

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el día 25 de mayo de 2.007, adoptó el acuerdo de aprobar la siguiente Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología:

### **“Fronteras Internas del ejercicio profesional”**

*Consideraciones deontológicas sobre los conflictos de límites entre médicos generalistas y médicos especialistas y de estos entre sí*

#### **I. Introducción**

En 1998, se publicó una Declaración sobre las fronteras internas del ejercicio profesional, preparada por la Comisión Central de Deontología y ofrecida por la Asamblea General de la Organización Médica Colegial a la colegiación y a los organismos profesionales como documento abierto de trabajo. La Declaración obtuvo un eco favorable, hizo disminuir de modo radical la denuncia de los conflictos a los que trataba de poner remedio e, incluso, fue citada como fuente de doctrina valiosa en algunas sentencias judiciales.

Ello no significa que de vez en cuando surjan nuevos conflictos, al parecer inevitables, ni que algunos médicos soliciten que se delimite de modo nítido el campo de actuación cada una de las especialidades médicas. Pretenden esos profesionales, además de circunscribir el área de su propia actividad, instaurar una suerte de derecho exclusivo a aplicar determinadas técnicas nuevas, a actuar sobre ciertas áreas del cuerpo, a ejecutar en exclusiva algunas funciones o intervenciones, de modo que su realización por otros especialistas fuera considerada como una intromisión contraria a las normas deontológicas y legales. Estos conflictos fronterizos se presentan con intensidad similar en la Medicina privada y en la pública, favorecidos por la tendencia creciente a la sub o súper especialización, condicionada a su vez por la complejidad cognitiva e instrumental de las distintas especialidades y la proliferación de tecnologías cada vez más caras, sofisticadas y de vida corta.

Algunos han llegado a tildar esas intromisiones de intrusismo, gracias a una interpretación deformada del significado legal y jurisprudencial del término, que de ser “*la realización de los actos propios de una profesión por quién carece de la titulación académica expedida o reconocida en España*”, pasaría a convertirse en la realización de actos propios de una especialidad por quien carece del título correspondiente. Las especialidades médicas, según tal hermenéutica, resultarían elevadas a la categoría de profesiones específicas.

Es, por otra parte, patente que la fijación de unas fronteras rígidas entre las especialidades médicas modificaría la dinámica del acceso a los puestos de trabajo, y favorecería posturas cerradas en defensa de intereses económicos y de rango profesional que, aunque justificables, no pueden tenerse por intangibles.

El problema de los límites internos de la profesión médica no es una cuestión meramente doctrinal o de intereses privados de un pequeño número de colegiados. Es, por el contrario, asunto capaz de provocar conflictos generales y de trascendencia indudable.

Parece, pues, pertinente volver a proponer, a la vista de los cambios legislativos y profesionales ocurridos desde 1998, una nueva versión de la Declaración sobre las fronteras internas del ejercicio profesional.

#### **II. Consideraciones jurídicas**

No hay prácticamente en nuestra legislación, estatal o autonómica, normas que señalen límites al ejercicio de las distintas especialidades médicas, y las pocas que podrían aducirse están tan difuminadas que pueden considerarse inexistentes. Ni siquiera puede hablarse de una frontera externa que cierre herméticamente el ejercicio de las especialidades médicas a quienes no son médicos. Hoy, en los hospitales, públicos o privados, la práctica de la Medicina en equipo implica que no pocos profesionales no médicos (biólogos, químicos, farmacéuticos, bromatólogos) intervengan en fases diversas de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

Un breve repaso a la legislación relativa a los límites internos del ejercicio de las especialidades permite comprobar la indefinición existente. No hay alusión alguna a ellos ni en la Ley 14/1986, General de Sanidad, ni en el R.D. 127/1984, regulador de la obtención del título de especialidades médicas, ni en la Resolución, de 25 de abril de 1996, que desarrolló ese Real Decreto. La Ley 44/2003, de Ordenación de Profesiones Sanitarias, se limitó, en esta materia, a reiterar lo establecido en la normativa precedente.

Con la aparición del Código Penal de 1995, se planteó un debate jurídico en torno a la cuestión de si el art. 403.2, inciso segundo, podría ser interpretado como indicativo de un delito de intrusismo intraprofesional, tal como mantenía un sector doctrinal. Pero es patente que el texto de este artículo no determina que ha de entenderse por “actos propios de una profesión” y está necesitado de ser interpretado por la investigación doctrinal y la jurisprudencia para adquirir la precisión necesaria. El debate doctrinal sigue siendo presa de conclusiones contradictorias; por el contrario, la jurisprudencia, incluida la constitucional, tiende a considerar que no hay en nuestro sistema jurídico apoyos para atribuir a los especialistas la exclusiva sobre determinados actos médicos, o para prohibir su realización a médicos no especialistas o a titulados en otra especialidad, más o menos próxima.

