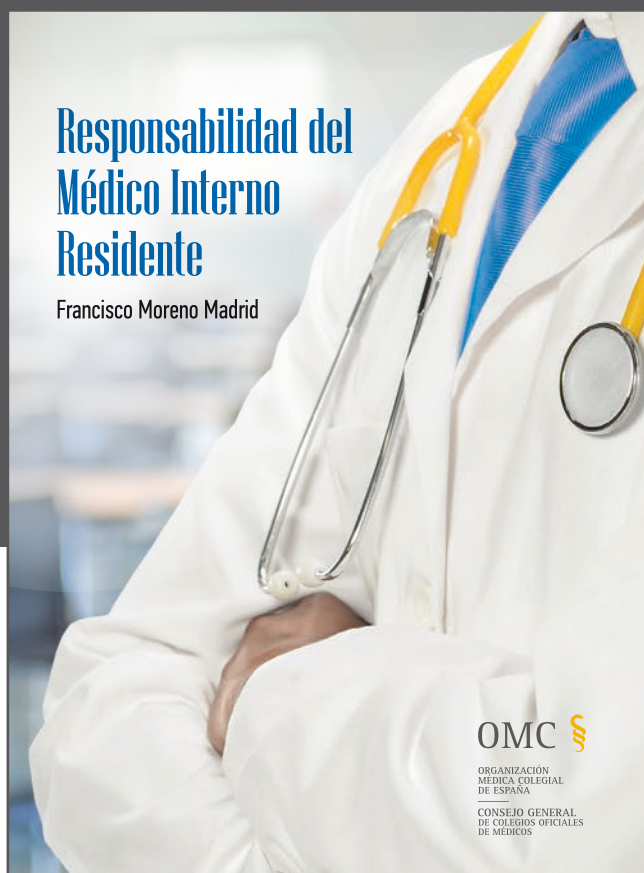


Responsabilidad del Médico Interno Residente

2018





Responsabilidad del Médico Interno Residente

Francisco Moreno Madrid

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Edición exclusiva para:

|||||

MutualMédica

La Mutualidad de los Médicos

Edita:

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)

Edición exclusiva para:



La Mutualidad de los Médicos

Autor:

Francisco Moreno Madrid

ISBN:

D.L.:

Prólogo

El sistema de formación del Médico Interno Residente (en adelante MIR) es considerado en la actualidad como un elemento clave del reconocido prestigio, y alto nivel profesional y científico de nuestro Sistema Nacional de Salud. La formación de especialistas en ciencias de la salud en España ha sido reconocida por su alta calidad en la formación de médicos especialistas y como uno de los sistemas más prestigiosos con mayor equidad y grado de capacitación del mundo.

Las páginas de esta obra nos ayudan a profundizar en el conocimiento del sistema MIR, del marco normativo vigente que regula la figura del residente y su relación con el Tutor y específicamente como objetivo principal en el ámbito de su responsabilidad.

El documento enfatiza la doble figura del MIR, como *“estudiante/aprendiz”* de una especialidad, con derechos de docencia y de investigación, y como *“médico titulado”*, en ejercicio profesional, con todas sus obligaciones y responsabilidades laborales. Facetas indivisibles e indisolubles, que conforman la extrema complejidad jurídica del periodo MIR.

El análisis de la responsabilidad médica es complejo y dificultoso, aumentando en el caso de intervenir médicos en formación, por lo específico del régimen jurídico al que se encuentran sometidos y por la necesidad de analizar tres posibles responsabilidades: La del MIR, la del tutor/especialista y la de la administración.

Sobre la responsabilidad del personal sanitario en general, la literatura es muy abundante. Sin embargo sobre la específica del MIR las aportaciones son muy escasas. Probablemente porque es muy difícil, por no decir imposible, delimitar el momento exacto en que un residente puede realizar un determinado acto médico.

Creemos que esta obra puede rellenar al menos en parte el hueco existente en la materia y sea de utilidad tanto a los residentes como a los tutores para el desempeño diario de sus funciones y sus

relaciones no solo entre ellos, sino también con otros especialistas y la administración sanitaria.

En ocasiones existen divergencias en cuanto a la interpretación de las tareas asistenciales que deben realizar los residentes, principalmente sobre el grado de supervisión en el área de urgencias. Los Colegios de Médicos deben jugar un importante papel mediador entre las distintas partes implicadas por su obligación de velar por que se realice una buena praxis y los pacientes reciban una asistencia sanitaria de calidad.

El autor de la publicación reúne un perfil profesional y académico idóneo para abordar el estudio de la responsabilidad del residente por dos motivos: el primero por haber realizado su especialidad de pediatra por el vigente sistema MIR, y el segundo porque en la actualidad es tutor de residentes y ha ejercido sus funciones como tal durante más de 20 años, habiendo desempeñado las máximas responsabilidades en la formación y organización de residentes como jefe de estudios y presidente de la comisión de docencia. Ha desempeñado puestos relacionados con la gestión sanitaria como jefe de servicio y director médico. También es colaborador del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada que periódicamente realiza interesantes informes sobre la distribución de las plazas y otros aspectos de interés sobre las diferentes convocatorias de formación MIR.

En la actualidad ejerce como pediatra y profesor asociado de medicina de la Universidad de Granada. También es licenciado en Derecho y ha realizado varios masters sobre la materia.

Esta amplia formación y experiencia le ha permitido estudiar un tema tan complejo como la responsabilidad del residente desde todos los posibles puntos de vista: MIR, Administración, especialista y tutor. Y desde las dos disciplinas principalmente implicadas la Medicina y el Derecho.

Creemos es un buen trabajo, recomendable a todo MIR y, por ende, a todo profesional que pretenda ejercer la docencia de los mismos.

Serafín Romero Agüit

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España

Mutual Médica, junto al médico joven desde el primer momento



Estamos muy agradecidos de la oportunidad que nos ha brindado la Organización Médico Colegial de poder colaborar con la primera edición de este libro sobre la responsabilidad del MIR. Es una guía que trata los aspectos más normativos de la figura del MIR y que seguro que será un instrumento de consulta imprescindible para todos los residentes españoles.

Mutual Médica es la Mutualidad de Previsión social de los médicos. Una entidad que nació hace más de 95 años para proteger a los médicos y, desde esa fecha hasta la actualidad, ha sido gestionada por y para los médicos, para que puedan afrontar con tranquilidad su vida profesional sabiendo que tanto ellos como sus familias contarán con unos ingresos cuando lo necesiten.

Mutual Médica es una entidad sin afán de lucro que ofrece seguros exclusivos para médicos (baja laboral e incapacidad, seguros de ahorro, vida y jubilación). Además, revierte los beneficios en los propios mutualistas mejorando las prestaciones y coberturas y en acciones sociales, como ayudas a la investigación médica, colaboraciones en la formación de los médicos y ofreciendo oportunidades para los médicos jóvenes como tú.

Mutual Médica colabora en la graduación de los recién licenciados en medicina

Cada año son más los recién licenciados en Medicina que cuentan con el apoyo de Mutual Médica en su graduación. Si no hemos estado en tu facultad, no dudes en ponerte en contacto con nosotros y estaremos encantados de poder ayudar a futuros licenciados.

Mutual Médica os proporciona, además, una aplicación móvil formativa cuyo principal objetivo es ayudaros a estudiar de una manera amena y divertida para prepararos el examen MIR. Esta aplicación se llama Mirial y muchos de vosotros seguramente ya la tenéis en vuestros móviles.

Premios a la Investigación Médica

La Fundación Mutual Médica otorga cada año 23.000 € en Premios a la Investigación.

- 1- La Beca Mutual Médica, está destinada a médicos residentes o que hayan finalizado la residencia en los dos últimos años, tiene una dotación de 10.000 € para el proyecto ganador y 2 accésits de 4.000 € cada uno.
- 2- El Premio Dr. J. Font destinado a publicaciones científicas con una dotación de 3.000 € y 2 accésits de 1.000 € cada uno.

Mutual Médica en colaboración con los Colegios de Médicos.

Mutual Médica ofrece apoyo durante toda la trayectoria profesional del médico joven. En colaboración con los Colegios de Médicos y la OMC, la Fundación Mutual Médica fomenta la formación de los más jóvenes otorgando premios a su trayectoria formativa y científica.

Premios de Fin de Residencia.

Becas de formación.

Jornadas de Divulgación Científica (mejores casos clínicos).

Premios Científicos.

Ayudas en cursos específicos para los MIR.

Premios Fin de Residencia/Premios Mejor Tesis Doctoral.

Además colabora con la OMC en ofrecer un seguro para médicos cooperantes y con este libro de la Responsabilidad del MIR.

Mutual Médica con los Hospitales

En colaboración con los Hospitales Universitarios, Mutual Médica organiza jornadas informativas para los médicos residentes.

Jornadas de Orientación Profesional Post-Mir.

Jornadas Post-Residentes.

Jornadas Científicas (Premios).

Jornadas de Investigación (Premios).

Cursos para Residentes (charla informativa).

Un seguro gratuito para el médico joven, durante el primer año

Mutual Médica regala, durante un año, un seguro para los médicos jóvenes que incluye:

Seguro de baja laboral de 30 días

Seguro de asistencia en viaje para viajar al extranjero con una cobertura de hasta un año de duración, para formarte, viajar, o colaborar con una ONG.

Una aportación a un seguro de jubilación

Más de 14.000 médicos jóvenes como tú ya forman parte de la entidad y disfrutan de las ventajas de tu mutualidad.

El Consejo de Administración de Mutual Médica, formado solamente por médicos, quiere estar contigo desde el primer momento, y por este motivo colaboramos en esta exclusiva edición del libro que tienes en tus manos. La etapa del MIR es una etapa muy especial para todos los médicos y es el momento en el que se transita de la teoría de la facultad a la práctica del ejercicio de la medicina. Es una etapa muy enriquecedora y creemos que este libro puede poner ese grano de arena que os guíe en los aspectos menos científicos y más de marco normativo, pero que os acompañarán a lo largo de toda esta nueva etapa.

Luís A. Morales Fochs
Presidente de Mutual Médica

Mutualista Joven



MutualMédica

la mutualidad de los médicos

Desde el primer **momento**,
contigo



Índice

1. Introducción	11
2. Precedentes, nacimiento y evolución de la figura del MIR	15
2.1 Precedentes	16
2.2 Comienzo del sistema MIR	17
2.3 Reforma o perfeccionamiento del sistema	20
3. Integración del MIR en la institución sanitaria: Relación laboral	23
3.1 Objeto del Real Decreto 1146/2006. Aspectos laborales	25
3.2 Contrato	25
3.3 Régimen disciplinario	30
4. La importancia de la docencia en la formación del MIR	33
4.1 La importancia de ser docente	33
4.2 Objeto del real decreto 183/2008. Aspectos formativos del MIR	36
4.3 Unidades docentes	37
4.4 Comisiones de docencia	38
4.5 El tutor	38
4.6 Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente	40
4.7 Evaluación	41
5. Responsabilidad en el MIR Características específicas	43
5.1 Elementos que integran la responsabilidad penal por culpa	44
5.2 Imprudencia. Culpa no dolosa	46
5.3 Situaciones de urgencia	46
5.4 Error de diagnóstico o de tratamiento	47

5.5 Capacidad para emitir altas	49
5.6 Responsabilidad patrimonial	50
5.7 Elementos o fundamentos jurídicos en los que se basa el deber de cuidado por parte del residente	51
5.8 Niveles de responsabilidad	52
5.9 Causas de imprudencia por el MIR	53
5.10 Trabajo en equipo	55
5.11 Causas de responsabilidad de los especialistas y tutores	55
6. Jurisprudencia recaída sobre la figura del MIR	57
7. Actualidad y futuro del sistema MIR	97
8. Discusión	109
9. Conclusiones	115
10. Bibliografía	117



1. Introducción

El objeto del presente trabajo es profundizar en el conocimiento y estudio del sistema de formación de médicos especialistas en nuestro país. Conocido popularmente como sistema MIR (médico interno residente); término que está aceptado e incluido en el diccionario de la Real Academia de la lengua española. Más específicamente y como objetivo principal nos centramos en el ámbito de su responsabilidad.

El MIR es considerado en la actualidad como un elemento clave del reconocido prestigio, y alto nivel profesional y científico de nuestro Sistema Nacional de Salud.

La formación de especialistas en ciencias de la salud en España ha sido reconocida por su alta calidad en la formación de médicos especialistas y como uno de los sistemas más prestigiosos, con mayor equidad y grado de capacitación del mundo. En la actualidad se considera como el avance más importante sucedido en España en el terreno de la educación médica. La formación pregrado del médico se complementa con una formación postgrado, que en la actualidad se exige para el ejercicio de la medicina de familia y del resto de especialidades.

