

# Derecho y Enfermería

**E**l tema que no todos tenemos claro y que he titulado Derecho y enfermería, principalmente consiste en saber donde está el límite a la actuación de enfermería, donde termina el enfermero y donde empieza el médico, si la actuación del enfermero es una función propia o delegada del médico, si podemos o deberíamos prescribir fármacos, en fin una serie de preguntas que tienen respuestas varias, según a quien se pregunte, pero que para el derecho objetivo están bastante claras y aunque quedan lagunas que hay que suplir con la jurisprudencia de los tribunales o por la costumbre, pero principalmente asumiendo los enfermeros nuevas responsabilidades y retos profesionales, demostrando que somos capaces de asumir esos retos, de no asumirlos por comodidad profesional estaríamos demostrando una irresponsabilidad.

La Medicina tiene sus funciones y competencias claras desde siempre, la enfermería no, pues de hecho medicina tiene miles de años de existencia, en cambio aunque siempre ha existido la figura del cuidador, enfermería sólo tiene unos siglos y sólo unas décadas desde que los estudios son universitarios.

He creído conveniente dividir esta comunicación en cuatro apartados.

1. Daré un repaso de lo que ha sido la enfermería y sus competencias a lo largo de la historia, haciendo hincapié en lo que más no ha caracterizado, que es la llamada y siempre mal definida cirugía menor.
2. Veremos cual es el marco competencial actual.
3. Que tipo de responsabilidad se le puede exigir a un enfermero.
4. Para finalizar veremos unas cuantas sentencias sobre responsabilidad de enfermería, no muy abundantes por cierto.

## Orígenes y evolución de la enfermería

Antes de abordar este apartado, me gustaría dar una de las múltiples definiciones que se dan a lo que llamamos cirugía menor, ya que es ella la que marcará a mi juicio los orígenes y evolución de nuestra profesión.

De todas las definiciones, me quedo con la que dan Enrique Oltra y otros, en un artículo publicado en Internet sobre la enfermería asturiana, dice así: *“Son procedimientos quirúrgicos sencillos, de corta duración, realizados sobre piel o tejido subcutáneo, sin sospecha de malignidad, en los que no se esperan complicaciones y con cuidados posquirúrgicos no complejos”.*

Enfermería y Cirugía Menor han ido siempre de la mano, al menos tenemos constancia documental desde el siglo XVI, en aquellas épocas existían los llamados Barberos-Cirujanos, Ministrantes, Practicantes y otras denominaciones como la de Sangrador.

Hagamos un breve repaso histórico y veremos como ha evolucionado nuestra profesión jurídicamente hablando:

- La pragmática de 9 de abril de 1500 de los Reyes Católicos reglamenta la profesión de barbero-cirujano y sangrador (uno se dedicaba a lo que llamamos la cirugía menor que entonces no estaba definida y los otros se dedicaban a hacer sangrías, muy habituales en aquella época).
- En el siglo XVII se crea la “Facultad” de Practicantes en el Hospital Antón Martín de Madrid, donde entre otras cosas se enseñaba: Cirugía, apósitos y vendajes.
- La Real Orden de 29 de junio de 1846 crea el título de Ministrante, que es palabra latina y quiere decir que administra, de entre sus cometidos destacaba la Cirugía Menor.
- El 9 de septiembre de 1857 por Ley de Instrucción Pública se crea el título de Practicante en sustitución del de Ministrante, el nuevo título amplía el rol del anterior.
- En 1888 se promulga un nuevo reglamento de la profesión de Practicante y se asigna a los mismos: La Cirugía Menor, la función de ayudante en Cirugía Mayor y los cuidados de los enfermos.
- El 26 de Noviembre de 1945 (BOE 5 de diciembre) se establece en los estatutos de las Profesiones Auxiliares Sanitarias y en su artículo 7

**Jaume Castelló I Granell.**  
Enfermero CSI de Sueca (València) y Licenciado en Derecho.

Dirección de contacto:  
jaucasgra@hotmail.com



A ti, que das la piel  
por tus  
pacientes  
Salvat la da por ti.

