



SUMARIO

PÁGINA

TEMA DEL DÍA

LA *LEX ARTIS* COMO ESTÁNDAR DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

- JOSÉ ANTONIO SEOANE 1

PENSAMIENTO ACTUAL

LA MERITOCRACIA A EXAMEN

- FRANCESC BORRELL I CARRIO 24

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

EL PARKINSON Y YO

- FREDERIC W. PLATT 54

HAIKUS COMO SIGNO DE REVOLUCIÓN

- SALVADOR CASADO BUENDÍA 68



Fundació
Letamendi-Forns

REVISTA

FOLIA HUMANÍSTICA

Co-directores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Francesc Borrell (UB)

Jefa de Redacción

Núria Estrach i Mira (UAB/UB)

Consejo científico

Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
li-
a-humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
li-
a-humanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

LA LEX ARTIS COMO ESTÁNDAR DE LA PRÁCTICA CLÍNICA¹

José Antonio Seoane

Resumen: Este artículo explica los criterios que guían el ejercicio profesional. En concreto, qué significa y cómo funciona la *lex artis*, como la expresión jurídica de la buena práctica médica. Tras una introducción justificativa, ordeno las normas legales, jurisprudenciales y deontológicas de la *lex artis* para mostrar la transformación contemporánea de la relación clínica en dos sentidos: el equilibrio entre la libertad profesional y la autonomía y los derechos de los pacientes. Y, por otro lado, la combinación de los aspectos científicos y técnicos con los elementos éticos, jurídicos y deontológicos.

Este contexto normativo da paso a la tesis central: 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 a definirse en cada caso y en cada paciente. Por consiguiente, la *lex artis* es *un saber cómo*, que ratifica que el ejercicio profesional y el razonamiento médico siguen siendo ejemplos de sabiduría práctica.

Palabras clave: *Deliberación/ estándar/ guías de práctica clínica/ libertad profesional/ prudencia/ razonamiento práctico/ relación clínica/ saber cómo.*

Abstract: LEX ARTIS AS STANDARD OF CLINICAL PRACTICE

This paper tries to explain the criteria that guide professional practice. Specifically, what does *lex artis* mean and how does it work, as the legal expression of good medical practice. After a justifying introduction, I order the legal, case-law and deontological norms of *lex artis* in order to show the contemporary shift of clinical relationship in two senses; the balance between professional freedom and patient's autonomy and rights, and the combination of scientific and technical aspects with ethical and legal elements.

This normative context introduces the central thesis: *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, prudential and reasonable practice that must be defined case by case, patient by patient. Therefore, *lex artis* is a knowing-how and confirms that healthcare practice and reasoning remain examples of practical wisdom.

Key words: *Clinical practice guidelines/ deliberation/ doctor-patient relationship/ Knowing-how/ Practical reasoning/ Practical wisdom/ Professional freedom/ Standard.*

Artículo recibido: 29 junio 2021; **aceptado:** 1 septiembre 2021.

¹ 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

1. INTRODUCCIÓN

La *lex artis* es la expresión que emplea el Derecho para referirse a la buena praxis o, con mayor precisión, el criterio 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 aquel y de los servicios sanitarios (Romeo Casabona 2005; Rueda 2009; Romeo Malanda 2014; Domínguez Luelmo 2007; Asúa 2014; Busto Lago 2014; Galán Cortés 2018; Panes Corbelle 2013).

No existe una definición unánime de la *lex artis*. En ocasiones se subraya su dimensión regulativa y su vínculo con la responsabilidad del profesional, aunque con excesiva dependencia del resultado: “conjunto de reglas de contenido ético, científico y técnico que debe observar el sujeto en el desarrollo 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” (Orozco 1993, 522-523). En otras se intenta reflejar la transformación contemporánea de la relación clínica: “el conjunto de conocimientos científico-técnicos y también de comportamientos éticos, que el sujeto debe aplicar en el campo de su ejercicio profesional” (Pelayo González-Torre 2009, 34).

No obstante, sí existen una definición y una expresión jurídicas predominantes, por su influencia en la jurisprudencia (cfr. *infra* apartado 2.2). Es la “*lex artis ad hoc*”, concebida como el “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).” (Martínez-Calcerrada 1986, 188).