La responsabilidad del personal sanitario en general, es un tema de gran actualidad en la sociedad actual. La literatura sobre la materia es muy abundante, existen cientos de artículos, libros, tesis doctorales y una jurisprudencia consolidada. A pesar de ello, su análisis es complejo y dificultoso, aumentando en el caso de intervenir médicos en formación, por lo específico del régimen jurídico al que se encuentran sometidos.

A diferencia de la responsabilidad médica en general, en la específica del MIR, la literatura es poco abundante. No existe una jurisprudencia razonablemente consolidada a la que poder atenerse. Sin embargo, son numerosísimas las publicaciones de todo tipo, sobre la docencia en el MIR. También sobre sus derechos laborales (aunque en menor proporción). Probablemente porque es una materia muy com-

pleja. Es muy difícil, por no decir imposible, delimitar el momento exacto en que un residente puede realizar un determinado acto médico.

Normalmente cuando se analiza la responsabilidad de un médico es por un acto individual o personal. Delimitar la responsabilidad médica es una tarea compleja y dificultosa habitualmente. Esa dificultad se multiplica en el MIR, ya que hay que atender a tres posibles responsabilidades:

1. La del MIR, ya de por sí más difícil de delimitar que la del adjunto, por la inseparable función docente que lleva asociada.
2. La del tutor o adjunto, según supervise o no.
3. La Administración u organización del servicio, según permita o no determinadas actuaciones sin supervisar a los residentes.

Para poder conocer la responsabilidad del MIR es fundamental determinar o conocer previamente cuáles son sus derechos y deberes, que se encuentran recogidos en las normas que regulan su formación, su régimen jurídico.

En segundo lugar se analiza la responsabilidad específica del MIR tras el estudio de la jurisprudencia. Tarea extremadamente difícil, tanto por su especial complejidad como por la ausencia a nuestro juicio de una jurisprudencia razonablemente consolidada. Nuestro tercer objetivo sería interrelacionar estos dos, y realizar una discusión de la que poder obtener unas conclusiones o aportaciones, que pudieran ser de utilidad para el ejercicio de sus funciones y como objetivo más ambicioso pudieran completar en parte el hueco existente sobre la materia. Siguiendo esta línea argumental señalamos los siguientes objetivos:

1. Estudio del régimen jurídico del MIR.
2. Estudio de la jurisprudencia específica referida a la responsabilidad MIR
3. Relacionando los dos anteriores, aportar nueva información que pueda ser útil para el desempeño diario de sus funciones y sus relaciones con tutores y adjuntos.
4. Rellenar en parte el hueco que consideramos que existe en la actualidad sobre la materia.

Para conseguir estos objetivos, estructuramos nuestro trabajo en diferentes apartados.

En un primer apartado se repasa su historia, su nacimiento, orígenes y evolución.

Se analiza en profundidad su régimen jurídico. Lógicamente se destacan más aquellos aspectos que guardan a priori más relación con su responsabilidad. En otro apartado, se analiza su responsabilidad específica en las situaciones más frecuentes. Analizamos la jurisprudencia que nos ha parecido de mayor interés. Finalmente, hacemos una discusión y conclusiones del material estudiado con la pretensión de que pudieran ser de utilidad para esos jóvenes médicos que se dejan a diario lo mejor de ellos mismos para mejorar nuestras vidas. Si este modesto trabajo pudiera servir a algunos de ellos para hacerles reflexionar, pensar y aclararle algunas dudas, nuestro objetivo estaría cumplido con creces.

Todos hemos sido residentes, y es una etapa de nuestra vida que recordamos con gran cariño y nostalgia, en ella se sientan una gran parte de las bases de lo que hoy somos o hacemos (de lo bueno y de lo malo). En la actualidad, seguimos en contacto diario con ellos, intentamos transmitirles lo poco que sabemos (con mayor o menor fortuna); y aprendemos todos los días de ellos (no es un tópico), de sus esperanzas, ilusiones, entusiasmo, juventud, de sus vidas, que nos enriquecen las nuestras. Cuando se van algo de nosotros, se va con cada uno de ellos. Pensamos que un mejor conocimiento de su normativa específica y de su responsabilidad va a redundar en beneficio de ellos y del nuestro propio.



2. Precedentes, nacimiento y evolución de la figura del MIR

La formación de especialistas en ciencias de la salud en España ha sido reconocida por su alta calidad en la formación de médicos especialistas y como uno de los sistemas más prestigiosos, con mayor equidad y grado de capacitación del mundo.

En la actualidad se considera como el avance más importante sucedido en España en el terreno de la educación médica, la introducción de la formación posgraduada mediante el sistema MIR. La especialización médica en España, como en otros países, ha sido el resultado inevitable del avance científico-técnico y del progresivo incremento de conocimientos en el campo de la Medicina. El médico es lógicamente incapaz de abarcar tan constante e ingente cúmulo de nuevos conocimientos y la especialización se hace inevitable. En un primer estadio histórico será la distinción entre medicina y cirugía y también entre medicina y farmacia. Y con posterioridad, no dejan de aparecer nuevas especialidades e incluso súper especialidades médicas. La especialización requiere específica preparación, y en una disciplina tan marcadamente práctica como es la Medicina, surge como natural consecuencia la necesidad de la formación post-grado. El tiempo de licenciatura es insuficiente para que el profesional médico adquiera una formación especializada, y además se muestra como imprescindible la constatación del manejo de las distintas técnicas y procedimientos. Esta es fundamentalmente la razón de ser del médico residente. El licenciado en medicina prolonga su período de formación en una enseñanza, que pretende combinar tras la licenciatura, sin solución de continuidad, teoría y práctica. *El médico ejerce aprendiendo y aprende ejercitándose. Y, hoy por hoy, no puede ser de otro modo, no disponemos de alternativa formativa mejor.* Pionera en el proceso de especialización en general y de la especialización médica en particular, fue la sociedad norteamericana, siendo clásica la cita de Tocqueville ensalzando las ventajas y virtudes: *“Cuando un artesano se dedica continua y únicamente a la fabricación de un solo objeto, acaba por realizar su trabajo con rara destreza”.*

De hecho la idea fue emular el sistema de residencia de EEUU, pero con una diferencia fundamental en cuanto al método de selección. El examen sería centralizado y único, lo que aseguraba la equidad. En EEUU, las universidades y hospitales son autónomos para establecer sus propios mecanismos de selección.

2.1 Precedentes

Hasta la primera mitad del siglo XX, el principio del libre ejercicio de la profesión suponía que el título de licenciado habilitaba para la totalidad de la práctica profesional de la medicina y la cirugía. Si bien en algunos casos se contaba con la tutela de un maestro experimentado, generalmente la autoformación y el ejercicio público de una especialidad se consideraban suficientes para auto nominarse y auto titularse especialista. La Ley de 20 de julio de 1955, sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas, establecieron una vía de especialización dependiente de la universidad, a través de institutos y escuelas profesionales de especialización médica adscritas a las cátedras, donde la formación que recibían los alumnos era eminentemente teórica y su duración solía ser de dos años. Esta Ley fue la primera que reguló la concesión de títulos de especialistas, y aunque su intención era buena en la práctica no se aplicó adecuadamente, al utilizarse algunas disposiciones transitorias que posibilitaban obtener el título de especialista de forma fácil y sin control de conocimientos y competencias adquiridas.

A finales de los años 60 y siguiendo el modelo estadounidense, algunos hospitales españoles iniciaron en España la formación de médicos residentes, siendo la forma inicial de ingreso del médico en el hospital. Hacía un rotatorio por los servicios (1-2 años) que se establecían en el programa correspondiente y al finalizar el rotatorio podían pasar a la categoría de médicos residentes adscritos ya de forma fija a un servicio hospitalario en el que podían conseguir su especialidad en 2-3 años.

El sistema tuvo un fuerte desarrollo coincidiendo con la apertura de los grandes centros hospitalarios de la Seguridad Social. Se extendió por España en pocos años, hasta la instauración en 1978 de una convocatoria nacional, con examen objetivo y centralizado, tal

y como la hemos conocido durante casi 40 años, creándose oficialmente el sistema MIR. Atrás quedaba la formación que residía en las escuelas profesionales y cátedras universitarias. Clásicamente no existía en las facultades de Medicina un gran interés sobre los aspectos docentes ni sobre la formación estructurada de los médicos una vez finalizada su licenciatura. La formación que hasta entonces se impartía en las escuelas profesionales de especialización era básicamente teórica, como en la licenciatura.

El sistema se extendió después a especialidades sanitarias de enfermería y de farmacéuticos, químicos, físicos y psicólogos. Por ello, se comienza a utilizar la denominación genérica de residentes o especialistas en formación, en lugar de MIR, si bien es verdad que el término MIR ha trascendido más allá de su significado literal restrictivo y popularmente se emplea en sentido extenso como término (admitido incluso por la Real Academia Española) para referirse de un modo general a este sistema de especialización mediante residencia y a las pruebas de acceso al mismo.

En la actualidad contamos con alrededor de 30.000 médicos residentes en nuestro país, de los que aproximadamente 2/3 son mujeres.

2.2 Comienzo del sistema MIR

Recién creado el Ministerio de Sanidad, se publica la Orden de 9 de diciembre de 1977 por la que se regula la formación de posgraduados en las instituciones de la Seguridad Social, administración institucional y otros centros hospitalarios, que crea una serie de órganos muy importantes para la futura estructura de la Formación Sanitaria Especializada (FSE), como las comisiones nacionales de especialidad, encargadas de elaborar los contenidos teóricos y prácticos de los programas formativos, así como de acreditar los servicios docentes y realizar las pruebas de evaluación de los residentes al finalizar sus años de formación (algo que nunca se llegó a poner en práctica). Esta orden también instituye la Comisión de Especialidades (que se transformará después en el Consejo Nacional de Especialidades) como órgano asesor y coordinador de la formación especializada, y a nivel de cada centro acreditado crea una comisión de docencia (con representación de los residentes) que será la encargada de elaborar los progra-

mas docentes individuales, así como de realizar la evaluación de los MIR de la institución, que estarán vinculados a ella por un contrato de formación posgraduada y asistencia de naturaleza laboral y con alta en la Seguridad Social. Por último, la mencionada orden establecía que la convocatoria de plazas sería general y que la selección de los candidatos se haría por medio de un examen realizado a nivel nacional, con un cuestionario de respuestas múltiples que representaría el 75% de los puntos, y mediante la valoración de sus méritos con un baremo único que representaría el 25% de los puntos restantes. La primera convocatoria de plazas de médicos internos y residentes de primer año siguiendo este procedimiento de selección se publicó el 15 de diciembre de 1977.

Al año siguiente se publica el Real Decreto (RD) 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas, en el que por primera vez se reconoce desde el punto de vista normativo que las enseñanzas de especialización podrán cursarse por el sistema de residencia en los departamentos y servicios hospitalarios y, en su caso, extra-hospitalarios, que reúnan los requisitos mínimos de acreditación, al tiempo que se instituye el Consejo Nacional de Especialidades Médica.

El nuevo Estado de las autonomías y los acuerdos para la integración en la Comunidad Económica Europea obligan a introducir nuevos cambios en esta legislación. Así, un nuevo RD, el 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista, deroga al de 1978 y, siguiendo la experiencia de otros países, efectúa una clasificación de las especialidades médicas en grupos de formación hospitalaria, y, consecuentemente, establece una forma de acceso distinta para la formación en cada uno de estos grupos. Así, para obtener el título de especialista en las especialidades que requieran básicamente formación hospitalaria, se confirma la necesidad de seguir como residente un programa perfectamente establecido en centros y unidades docentes acreditadas, y se instaura además un sistema de pruebas selectivas para el acceso a plazas de FSE, cuyas normas reguladoras para especialidades que requieran formación hospitalaria se establecen posteriormente por una orden de 30 de noviembre de 1984. Es el conocido como Examen MIR, compuesto por 250 preguntas más 10 de reserva, que prácticamente se ha mantenido hasta la actualidad. Sin embargo, cediendo a las reivindicaciones de los propios

residentes, se suprime el examen final previsto al término del periodo global de formación, sustituyéndose por evaluaciones anuales. Prácticamente desde sus inicios, el nuevo sistema MIR no se establece solo para licenciados en Medicina; también van accediendo a este otros colectivos de titulados superiores cuyas funciones han ido adquiriendo relevancia en los centros asistenciales. De forma que, tras la publicación del RD 127/1984, se va a ir produciendo el desarrollo de las especialidades sanitarias a través de disposiciones de diferente rango que van ampliando el sistema a medida que lo demandaba su progresivo desarrollo. Así ocurre, por ejemplo, con los distintos RD que van creado nuevos títulos de especialista por el sistema de residencia, como el de radio-física hospitalaria, el de psicología clínica o los relativos a las especialidades sanitarias para químicos, biólogos y bioquímicos, disposiciones todas ellas que, junto a las relativas a las especializaciones de farmacia (reguladas por el RD 2708/1982, de 15 de octubre) y a las especialidades de enfermería (reguladas por el RD 450/2005, de 22 de abril) van sentando las bases para un crecimiento abierto del sistema.

