr. GALÁN CORTÉS; *Op. cit.*, pp. 275-284.

⁹⁰ Cfr. GARRIDO JIMÉNEZ; *Op. cit.*, pp. 226-227.

ser rebatida aportando pruebas que muestren lo contrario, su incorrección. Con todo, dicha presunción de corrección solo alcanza al ámbito técnico o científico conocido, es decir, resultaría válida para establecer la indicación clínica de una prueba diagnóstica, un procedimiento, una técnica quirúrgica o una terapia y, *a contrario*, para delimitar lo contraindicado.

Como punto de llegada del juicio profesional, la *lex artis* es el resultado de un ajustamiento de los factores implicados en el caso concreto. Al especificar la respuesta científica objetiva y general de una guía de práctica clínica, el profesional puede separarse de ella por razones técnicas, si es un caso no contemplado o si decide no seguir un curso de acción recomendado de modo justificado. En las situaciones típicas, descritas en la literatura científica, se sigue inicialmente un «estándar de conducta para situaciones preconfiguradas»⁹¹. En cambio, en las situaciones atípicas se espera que el profesional ejerza prudentemente su libertad de método y se desmarque de dicho criterio actuando como lo haría un profesional inteligente y sensato⁹². Este profesional no está apartándose de la *lex artis*, sino justamente definiéndola y actualizándola en la situación concreta mediante la armonización de los elementos objetivos y subjetivos, técnicos y éticos; es decir, individualizando el estándar⁹³.

En la determinación del curso de acción, el profesional combina los conocimientos médicos con las razones éticas, tanto el respeto de las decisiones autónomas del paciente como la adecuada gestión de los recursos disponibles en el sistema de salud a través de su uso racional, proporcionado y eficaz en orden a la protección de la vida, la integridad física y moral y la salud de aquel⁹⁴. En ejercicio de su autonomía, el paciente puede y debería decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles (art. 2.3 LBAP, en relación con los artículos 2, 4-5 y 8-11 LBAP), pudiendo rechazar tratamientos indicados, no claramente indicados y no claramente contraindicados⁹⁵, y tal elección debe ser respetada por el profesional, que encuentra en ella un límite a su libertad. Esta limitación coexiste con la limitación recíproca de la voluntad autónoma del paciente, a quien le están vedadas toda injerencia técnica y cualquier decisión que pretenda obligar al profesional a hacer algo contraindicado en su situación clínica. De ahí que el profesional esté obligado a no realizar lo contraindicado y a asumir que no tiene un deber de realizar lo indicado

⁹¹ ROMEO CASABONA; *Op. cit.*, p. 210.

⁹² Cfr. *Ibidem*, pp. 210-211; RUEDA; *Op. cit.*, pp. 48-49; GALLARDO CASTILLO; *Op. cit.*, pp. 35-36.

⁹³ Cfr. FRAHM, W. *et al.*, «Medizin und Standard-Verwerfungen und Perspektiven», *Medizinrecht*, 36, 2018, pp. 447-457, 448-449.

⁹⁴ Cfr. MONTALVO; *Op. cit.*, pp. 24-35. Sobre la conjunción de estos tres criterios cfr. Woopen, *Op. cit.*, pp. 123-130.

⁹⁵ Cfr. COUCEIRO, A.; «Las directivas anticipadas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas», *Revista de Calidad Asistencial*, 22/4, 2007, pp. 213-222, 220.

cuando un paciente decide autónomamente no aceptarlo (en especial, artículos 2.4 y 2.6 LBAP)⁹⁶.

5. LA LEX ARTIS Y EL RAZONAMIENTO MÉDICO

5.1 Un razonamiento prudencial

La Medicina es una actividad teleológica en la que el profesional asistencial, ante un paciente, no delibera sobre si debe perseguir o no los fines de su profesión, sino sobre cuáles son los medios que conducen a su realización⁹⁷. El médico se pregunta *cómo* debe actuar para lograrlos, y para ello debe responder antes a otra pregunta, *para qué* debe elegir dichos medios, pues tal respuesta le permite conocer y definir el fin perseguido. Por ello, aunque la *lex artis* es una obligación de medios, el juicio de corrección sobre la conducta del profesional se realiza a la luz de los fines de la Medicina⁹⁸, que orientan su elección y actuación.