Sin perjuicio de lo anterior, los casos de abuso manifiesto pueden ser sancionados penalmente como delitos de estafa o faltas de imprudencia profesional, en el supuesto de intervenciones con manifiesta carencia de pericia, de formación o de capacidad. Por otra parte cabe la actividad sancionadora administrativa o colegial si se vulneran las prohibiciones en materia de especialidades.

### III. Consideraciones profesionales

Tampoco los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial o el Código de Ética y Deontología Médica ofrecen criterios precisos sobre el particular.

Desde una perspectiva histórico-profesional, es lógico ese silencio legislativo y deontológico. En efecto, las especialidades médicas no son el resultado de un proyecto racional de distribución de tareas; nacieron, por el contrario, de una evolución histórica mediada por fuerzas y motivos tan heterogéneos y casuales, que hacen imposible una delimitación racional y consistente de sus respectivos territorios particulares. La parcelación del trabajo de los especialistas en los hospitales públicos no está fundada en criterios éticos, sino en razones de racionalización y distribución interna del trabajo.

Hay, sin embargo, algunos conceptos que, indirectamente, arrojan alguna luz sobre el problema:

Según establece el art. 6.2.a) de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, corresponde a los Licenciados en Medicina *la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención*. Se puede, pues, afirmar que son actos médicos y por tanto genuinos y exclusivos de los médicos el diagnóstico y tratamiento de los procesos patológicos, el enjuiciamiento

clínico de las situaciones de los pacientes, la interpretación de las pruebas diagnósticas y la adopción de medidas para prevenir la enfermedad y mantener la salud. Ahí está la frontera que separa la Medicina de las otras profesiones sanitarias o parasanitarias.

Igualmente, existe una frontera entre acto médico genérico y acto médico especializado, que vendría determinada por razones técnicas y de habitualidad:

Un *acto médico se considera especializado* cuando, por su complejidad y posibles riesgos, requiere conocimientos específicos adquiridos en el curso de un adiestramiento reglado y controlado, o implique la utilización de técnicas complejas o instrumentación específica, o existe consenso universal de que ese acto corresponde a una determinada especialidad y que debe ser abordado solo por especialistas.

Un acto médico se considera exclusivo de una especialidad porque reúne los requisitos antes mencionados, no por el mero hecho de que una guía de la especialidad así lo diga.

*Actos médicos interespecializados o pluriespecializados* son aquellos que pueden ser realizados por quines practican diferentes especialidades, siempre que se demuestre que en su periodo formativo han recibido ese adiestramiento y son competentes para ello.

*Actos paramédicos* solo los pueden realizar miembros de profesiones distintas de la Medicina (enfermeros, matronas, ópticos, fonoaudiólogos, psicólogos, etc), bajo la dirección o indicación de un médico.

Aunque por la comprensividad del título (*el que puede lo más puede lo menos*), un Licenciado en Medicina podría realizar actos paramédicos propios de otras profesiones, no sería ético que así lo hiciera, y mucho menos si los practicara de modo frecuente y como actividad habitual.

Tan reprochable éticamente sería fijar fronteras artificiales que establecieran una especie de área reservada en exclusiva a ciertos especialistas para actuar sobre determinados sistemas orgánicos o ejercer determinadas prácticas preventivas, diagnósticas o rehabilitadoras, como considerar que no existe límite alguno y que cualquiera puede dedicarse, habitual y públicamente, a ejercer como especialista sin serlo. Los actos especializados deben quedar reservados a los médicos que posean el título correspondiente, sin perjuicio de que cualquier Titulado en Medicina y Cirugía pueda en ocasiones realizar actos que, en otras circunstancias, quedarían reservados a los especialistas.

Las fronteras entre las técnicas asistenciales que son de común aceptación existen, aunque sea permeables. A ningún médico, si posee la destreza y los conocimientos necesarios, se le puede impedir que los aplique en beneficio de sus pacientes, tenga o no título de especialista.

No ha de olvidarse que, si bien los Estatutos Generales de la OMC incluyen, entre los derechos de los colegiados el de “no ser limitados en el ejercicio de la profesión ...”, ese derecho exige en correspondencia que tal ejercicio “discurra por un correcto cauce deontológico”.

Además, es deber primordial de los médicos mantener entre sí relaciones de confraternidad y “tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto y lealtad”, deberes que sólo ceden ante los derechos del paciente (CEDM, art. 31). Desde un punto de vista deontológico hemos de plantearnos si el ejercicio de una especialidad por quién carece del correspondiente título y ha evitado el esfuerzo de obtenerlo, no podría constituir una falta de lealtad, cuya corrección correspondería a los Colegios provinciales que, específicamente, tienen atribuida la función de “sancionar los actos de los colegiados que practiquen una competencia desleal ...”.