Sin embargo, este artículo no pretende explorar la perspectiva conceptual ni ofrecer una nueva definición. Si la *lex artis* es la expresión jurídica de la buena práctica (o praxis) médica, parece más oportuno explicar cómo funciona; es decir, estudiar su dimensión práctica, en concreto su influencia normativa en el ejercicio profesional y su modo de orientar la actuación de los profesionales.

Cuatro razones avalan la relevancia y el interés de esta perspectiva: 1) 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 deberes; 2) conduce a una relación clínica personalizada, ajustada a las necesidades de cada paciente y las aptitudes de cada profesional; 3) refleja un modo prudencial de decidir y actuar, que es el propio de la Medicina; 4) acoge una definición social de la profesión, no privativa ni exclusiva de los médicos, evitando una suerte de autorregulación.

Además, como la *lex artis* es a la vez la credencial jurídica de la profesionalidad y un ejemplo de Filosofía práctica, cabría aducir otras tres razones: 5) fortalece la profesionalidad y el respeto de la persona y sus derechos; 6) contribuye al desarrollo de las virtudes profesionales, tanto intelectuales como éticas, y 7) explica cómo el razonamiento deliberativo y prudencial promueve una concepción del buen profesional o del profesional virtuoso.

Y concluyo con una razón adicional: 8) aunque referidos a la Medicina, estos argumentos tienen un alcance mayor y pueden aplicarse por analogía a otras profesiones del ámbito sanitario y de la intervención social, e incluso de otras ramas, como la abogacía (SSTS Sala de lo Civil 462/2010, de 14 de julio, FJ 24 [RJ\2010\6045]; 331/2019, de 10 de junio, FJ 2 [RJ\2019\2442]).

2. LAS NORMAS DE LA *LEX ARTIS*

El marco normativo que regula 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, toda vez que 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. Legislación

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 privada. 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: “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.”

El significado del art. 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 de cada paciente, siendo la tarea esencial del profesional no sólo 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 según el conocimiento científico y la experiencia clínica de cada profesión o especialidad en un determinado momento, que determina el criterio estándar de la actuación de un profesional sanitario, conscientes de que ese criterio o *lex artis* evoluciona en paralelo al progreso y a los nuevos avances de la medicina (apartado 32).

Con todo, dichos estándares profesionales no prescriben una única línea de acción, pues la práctica médica permite 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 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, epítome legislativo de la *lex artis* en el ordenamiento biojurídico español: “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”.

Esta obligación, aplicable a todos los centros y servicios sanitarios, públicos y privados (art. 1 LBAP), debe ponerse en relación con los mencionados deberes de información asistencial (principalmente los arts. 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 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), enuncia los requisitos de dicho ejercicio en dos principios generales. En primer lugar, delimita el contexto normativo en el art. 4.5 LOPS, con remisión a las obligaciones deontológicas, conforme a la legislación vigente, y a los criterios de *normo-praxis* o, en su caso, los usos generales propios de su profesión. Continúa especificando en el art. 4.7 LOPS las condiciones de la autonomía técnica y científica de los profesionales –reiterada para el ámbito de la sanidad privada en el art. 40.3.b) LOPS–, con las limitaciones establecidas en la ley y los principios y valores del ordenamiento jurídico y deontológico. Señala, además, que se deben unificar los criterios de actuación, basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y expresados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial, que deberán ser utilizados como guías de forma orientativa regularmente actualizados.

Después, además de la indicación general de las funciones y actividades propias de cada profesión sanitaria (arts. 6 y 7, en relación con los arts. 2 y 3 LOPS), el artículo 5.1 LOPS enuncia los principales deberes profesionales: a) prestar una atención sanitaria segura y de calidad ajustada a las necesidades de salud de las personas, a los conocimientos científicos disponibles y a las normas legales y

deontológicas aplicables; b) hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo; c) respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y la participación de estas en la toma de decisiones que les afecten, haciendo posible el ejercicio de su derecho al consentimiento.