En 1995 se publica la Orden de 22 de junio por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y de farmacéuticos especialistas, que perfecciona la regulación de las comisiones de docencia, comités de evaluación y demás órganos docentes, así como de los procedimientos de evaluación continuada, anual y final de los especialistas en formación. Por primera vez se regula la figura del tutor, encargándole, entre otras importantes tareas, la elaboración de los planes individuales de formación, la supervisión directa y la evaluación continuada de los especialistas en formación a su cargo. También se instituye en esta orden el libro del especialista en formación como instrumento primordial para la evaluación. Aunque la orden ha sufrido numerosas modificaciones regulatorias posteriores, muchas de sus disposiciones (recientemente derogada) han permanecido como normativa subsidiaria hasta prácticamente la actualidad.

2.3 Reforma o perfeccionamiento del sistema

a) Ley de ordenación de las profesiones sanitarias

A pesar de su prestigio y excelencia, el modelo precisaba de reformas para modernizarlo y adaptarlo al nuevo Sistema Nacional de Salud, al Estado Autonómico, a los comités de áreas de capacitación específica y al Consejo Nacional de especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS). Durante los años subsiguientes, distintas normas reglamentarias han ido desarrollando la reforma del sistema de formación sanitario especializada que se inicia con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), que en el capítulo III de su título II incorpora importantes modificaciones en el panorama de la formación especializada en Ciencias de la Salud (denominación que pretende reflejar su multi profesionalidad y multidisciplinariedad, definiéndola como: *“una formación reglada y de carácter oficial que tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, implicando tanto una formación teórica y práctica como una participación personal y progresiva del especialista en formación en la actividad y en las responsabilidades inherentes al ejercicio autónomo de la misma”*).

Esta nueva ley consolida el sistema de residencia en centros acreditados mediante una relación laboral especial y plantea nuevos retos al sistema formativo de las Especialidades en Ciencias de la Salud (ECS), a fin de conseguir su modernización y adaptación al Estado autonómico. Por ello, la LOPS contiene normas generales sobre: la estructura de las ECS, contemplando su agrupación con criterios de troncalidad; los programas de formación (que deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos y las competencias profesionales que han de alcanzar los residentes a lo largo de cada uno de los cursos anuales); la formación para una nueva especialización (re-especialización); las áreas de capacitación específica; la acreditación de centros y unidades docentes; las comisiones de docencia; y las comisiones nacionales de especialidad. Regulando más detalladamente muchos de estos aspectos, que posteriormente fueron desarrollados a través de los Reales Decretos 1146/2006 y el 183/2008, que por su importancia serán estudiadas en apartados específicos de nuestro trabajo.

b) RD 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud

Regula la relación laboral especial de la residencia. Se conoce también como el estatuto del residente. Este RD establece por primera vez, y de una forma sistemática y pormenorizada, un marco general y homogéneo para todos los residentes con independencia del centro o unidad en que se realice su formación, asegurando un marco retributivo común y permitiendo, no obstante, que en los distintos servicios de salud, dentro de sus competencias, puedan establecerse diferencias específicas más adecuadas a sus propias políticas sanitarias. El capítulo II, relativo al contrato, fija, entre otras materias, la duración de este y los derechos y deberes de los residentes, destacando especialmente las disposiciones relativas a la jornada laboral, al sistema retributivo, así como a la suspensión y extinción del contrato. Finalmente, se regula también el procedimiento para la revisión de las evaluaciones anuales y finales.

c) RD 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada

Este Real Decreto fue elaborado con un doble objetivo: por un lado, avanzar en la implantación del nuevo modelo general diseñado por la LOP realizando una sistematización y clasificación de todas las especialidades en Ciencias de la Salud según la titulación requerida para su acceso (adecuándose a la normativa comunitaria sobre FSE), y, por otro, potenciar las estructuras formativas, tanto desde el punto de vista organizativo como desde el docente-asistencial.



3. Integración del MIR en la institución sanitaria: Relación laboral

La primera cuestión que debemos plantear al estudiar el régimen legal o jurídico del MIR: ¿Cuál es y qué ley se le aplica?

El MIR tiene doble naturaleza jurídica:

- Laboral, de la que se deriva la obligación de realizar una prestación u obligación asistencial, cuyo origen es el contrato que le vincula a la institución sanitaria
- Docente, de la que se deriva el derecho y deber a recibir una formación.

A esta doble naturaleza jurídica responde la regulación de los Reales Decretos:

1. RD 1146/ 2006, para lo laboral.
2. RD 183/ 2008, para lo formativo.

En una primera parte de nuestro trabajo, vamos a intentar resumir y comentar los aspectos más relevantes de la regulación laboral, en general escasamente conocida por los MIR, que sí suelen conocer mejor los aspectos formativos o docentes.

El MIR en el ámbito laboral queda configurado como una relación laboral de carácter especial, concepto básico del Derecho laboral, pero que los mismos residentes no conocen bien su significado. Los trabajadores se diferencian básicamente por la norma que los regula. Los Facultativos Especialistas de Área (FEA) son personal estatutario cuya normativa está recogida en el estatuto marco (ley 55/2003). El personal funcionario, se rige por la ley de la función pública, en general son normativas similares ambas dependen del Derecho Administrativo. Los trabajadores de las empresas privadas, que constituyen la gran mayoría, son personal laboral común que se rigen por el Derecho laboral (no por el Derecho Administrativo), siendo la norma básica que los regula el Estatuto de los trabajadores y los

convenios colectivos. Los MIR se laboralizan pero con un tratamiento singularizado. No se regulan por el Estatuto de los trabajadores, sino por su normativa propia (otros ejemplos de personal laboral especial serían las empleadas de hogar, deportistas de élite).

El gran valor e importancia de la normativa propia de los MIR, el Real Decreto 1146/2006, radica, en que por primera vez se establece un marco jurídico estable y homogéneo para todos los residentes y se introducen indiscutibles avances, respecto a la legislación anterior, como son:

- a) Se regula de forma clara, y por primera vez la jornada laboral
- b) Se mejora el sueldo, y se consolida para el futuro, al ligar las subidas a las del personal estatutario.
- c) Contempla para determinados supuestos, la existencia de prórrogas en el contrato.
- d) Se contempla un plan específico de recuperación, en caso de evaluaciones negativas.
- e) Introduce medidas de conciliación entre la vida laboral, y personal y familiar.

El Real Decreto tiene carácter reglamentario, cumple un mandato de la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, con independencia del centro en el que realicen su formación, lo que va a asegurar la realización y cumplimiento de los programas formativos de una forma similar en todo el Estado, junto a la existencia de un régimen de derechos y deberes comunes para todos los residentes.

Se estructura en tres capítulos, siete disposiciones adicionales, cuatro transitorias, una derogatoria y dos finales: El Capítulo I determina su objeto y ámbito de aplicación, así como el sistema de fuentes. El Capítulo II relativo al contrato fija, entre otras materias, su duración, los derechos y deberes de las partes, entre los que destacan las disposiciones relativas a la jornada laboral, al sistema retributivo, a la suspensión y extinción del contrato. El Capítulo III, contiene las previsiones relativas al régimen disciplinario. Las disposiciones adicionales regulan de forma novedosa aspectos relativos al personal con discapacidad, así como condiciones especiales para la protección integral contra la violencia de género.

3.1 Objeto del Real Decreto 1146/2006

Aspectos laborales

El objeto del RD es regular la relación especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud, de acuerdo a lo establecido en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. También regula los derechos y obligaciones de este colectivo, que se aplicarán preferentemente según lo establecidos en sus disposiciones normativas y de forma supletoria por el estatuto de los trabajadores.

Así lo determina el artículo 1.4 al señalar que *“será de aplicación a los titulados universitarios que, previa, participación en la convocatoria anual de carácter nacional de pruebas selectivas, hayan accedido a una plaza en un centro o unidad docente acreditada, para el desarrollo de un programa de formación especializada en ciencias de la salud, mediante el sistema de residencia previsto en la ley para la obtención del título de especialista”*.

De su lectura deducimos que se establece un marco general homogéneo para todos los residentes, con independencia de la titularidad pública o privada del centro sanitario; sólo se exige la superación de la prueba selectiva anual. Los hospitales no pueden recurrir al contrato de residencia para cubrir sus necesidades asistenciales, el contrato debe cumplir el mandato legal. Los programas de formación especializada son los que aprueba y publica el Ministerio de Sanidad.

3.2 Contrato

Es un elemento esencial, pues al exigirse contrato se *profesionaliza* la figura del MIR, a diferencia de muchos países de nuestro entorno, donde el residente se corresponde a una figura próxima al becario, con muchos menos derechos laborales. Se exige que sea por escrito. La figura del empresario o empleador corresponde a la entidad titular de la unidad docente acreditada para impartir la formación. Se exige un examen médico previo, para comprobar que no padece enfermedad, ni limitación incompatible con las actividades profesionales que exige el correspondiente programa formativo. No se trata de una vulneración del derecho a la intimidad del trabajador, sino de comprobar

si su estado de salud pueda resultar una amenaza para él mismo, o para otras personas. No se puede rechazar al residente si padece una discapacidad que se pueda subsanar mejorando las condiciones de accesibilidad (se le debe ofrecer otra plaza en otra unidad docente que reúna las condiciones necesarias de accesibilidad). Lógicamente, no se superaría el examen médico cuando la discapacidad produzca una imposibilidad no subsanable, impidiéndole realizar las actividades propias de su programa formativo.

a) La duración del contrato

Es de un año renovable durante el tiempo que dure su programa de formación, siempre que se superen las correspondientes evaluaciones. En la legislación anterior (RD 127/ 1984), la simple existencia de una evaluación negativa suponía la extinción del contrato. Se ha introducido una importante mejora y garantía para el residente, como es la posibilidad de una prórroga contractual, para la realización de un plan de recuperación, cuando la evaluación anual sea negativa, por no alcanzar los objetivos formativos fijados. El plan de recuperación debe ser específico y programado. No se autoriza en el contrato, la existencia de un periodo previo de prueba.

“cuando la evaluación sea negativa por imposibilidad de la prestación de servicios superior al 25% de la jornada anual (requisito obligatorio para superar la evaluación anual), como consecuencia de la suspensión del contrato o de otras causas legales, se autorizará la prórroga del contrato por el tiempo necesario para completar el periodo formativo o su repetición completa, previo informe de la comisión de docencia correspondiente. La propuesta de repetición será resuelta por el Ministerio de Sanidad y Consumo.”

b) Jornada laboral

La ordenación del tiempo de trabajo de los residentes constituye sin duda el apartado más polémico y conflictivo. Se regula teniendo en cuenta derechos y deberes, que suelen ser contrapuestos, como son:

- La protección de la salud del residente.
- La conservación de la calidad asistencial del centro al que se encuentran adscritos o la necesidad de garantizar la continuidad de un servicio público esencial.

- La consecución de los objetivos docentes, propios de su formación.
- La conciliación de la vida familiar y laboral, con un protagonismo cada vez mayor.

La normativa comunitaria (directiva 93/104)), cuyo objetivo principal es la protección de los trabajadores contra los efectos perjudiciales para su salud y seguridad derivados de una duración de trabajo excesiva, o de un descanso insuficiente, excluyó las actividades de los médicos en periodo de formación. Este defecto se corrigió con la directiva 2003/88, que sí incluye a los médicos en formación. Siguiendo la ley de ordenación de las profesiones sanitarias y la normativa comunitaria se regula de *forma clara y por primera vez la jornada laboral*. La jornada ordinaria no podrá exceder de 37. 5 horas semanales, con un máximo de 48 horas, en cómputo semestral. La jornada complementaria (las polémicas guardias), no podrán realizarse más de 7 guardias al mes, evitando con ello la excesiva acumulación en periodos vacacionales:

“el residente estará obligado exclusivamente a realizar las horas de jornada complementaria que el programa formativo establezca para el curso correspondiente. En todo caso, no podrá realizar más de siete guardias al mes”.