El título de especialista confiere los derechos que señala la Ley y supone una legítima presunción de preparación, conocimientos y destreza, pero no supone de por sí y de modo indefinido, automático y perpetuo la posesión de la necesaria competencia. No se puede olvidar que el médico especialista está legal y éticamente obligado a mantenerse al día, a no exceder su capacidad, y a no incurrir en errores por falta de preparación o por exceso de confianza (CEDM, art. 21). Por ello, en

caso de que su actuación redundase en daño de un paciente, se verá obligado a justificar su competencia actual: la posesión del título no le confiere inmunidad ante la negligencia o falta de buen juicio. Tal exigencia se impone con más apremio al médico que no poseyera la titulación de especialista, que obviamente encontrará más dificultades para justificarla.

#### IV. Conclusiones

1. Aunque no existe, ni legal ni éticamente, reserva de actuación profesional sobre un paciente a favor de quién ostente el título de especialista, la Comisión Central de Deontología estima que, desde el punto de vista ético, el criterio decisivo para el ejercicio profesional responsable es el de hallarse en posesión de la competencia necesaria para realizar la correspondiente intervención médica. Considera igualmente la Comisión que el procedimiento habitual y ordinario para la adquisición y actualización de dicha competencia es el seguimiento de los oportunos programas de formación inicial y continuada de cada especialidad.
2. Es contrario a la Ética y Deontología Médica que un médico se titule expresamente de especialista sin serlo. Igualmente atenta contra las normas éticas y deontológicas el médico que, sin serlo, actúa como especialista de un modo habitual de forma que pueda inducir a error a los pacientes acerca de su cualificación profesional. No salva esta conducta el hecho de que tal actuación se pretenda enmascarar bajo la pertenencia a un equipo de especialistas: es obligado hacer constar de modo explícito la carencia personal de titulación especializada como parte de la información a los pacientes.
3. La principal lealtad del médico es la que vincula a su paciente y “la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia” (CEDM, art. 4). En caso de actuaciones que sobrepasen su capacidad, el médico deberá comunicarlo al paciente y proponerle recurrir a un colega suficientemente capacitado en la materia.
4. El médico que sin poseer el título de especialista, o titulado en otra especialidad diferente, proyecta una determinada intervención que puede considerarse típica de una especialidad de la que no está titulado, está obligado a considerar si posee realmente los conocimientos, las habilidades y la experiencia necesarias para llevarla a cabo y para asumir las consecuencias de su actuación. En todo caso, está obligado a comunicar previamente tal extremo al paciente como parte de la información que a éste le es debida.
5. Asimismo, está obligado a justificar ante su Colegio y eventualmente ante los Tribunales de Justicia las razones de su decisión y a demostrar de modo convincente que posee la competencia necesaria para ejecutarla: no más, pero tampoco menos.
6. Nunca un médico, fuera de las situaciones de extremada urgencia, puede sobrepasar los límites de su capacidad sin contar con la ayuda inmediata de un colega competente en la materia (CEDM, art. 19). Este criterio no sólo es válido para el periodo de la primera formación especializada, sino que constituye un mandato deontológico permanente y universal.
7. El ejercicio de la Medicina está basado en el conocimiento científico y en la destreza técnica, cuyo mantenimiento y actualización son un deber individual del médico (CEDM, art. 21). Hay, por ello, una estrecha relación entre la frecuencia con que una intervención se practica y la calidad de la atención prestada.
8. El médico debe gozar de libertad de prescripción, imprescindible para prestar sin interferencias extrañas el mejor servicio a sus pacientes, pero tal libertad implica, obligadamente, una fuerte sentido de la responsabilidad que le lleve a reconocer y aceptar las consecuencias de sus actos.

9. Todo médico está obligado a conocer bien los límites reales de su capacidad y no puede ignorar los riesgos a que se expone si, por actuar en áreas en las que no haya adquirido la necesaria experiencia, se produjeran consecuencias desafortunadas.
10. Nadie está obligado a hacer más de lo que puede, Si un médico no se considera cualificado para realizar una determinada intervención y percibiera que, por motivos de urgencia y otra circunstancia, la vida o la integridad de un enfermo corren un grave e inminente peligro si no se aplica tal intervención, deberá. A la vez que solicita la ayuda de otro colegio debidamente preparado, actuar in demora y en la medida a que alcance su capacidad.

Madrid, 28 de mayo de 2007  
EL SECRETARIO GENERAL

Vº Bº  
EL PRESIDENTE

Fdº Juan J. Rodríguez Sendín

Fdº Isacio Sigüero Zurdo