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 mediante la formación continuada (arts. 33-36 LOPS). Entre sus objetivos destacan los tres siguientes (art. 33.2 LOPS): a) capacidad de una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios; b) conocimiento de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario; c) mejora de 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.

5) Con una orientación sistémica, la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS) 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 calidad (art. 59.2.c) LCCSNS).

6) El recorrido legislativo se completa con la extensa nómina de deberes profesionales del art. 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 profesional: a) ejercer la profesión con lealtad, eficacia y observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos aplicables; y b) utilizar con eficiencia los recursos de los servicios de salud en beneficio del paciente y evitar su uso ilegítimo en beneficio propio o de terceras personas.

2.2. Jurisprudencia

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, en paralelo a los cambios legislativos, doctrinales y profesionales.

1) Para determinar si la actuación de un profesional ha sido cuidadosa y correcta no se emplea un criterio ordinario, propio de la persona normalmente diligente, sino un criterio técnico, más exigente y 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 ciencia (SSTS Sala de lo Civil 508/2008, de 10 de junio de 2008 [RJ\2008\4246]; 464/2007, de 7 de mayo de 2007 [RJ\2007\3553]). 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 o general de la profesión o especialidad (STS Sala de lo Civil 1267/2006, de 5 de diciembre de 2006, FJ 3 [RJ\2007\232]).

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

3) 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 garantizar (SSTS Sala de lo Civil 778/2009, de 20 de noviembre, FJ 2 [RJ\2010\138]; 230/2014, de 7 de mayo, FJ 2 [2014\2477]), 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 fracaso (SSTS Sala de lo Civil 1/2011, de 20 de enero, FJ 2 [RJ\2011\299]; 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. Ésta tampoco comporta 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 intervención (SSTS Sala de lo Civil 250/2016, de 13 de abril, FJ 2 [RJ\2016\1495]; 1/2011, de 20 de enero, FJ 3 [RJ\2011\299]).

5) El juicio sobre la buena praxis es un juicio aplicado, contextualizado y personalizado, que toma como referencia los conocimientos científicos y las técnicas previstas para la patología en cuestión y su puesta en práctica de forma cuidadosa y precisa de acuerdo con las circunstancias de cada intervención (SSTS Sala de lo Civil 1342/2006, de 18 de diciembre de 2006, FJ 2 [RJ\2006\9172]; 495/2006, de 23 de mayo, FJ 3 [RJ\2006\3535]).

6) El contenido de la *lex artis* no consiste únicamente en una conducta científica y técnicamente correcta (STS Sala de lo Civil, de 11 de marzo de 1991, FJ 3 [RJ\1991\2209], sino que exige tomar en consideración las obligaciones de información, documentación y respeto de las decisiones del paciente, vinculadas a su autonomía. (STS Sala de lo Civil 1267/2006, de 5 de diciembre, FJ 3 [RJ\2007\232]).

7) La dimensión ética se ha incorporado a través del deber de información (SSTS Sala de lo Civil 394/1994, de 25 de abril [RJ\1994\3073]; 830/1997, de 2 de octubre [RJ\1997\7405]); de la información y el correlativo consentimiento como presupuesto y elemento esencial de la *lex artis* (SSTS de 30 de junio de 2009 [RJ\2009\4323]; 1/2011, de 20 de enero, FJ 3 [RJ\2011\299]; 483/2015 de 8 de septiembre [RJ\2015\3712]); del deber de obtención del consentimiento informado (STS Sala de lo Civil 1132/2006, de 15 de noviembre, FJ 2 [RJ\2006\8559]), cuya omisión constituye por sí sola una infracción de la *lex artis ad hoc*, al lesionar el derecho de autodeterminación del paciente (SSTS Sala de lo Contencioso-

Administrativo de 16 de enero de 2007 [RJ\2007\1220]; de 13 de noviembre de 2012 [RJ\2013\1659]); o del deber de obtención del consentimiento informado y de respeto de la confidencialidad (SSTS Sala de lo Civil 1267/2006, de 5 de diciembre [RJ\2007\232]; 1132/2006, de 15 de noviembre, FJ 2 [RJ\2006\8059]).