# cristalmina

ANTISÉPTICO CON  
GLUCONATO DE  
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico  
transparente, eficaz,  
seguro y rápido

#### PROSPECTO DE CRISTALMINA

**CRISTALMINA** Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICIÓN CENTESIMAL:** CRISTALMINA solución: 100 ml contiene Clorhexidina Gluconato (DC) 1 g. Excipientes: Alcohol bencílico, Polisorbato 80, Agua purificada. Antiséptico de acción bactericida y fungicida. **PROPIEDADES:** Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, debido a su amplio espectro bacteriostático, bactericida y fungicida. **INDICACIONES:** Heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, aftas bucales, espinillas, acné, impétigo, llagas recientes, prevención de infecciones en llagas por decúbito. Desinfección de la piel en preoperatorios. Desinfección del ombligo en recién nacidos. **CONTRAINDICACIONES:** Sensibilización al preparado. **INCOMPATIBILIDADES:** No debe usarse en combinación ni después de la aplicación de ácidos, sales de metales pesados o yodo. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Reacciones cutáneas de hipersensibilidad. **PRECAUCIONES:** Irrita la conjuntiva ocular en el caso de contacto accidental. No debe usarse en el tratamiento de los oídos. El instrumental sanitario que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse escrupulosamente con agua estéril antes de usarlo. **CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO:** Presérvese de la luz. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de ingestión accidental, proceder al lavado gástrico y protección de la mucosa digestiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 562 04 20. **POSOLOGÍA:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya goteado CRISTALMINA no se lavarán con lejía (ni otros hipocloritos), sino con detergentes domésticos a base de perborato sódico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica.

**PRESENTACIONES:**  
Cristalmina solución 1%..... envase 500 ml  
Cristalmina solución 1%..... envase 125 ml  
Cristalmina solución 1%..... envase 25 ml  
Cristalmina solución 1% monodosis

**OTRAS PRESENTACIONES:**  
Cristalmina film 1% gel..... envase 100 g  
Cristalmina film 1% gel..... envase 30 g  
Cristalmina Plus solución 1%..... envase 30 ml

establece: "El título de Practicante habilita para realizar, con la indicación o vigilancia médica ... el ejercicio de las operaciones comprendidas con el nombre de Cirugía Menor." Pero se olvida el estatuto de definirla.

- El 4 de diciembre de 1953 (BOE 29 de diciembre) se promulga el Decreto que unifica las tres profesiones sanitarias de entonces (practicante, matrona y enfermera) en el título de ATS.
- El 17 de noviembre de 1960 el Decreto 2319/1960 establece la competencia profesional de los ATS y en el artículo 3 dice: "Los practicantes y los ATS tendrán las mismas funciones a todos los efectos profesionales, sin pérdida de ninguno de los que específicamente se fijaron en el artículo 7 del Estatuto de Profesiones Auxiliares Sanitarias".
- Así hasta llegar a los actuales estudios de la Diplomatura en enfermería.

Que tipo de cirugía menor debe realizar el personal de enfermería: Puesto que no está regulada, creo que cualquier profesional está hoy en día capacitado cuando sale de la escuela universitaria para:

- Reparar heridas (curas y suturas).
- Drenaje de abscesos.
- Cirugía ungueal. Respecto a esta cirugía hay que ir con cuidado para no caer en el intrusismo respecto a los podólogos, ya hay sentencias que aunque las que yo he visto son absolutorias, podrían condenarnos, también es cierto que esto ocurrirá en el ejercicio privado de la profesión, ya que en el ámbito de la Sanidad Pública, al no haber podólogos, no se producen estas denuncias.
- Desbridamiento de úlceras y poco más. Hay que estar capacitado técnicamente, no vale sólo el título universitario, recordemos el artículo 7 antes mencionado "con la indicación o vigilancia médica" por tanto aunque algunos profesionales están más que capacitados para asumir estas y otras funciones, bien por el tipo de tareas que desempeñan o bien por el servicio al que están adscritos, la conclusión es que nuestra función respecto a la cirugía menor es delegada.

## Marco competencial

Pasemos pues al segundo apartado donde nos referiremos al Marco competencial, es decir la normativa jurídica por la que nos regimos, así veremos cuales son nuestras funciones.

Las normas que nos interesa destacar son seis y son las siguientes:

1. DECRETO 23 19/1960 de 17 de noviembre de 1960 del Ministerio de la Gobernación.



A ti, que das la piel  
por tus  
pacientes  
Salvat la da por ti.