Acompaña a la *lex artis* la incertidumbre propia de cualquier decisión prudencial, que no equivale a falta de evidencia científica, sino que deriva de la naturaleza del conocimiento de la salud y del razonamiento clínico⁹⁹, nunca apodícticos o completamente seguros¹⁰⁰. Por ello, dicha incertidumbre no debe confundirse ni es compatible con la ignorancia o falta de conocimiento científico ni con la impericia del profesional. Aquella es una característica de la situación y de la profesión, mientras que estas, la ignorancia y la impericia, son defectos que emborronan la buena práctica y suelen ser la base para apreciar la falta de diligencia, la infracción del deber de cuidado y la responsabilidad profesional.

Aunque libre, la concreción *ad casum* de la *lex artis* nunca es arbitraria. Las guías de práctica clínica y las normas que delimitan la libertad del profesional aportan constancia y estabilidad y ayudan a la decisión, pero no eliminan la necesidad de individualizarla, pues hay

⁹⁶ Cfr. COUCEIRO, A.; «La influencia del consentimiento informado en la práctica clínica», *Julgar*, número especial *Consentimiento informado*, 2014, pp. 139-156.

⁹⁷ Cfr. ARISTÓTELES; *Ética a Nicómaco*, edición bilingüe y traducción de M. Araujo y J. Marías (1949), séptima edición, Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 1999, p. 37 (III 3 1112b 12-14).

⁹⁸ Cfr. CALLAHAN, D. (dir.); *Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas* (1996), Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2004. Disponible en <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/11-los-fines-de-la-medicina-the-goals-of-medicine->. Consulta: 7.3.2021.

⁹⁹ Cfr. ARISTÓTELES; *Op. cit.*, pp. 20-21 (II 1104a 3-5), p. 37 (III 1112b 2-3).

¹⁰⁰ Cfr. BORRELL, F. y HERNÁNDEZ-CLEMENTE J.; «La certeza diagnóstica. El difícil camino que nos lleva a comprender el concepto de probabilidad en la práctica clínica», *Folia Humanística*, 3, 2016, pp. 27-41. Disponible en <https://revista.proeditio.com/foliahumanistica/article/view/1194/1937>. Consulta: 7.3.2021.

una laguna prudencial entre la guía y su concreción. La decisión profesional correcta es el resultado de un juicio sintético que tiene en cuenta las posibilidades prácticas; es decir, qué se puede hacer en ese caso concreto y en ese momento (*hic et nunc*), en razón de las circunstancias subjetivas y objetivas de la situación: la capacidad del profesional, las características y decisiones del paciente y las condiciones en las que se realiza la intervención¹⁰¹.

5.2 La concreción del silogismo práctico: saber cómo

La sabiduría práctica no radica en conocer las normas que guían una actividad sino en saber cómo actuar en cada situación particular. Cumplir con la *lex artis* no consiste en acumular conocimientos normativos o científicos o saber qué dice una guía de práctica clínica, sino en saber cómo llevar a la práctica lo que en ella se indica.

El conocimiento de las normas y las guías es un conocimiento teórico (*knowing that*)¹⁰², mientras que el seguimiento de las normas es un saber práctico, no teórico ni técnico; un saber cómo (*knowing how*)¹⁰³, que no se da de antemano y comparece en la misma acción¹⁰⁴, pues no dispone de respuestas *a priori* ni de una ciencia o *techné* del razonamiento práctico¹⁰⁵.