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

9) La inclusión de los contenidos éticos y deontológicos que completan el contenido de la *lex artis* no impiden diferenciar los niveles de exigencia de la esfera ética y deontológica de los niveles de la esfera jurídica, con los ajustes derivados de la evolución legislativa en materia de derechos de los pacientes y usuarios (STS Sala de lo Civil 1267/2006, de 5 de diciembre, FJ 3 [RJ\2007\232]).

10) 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 de los derechos fundamentales, incrementando la relevancia jurídica de respetarlos como garantía de buena praxis profesional (Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo, FJ 7).

2.3. Deontología

La Deontología médica inspira y guía éticamente 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) y completa las referencias jurídicas. Como tal, junto a los deberes de respeto de la dignidad, la autonomía y los derechos de los pacientes (en general, arts. 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 y de prescripción (arts. 23.1 y 46.2 CDM).

Dicha libertad, orientada a la realización de los fines propios de la profesión, debe estar basada en un conocimiento científico actualizado (arts. 21.1, 26.1 y 46.1 CDM) y debe garantizar una atención de calidad, eficaz, eficiente y equitativa (arts. 7.2, 7.4, 7.5 y 45.1. CDM).

2.4. Recapitulación

La regulación de la *lex artis* refleja la transformación de la relación clínica y la adaptación del ordenamiento jurídico (Seoane 2008). Su alcance normativo se concreta en cada caso, evaluando el cumplimiento de exigencias de naturaleza técnica, ética y jurídica. Es un criterio variable que debe atender a la diversidad individual y a la evolución del estado de la ciencia, los valores y deberes éticos y los derechos. Es, además, un criterio abierto, que no impone un camino concreto y único, 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. 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 correcta de la actividad, no la obtención de un resultado. Dicha conducta debe ser correcta no sólo 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. LA LEX ARTIS EN ACCIÓN

La legislación, la jurisprudencia y la deontología 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, 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 profesional (Orozco 1993, 517 ss., 532).

No obstante, la caracterización normativa de la *lex artis* como estándar confirma el carácter esencial de la libertad profesional, enmarcada por conocimientos científicos, normas diversas y fines profesionales que se traducen en una decisión y una acción individualizadas para un caso concreto fruto de un razonamiento prudencial.

3.1. La *lex artis* como estándar

La *lex artis* es un estándar, una clase de enunciado normativo que establece un modelo de conducta prescrito por el Derecho que debe seguir el profesional. El estándar desempeña una función directiva, conforme a la cual rechaza inicialmente los comportamientos que no se corresponden al patrón o criterio de conducta establecido (Strache 1968, 94-96). Implica una idea de acción debida y correcta, resultado de un juicio crítico (Pattaro 1994, 180, 183) del profesional que ajusta su actuación a las circunstancias concretas, pues depende y está parcialmente constituido por el contexto (Fridland 2015, 720-721).

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 el ejercicio profesional diligente, prudente y razonable. Se trata de una conducta obligatoria cuyo alcance normativo no se conoce antes de la actuación individual (Kaplow 1992, 560), y que

únicamente se puede confirmar *ex post facto*, pues el estándar sólo recibe contenido definitivo cuando se analiza el escenario de aplicación en el caso concreto (Kaplow 1992, 616).

En razón de su indeterminación *ex ante* y su variabilidad, la *lex artis* incorpora un margen de discrecionalidad sujeto a elementos de justicia y equidad (*fairness*) y razonabilidad (Pound 1954, 57-58). Permanece abierta al futuro, es decir, al momento del juicio prudencial, en el que se ajusta a las características del caso individual (Pound 1954, 64-71).

Es importante no confundir el carácter obligatorio (qué hace) del estándar con su modo de obligar (cómo obliga). La indeterminación inicial y la supuesta falta de certeza o precisión de la *lex artis* no reducen su obligatoriedad; simplemente, obliga al profesional de otra manera. No se trata de una regla fija aplicable de forma mecánica (Pound 1954, 58-59) que admita la subsunción (Strache 1968, 9-16), por lo que exige un cumplimiento o seguimiento individuales a través de un juicio prudencial y siempre *ad hoc*. En consecuencia, 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.