2. ESTATUTO DE PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL, dado por Orden de 26 de abril de 1973 del Ministerio de Trabajo, esta norma aunque derogada, quedan de ella muchas cosas en vigor hasta que un Reglamento desarrolle el actual Estatuto Marco.
3. REAL DECRETO 1231/2001 de 8 de noviembre por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de la ordenación de la actividad profesional de enfermería.
4. La LEY 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias.
5. La LEY 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del Personal Sanitario de los Servicios de Salud.
6. La LEY 29/2006 de 26 de julio de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, conocida como LEY DEL MEDICAMENTO.

No entraré puesto que no tienen ninguna validez legal definiciones de nuestra profesión, así como cuales son nuestras funciones en opinión de Organizaciones como el CIE (Consejo Internacional de Enfermería) por citar una de ámbito internacional, puesto que son definiciones ambiguas, grandilocuentes y que solo sirven como autocomplacencia, que como ya he dicho no tienen ninguna validez legal y no aportan nada al debate.

**1. Veamos pues la primera norma, el Decreto 2319/1960.** Este Decreto con fecha de 17 de noviembre de 1960, con solo nueve artículos fija la competencia profesional de los ATS (denominación oficial entonces) unificando con esa denominación a los Practicantes, Matronas y Enfermeras, ya con la obligación de estar colegiado.

En su artículo 2 habilita al ATS para:

- a) Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos.
- b) Auxiliar al personal médico en las intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades.
- c) Practicar las curas de los operados.
- d) Prestar asistencia inmediata a casos urgentes hasta la llegada del médico o titular de superior categoría, a quien habrán de llamar perentoriamente.
- e) Asistir a los partos normales cuando en la localidad no existan titulares especialmente capacitados para ello.
- f) Desempeñar todos los cargos y puestos para los que en la actualidad se exigen los títulos de

**SureSkin<sup>®</sup> II**   
APÓSITOS HIDROCOLOIDES  
DE II<sup>a</sup> GENERACIÓN

FINANCIADO  
POR LA  
SEGURIDAD SOCIAL



El Apósito Hidrocoloide  
**tan flexible y  
adaptable como la piel**

Info  **Salvat**  
900 80 50 80  
infosalvat@salvatbiotech.com

  
**SALVAT**  
innovación y salud

practicante o enfermera, con la sola distinción que en cada caso corresponda a los ayudantes masculinos o a los femeninos (evidentemente en esa época a las mujeres las sondaban las enfermeras y a los hombres los enfermeros). En su artículo 3 que ya habíamos nombrado antes, fija las funciones, remitiendo al artículo 7 de la Orden ministerial de 26 de noviembre de 1945 que establece los estatutos de las Profesionales Auxiliares Sanitarias por el que *“El título de Practicante habilita para realizar con la indicación o vigilancia médica, el ejercicio de las operaciones comprendidas con el nombre de cirugía menor”*, pero no define que se entiende por cirugía menor. Esta norma ya deja claro aquello de con la indicación o vigilancia médica, o sea funciones delegadas.

### **2. La segunda norma a analizar es el derogado en parte ESTATUTO DE PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO de 1973.**

Esta norma aunque derogada, queda vigente en parte mientras no se desarrolle por Reglamento el actual ESTATUTO MARCO.

En la sección 1ª del Capítulo VII sobre funciones, modificado en 1984, cuando nuestra profesión era ya universitaria, deja bien claro las funciones correspondientes a enfermeras, diplomados en enfermería o ATS: *“ejercer las funciones de auxiliar del médico, cumplimentando las instrucciones que reciba del mismo en relación al servicio”*. Vamos a menos, si en 1960 las funciones eran con la indicación o vigilancia del médico, en la reforma del Estatuto de 1984 pasamos a ser auxiliares del médico.

### **3. La tercera norma es el REAL DECRETO 1231/2001 que regula entre otras cosas, la actividad profesional de enfermería.**

Esta norma es de rango inferior a la Ley, que me perdone el legislador pero solo contiene en los artículos 52, 53 y 54 florituras a nuestra profesión, con el título de Misión de la enfermería *“...es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos*

*científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello de los medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna”*.

Y con el de Cuidados de enfermería *“la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna”*.

No se vosotros que opináis, pero esta norma tiene solo seis años y a mi parecer define la profesión grandilocuentemente pero poco aporta.