Otra exigencia es que la jornada debe asegurar el cumplimiento de los programas formativos. Entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá mediar, como mínimo un periodo de descanso continuo de 12 horas. En todo caso, después de 24 horas de trabajo ininterrumpido (incluyendo jornada ordinaria y complementaria), el residente tendrá un descanso continuo de 12 horas, salvo en casos de emergencia asistencial. En este sentido el Tribunal supremo, se ha manifestado de una forma que no ofrece dudas: *“los MIR tienen derecho a descansar como mínimo un periodo de 12 horas entre el final de una jornada con guardia de presencia física y la siguiente”.*

El régimen de fiestas, permisos y vacaciones es similar al del personal laboral común. Se aceptan cuatro situaciones con unas condiciones especiales de jornada laboral, en las que no se superan las doce horas diarias, sin hacer uso de la reducción de jornada o de la suspensión del contrato, que harían imposible realizar un curso formativo completo en periodo anual:

- Durante el embarazo.
- Por razones de guarda legal.
- Necesidad de encargarse del cuidado directo de un familiar, que no pueda valerse por sí mismo, y que no desempeñe actividad retribuida.
- Cuando el residente tenga la guardia y custodia no compartida de un hijo menor de edad.

También se le reconocen unas condiciones especiales de jornada al residente, por motivos de discapacidad: *“no se disminuirá el número de horas que determina el programa formativo, pero sí se organizarán de forma que tenga los descansos necesarios y apropiados a sus capacidades funcionales”*.

c) Retribuciones

La retribución de los MIR se compone de tres conceptos:

- a) Sueldo, se consolida para el futuro, ya que por primera vez, las subidas se ligan a las del personal estatutario: *“su cuantía será equivalente a la asignada en concepto de sueldo base, al personal estatutario de los servicios de salud en función del título universitario exigido para el desempeño de su profesión, atendiendo, en el caso de los residentes, al exigido para el ingreso en el correspondiente programa de formación”*.
- b) Complemento de grado de formación, se percibe a partir del segundo curso de formación, de forma porcentual respecto al sueldo; segundo curso: 8%; tercer curso: 18%; cuarto curso: 28%; quinto curso: 38%.
- c) Complemento de atención continuada, destinado a remunerar la atención a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada. Se percibe según el trabajo realizado. El número de horas efectivamente trabajadas por este concepto, en cómputo mensual (con un máximo de 7 guardias), variable según la CA.

La mejora en las retribuciones, ha sido una de las demandas históricas del colectivo.

Se perciben dos pagas extraordinarias. Un tema muy controvertido en su día, fue la cuantificación del número de horas de la atención continuada para su retribución. La jurisprudencia comunitaria, estableció que el tiempo dedicado a atención continuada prestado en régimen de presencia física debe considerarse tiempo de trabajo en su totalidad.

d) Suspensión del contrato

El contrato de un MIR puede suspenderse por las mismas causas que en la legislación laboral común, excepto por mutuo acuerdo de las partes y por causas consignadas en el contrato:

“Dado el carácter esencialmente formativo de esta relación laboral y los rápidos avances de las ciencias de la salud, si el tiempo de la suspensión del contrato resultara superior a dos años, el residente se incorporará en la parte del programa de formación que acuerde la comisión de docencia de la especialidad, aunque ello suponga la repetición de algún periodo evaluado ya positivamente”.

La normativa anterior era muy rígida en este sentido, y salvo casos muy tasados, prohibía la interrupción de los programas formativos. Aunque en la práctica, flexibilizaba la interpretación, dejando a las comisiones de docencia la competencia para valorar cada caso de forma individual, si era necesario completar o no la formación del residente, y por cuánto tiempo. La jurisprudencia laboral ha sido siempre reticente a admitir la extinción del contrato, más que por circunstancias excepcionales, argumentando que se podrían vulnerar derechos fundamentales de los trabajadores. Y además que su principal finalidad es la de adquirir un título académico (el de especialista), al que se accede por concurso público. Por otra parte es indiscutible preservar la finalidad formativa esencial de la residencia, cuya consecución viene condicionada por el rápido avance de las ciencias de la salud. El actual RD 1146/2006, recogiendo criterios de la jurisprudencia, ha regulado de forma satisfactoria para todas las partes (no existen discrepancias en este aspecto, de que es una mejora en derechos notable), el conflicto entre los derechos del trabajador residente y las obligaciones formativas. Incluso la jurisprudencia se manifiesta más proclive, para la recuperación de los tiempos perdidos.

En el citado RD, se integra esta filosofía cuando recoge: la prohibición de los pactos suspensivos y excedencias voluntarias (por motivos formativos lógicos); la previsión de prórrogas del contrato como consecuencia de suspensiones de contrato que supongan la imposibilidad de prestación de servicios superior al 25% de la jornada anual; la posibilidad de recuperar o repetir fragmentos del programa formativo en supuestos de suspensión del contrato, o excedencias de duración superior a dos años. En caso de repetición de curso, la resolución corresponde al Ministerio. En el caso de maternidad, adopción o acogimiento (causas de suspensión, con reserva del puesto de trabajo en la legislación laboral común), no aparece en el RD, por lo que se le aplica la legislación común. Lo que se interpreta como favorable para el residente, pues se puede autorizar disfrutar los periodos de descanso concedidos tanto en régimen de jornada completa, como parcial, siempre que la duración total de la formación no se reduzca por su realización a tiempo parcial.

3.3 Régimen disciplinario

El residente, igual que todos los trabajadores, tiene responsabilidad disciplinaria (está sometido al ejercicio del poder disciplinario), y va a incurrir en responsabilidad disciplinaria por las faltas que cometa:

“Dadas las características especiales de esta relación laboral, la tipificación de las faltas será la establecida para el personal estatutario sanitario de los servicios de salud”.

No parece lógico que si una de las características fundamentales y definitorias del régimen de residencia, sea su carácter formativo, se le aplique en este apartado el estatuto marco, de carácter claramente funcionarial. Sería más razonable tipificar las faltas, según los rasgos específicos de su relación laboral especial, sobre todo en el apartado referente a sus deberes (y no aplicarle nuestro propio régimen). Las interpretaciones de esta equiparación son contrapuestas, unas defienden que su intención es la de proporcionar seguridad jurídica al residente, hasta que la negociación colectiva regule el régimen específico disciplinario. Otras son menos favorables para el colectivo, y defienden que la intención es aplicar un régimen disciplinario en teoría exigente (cosa distinta es la realidad). Las faltas disciplinarias pueden ser: leves, graves, muy graves.

La competencia para la imposición de sanciones corresponde al órgano competente de la institución sanitaria de la que dependa la unidad docente. En caso de faltas graves, o muy graves, se le debe dar conocimiento a la comisión de docencia para que manifieste su criterio. El residente cuando se imponen sanciones disciplinarias, podrá siempre recurrirlas ante la jurisdicción competente.



4. La importancia de la docencia en la formación del MIR

4.1 La importancia de ser docente

La Docencia como inmortalidad

El sistema MIR es principalmente una forma de aprendizaje, de docencia, de formación. Entre la bibliografía consultada aparecen inevitablemente artículos e ideas que hacen referencia a la docencia en general, y muchos de ellos han llamado mi atención, no por su índice de impacto, ni por el número de citas recibidas, sino por la profundidad con la que hacen referencia a la docencia en general. En este sentido y de forma casual he leído la carta de agradecimiento que escribe Camus a su maestro cuando le conceden el premio Nobel. Me ha parecido excepcional, por su sencillez y al mismo tiempo por su grandeza y trascendencia.

El prestigioso pedagogo Rubén Alvés se refiere a la docencia como: *“Enseñar es un ejercicio de inmortalidad. De alguna forma seguimos viviendo en aquellos cuyos ojos aprendieron a ver el mundo a través de la magia de nuestra palabra... Por eso el profesor nunca muere”*. Es frecuente en la literatura expresar una idea similar, pero referida a padres e hijos. Mientras los hijos vivan, los padres no mueren del todo y siempre nos quedará su recuerdo, algo de ellos en nuestra memoria, en nuestra alma, en nuestro espíritu. La cita tiene una gran fuerza, es trascendente y hermosa, muy hermosa. Las cualidades que debe tener un buen profesor se suelen repetir en la mayoría de los artículos o textos: vocación, entusiasmo, madurez, seguridad, creatividad, empatía, liderazgo, etc. Pero la idea de que el buen profesor nunca muere no la había visto antes expresada, y creo que si entre las muchas satisfacciones que puede obtener un docente a lo largo de su vida, le añadimos la de poder seguir viviendo en la memoria de sus

alumnos, contribuye a convertir la docencia, no ya en una profesión o vocación, sino en algo más trascendente, más profundo.

Recientemente veía *La juventud* la última película de Sorrentino, que me ha parecido magistral. Nos enfrenta con toda su crudeza a la brevedad de la vida, a la fugacidad del tiempo con sus consecuencias irreparables, irrecuperables. Con un genial Michael Kaine, de los mejores actores vivos en la actualidad y un excelente Harvey Keitel, quien en una escena le dice a un joven que mire las lejanas montañas de los Alpes, sus cumbres por un telescopio y después que mire a sus espaldas por la parte contraria al visor. Las montañas se ven muy cerca, y lo que está próximo a nosotros se ve muy lejano. Es lo que nos suele ocurrir a los que ya tenemos una cierta edad, se va alterando la percepción del tiempo, cada vez encontramos más próxima y cercana determinados acontecimientos y personas de nuestra infancia, de nuestra juventud, mientras que acontecimientos vividos muy recientemente los encontramos muy lejanos. Entre esas personas, que cada vez se acercan más y guardan un lugar preferente en nuestra memoria están los que nos enseñaron.

Albert Camus se dirige a su maestro cuando le conceden el Premio Nobel de Literatura:

“He recibido un honor demasiado grande, que no he buscado ni pedido. Pero, cuando supe la noticia, pensé primero en mi madre y después en usted. Sin usted, sin la mano afectuosa que tendió al niño pobre que yo era, sin su esperanza y ejemplo, no hubiese sucedido nada de todo esto. No es que conceda demasiada importancia a un honor de este tipo. Pero ofrece por lo menos la oportunidad de decirle lo que usted ha sido y sigue siendo para mí, y de corroborarle que sus esfuerzos, su trabajo y el corazón generosos que usted puso en ello continúan siempre vivos en uno de sus pequeños escolares que, pese a los años, no ha dejado de ser su alumno agradecido”.

Son muy numerosas, afortunadamente, las muestras de agradecimiento a nuestros maestros, pero la carta de Camus es de las más impactantes y emotivas que he encontrado. Fue un niño pobre, con una infancia en Argelia en las condiciones más penosas y adversas de pobreza y explotación. Cuando consigue *el éxito* y el mayor reconocimiento en forma de premio Nobel, y muchos piensan o pensamos que no le debemos nada a nadie (una de las mayores expresiones de la soberbia humana), que ha sido por nuestro esfuerzo y por nuestros

propios méritos. Camus tiene la humildad y la grandeza de recordar a su maestro y ponerlo al mismo nivel que a su propia madre, y no sólo le agradece lo que hizo por él, sino que tiene la generosidad de decirle que sin su ayuda no hubiera podido conseguir nada. Me ha parecido un recuerdo y un reconocimiento que a su maestro Germain seguro que le produjo mayor emoción y satisfacción, que si hubiera sido él mismo el que hubiera conseguido el codiciado galardón. También nos habla de la extraordinaria humanidad y humildad de Camus.

El maestro de primaria Germain vio y creyó en el talento de Camus, y tuvo que vencer grandes obstáculos para que pudiera estudiar el bachillerato. Primero contra su propia familia, extremadamente humilde y que se negaba a darle estudios porque querían que el niño llevara dinero a casa. Lo acompañó en tren al examen de ingreso, esperó el resultado sentado en un banco de la plaza del instituto. Con mucho esfuerzo y venciendo también numerosos obstáculos, consiguió que le concedieran una beca, sin la que no hubiera podido estudiar. Es una historia que hasta el mejor guionista de cine nunca hubiera imaginado que pudiera ocurrir en la vida real. Un niño de un barrio pobre de Argel, huérfano de padre, con una madre sordomuda y al cuidado de una abuela, que necesitaban de su trabajo para conseguir ingresos, que acabe consiguiendo el premio Nobel, gracias a su maestro de primaria es realmente conmovedor en lo humano, y en lo profesional me imagino que para el maestro sería como poder tocar las estrellas.

El maestro señor Germain le contestó a la carta: *“Creo conocer bien al simpático hombrecillo que eras. El placer de estar en clase resplandecía en toda tu persona. El éxito no se te ha subido a la cabeza. Sigues siendo el mismo Camus”*.