3.2. Las guías de práctica clínica

Existen diversos modos de orientar científicamente la actividad clínica: documentos de consenso, asesoramiento de expertos, criterios de uso apropiado (Institute of Medicine 2011, 5), protocolos, vías clínicas (Grupo de trabajo GPC 2016) y, principalmente, las guías de práctica clínica, que son 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” (Institute of Medicine 2011, 4, 25-26, en traducción del Grupo de trabajo GPC 2016, 9).

Las guías de práctica clínica son recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, para la atención de las personas por parte de los profesionales sanitarios y otros profesionales (NICE 2012, 7). Varias razones las convierten en el sustento científico-técnico preferido para las decisiones clínicas: están basadas en una revisión sistemática de la evidencia existente, que debe ser actualizada cuando aparecen nuevas evidencias; son elaboradas 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 intereses (Institute of Medicine 2011, 4-5, 26). Dicha preferencia se ratifica a la luz de sus fines y resultados: cambian el proceso asistencial, mejoran los resultados para los pacientes y aseguran un uso eficiente de los recursos sanitarios (NICE 2012, 8).

Toda guía de práctica clínica encauza el juicio del profesional y aporta una razón válida para definir la indicación clínica ofreciendo 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 profesional (Montalvo 2017, 11-35).

3.3. El juicio profesional

La *lex artis* no se puede codificar. Esto quiere decir que las guías de práctica clínica simplifican y ayudan en la toma de decisiones, pero no las sustituyen automáticamente (Garrido Jiménez 2013, 215). 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 (art. 4.7.b) LOPS). No obstante, en la medida en que las decisiones clínicas se toman en condiciones de incertidumbre (Institute of Medicine 2011, 13; Borrell y Hernández-Clemente 2016) 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 paciente (NICE 2012, 8).

Las guías de práctica clínica y los otros instrumentos de orientación profesional no son jurídicamente vinculantes, pero influyen en la definición del deber de cuidado y el correcto proceder médico (Galán Cortés 2018, 253-255): 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 corrección (Garrido Jiménez 2013, 226-227), es decir, susceptible de ser rebatida aportando pruebas que muestren lo contrario, su incorrección. Con todo, ha de precisarse que dicha presunción de corrección sólo 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 justificadamente no seguir un curso de acción recomendado. En las situaciones típicas, descritas en la literatura científica, se sigue inicialmente un “estándar de conducta para situaciones preconfiguradas” (Romeo Casabona 2005, 210). En cambio, en las situaciones atípicas se espera que el profesional ejerza prudentemente su libertad de método y se desmarque actuando como lo haría un profesional inteligente y sensato (Romeo Casabona 2005, 210-211; Rueda 2009, 48-49). 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 estándar (Frahm et al. 2018, 2-3).

En la determinación del curso de acción, el profesional combina conocimientos médicos y razones éticas, bien una 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 del paciente, bien el respeto de las decisiones autónomas del paciente (Montalvo 2017, 24-35). En ejercicio de su autonomía el paciente puede decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles (art. 2.3 LBAP, en relación con los arts. 2, 4-5 y 8-11 LBAP), y puede rechazar tratamientos indicados, no claramente indicados y no claramente contraindicados (Couceiro 2007, 220). Tal elección debe ser respetada por el profesional, que encuentra en ella una limitación a su libertad, que coexiste con la limitación recíproca de la voluntad autónoma del paciente, a quien le está vedada 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 aceptar que no tiene un deber de realizar lo indicado cuando un paciente decide autónomamente no aceptarlo (en especial, arts. 2.4 y 2.6 LBAP; cfr. también Couceiro 2014).

4. LA *LEX ARTIS* Y EL RAZONAMIENTO MÉDICO

4.1. 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 (Callahan (dir.) 2004), sino sobre cuáles son los medios que conducen a su realización (Aristóteles 1999, 37 [III 3 1112b 12-14]). El médico se pregunta *cómo* debe actuar para lograrlos, aunque para ello debe responder antes a otra pregunta: *para qué* debe elegir dichos medios, que le permite conocer y definir el fin perseguido. Por tanto, 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 Medicina, que orientan su elección y actuación.