Por esta norma, también la siguiente, y en los artículos que he citado, el CECOVA (Consejo de enfermería de la Comunidad Valenciana, según publica en el N° de diciembre de 2006) quiere ver que el Triage en urgencias es una actividad propia de enfermería, bien, adelante, en derecho las interpretaciones de las normas dependen de quien las interpreta, a nosotros nos interesa esa interpretación y arañar el máximo de competencias, pero mi modesta opinión es que si se acepta es debido a dos factores: La falta de médicos y que es mas barato un enfermero que un medico. No obstante yo defenderé esa interpretación donde sea aunque en todo caso competencia propia no significa competencia exclusiva.

### **4. La cuarta norma es la LEY 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias.**

Una norma a mi juicio ambigua pues en su artículo 7.2.a) *“corresponde a los Diplomados universitarios en enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”*.

Pero cuales son esos cuidados de enfermería, no los define la norma, creando así una inseguridad jurídica que habrá que suplir con la costumbre, que si se acredita es fuente de derecho,

*Acción desbridante con efecto antiséptico*



 **dertrase**<sup>®</sup>  
POMADA

*Desbridamiento  
enzimático de  
amplio espectro*

*Actividad  
potente y  
completa*

*Control de  
la carga  
bacteriana*

*Preparación del  
lecho ulceroso  
para una correcta  
reepitelización*



  
**SALVAT**  
*innovación y calidad*

con el mismo rango que la ley y los principios generales del derecho.

Ahora bien indirectamente aplicaríamos el artículo 6.2 a) que dice: *“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”*.

Este artículo cuando habla de actividades no dice cuales, por lo que se incluyen todas, siendo por tanto las actividades de enfermería supeditadas a las del médico.

**5. La quinta norma es el actual ESTATUTO MARCO de 2003.** Este Estatuto no regula las funciones de la enfermería, pues es la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, promulgada un mes antes quien la define, y que hemos visto anteriormente, si lo nombro aquí es porque, al no haber un Reglamento que lo desarrolle, queda vigente parte del anterior Estatuto de 1973 reformado en 1984.

**6. La sexta y última norma a analizar es la LEY 29/2006 conocida como LEY DEL MEDICAMENTO.** Esta norma no define las funciones de enfermería, pero si que deja claro ahora que se habla de la prescripción enfermera, a quien le compete prescribir.

En el artículo 77.1 de esta Ley que sólo tiene ocho meses de vida deja bien claro que *“los médicos u odontólogos son los únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos”*.

En la tramitación parlamentaria de esta Ley se intentó que en la redacción de este artículo se dijese que los médicos u odontólogos fuesen los principales prescriptores de medicamentos, nótese la diferencia entre principales o únicos, esto era con la intención de dejar la puerta abierta a que otros profesionales (podólogos, matronas, fisioterapeutas y evidentemente enfermeros) tuviesen su vademécum y por tanto pudiesen prescribir ciertos medicamentos, pero no fue así, en la redacción final no prosperó y ha quedado como está que los médicos u odontólogos son los únicos prescriptores.

Hay que destacar que solo la actual Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, Marina

Geli, es la que ha defendido y lo sigue haciendo la posibilidad de que enfermería prescriba un determinado numero de medicamentos.

Existen pues tres tipos de funciones de enfermería:

1. Las independientes o propias pero no en exclusiva, como la promoción de la salud que se hace en atención Primaria.

2. Las derivadas, que son las que se ejecutan por delegación de otros profesionales como los médicos y que son ellos los que la dirigen.

3. Las interdependientes que son aquellas que realizamos con el resto del equipo de salud.

Acabaré este apartado diciendo que la función de la enfermería evoluciona a medida que la profesión responde a las demandas del sistema de salud, con lo que es posible una reforma, pues ya han pasado 50 años de la primera norma que hemos citado que regula las funciones de enfermería, pero debería quedar claro que esa pretendida reforma ha de ir acompañada de un nuevo plan de estudios mas ambicioso, aunque en la orbita de los planes de estudios universitarios de toda la Unión Europea (conocidos como Plan de Bolonia) no se está por alargar los estudios como pudiera ser la solución, cuatro años en vez de tres, sino por acortar las licenciaturas a cuatro años y dejar las diplomaturas en tres, quizás la solución pudiese pasar por un segundo ciclo, que contemplase una verdadera especialización, este segundo ciclo sería la licenciatura, pero esto es otro tema que hoy no toca debatir.

Hoy por hoy, el marco legal no nos permite una autonomía profesional plena, aunque si personal respecto a nuestra forma de trabajo, seguimos siendo mal que nos pese auxiliares del médico en muchos aspectos.