Es cierto y hablo ahora como alumno, que conforme vas pasando hitos educativos en tu formación, como finalización de la escuela primaria, bachiller, licenciatura... sueles recordar a los profesores que has tenido y especialmente a aquellos que han tenido mayor capacidad de cercanía, de empatía, de preocuparse por ti, por tu futuro, por tu vida. Algo dentro de ti sabe que se alegran por cada etapa que vayas superando y que en cierta forma la sienten como propia. ¿Cómo se puede cuantificar ese reconocimiento, ese recuerdo? Desde mi punto de vista, creo que es imposible. Me imagino que debe ser una sensación difícil de describir, como el que se

emociona con una buena partitura musical, un libro o una buena película. No hay mayor recompensa, mayor regalo para un docente que el buen recuerdo de tus alumnos. Como dice Emilio Lledó, la docencia no es sólo una forma de ganarse la vida sino de ganarse la vida de los otros. Es quizás un tópico, pero no creo que se pueda ser un buen docente si no tienes durante toda tu vida un gran entusiasmo por aprender, por seguir aprendiendo y ser mejor cada día. No me refiero a la obligada actualización de conocimientos y a los numerosos retos que se nos plantean en la sociedad actual, sino a aprender de nuestros alumnos, con independencia de la edad, de todos tenemos algo que aprender. Recuerdo una profesora que nos preguntaba si habíamos observado que los niños casi siempre solían ser felices, y si sabíamos por qué. Lo atribuía a la ilusión, equiparaba felicidad con ilusión; a un niño cualquier cosa le hace ilusión, por simple que sea: ¡mira, un burro!, ¡una pelota!, ¡una bicicleta! Los adultos solemos frecuentemente estar insatisfechos, destacando siempre los aspectos negativos de cualquier tarea y no los positivos. Esta es sin duda la cualidad que más valor tiene en la docencia: la ilusión; si no la tienes por tu trabajo, no lo vas a hacer bien. Puedes explicar correctamente la lección, pero es imprescindible poder transmitir entusiasmo a tus estudiantes, transmitirles tú pasión e ilusión por lo que estás haciendo, por enseñarles y sobre todo por aprender cada día de ellos y con ellos.

4.2 Objeto del real decreto 183/2008

Aspectos formativos del MIR

El segundo paso en el proceso de reforma del sistema MIR lo constituye el RD 183/2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Tiene un doble objetivo:

- 1) Avanzar en la implantación del modelo general de formación sanitaria especializada diseñado en la ley 44/2003.
- 2) Potenciar las estructuras docentes, incidiendo en aquellos aspectos básicos que tanto desde el punto de vista organizativo como desde el docente asistencial influyen en el proceso de aprendizaje de los especialistas en formación, en la medi-

da en que dicho proceso conduce a la obtención de un título de especialista, que tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado.

El Real Decreto 183/2008 pretende garantizar el principio de igualdad en el acceso al título de especialista, cualquiera que sea la unidad docente, de las múltiples acreditadas para la formación. Para ello realiza un importante esfuerzo de sistematización, con conceptos unitarios para todo el sistema, que se manifiesta principalmente en:

- a) Relación global de todas las especialidades, clasificadas según la titulación requerida para su acceso.
- b) Configuración abierta y flexible de las unidades docentes donde se imparte la formación.
- c) Regulación de aspectos básicos de los distintos órganos colegiados y unipersonales que intervienen en el proceso formativo.
- d) Regulación común para todo el sistema de evaluaciones.

Podemos concluir esta introducción en que el objetivo fundamental del RD es garantizar el alto nivel de calidad del sistema de formación sanitaria especializada, para lo que se prevé la aprobación de planes específicos en el seno de cada comisión de docencia y el sometimiento de toda la estructura docente que intervienen en la formación de especialistas a medidas de control y evaluación.

4.3 Unidades docentes

Las unidades docentes o centros, se definen como el conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en ciencias de la salud por el sistema de residencia, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades. Su acreditación corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo. Existen unos requisitos específicos de acreditación aprobados con carácter general por los Ministerios de Sanidad y de Educación para cada una de las especialidades. La desacreditación total o parcial, se realiza por

el mismo procedimiento, oído el centro afectado y su comisión de docencia. También se contempla la posibilidad de una suspensión cautelar o provisional, hasta que se subsanen las deficiencias que se hayan podido detectar. La solicitud de acreditación se realiza por la entidad titular del centro donde se ubiquen. En la práctica la unidad docente suele ser un hospital, aunque pueden formar parte de ella también los centros de salud.

4.4 Comisiones de docencia

A las Comisiones de Docencia les corresponde:

- a) Organizar la formación.
- b) Supervisar su aplicación práctica.
- c) Controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos de las distintas especialidades.
- d) Facilitar la integración de las actividades formativas y asistenciales de los residentes, planificando su actividad profesional, conjuntamente con los órganos de dirección del centro.

Su ámbito de actuación corresponde a un centro o unidad docente. Está formada por representantes de los tutores de la formación y de los residentes. Su dependencia funcional, composición y funciones, corresponde a las Comunidades Autónomas, dentro de los criterios generales que fije la comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud. Las preside el jefe de estudios.

4.5 El tutor

Se potencia de una forma notable su importancia en el sistema MIR, siendo el responsable directo e individual del seguimiento formativo del residente, con la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de sus conocimientos y habilidades, supervisando y evaluando todo el proceso formativo.

Como novedad a destacar, se limita a cinco el número máximo de residentes que dependerán de cada tutor.

Sus principales funciones son:

- a) Planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación.
- b) Favorecer el auto-aprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades, y la capacidad investigadora del residente.
- c) Proponer, cuando proceda, medidas de mejora.
- d) Proponer la guía o itinerario formativo de cada especialidad, que debe aprobar la comisión de docencia con sujeción a las previsiones del correspondiente programa. La guía es aplicable a todos los residentes de una misma especialidad que se formen en la unidad docente.
- e) Elaborar el plan individual de formación de cada residente en coordinación con los responsables de los dispositivos asistenciales.
- f) Debe ser el referente, interlocutor y garante de los derechos del residente.
- g) Debe hacer que el residente cumpla con sus deberes laborales y formativos.
- h) Debe estimular e ilusionar al residente.
- i) Debe ser el mismo durante toda la formación especializada, salvo causas justificadas.

Las Comunidades Autónomas deben adoptar las medidas necesarias para asegurar una adecuada dedicación de los tutores a su actividad docente. También deben facilitar que realicen actividades de formación continuada. En el momento actual de crisis económica y restricción presupuestaria, existe una queja generalizada por parte de los tutores, en que las Comunidades no han realizado ningún desarrollo, ni avance en el reconocimiento y mejora de la actividad del tutor, ya que serían las responsables de concretar estas líneas generales o básicas a las que se refiere el Real Decreto.

4.6 Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva del residente

El deber general de supervisión es obligación de todos los profesionales que presten servicio en las distintas unidades asistenciales, que además están obligados a informar a los tutores. La responsabilidad progresiva del residente es considerada como un principio rector en su formación. En aplicación del mismo, *los residentes se someterán a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.*

El sistema formativo supone la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

El RD introduce como novedad la supervisión directa del residente de primer año que:

- a) será de presencia física,
- b) se visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a la actividad asistencial.

Con esta regulación, se pretende zanjar de forma clara, un aspecto de la asistencia clínica que ha originado abundante conflictividad, el de la firma de las altas en los servicios de urgencias. Aunque el precepto está redactado de una forma general, queda claro que los MIR de primer año, no pueden visar de forma directa altas en urgencias.

La supervisión a partir del segundo año, es de carácter decreciente, aunque el residente podrá recurrir y consultar a los profesionales de la unidad en la que preste sus servicios cuando lo considere necesario, no necesariamente de presencia física.

Podemos distinguir tres etapas en la actividad y formación del MIR:

- a) Observación directa e inactiva

- b) Intervención directa con presencia física del formador
- c) Intervención directa, sin presencia física del formador, que se mantendrá disponible.

4.7 Evaluación

Es uno de los capítulos que se ha regulado con mayor detenimiento y precisión.

Los principales instrumentos de la evaluación formativa son:

- a) Entrevistas periódicas de tutor y residente:
 - De carácter estructurado y pactado.
 - Su número no debe ser inferior a 4 al año.
 - Se deben realizar en momentos adecuados, normalmente en la mitad de un bloque formativo.
 - Se deben recoger los avances y déficits, e incorporar medidas de mejora si se precisan.
- b) El libro del residente.

Es el instrumento en el que se recogen las actividades que realiza cada residente durante su período formativo. Sus características principales son:

 - Carácter obligatorio.
 - Es el registro individual de actividades que evidencian el proceso de aprendizaje del residente.
 - Debe registrar las rotaciones realizadas.
 - Es un instrumento de auto-aprendizaje para favorecer la reflexión individual y conjunta con el tutor, con la finalidad de mejorar las actividades realizadas por el residente.
 - Es propiedad del residente, que lo cumplimentará con ayuda y supervisión del tutor.
 - La comisión nacional de la correspondiente especialidad, diseña su estructura básica, que aprobará el Ministerio de Sanidad y Consumo.
 - Corresponde a la comisión de docencia garantizar la adaptación individual de su contenido (plan individual de

formación) a la guía o itinerario formativo aprobado por ella a propuesta de los tutores.

c) Evaluación anual.

Su finalidad es calificar los conocimientos, habilidades y actitudes de cada residente al finalizar cada uno de los años que integran el proceso formativo. El informe anual del tutor es el instrumento básico y fundamental para valorar el progreso anual del residente en el proceso de adquisición de competencias, tanto asistenciales como de investigación y docencia.

El informe debe contener:

- Las evaluaciones formativas, incluyendo los informes de rotaciones.
- Los resultados de otras valoraciones objetivas que se hayan podido realizar durante el año.
- La participación en cursos, congresos, seminarios o reuniones de carácter científico relacionados con el correspondiente programa.
- La evaluación de posibles rotaciones externas.
- Las evaluaciones y valoraciones que se puedan solicitar de los jefes de las distintas unidades asistenciales en las que se esté formando el residente.

d) Supuestos de evaluaciones anuales negativas.

1. Por no alcanzar los objetivos formativos fijados, debido a insuficiencias de aprendizaje susceptibles de recuperación.
2. Por imposibilidad de prestación de servicios por un periodo superior al 25% de la jornada anual, como consecuencia de la suspensión del contrato o de otras causas legales. Es susceptible de recuperación, o de prórroga.
3. Por reiteradas faltas de asistencia no justificadas, o notoria falta de aprovechamiento o por insuficiencias de aprendizaje no susceptibles de recuperación.

5. Responsabilidad en el MIR

Características específicas

La responsabilidad del personal sanitario en general, es un tema de gran actualidad en la sociedad actual.

Su análisis es tremendamente complejo y dificultoso, aumentando en el caso de intervenir médicos en formación, por la doble función que tienen; asistencial y docente.

El contrato que firma el residente le obliga a formarse, para lo que son necesarias las prácticas profesionales guiadas y supervisadas.

Los residentes:

- Son alumnos estando sometidos por tanto a normas administrativas de evaluación, obtención de título.
- Son trabajadores, que tienen un contrato sometido al Derecho laboral, como cualquier otro trabajador en lo referente a horarios, vacaciones y condiciones de trabajo.
- Desarrollan una labor asistencial, de la que se deriva una responsabilidad, que es la que vamos a estudiar principalmente, aunque está directamente vinculada a la docente o formativa.

El límite de la responsabilidad profesional no siempre es nítido. La existencia de un contrato supone un ejercicio profesional, y desde ese mismo instante se le exige al MIR una responsabilidad, acorde a sus conocimientos. Responsabilidad, significa en general, la obligación de responder del alcance de un acto. Para los médicos, sería la obligación que tienen de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios, cometidos en el ejercicio de su profesión. En los últimos años, se ha producido un notable aumento de las reclamaciones presentadas contra los médicos en los juzgados. En este aumento del ánimo de litigio intervienen diversos factores, como son:

- Un mejor conocimiento por parte del paciente de cuáles son sus derechos y la exigencia de que éstos se cumplan.
- La creencia con frecuencia engañosa de que el gran desarrollo tecnológico experimentado por la medicina necesariamente va a producir resultados favorables.
- Información errónea de que es fácil que prosperen las demandas con sus respectivas indemnizaciones.

Pero principalmente es la gran transformación que se ha producido en la relación médico- paciente, pasando de una concepción paternalista, al reconocimiento de la autonomía de la voluntad del paciente, que no es más a mi juicio, que una expresión del desarrollo y avance cultural y económico producido en las sociedades desarrolladas.