La *lex artis* está acompañada de 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 clínico (Aristóteles 1999, 20-21 [II 1104a 3-5]; 37 [III 1112b 2-3]), nunca apodícticos o completamente seguros (Gracia 2001). Por ello, dicha incertidumbre no debe confundirse 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 éstas, la ignorancia y la impericia, son defectos que desfiguran la buena práctica y fundamentan 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, estabilidad y ayudan a la decisión, pero no eliminan la necesidad de individualizarla, pues hay 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 intervención (Aristóteles 1999, 37 [III 1112b 27]; 92 [VI 1140a 30-31]; Vigo 2012, 82-84).

4.2. 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 ella indica.

El conocimiento de las normas y las guías es un conocimiento teórico (*knowing that*: Ryle 1946, 14), mientras que el seguimiento de las normas es un saber práctico, no teórico ni técnico; un *saber cómo* (*knowing how*: Ryle 1946, 8-9), que no se da de antemano y comparece en la misma acción (Taylor 1995, 235-236), pues no

dispone de respuestas *a priori* ni de una ciencia o *techné* del razonamiento práctico (Aristóteles 1999, 91-92 [II 1104a 3-8]).

Este saber práctico no equivale a un dominio rutinario o automático, propio del seguimiento de instrucciones. El buen profesional no es el experto que acumula 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, al haberse limitado a una repetición mecánica que no se cuestiona el sentido (Annas 2012, 107-109).

Por el contrario, 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 mejora (Ryle 2005, 56), acorde con el carácter dinámico y evolutivo de la práctica profesional (Annas 2012, 102, 104-105).

En consecuencia, la autonomía prudencial del profesional es un caso de creatividad e imaginación deliberativa (Nussbaum 1990, 78) que perfecciona la *lex artis* para adaptarla al caso concreto y que no debería limitarse a la habilidad para elegir los mejores medios a partir del criterio científico establecido en la guía de práctica clínica. 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 la biografía del paciente, concebido como interlocutor y sujeto de la relación clínica (Seoane 2008; Vergara 2018, 62-63 y 140).

5. CONCLUSIÓN

“La clínica es siempre una actividad concreta, individual.” (Gracia 2001, 18). Ningún caso está completamente formulado en una guía de práctica clínica, pues cada situación incorpora algo nuevo (Aristóteles 1999, 36 [III 1113a 31-33]). Cada caso es hasta cierto punto único, con rasgos singulares y no anticipados, relativos al tiempo, lugar y circunstancias en que ha de ser aplicado (Pound 1954, 58-59).

Y no puede ser de otro modo. La mayor parte de las cosas que suceden en el universo carecen de precedentes, son impredecibles y nunca han de repetirse (Ryle 1976, 72), razón por la cual toda respuesta a una situación parcialmente nueva requiere una innovación pertinente, *ad hoc* (Ryle 1976, 73-74). Esta respuesta, que debe ajustarse a la situación actual a partir del contexto y las lecciones aprendidas, incorpora una novedad, una ligera variación en *esta* situación sobre las situaciones precedentes (Ryle 1976, 77).

Por consiguiente, como no es posible una preparación completa para *esta* situación que no ha sucedido antes y que no volverá a suceder, la decisión profesional solamente puede ajustarse o afinarse en su contexto (Nussbaum 1990, 71-72 y 91). Para ello no hay que apelar a la inspiración, la fortuna o la intuición (Ryle 1976, 72), sino elegir la forma de razonamiento correcto. En relación con la *lex artis*, este razonamiento nos habla de la prioridad de lo particular y de la necesidad profesional de la sabiduría práctica (Nussbaum 1990, 66 ss.).