### Responsabilidad del enfermero

El ejercicio de nuestra profesión no está exenta de riesgos, nosotros trabajamos con el bien mas preciado de la persona, su salud.

La posible MALPRAXIS (la cual consiste en actuar no conforme a como el estado de la ciencia exige), esta practica incorrecta o malpraxis, si produce un daño puede ocasionar una responsabilidad civil, dejemos de momento la penal que es por causa de delito o falta.

Con las últimas reformas de la Ley del Poder Judicial, las demandas contra el personal sanitario

al servicio de la Administración Sanitaria se sustentaran en la vía Contencioso-administrativa, donde solo se podrá reclamar la responsabilidad civil del profesional sanitario (o sea la pena), el plazo para reclamar es de un año.

Aunque el Código Civil en su artículo 1214 señala que la carga de la prueba incumbe a quien reclama, en los procesos sanitarios hay una inversión de la carga de la prueba, cuyo fundamento reside en el hecho de que el profesional sanitario o la misma Administración está en mejores condiciones para demostrar que se actuó conforme a la LEX ARTIS AD HOC que luego veremos, aunque como el juez no está obligado a seguir esta doctrina, siendo esta la tendencia no siempre se aplica.

Que pasa entonces con las denuncias presentadas por la vía penal cuando la actuación del enfermero no es constitutiva de delito o falta?

Cualquiera que no esté familiarizado con el derecho se asustará y mucho si le llega una denuncia por la vía penal, ya que de entrada su nombre legal es el de querrela criminal, el juez en aras al principio constitucional de tutela judicial efectiva da trámite, aunque se abuse de este derecho.

Las razones para elegir esta vía son tres:

1. Si ha transcurrido el año de plazo para reclamar según el artículo 1968,2, esta vía tiene un plazo mas largo de entre tres y cinco años según el tipo de delito que se impute.
2. El proceso penal es el más adecuado para obtener información si hubiese obstaculización para conseguir por ejemplo la historia clínica, así si se pierde el proceso se puede después reclamar en vía civil.
3. La vía Contencioso-Administrativa que es la que hay que seguir en principio requiere una reclamación administrativa previa, con lo cual se eternizan las demandas, la penal es mas rápida y mucho mas barata, pues si en vía civil tiene que pagar un perito, en penal tendrá un médico forense que le sale gratis.

En realidad se busca una indemnización pecuniaria y no la condena del sanitario.

#### **Como actuemos correctamente para evitar las demandas: Aplicando la lex artis ad hoc.**

Lex artis ad hoc es la forma correcta de actuar, es en definitiva la conducta exigible al profesional sanitario conforme aconseja en cada mo-

mento el estado de la ciencia, y digo según el estado de la misma en cada momento, puesto que la ciencia no es inmutable y va cambiando afortunadamente según avanza el conocimiento.

Por tanto el actuar violando esta lex artis, o sea realizar una actuación sanitaria contrariamente a como la ciencia exige, es lo que denominamos malpraxis, pero no siempre esta mala praxis tiene consecuencias penales, pues para que las haya el Tribunal Supremo exige para que haya delito o falta tres requisitos fundamentales. Primero una acción u omisión inequívocamente negligente, es decir, no aplicar la lex artis ad hoc, segundo que de esa acción u omisión se produzca un daño real y directo sobre el estado de salud del paciente y por último lo que la doctrina jurídica etiqueta como el nexo causal, es decir que haya una relación de causalidad entre la acción u omisión que ha de ser negligente y el daño causado, es imprescindible que existan los tres requisitos (acción, daño y causalidad), pues de faltar uno sólo de ellos o bien no se aceptaría la demanda en vía civil o se absolvería al profesional sanitario en vía penal.

Cual es pues la mejor forma de probar que el enfermero actúa correctamente, es decir que en su quehacer aplica la lex artis ad hoc, y no se excede en su cometido, no hay mejor forma de quedar impune ante una eventual responsabilidad en la que se podría incurrir que actuar conforme a protocolos y un buen registro clínico (si me permitís, la mejor defensa no siempre es un buen ataque, sino una buena historia, hay que registrarlo todo en la historia clínica), una actuación según marca el protocolo será calificada como diligente por cualquier tribunal, aún que de esa actuación se derive un daño, pues no se actúa negligentemente (recordar lo dicho anteriormente, una actuación negligente, un daño y un nexo causal) y no olvidar que nuestra obligación es de medios no de resultados.