Este saber práctico no equivale a un dominio rutinario o automático, propio del seguimiento de instrucciones. El buen profesional no es el experto que atesora experiencia o que desarrolla hábitos resultado de la repetición. Este profesional puede llegar a saber cómo se hace algo, pero no por qué se hace así; se limita a una réplica o repetición mecánica que no se cuestiona el sentido¹⁰⁶. En cambio, el dominio de una práctica (*practical expertise*) está vinculado a la capacidad personal de pensar y decidir conscientemente. Exige una respuesta selectiva que representa una oportunidad de aprendizaje y mejora¹⁰⁷, acorde con el carácter dinámico y evolutivo de la práctica profesional¹⁰⁸.

¹⁰¹ Cfr. ARISTÓTELES; *Op. cit.*, p. 37 (III 1112b 27), p. 92 (VI 1140a 30-31); Vigo, A. G., «Deliberación y decisión según Aristóteles», *Tópicos*, 43, 2012, pp. 51-92, 82-84.

¹⁰² Cfr. RYLE, G.; «Knowing how and knowing that», *Proceedings of the Aristotelian Society*, 46, 1946, pp. 1-16, 14.

¹⁰³ Cfr. *Ibidem*, pp. 8-9.

¹⁰⁴ Cfr. TAYLOR, C.; «Seguir una regla» (1992), en *Argumentos filosóficos. Ensayos sobre el conocimiento, el lenguaje y la modernidad*, traducción de F. Birulés Bertrán, Barcelona, Paidós, 1997, pp. 221-238, 235-236.

¹⁰⁵ Cfr. ARISTÓTELES; *Op. cit.*, pp. 91-92 (II 1104a 3-8).

¹⁰⁶ Cfr. ANNAS, J.; «Practical expertise», en Bengson J. y Moffett, M. A. (ed.), *Knowing how: Essays in knowledge, mind, and action*, Oxford, Oxford University Press, 2012, pp. 101-112, 107-109.

¹⁰⁷ Cfr. RYLE, G.; *El concepto de lo mental* (1949), traducción de E. Rabossi (1967), Barcelona, Paidós, 2005, p. 56.

¹⁰⁸ Cfr. ANNAS; *Op. cit.*, pp. 102, 104-105.

En consecuencia, la autonomía prudencial del profesional es un ejemplo de creatividad e imaginación deliberativa¹⁰⁹ que perfecciona la *lex artis* para adaptarla al caso concreto. Y en su expresión óptima no se limita a la habilidad para elegir los mejores medios a partir del criterio científico establecido en la guía de práctica clínica, ya que la decisión prudencial del profesional va más allá de un mero razonamiento técnico. Es una praxis que exige un genuino razonamiento ético, pues la selección de esos medios se fundamenta en el conjunto de la biografía del paciente, concebido como interlocutor y sujeto de la relación clínica¹¹⁰.

6. APÉNDICE. MENOS ES SUFICIENTE: LA REDUNDANCIA DEL *AD HOC*

Se ha afirmado que la concreción de cada acto médico o presu- puesto *ad hoc* «tal vez sea el aporte personal que caracteriza nuestra tesis: así como en toda profesión rige una *lex artis* que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa *Lex*, aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán en un sentido u otro los factores antes vistos»¹¹¹.

Sin embargo, no parece que sea así. De una parte, esa presunta aportación no individualiza a la *lex artis* médica frente a otras actividades profesionales. De otra, la expresión «*ad hoc*» no aporta ningún rasgo o significado ausentes, sino que funciona como locución adverbial enfática. La insistencia en el ad-hoquismo¹¹² olvida que todo razonamiento práctico de los profesionales implica un juicio sobre la corrección de su actuación que es, siempre y finalmente, *ad hoc*, para un supuesto y un fin concretos. «La clínica es siempre una actividad concreta, individual.»¹¹³

Recordémoslo. La mayor parte de las cosas que suceden el universo carecen de precedentes, son impredecibles y nunca han de repetirse¹¹⁴. Cada nueva situación incorpora algo nuevo¹¹⁵ y cada caso es

¹⁰⁹ Cfr. NUSSBAUM, M. C.; «El discernimiento de la percepción: una concepción aristotélica de la racionalidad pública y privada», en *El conocimiento del amor. Ensayos sobre filosofía y literatura* (1990), traducción de R. Orsi Portalo y J. M. Inarejos Ortiz, Boadilla del Monte (Madrid), Antonio Machado, 2005, pp. 113-201, 153.