Concluyo con una recomendación, propiamente un corolario. Descartemos la expresión "*lex artis ad hoc*", vacía, tautológica (Romeo 2005, 209 n. 38) y carente de sentido (Romeo Malanda 2014, 190-191), y usemos la expresión "*lex artis*", correcta y más sencilla. La insistencia en el ad-hoquismo (Seoane 2020, 108-112) no añade ningún significado ausente a la *lex artis*, emborrona nuestro lenguaje y 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, un paciente y un fin concretos.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Annas, J. (2012). "Practical expertise". En Bengson J.; Moffett, M. A. (ed.), *Knowing how: Essays in knowledge, mind, and action*, (pp. 101-112), Oxford: Oxford University Press.
- Aristóteles (1999). *Ética a Nicómaco*. Edición bilingüe y traducción de María Araujo y Julián Marías (1949), séptima edición, Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Asúa González, C. I. (2014). "Responsabilidad civil médica". En Reglero Campos, L. F.: Busto Lago, J. M. (coord.), *Tratado de responsabilidad civil* tomo II, quinta edición (pp. 321-438), Cizur Menor (Navarra): Thomson Reuters/Aranzadi.
- Borrell, F. & Hernández-Clemente J. (2016). "La certeza diagnóstica. El difícil camino que nos lleva a comprender el concepto de probabilidad en la práctica clínica". *Folia Humanística* 3, pp. 27-41. ISSN 2462-2753. Recuperado en <https://revista.proeditio.com/foiahumanistica/article/view/1194/1937> (visita: 20.2.2021).
- Busto Lago, J. M. (2014). "Consentimiento informado y responsabilidad civil", *Julgar* número especial *Consentimiento informado*, 157-182.
- Callahan, D. (dir.). (2004). *Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas* (1996). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas. Recuperado en <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/11-los-fines-de-la-medicina-the-goals-of-medicine-> (visita: 20.2.2021).
- Couceiro, A. (2007). "Las directivas anticipadas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas". *Revista de Calidad Asistencial* 22/4, 213-222.
- (2014). "La influencia del consentimiento informado en la práctica clínica". *Julgar* número especial *Consentimiento informado*, 139-156.
- Domínguez Luelmo, A. (2007). *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.
- Frahm, W. et al. (2018). "Medizin und Standard—Verwerfungen und Perspektiven". *Medizinrecht* 36, 447-457.
- Fridland, E. (2015), "Knowing-how: problems and considerations" (2012), *European Journal of Philosophy*, 23/3, 703-727.
- Galán Cortés, J.C. (2018). *Responsabilidad civil médica*, sexta edición, Madrid, Civitas/AranzadiThomson Reuters.

- Garrido Jiménez, J.M. (2013). "Responsabilidad del trabajo en equipo y de la institución sanitaria. Variabilidad, protocolos y guías de práctica clínica". En Palomar Olmeda, A.; Cantero Martínez, J. (dir.); Larios Risco, D.; González García, L.; Montalvo Jääskeläinen, F. de (coord.), *Tratado de Derecho sanitario, volumen II*, (pp. 209-252). Cizur Menor (Navarra): Thomson Reuters. Aranzadi. ISBN 978-84-9014-656-9.
- Gracia, D. (2001). "La deliberación moral: el método de la ética clínica", *Medicina Clínica* 117, 18-23.
- Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC (2016) [febrero 2018]. 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). Recuperado en: http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2019/07/manual_gpc_completo.pdf. Visita 20.2.2021.
- Institute of Medicine (U.S.). Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines (2011). *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. Recuperado en <https://www.nap.edu/read/13058/chapter/1>. Visita 20.2.2021.
- Kaplow, L. (1992). Rules versus standards: an economic analysis. *Duke Law Journal* 42/3: 557-629.
- Martínez-Calcerrada, L. (1986). "Especial estudio de la denominada 'lex artis ad hoc' en la función médica". En *Derecho médico. Volumen primero. Derecho médico general y especial*. Luis Martínez-Calcerrada, L. (dir.), Martínez-Calcerrada, J. M. (coord.) (pp. 186-199). Madrid, Tecnos. ISBN 84-309-1295-9.
- Montalvo Jääskeläinen, F de. (2017). "Libertad profesional del médico en el nuevo contexto de la relación clínica: su delimitación desde una perspectiva constitucional", *Derecho Privado y Constitución* 31: 11-51.
- National Institute for Health Care and Excellence (NICE) (2012). *The Guidelines manual (PMG6)* Recuperado en <https://www.nice.org.uk/process/pmg6/resources/the-guidelines-manual-pdf-2007970804933>. Visita 30.12.2019.
- National Institute for Health Care and Excellence (NICE) (2015). *Developing NICE guidelines: the manual (PMG20)*. Recuperado en <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/resources/developing-nice-guidelines-the-manual-pdf-72286708700869>. Visita 20.2.2021.
- Nussbaum, Martha C. (1990). "The discernment of perception: An Aristotelian conception of private and public rationality". En *Love's knowledge. Essays on Philosophy and Literature* (pp. 54-105), New York-Oxford, Oxford University Press.