**Pongamos por ejemplo la curación de una herida;** Nuestra obligación es de medios no de resultados, no se nos exige la curación ni que esta se produzca sin secuelas de ningún tipo, nosotros nos comprometemos a actuar con la diligencia exigible poniendo los medios necesarios para que sea posible la curación, ahora bien si

esa curación no se produce, sería del todo incongruente que se sancionara al profesional, pues no ha actuado negligentemente y todos sabemos que en la curación de las heridas intervienen muchos factores, pero aún así cabe la posibilidad de que prosperara una demanda o querrela contra el profesional por mala praxis si de la actuación del enfermero se dedujera que ante la evolución tórpida de la herida no recabó una segunda opinión, más cualificados como en su caso pueda ser un cirujano, dermatólogo o plástico, los cuales hubieran podido pautar en su caso otro tratamiento aunque este no fuese efectivo, de aquí la necesidad de actuar conforme a protocolos, los cuales deben revisarse periódicamente, actuando de acuerdo a protocolos, la responsabilidad de haberla, será siempre de la Administración, nunca del profesional, el cual ha actuado de acuerdo a la *lex artis ad hoc*, y es doctrina repetida del Tribunal Supremo, que actuando de acuerdo a protocolos solo cabe la absolución del demandado.

Un tema que no quiero dejar de pasar por alto es el de los seguros de responsabilidad.

Si bien el artículo 1902 del Código Civil, señala que *"El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño"*.

El artículo siguiente señala que la obligación de reparar el daño causado, es exigible a quienes deban responder por las personas que están bajo su dependencia laboral, así que responde el Centro Sanitario de entrada, salvo que trabajemos en un centro sin dependencia laboral, es decir lo que se conoce como arrendamiento de servicios, que para poner un ejemplo, es el caso del que trabaja para mutuas de asistencia privada, en estos casos deberemos tener imprescindiblemente una póliza de responsabilidad puesto que se equipara al ejercicio libre de la profesión.

Hoy por el hecho de estar colegiados tenemos una póliza colectiva de seguro de responsabilidad, pero claro está, esta tiene un límite, pongamos por caso que sea un millón de euros y como sabemos que hoy las indemnizaciones son elevadas, queremos hacernos una particular de otro millón, CRASO ERROR puesto que no tendríamos dos pólizas por un valor de dos millones sin que habría concurrencia de pólizas y se repartiría la indemnización propor-

cionalmente, pagando por lo tanto un máximo de un millón. En este caso habría que contratar un seguro que cubra el tramo que va de uno a dos millones.

## Jurisprudencia

Tenemos atribuidas funciones específicas como aplicar medicamentos, hacer curas, etc, aunque como hemos dicho son funciones delegadas, por tanto en caso de malpraxis la responsabilidad será nuestra.

- STS 11 de octubre de 1995. Se condena a un ATS por el resultado de muerte (inmunización). De esta sentencia se desprende la doctrina de la responsabilidad del ATS, cuando actúe de manera equivocada y no conforme a la *Lex artis*, pero no sólo cuando incumpla las órdenes del médico sino lo que es más trascendente, aún cuando el médico le de unas instrucciones equivocadas porque supone la sentencia que el ATS debe tener los conocimientos necesarios para saber la peligrosidad de la actuación y por eso incluso aún atendiendo a instrucciones del médico, si éstos son equivocados y no conforme a los conocimientos básicos que éste tiene, el ATS incide en una responsabilidad civil hacia el paciente al seguirlos.

Otra sentencia similar condena por igual a un enfermero y a un médico, el enfermero administró una dosis equivocada prescrita por el médico, que por su naturaleza el enfermero debería conocer.

- STSJ Galicia. Se condena por funcionamiento anormal de la administración por práctica contraria a protocolos que impone la *lex artis*.

## Conclusión

Para concluir diría que está en nuestras manos dar un salto cuantitativo y cualitativo a nuestras funciones, asumiendo nuevos retos profesionales, retos que las exigencias de las nuevas tecnologías nos demandan, si nos quedamos en el inmovilismo y por comodidad no avanzamos, los técnicos de grado medio (colectivo que lucha por abrirse camino) nos superaran y entonces nos quejaremos, pero será tarde.

Según publica el CECOVA: *"Quienes se resisten al cambio o no quieren asumir nuevas responsabilidades, están mas preocupados por la comodidad personal que por el avance de la profesión que ejercen"*.