¹¹⁰ Cfr. SEOANE, P.; *op. cit.*; VERGARA, O.; *Método y razón práctica en la ética bio-médica*, Granada, Comares, 2018, pp. 62-63 y 140.

¹¹¹ MARTÍNEZ CALCERRADA; *Op. cit.*, p. 189, y desde entonces en numerosas resoluciones judiciales: cfr. *supra* apartado 2.2.

¹¹² Cfr. SEOANE, P.; *Regla y tiempo real. Improvisación, interpretación y ontología de la obra musical*, Sevilla, Athenaica, 2020, pp. 108-112.

¹¹³ GRACIA, D.; «La deliberación moral: el método de la ética clínica», *Medicina Clínica*, 117, 2001, pp. 18-23, 18.

¹¹⁴ Cfr. RYLE, G.; «Improvisation», *Mind*, 85/337, 1976, pp. 69-83, 72.

¹¹⁵ Cfr. ARISTÓTELES; *Op. cit.*, p. 36 (III 1113a 31-33).

hasta cierto punto único, y relativo al tiempo, lugar y circunstancias en que ha de ser aplicado¹¹⁶. Ningún caso está completamente formulado en una guía de práctica clínica: presenta rasgos nuevos, singulares, no anticipados y no repetibles, y se da en personas y relaciones particulares.

Por esta razón, la decisión profesional solamente puede ajustarse o afinarse en su contexto¹¹⁷, al no ser posible una preparación completa para una situación particular, pues *esta* situación no ha sucedido antes y no volverá a suceder de nuevo. Toda respuesta a una situación parcialmente nueva requiere una innovación pertinente, *ad hoc*¹¹⁸, que siempre se ajusta a esta situación actual única a partir del contexto y las lecciones aprendidas. Y cada nueva respuesta, aunque sea la vigésima respuesta a un asunto sobre el que tenemos experiencia, incorpora una novedad, una ligera variación en *esta* situación sobre las situaciones precedentes¹¹⁹. Esto no exige apelar a la inspiración, la fortuna o la intuición¹²⁰, sino elegir la forma de razonamiento correcto. Por tanto, en relación con la *lex artis* está justificado hablar de la prioridad de lo particular y de la necesidad profesional de la sabiduría práctica¹²¹.

En consecuencia, propongo usar la expresión «*lex artis*», correcta y más sencilla, y descartar la expresión «*lex artis ad hoc*», sumándome a otras críticas que la consideran exitosa pero vacía y tautológica¹²², redundante o contradictoria¹²³, poca afortunada¹²⁴ y carente de sentido¹²⁵.

¹¹⁶ Cfr. POUND, *Op. cit.*, pp. 58-59.

¹¹⁷ Cfr. NUSSBAUM, *Op. cit.*, pp. 142-143 y 177.

¹¹⁸ Cfr. RYLE, *Improvisation, cit.*, pp. 73-74.

¹¹⁹ Cfr. *Ibidem*, p. 77.

¹²⁰ Cfr. *Ibidem*, p. 72.

¹²¹ Cfr. NUSSBAUM, *Op. cit.*, pp. 134 ss.

¹²² Cfr. ROMEO CASABONA, *Op. cit.*, p. 209, n. 38.

¹²³ Cfr. VÁZQUEZ, *Op. cit.*, p. 453.

¹²⁴ Cfr. Ángel YÁGÜEZ, *Op. cit.*, p. 462.

¹²⁵ Cfr. Romeo MALANDA, *Op. cit.*, pp. 190-191.