Los ciudadanos son cada vez más exigentes con los servicios que se le prestan en general. Como profesionales de la salud que somos, cuando esas exigencias (en ocasiones justificadas, en otras no), “nos toca sufrirlas a nosotros”, nos quejamos, pero quizás olvidamos que somos también ciudadanos, y que cuando estamos fuera del mundo sanitario, o dentro de él pero como pacientes, seamos igualmente exigentes (unas veces de forma justificada, y probablemente otras injustificada).

5.1 Elementos que integran la responsabilidad penal por culpa

La responsabilidad penal tiene por objeto el castigo de una infracción tipificada en el Código Penal, mientras que el objeto de la responsabilidad civil y patrimonial es la reparación de un daño.

La responsabilidad penal por asistencia sanitaria tiene por objeto sancionar a los responsables de los delitos cometidos con motivo de la práctica asistencial a través de la pena impuesta por los juzgados y tribunales del orden penal.

Son requisitos necesarios para que exista:

1. Existencia de una acción u omisión. La omisión es muy frecuente en las denuncias y sentencias; la conducta impru-

dente consistiría en no realizar el comportamiento debido, omitir el deber de cuidado exigido, de lo que se derivará la producción del resultado lesivo, no querido pero que debió prevenirse y evitarse.

2. Actuación negligente (imprudente).
3. Infracción de un deber objetivo de cuidado Que el sujeto debió observar en su conducta para evitar el resultado. Se requiere hacer un juicio comparativo entre la conducta que hubiese ejecutado una persona prudente y cuidadosa y la conducta que se analiza, que en el caso de la práctica de la Medicina, viene en gran parte determinado por la *lex artis* profesional (son las reglas generales que rigen el ejercicio de determinadas profesiones u oficios).
4. Existencia de un daño.
Para la jurisprudencia *“no es suficiente con una conducta imprudente, se precisa además la producción de un resultado material”*.
5. Relación de causalidad entre la actuación negligente y el daño.

Que el daño sea consecuencia del comportamiento que se analiza (imputación objetiva del resultado).

Los criterios que principalmente son utilizados de forma reiterativa por la doctrina jurisprudencial son:

- No es punible el simple error diagnóstico, salvo cuando cualitativa o cuantitativamente resulte de extrema gravedad.
- No es punible la carencia por el facultativo de una pericia extraordinaria o de cualificada especialización.
- No se puede acudir a planteamientos o fórmulas generales, sino que hay que analizar cada caso en particular.
- No es punible si la falta de material o instrumental médico, no le son imputables.
- La culpabilidad se produce en los casos en que el facultativo pudo evitar el comportamiento causante del daño.

5.2 Imprudencia. Culpa no dolosa

La imprudencia o negligencia es la conducta habitual en Medicina, ya que el dolo (intención de hacer daño), es excepcional en nuestra profesión, actúa dolosamente quien lo hace con conocimiento y voluntad, el autor sabe que su conducta es contraria a Derecho, y a pesar de ello decide realizarla. La voluntad de matar o lesionar a otra persona, es incompatible con el fin de nuestra profesión. En general, la doctrina y la jurisprudencia definen la imprudencia como la conducta humana, que por falta de previsión o inobservancia de un deber de cuidado del sujeto que la ejecuta, produce un resultado lesivo para un bien jurídico protegido en una norma penal. Se ocasiona una lesión porque el sujeto no previó el resultado, o habiéndolo previsto, no lo evitó pudiendo hacerlo.

Señala el Código penal que *“no hay pena, sin dolo o imprudencia”*.

En gran medida sigue vigente la definición del Tribunal Supremo de 1928: *“infracción de ley, cometida libremente y sin malicia por alguna causa que se pueda y deba evitar”*.

Para el médico (incluido el MIR): *“la diligencia y pericia normales de un médico a los efectos de su posible responsabilidad, deberán ser apreciados, según el nivel medio de su profesión”*.

En Medicina, se exige una responsabilidad de medios, no de resultado (curación), de no emplear los medios adecuados, infracción del deber de cuidado

5.3 Situaciones de urgencia

Para los actos o situaciones de urgencia, siempre existe responsabilidad, pues se está obligado por:

- Deber de socorro. *“El profesional que estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria, o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con la pena correspondiente”* (artículo 196 del Código Penal).

- Código deontológico. *“Cualquier médico, cualquiera que sea su especialidad, o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado”.*

Todo médico debe tener los conocimientos necesarios para una primera asistencia. Son los conocimientos que proporciona la licenciatura, los que se deben tener por el sólo hecho de ser médico (no se trata de otra cosa).

Al residente se le aplica para:

- Urgencias no previstas.
- Cuando no le es posible contactar con el especialista, con independencia de la responsabilidad en la que éste haya podido incurrir por no encontrarse disponible o localizable.

Entre los derechos del residente, el RD 143/2008 en el art. 4 apartado f se especifica que el MIR tendrá derecho a “conocer qué profesionales de la plantilla están presentes en la unidad que el residente está prestando servicios y a consultarles y pedir su apoyo cuando lo considere necesario, sin que ello suponga que pueda abandonar la denegación de asistencia o el abandono de su puesto”.

5.4 Error de diagnóstico o de tratamiento

Se puede producir un error o fallo en cualquiera de las fases o partes de las que consta el acto médico: anamnesis, exploración, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Las reclamaciones más frecuentes son por errores de diagnóstico, y en segundo lugar de tratamiento. El error no supone por sí mismo la infracción del deber de cuidado y por tanto la existencia de culpa, para lo que se necesita que si el profesional hubiera actuado con diligencia hubiera podido advertir el error de diagnóstico o tratamiento.

En el error médico se constata “ex post”, que un determinado acto médico no era correcto y que ha provocado el resultado lesivo, a diferencia de la imprudencia que exige una valoración “ex ante” del acto. Jurisprudencia: *“lo que se incrimina y da origen a la*

responsabilidad médica en el ámbito penal, no son errores diagnósticos, ni aun la falta de extraordinaria pericia en el desarrollo de las actividades médicas, sino que la culpa penal estriba en un comportamiento inadecuado a determinadas exigencias ordinarias, es decir que cuando la imprudencia punible afecte a la profesión médica, ha de entenderse en su justa valoración al referirse a una ciencia inexacta en la que juegan factores imponderables e inaprensibles por concurrencia de indudables riesgos en su ejercicio que quedan fuera de la responsabilidad penal”.

La jurisprudencia considera unos criterios generales para poder calificar el error como imprudencia:

- Los simples errores científicos o de diagnóstico no pueden ser objeto de sanción penal, salvo que sean de tal magnitud que se aparten de lo que hubiera detectado cualquier médico de nivel y preparación similar y con los mismos medios a su alcance.
- Tampoco se puede calificar de imprudencia, el hecho de carecer el facultativo de una pericia que pueda calificarse de extraordinaria. La imprudencia punible ha de medirse desde la perspectiva del médico normal.
- El comportamiento que se exige para evitar el resultado lesivo, es el exigible a un médico normal, la diligencia media para sus conocimientos y preparación.

Siguiendo estos criterios la jurisprudencia ha considerado que los casos en los que un error en el diagnóstico supone una violación del deber de cuidado y por tanto la existencia de responsabilidad penal son:

- Cuando el médico actúa sin los conocimientos mínimos o básicos para abordar la actuación médica.
- Adoptar las medidas terapéuticas sin haber determinado previamente el diagnóstico.
- Realizar el diagnóstico sin haber examinado previamente al paciente.
- No utilizar todos los medios técnicos a su alcance para realizar el diagnóstico.
- No tener en cuenta todos los posibles diagnósticos, aunque sean poco frecuentes.

- Cuando los resultados de las pruebas complementarias no son correctamente valorados.
- Retraso injustificado en la emisión del diagnóstico.

5.5 Capacidad para emitir altas

Antes del RD 183/2008 era un tema motivo de controversia, donde no existía acuerdo, incluso existían sentencias divergentes. No existía ninguna normativa que de forma clara o expresa prohibiera o autorizara al MIR a realizar altas médicas. El RD 183/2008 ha cubierto el vacío legal existente y proporcionado una mayor seguridad jurídica, al MIR, al especialista, y a la institución.

Los residentes de primer año están sujetos a una supervisión de presencia física, no pueden emitir altas: *“los especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades, asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año. La supervisión decreciente de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá carácter progresivo. A estos efectos, el tutor del residente podrá impartir tanto a éste como a los especialistas en los distintos dispositivos del centro o unidad, instrucciones específicas sobre el grado de responsabilidad de los residentes a su cargo, según las características de la especialidad y el proceso individual de adquisición de competencias”*.

De lo que se deduce que el residente a partir del segundo año sí puede emitir altas, siempre que el tutor considere que le pueda atribuir esa responsabilidad según su proceso individual de adquisición de competencias.

5.6 Responsabilidad patrimonial

Su finalidad es la de reparar un daño o lesión causados, por medio de la indemnización (igual que la responsabilidad civil), pero que se dirige contra la Administración.

Es una responsabilidad directa, por la que la Administración responde directamente: la Ley 40/2015, de 1 de octubre, sobre régimen jurídico del sector público, determina que *“los particulares exigirán directamente a la Administración pública correspondiente las indemnizaciones por los daños y perjuicios ocasionados por las autoridades y personal a su servicio”*. Es una responsabilidad objetiva, prescinde de la idea de culpa, siendo la causalidad su pilar esencial. El daño o lesión patrimonial sufridos debe ser consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos. Se le solicita a la Administración responsable el inicio de un expediente administrativo para reconocer la responsabilidad. Una vez resuelto el expediente, si no se está conforme se puede acudir a la Jurisdicción Contencioso Administrativa. Debe ser un daño antijurídico (ilegítimo), que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar. Es suficiente demostrar la existencia de un daño y que exista una relación causal entre la atención sanitaria y el perjuicio a diferencia de los procedimientos por la jurisdicción penal o civil, donde ha de probarse la existencia de un fallo o error médico.

A los médicos integrados en instituciones sanitarias públicas no se les puede exigir directamente responsabilidad civil, al quedar ésta conectada exclusivamente a la realización de una actuación sanitaria dolosa, culposa o negligente graves, por lo que los residentes, sólo responderán civilmente si previamente han cometido un delito.

5.7 Elementos o fundamentos jurídicos en los que se basa el deber de cuidado por parte del residente

La infracción del deber de cuidado constituye el núcleo fundamental de la imprudencia, tiene dos manifestaciones principales:

- Cuidado interno, posibilidad de advertir la existencia de un peligro
- Cuidado externo (objetivo), deber de realizar un comportamiento externo correcto. Las normas o fundamentos jurídicos en los que se basa son la ley; los reglamentos; las reglas generales del cuidado (*lex artis*); experiencia de la vida, concepto más difícil de precisar, pero en el que cabe por ejemplo la prudencia de no realizar actos médicos para los que no nos sentimos capacitados.

Para el residente, estos elementos jurídicos son principalmente:

1. La LOPS y los Reales Decretos 1146/2006 y 183/2008.
 - a) Supervisión y progresiva asunción de conocimientos y responsabilidades.
 - b) Plan de formación.
 - c) Instrucciones del Hospital.
2. Reglas generales del cuidado: denominadas por la jurisprudencia como *lex artis*, que lógicamente habrá que concretar para cada supuesto (ad hoc): “*habrá de estarse a la determinada situación real en que se aplican los conocimientos médicos*”.

5.8 Niveles de responsabilidad

Existen tres niveles de responsabilidad según el año de especialización del MIR:

- **Mínima:** Para los residentes de primer año. Puede realizar algún acto de nivel 2. El residente sólo asiste u observa los actos realizados por el tutor o los distintos facultativos
- **Media:** Para el segundo y/o tercer año. Se ejecutan de forma directa los actos bajo supervisión directa. Si se actúa imprudentemente en un acto, estando capacitado para ese acto, el MIR será responsable penalmente y no su tutor, ya que la responsabilidad penal es personal y no se puede transferir. Sí podría exigirse al tutor una responsabilidad por culpa *in vigilando*, exigible a todo el que el que deba responder por otra persona.
- **Máxima:** Para el tercer, cuarto y quinto año. El residente puede realizar un acto médico, del que es responsable en su totalidad y posteriormente informará al tutor o facultativo correspondiente.

5.9 Causas de imprudencia por el MIR

Los residentes en su función asistencial pueden ocasionar lesiones de las que se deriven responsabilidad penal, principalmente por imprudencia.

Para poder determinar la responsabilidad del residente, se utiliza principalmente:

- Programas de la especialidad.
- Plan individual de formación.
- Protocolos de las comisiones docentes.
- Evaluación anual.