- Orozco Pardo, G. (1993). "La aplicación del concepto de 'lex artis' al campo de la actividad profesional. El caso de la profesión médica". En Moreno Quesada, Bernardo, Albiez Dohrmann, Klaus Jochen, Pérez-Serrabona González, José Luis (ed.), *El ejercicio en grupo de profesiones liberales* (pp. 511-561), Granada: Universidad de Granada.
- Panes Corbelle, L. A. (2013). "Responsabilidad patrimonial de los servicios de salud". En Palomar Olmeda, A.; Cantero Martínez, J. (dir.); Larios Risco, D.; González García, L.; Montalvo Jääskeläinen, F. de (coord.), *Tratado de Derecho sanitario, volumen II*, (pp. 71-98). Cizur Menor (Navarra): Thomson Reuters. Aranzadi. ISBN 978-84-9014-656-9.
- Pattaro, E. (1994). "Ethical Aspects of the concept of legal standard". En Krawietz, Werner, McCormick, Neil; von Wright, Georg Henrik (eds.), *Prescriptive Formality and Normative Rationality in Modern Legal Systems. Festschrift für Robert S. Summers*, (pp. 177-185), Berlin: Duncker & Humblot.
- Pelayo González-Torre, Á.I (2009). *El derecho a la autonomía del paciente en la relación médica. El tratamiento jurisprudencial del consentimiento informado*. Granada: Comares.
- Pound, R. (1954). *An Introduction to Philosophy of Law*, second revised edition, New Haven: Yale University Press.
- Romeo Casabona, C. Ma (2005). "La responsabilidad penal del médico por mala práctica profesional". En *Conducta peligrosa e imprudencia en la sociedad del riesgo* (pp. 197-232). Granada: Comares.
- Romeo Malanda, S. (2014). "Consentimiento informado y responsabilidad penal", *Julgar* número especial *Consentimiento informado*, 183-205.
- Rueda Martín, M^a Á. (2009). "La concreción del deber objetivo de cuidado en el desarrollo de la actividad médico-quirúrgica curativa", *Indret* 4 (2009), 1-58.
- Ryle, G. (1946), "Knowing how and knowing that", *Proceedings of the Aristotelian Society* 46, 1-16.
- (1976), "Improvisation". *Mind* 85 (337), 69-83.
- Seoane, J.A. (2008). "La relación clínica del siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas", *Derecho y Salud* 16/1, 1-28.
- Seoane, P. (2020). *Regla y tiempo real. Improvisación, interpretación y ontología de la obra musical*, Sevilla: Athenaica.
- Strache, K.-H.(1968). *Das Denken in Standards. Zugleich ein Beitrag zur Typologik*, Berlin: Duncker & Humblot.

Taylor, C. (1997). "Seguir una regla" (1992). En *Argumentos filosóficos. Ensayos sobre el conocimiento, el lenguaje y la modernidad*, traducción de Fina Birulés Bertrán (pp. 221-238), Barcelona: Paidós (1995).

Vergara, O. (2018). *Método y razón práctica en la ética biomédica*. Granada: Comares.

Vigo, A. G (2012). "Deliberación y decisión según Aristóteles", *Tópicos* 43, 51-92.

José Antonio Seoane

Área de Filosofía del Derecho
Grupo de investigación "Filosofía, Constitución y Racionalidad"
Facultad de Derecho
Universidade da Coruña

jose.antonio.seoane@udc.es

Cómo citar este artículo:

Seoane, J.A. , "La *lex artis* como estándar de la práctica clínica", *Folia Humanística*, 2021; 6 (2): 1-23.

Doi: <http://doi.org/10.30860/0081>

© 2021 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.