Todas estas actuaciones nos van precisar las actividades que puede desarrollar según su año de residencia, y el grado de autonomía que tiene respecto a los especialistas que lo supervisan. Estos documentos suelen ser los medios de prueba habituales para demostrar sus capacidades en el momento de la conducta que se esté valorando. Para poder conocer la responsabilidad del MIR, es fundamental determinar o conocer previamente cuáles son sus derechos y deberes, que se encuentran recogidos en las normas que regulan su formación. Su principal función (junto a la formativa), es la obligación que tiene de prestar servicios profesionales (función asistencial), con una asunción progresiva de responsabilidades y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista. Esta asunción progresiva de responsabilidades es considerada como un principio rector de la formación MIR.

De la función asistencial se derivan deberes, entre ellos:

- Realizar de forma competente su programa formativo, lo que supone cumplir con los itinerarios formativos del programa de su especialidad y con el itinerario individual realizado por su tutor.
- Someterse a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

- El residente tiene derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en que preste servicios, podrá recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

El incumplimiento de estos deberes, va a ser la principal causa por la que el residente incurra en responsabilidad, por violación del deber de cuidado donde se distinguen dos tipos:

- a) Extralimitación en sus funciones de forma consciente.

El residente realiza actos médicos para los que todavía no se encuentra capacitado según el nivel formativo adquirido hasta ese momento. Actúa de una forma autónoma sin solicitar la ayuda del especialista o tutor. Se está extralimitando en sus funciones, actuando de forma autónoma y consciente.

Va a responder personal e individualmente por el daño producido. El facultativo o tutor no incurre en ninguna responsabilidad, ya que no ha sido previamente consultado. Sí es posible que incurra en responsabilidad el Hospital. No se incurriría en responsabilidad si se actúa por un estado de necesidad (art. 20.5 CP), pero deber ser una situación de urgencia real y no ficticia, el caso más habitual es encontrarse ante una situación de riesgo vital como único médico, sin tiempo para pedir ayuda. En caso de litigio, es una eximente que el MIR alega con frecuencia, aunque los tribunales no suelen considerarla si no existe una razón médica justificada (verdadera situación de urgencia), que impida esperar sin la correspondiente supervisión.

- b) Actuación contraria a la *lex artis ad hoc* (mala praxis).

Sería la conducta a la que se está obligado en cada momento y circunstancias concretos según su nivel de preparación. Se atiende principalmente al nivel de conocimientos según el año de residencia. El residente será responsable directo de la mala praxis de los actos médicos que realice respecto a los cuales se le haya reconocido autonomía según el año de residencia que curse. El residente, como cualquier profesional, debe conocer sus limitaciones y funciones según su año de residencia, y actuar de acuerdo a ellas.

5.10 Trabajo en equipo

Menos frecuente que la anterior. El MIR puede incurrir en responsabilidad cuando trabajando en equipo:

- El especialista se encuentra en un estado que no le permite ejercer adecuadamente su función, y el residente es consciente de ello.
- El especialista incurre en un error evidente, y no se hace nada por evitarlo.

Son situaciones poco habituales en la práctica, pero que es conveniente conocerlas. El especialista respondería como autor, y el MIR podría hacerlo como cooperador.

5.11 Causas de responsabilidad de los especialistas y tutores

La mayoría son por falta de supervisión. Cualquier actuación médica que haya sido supervisada, desplaza la responsabilidad del MIR.

- El residente realiza los actos o actividades que ha indicado el especialista, aunque las instrucciones dadas hayan sido erróneas o ambiguas.
- El especialista delega funciones asistenciales para las que el MIR no tenga los suficientes conocimientos o habilidades.
- Si no se atiende la consulta realizada por el residente, y éste se ve obligado a actuar sin supervisión.



6. Jurisprudencia recaída sobre la figura del MIR

Extralimitación del MIR y falta de supervisión del tutor

STS 1136/1199 de 13 de diciembre de 1999

Niña de 6 años derivada por su pediatra al servicio de urgencias hospitalario con la sospecha clínica de apendicitis aguda. En urgencias no se confirma ese diagnóstico y es dada de alta, por el médico residente. Vuelve al día siguiente con aumento de los síntomas siendo intervenida quirúrgicamente, falleciendo por peritonitis.

Comentario

En primer lugar quiero destacar como médico un aspecto del desgraciado caso al que no hace referencia la sentencia. La niña es derivada al hospital por su pediatra con la sospecha de apendicitis aguda. Desgraciadamente esta circunstancia se repite en otras sentencias. Entre grandes virtudes como la vocación, idealismo, sacrificio, entrega... creo que es una debilidad mostrar cierta tendencia a no valorar en su justa medida la opinión de otro compañero. A lo largo de mi ya dilatada experiencia, si tuviera que señalar una carencia o defecto, a mejorar por las nuevas generaciones sin ninguna duda, destacaría éste. Nunca me canso con los residentes y los estudiantes, de repetirles que aprendan todas las partes buenas que tiene la medicina, que son muchas e intenten no caer en esta debilidad humana, de menospreciar al compañero, pensar que sabemos más que el otro, cuando se confunde el saber con ser más que el otro.

Las mayores satisfacciones que proporciona nuestra profesión son en el trato diario con nuestros pacientes, en poder curarlos, ali-

viarlos, o si no es posible al menos consolarlos. Esa es la grandeza de la medicina, lo que la convierte en algo casi mágico, difícil de explicar, de entender. Dar lo mejor de ti mismo al que está sufriendo y se encuentra en una situación de debilidad de inferioridad frente a ti.

Para potenciar y desarrollar nuestro ego, nuestra vanidad, ambiciones, deseos de protagonismo, reconocimiento o prestigio social, éxito económico... aspiraciones y objetivos totalmente respetables y que forman parte de la condición humana; pero existen muchas otras profesiones en las que sin duda vamos a conseguir esos objetivos, sin tener que tratar con personas vulnerables, qué en muchas ocasiones han perdido el bien máspreciado que tenemos, nuestra salud.

Creo que la Medicina requiere cierta vocación de servicio, de entrega, de humildad, de renuncia, de no creerte más o mejor que el otro. Dejo esta reflexión para otra ocasión, pues no es el tema del trabajo.

Como médico encuentro un dato muy relevante el que la niña sea derivada por otro médico, circunstancia a la que no hace referencia no ya la sentencia sino tampoco la propia acusación. Entiendo que hay extremar la prudencia y agotar todos los medios diagnósticos, y posibilidades terapéuticas cuando un médico ya ha realizado un diagnóstico probable, pues si como es el caso después se confirma y nosotros a pesar de tener ese diagnóstico probable no lo tenemos en cuenta, las posibilidades de defensa serán mínimas por no decir nulas.

Dice la sentencia que el MIR *“se extralimitó de forma voluntaria y consciente en sus funciones actuando como si fuera un médico adjunto”* y comparto dicha afirmación. Una niña que ha sido valorada por un médico con experiencia con un cuadro potencialmente grave, no debe ser dada de alta por un residente sin consultar y ser supervisado.

Extralimitación del MIR

Desproporción de medios

TSJ Cataluña Sentencia 64/2011 de 25 de enero de 2011

Fallecimiento por sepsis en una niña de 3 años vista por un residente unas horas antes y dada de alta. Fue derivada por un pediatra. Fue absuelto por lo penal, y posteriormente se reclama por lo contencioso y también se absuelve. Entiendo que el residente, que además no era residente de pediatría, debería haber consultado con el adjunto al ser derivada la niña al hospital por un pediatra.

Sabemos que desgraciadamente los cuadros de sepsis y meningitis pueden tener una evolución fulminante y mortal en pocas horas. Pero también es cierto que un pediatra con mayor experiencia es capaz de valorar signos iniciales que pueden hacerla sospechar. Se solicitó una Rx de muñeca por presentar dolor en la muñeca que se atribuyó a una contusión. A posteriori, era una artritis por meningococo no un traumatismo, aunque no es lógicamente fácil a priori. Pero entiendo que una niña con fiebre elevada, un vómito, y dolor en la muñeca sin referir traumatismo, a la que el MIR solicita una Rx, se le debería haber solicitado también analítica general, e insisto, ser valorada por el pediatra. Probablemente si la sepsis era fulminante no se hubiera evitado su fallecimiento, pero si no se hubiera dado de alta y se hubiera solicitado analítica general y dejado en observación y valorada por el pediatra, las posibilidades de curación habrían aumentado. Sería lo que se entiende por el TS como pérdida de oportunidad.

Me llama la atención la desproporción de medios a favor de los médicos, con informes muy buenos pero sesgados. Y el informe del Instituto Catalán de la Salud, que lógicamente utiliza todos los potentes medios que tiene a su alcance. Mientras que el perito de la defensa no es especialista en pediatría.

Esa desproporción no es tampoco compensada por el forense, ni el juez. Sin entrar en profundidad en el análisis de la sentencia, el argumento médico principal es que no existían signos clínicos de meningitis cuando consultó por primera vez en urgencias y que la sepsis meningocócica puede evolucionar de forma fatal en pocas horas.

Es cierto, pero la niña presenta un síntoma que para cualquier pediatra es un signo de preocupación por sí mismo como es el dolor en la muñeca. Dato que todos los peritos obvian y no citan, ni tampoco el perito de la acusación. Si hubiera tenido un mínimo de cualificación o experiencia en niños, lo hubieran identificado sin ninguna dificultad, no como inicio de una sepsis, sino como una artritis que tiene entidad y potencial gravedad en un niño por sí misma. Creo que el juez debería haber pedido un peritaje más experto y no conformarse con el del forense.

No parece mucha exigencia que si es un caso es principalmente cardiológico opine al menos un cardiólogo o si es de ginecología un ginecólogo. Probablemente la familia haya tenido dificultades para encontrar un perito pediatra, pero la justicia debe suplir esa carencia. Lógicamente todos los peritos aportados por la defensa obvian este dato.

Además de la desproporción de medios, entiendo que el residente se extralimita y en ningún caso debería haber dado el alta a la niña de forma autónoma, cuando ni siquiera era residente de pediatría.

Extralimitación del MIR sin responsabilidad del tutor

AP Cádiz Sentencia 143/2012 de 9 de mayo de 2012

Lesiones por imprudencia médica.

Asistencia de un ginecólogo en prácticas MIR a un parto con indicios de sufrimiento fetal con anoxia, actuando por su cuenta, sin avisar al ginecólogo de guardia y con demora, motivando con ello el estado vegetativo persistente del neonato.

La residente es avisada por problemas en el parto a las 23'30 horas, compareciendo rápidamente y apreciando de inmediato un ritmo cardíaco anómalo y según ella misma refiere, esperó 30 minutos retirando la oxitocina al mantenerse el cuadro rompiendo la bolsa de aguas y cambiando de postura a la paciente a las 00'00 horas; ello logró rebajar las pulsaciones del feto pero sin alcanzar en ningún momento la normalidad, detectándose nuevos picos a las 00'30 horas, decidiendo la extracción inmediata del feto al temer que se hubiera perdido el bienestar fetal y estuviera sufriendo anoxia.

Todo esto es reconocido por la acusada, está holgadamente acreditado por todo tipo de pruebas gráficas e informes tanto forenses como de los peritos de las partes, y además, la citada doctora reconoció igualmente que se hizo cargo de la situación sin dar aviso a ninguno de los facultativos del servicio que allí estaban.

Todos los peritos reconocen que una alteración del ritmo cardíaco superior a 7 minutos es indicativa de sufrimiento fetal, exigiendo la actuación inmediata y aceleración del parto; por tanto, resulta injustificable que la médica, a pesar de su escasa experiencia y formación y, sobre todo, a sabiendas que tenía un tutor disponible además de un ginecólogo de urgencia, tomara todas estas decisiones por sí sola sin consultar a nadie. Y así entendemos que la demora en su actuación es constitutiva de una imprudencia grave, pues la doctora sabía que las mediciones eran claramente reveladoras de posible sufrimiento fetal y, sobre todo, que cuanto ella llevaba a cabo en aras de salir de la situación era una y otra vez insuficiente, siendo absolutamente previsible un resultado nefasto

por tardar tanto en actuar correctamente, pues la anoxia que denotaba el monitor, es perfectamente capaz de ocasionar importantes fallos multi-orgánicos o la muerte, sin que tan siquiera sea falta ser ningún especialista para alcanzar una conclusión tan elemental.

Resulta indiscutible que la demora en su actuar y el no haber avisado al tutor y adjunto especialista que se encontraba en el hospital tan pronto se percatara de la gravedad de la situación, constituye sin duda un actuar negligente absolutamente ajeno a la *lex artis*.

Tampoco parece discutible la relación de causalidad entre dicho actuar imprudente y el triste resultado final, y así la tardanza en el actuar fue la causa de la anoxia y determinó la producción del resultado: este apartado lo trata extensamente en la sentencia, pero no lo comentamos pues no está directamente relacionado con el tema de nuestro trabajo. Tampoco podemos atender el recurso que se plantea por la acusación particular contra la actuación de los doctores especialistas que allí se encontraban. El ginecólogo ni conocía la problemática del paciente y el feto durante el parto pues nadie le avisó, ni era el tutor de la médico residente, ni existe en modo alguno nada que permita establecer entre él y lo sucedido la más mínima relación obligacional, pues ni tan siquiera se le puede atribuir cualquier género de omisión, ya que insistimos, no fue avisado en momento alguno.

El tutor no interviene sino hasta 10 minutos antes del nacimiento, cuando por decirlo de una forma gráfica todo lo incorrectamente hecho ya había sucedido, siendo indiscutible que la MIR adoptó todas las decisiones importantes, incluida la extracción rápida del feto. Es decir que en el momento de producirse los síntomas de gravedad y que detectaban la existencia de sufrimiento fetal y posible anoxia, el adjunto se encontraba completamente ajeno a lo que estaba sucediendo, sin que tampoco se le pueda atribuir responsabilidad alguna por omisión por no estar allí presente, como tampoco parece discutible la normativa aplicable admite que una médico residente (MIR 2) pueda llevar a cabo todo el seguimiento de un parto que no presente complicaciones, y así se desprende claramente de la Orden 1.350/2009 del Servicio Andaluz de Salud. Ello es importante pues la MIR 2 está perfectamente facultada para hacerse cargo de un parto que no estuviese calificado de riesgo alguno, como sucedía en autos, y a nuestro entender parece obvio que si como sucedió, el riesgo se presentó ex novo y las consecuencias podían ser de suma gravedad,

debió inmediatamente avisar a su tutor, quien a partir de ese momento tendría que hacerse cargo de la situación por escapar de las facultades, formación y experiencia de la MIR.

Pero, corolario lógico de lo anterior, es que si nadie le da cuenta, difícilmente puede hacerse cargo, sin que en modo alguno se pueda en nuestro derecho penal atribuir una responsabilidad objetiva por la acción ajena sin que medie una imprudencia propia, por lo que su absolución se antoja intachable.

Comentario

Todo el resumen está recogido textualmente de la misma sentencia. Es la sentencia que he encontrado que delimita de una forma más clara las responsabilidades de los residentes y adjuntos o tutores. Y aunque la extralimitación del residente es clara, me ha llamado la atención la brillantez (por la claridad y sencillez) de los argumentos. Hace fácil un tema complejo, sin necesidad de utilizar apenas argumentos o tecnicismos médicos o legales, que con frecuencia confunden más que aclaran.

Comparto en todos sus aspectos la sentencia, que con independencia de la elevada indemnización añade pena de prisión e inhabilitación especial. En los fundamentos de derecho quedan recogidos una gran parte de los argumentos que defendemos en el presente trabajo y que hemos destacado en el resumen: *No avisar al tutor y al especialista ante una situación de potencial gravedad encontrándose ambos disponibles.*

También encuentro acertada la absolución de los especialistas, pues un residente, según su programa de especialidad, está capacitado para asistir a un parto sin complicaciones, como en principio fue valorado. La primera valoración fue realizada por el especialista que no encontró ninguna anomalía y lo clasificó como un parto normal, lo que a mi juicio hace más difícil la defensa del residente y la acusación del especialista, pues si no hubiera sido valorada por el mismo, podría argumentarse que con su mayor experiencia

Podría haber detectado algún signo que pudiera hacer sospechar el desarrollo posterior del parto, y que le podría haber pasado desapercibido al residente.

Extralimitación del MIR con falta de supervisión del tutor, del servicio y del hospital

TSJ Castilla y León, Sentencia 01201/2014, de 6 de junio de 2014

Paciente de 60 años en el momento de los hechos, presentaba como antecedentes médicos una artritis reumatoide de larga evolución, seropositiva y nodular; amiloidosis secundaria a proceso de artritis reumatoide. Hipertensión arterial; anemia mixta, hepatitis crónica por virus C, e insuficiencia renal crónica de larga evolución (estadio IV, grave), que recibía tratamiento sustitutivo de función renal con hemodiálisis periódicamente (lunes, miércoles y viernes).

Tras pérdida accidental del catéter central de diálisis se procede a realizar la inserción del CVC *canalizar vía yugular derecha pero al ser imposible se cambia de lado, varios intentos fallidos. Se canaliza vía yugular izquierda sin incidencias. Se deja pedida Rx de tórax ya que es imposible realizarla en la UCI*. “La intervención se inicia sobre las catorce horas y finaliza una media hora más tarde. Unos 5 minutos después de finalizar, la paciente presenta parada cardiorrespiratoria (asistolia) y tras fracasar las maniobras de RCP fallece. El médico residente realizó la intervención sin la presencia del adjunto de medicina intensiva.

A priori y antes de leer como se pronuncia la sentencia, hago anotaciones en el texto y considero que se dan de forma completa, los argumentos que se utilizan en las sentencias condenatorias, y además con pocos atenuantes. Sorprendentemente tanto al residente como al adjunto no se les atribuye ninguna responsabilidad. Es una paciente grave, con unos antecedentes y una patología graves, y en la que cualquier prueba o intervención supone sin duda, un riesgo elevado.

1. No es lógico, ni razonable que en la intervención no se encuentre un especialista de presencia física, que supervise y pueda prestar apoyo al residente, en caso de cualquier duda o complicación. Con independencia de que el residente esté autorizado y capacitado para realizar la técnica. Pero entiendo que falla el nivel de supervisión que una paciente de semejante gravedad requiere.

2. Esta falta de supervisión se agrava si tenemos en cuenta que, en las unidades de cuidados intensivos, siempre están los adjuntos de presencia física.
3. Era una intervención programada, no urgente, por lo que en ningún caso puede ser atenuante, como ocurre para algunas sentencias una distribución de las cargas de trabajo según la presión asistencial.
4. Se podría alegar que el residente está capacitado para realizar esa técnica, y que el adjunto estaba atendiendo otra urgencia más prioritaria.
5. No es el caso, pues era una operación programada, no urgente, que se podía demorar.
6. Los apartados anteriores se pueden argumentar y rebatir, lo que resulta del todo inexcusable es que, tras ser imposible realizar la técnica y cambiarse de lado, no se avise al adjunto. En la práctica clínica habitual, siempre se recomienda que cuando se realiza una técnica de riesgo y se fracasa, pase a realizarla el miembro con mayor experiencia del equipo.

El mismo consentimiento informado que firma el marido dice expresamente:

“su enfermedad precisa la implantación de un catéter que, en ocasiones, es de gran calibre. Dicha implantación la realizará el Servicio de Medicina Intensiva”.

La técnica consiste en una punción de una vena de gran calibre (subclavia, yugular interna, femoral o basilíca). Esta técnica implica un riesgo por diversas complicaciones derivadas del procedimiento y de la enfermedad del paciente que, aunque poco frecuentes, pueden resultar graves o fatales.

Me deja perplejo que lo que considero el principal argumento probatorio de la mala praxis, no sólo no sea argumentado por la acusación, sino que lo aporte el adjunto en su propia defensa. Incluso el mismo jefe de servicio argumenta en la defensa de los facultativos, lo que he señalado antes (sin haber leído la sentencia en profundidad) como una mala praxis: *“la MIR llevaba ya tiempo suficiente como Residente de tercer año para desarrollar esa técnica dentro de la progresiva asunción de responsabilidades que se efectúan durante su formación. En todo*

caso, siempre está disponible un médico especialista, que en estos casos suele ser el médico de guardia, para intentar efectuar la técnica si no le es posible al residente; como en otras ocasiones, también se procede de esta manera cuando es un especialista el que fracasa en ejecutarla”.

El mismo jefe de servicio reconoce que cuando fracasa el especialista, otro especialista es el que la realiza.

Este caso reúne, a mi juicio, todos los requisitos necesarios de una infracción de la más elemental *lex artis* en el campo de la responsabilidad médica del MIR:

1. El residente se extralimita de forma notable, y con poca defensa, pues si se podría argumentar el primer intento, a pesar de no estar supervisado, es imposible hacerlo tras varios fracasos.
2. Hasta el mismo Jefe de servicio, reconoce que cuando se fracasa, lo intenta otro compañero. Sorprendentemente lo utiliza como argumento para la defensa.
3. El adjunto incumple su deber de supervisión: *“Personalmente no participé ni en la colocación ni en la supervisión de dicha colocación” excusatio non petita acusatio manifesta*, que decían los *jesuitas*. Incumple con su deber de supervisión. En una paciente grave, y en una técnica de riesgo.
4. No puede alegar situación de urgencia, pues no lo era. Ni tampoco que el residente se extralimitó y no le avisó, pues esa situación es valorada por la jurisprudencia en casos en que el residente se extralimita, sin que el especialista tenga la posibilidad de intervenir. No es el caso. En las UVI, por sus características especiales, siempre existen adjuntos de presencia física, y deben supervisar al residente en una actuación de riesgo como ésta.
5. Entiendo que existe también una responsabilidad por parte del hospital, pues esos procedimientos de riesgo deberían estar completamente protocolizados, y explicados, en el plan de formación del residente.
6. Para concluir, existe una desproporción de medios a favor de los médicos, que en ningún caso es contrarrestada por el forense. Pues así como existen casos verdaderamente complejos y muy difíciles de valorar, a mi juicio, en la lectura de-

tallada de los hechos está todo meridianamente claro, sin necesidad de peritajes expertos cuando son los propios facultativos los que, defendiendo lo correcto de su actuación, dan los argumentos de lo contrario.

Infracción de la *lex artis* para poder imputar responsabilidad al MIR

STS 112/2006, Sala de lo Contencioso, de 24 de enero de 2006

Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, por anormal funcionamiento de los servicios públicos, con resultado del fallecimiento de un paciente que fue intervenido por un médico residente. Las intervenciones quirúrgicas fueron realizadas por un médico en formación de cuya circunstancia o hecho no se informó ni al propio paciente ni a sus familiares más allegados y en base a este planteamiento se pone en tela de juicio la capacidad técnica del médico residente que intervino en aquellas operaciones quirúrgicas sin la supervisión, intervención o control del titular del departamento al que aquél estaba adscrito. Se denuncia la vulneración del artículo 4 del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero sobre la obtención de títulos de especialidades médicas y en concreto, las funciones de los médicos residentes.

Al no acreditarse en la instancia por las recurrentes, a través de la correspondiente prueba procesal, la inidoneidad o falta de capacidad técnica del facultativo que realizó las operaciones a las que fue sometido, carece de justificación tal subjetiva argumentación, pues la normativa reguladora de los médicos residentes, al igual que la contenida en la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias no prohibía, ni ahora tampoco, que los médicos residentes puedan realizar, con la asistencia de otros facultativos, las operaciones quirúrgicas programadas por la organización o servicio clínico al que se encuentran adscritos cuando su preparación y experiencia profesional lo permitan, según el jefe médico.

Comentario

El tribunal destaca que no se ha probado que haya una quiebra de la *lex artis*, con la que actuó el médico residente, que sería el hecho determinan-

te para imputar una responsabilidad a la Administración Sanitaria, y no el hecho de que la intervención fuera realizada por un médico residente.

Mi impresión personal es que, probablemente, los argumentos de la parte acusadora pueden ser más precisos y completos, y que la sentencia no profundiza, ni entra en detalles. Dice que no queda acreditada la infracción de la *lex artis*, y que un residente puede realizar una intervención quirúrgica y poco más. Con independencia de que la actuación médica sea adecuada, veo una situación anómala que un paciente sea intervenido sólo por un residente. Y probablemente se puedan alegar otros argumentos como pérdida de oportunidad. También tengo dudas de que la Administración y los médicos no tengan ninguna responsabilidad, en cuanto al deber de supervisión. Tampoco creo que los protocolos de la especialidad, contemplen como una situación recomendable una intervención quirúrgica realizada por un solo residente, con independencia de su capacitación. Lo cierto es que la sentencia obvia por completo todas estas posibilidades o situaciones, que sí son tenidas en cuenta en otras sentencias.

Infracción de la *lex artis* por parte de la administración por falta de tutela o supervisión: inadecuada organización del servicio sanitario

STS 1388/2012, Sala de lo Contencioso, de 28 de marzo de 2012

Se condena a la Administración y además se le imponen las costas por las complicaciones de una intervención quirúrgica realizada por un residente sin que pueda acreditarse su tutela o supervisión.

La práctica de la colecistectomía por una médico residente con escasa experiencia en este tipo de tratamientos, determinó un agravamiento del riesgo inherente a la intervención, como lo es la rotura de la vía biliar. Valorando los elementos probatorios con que cuenta esta Sala, y aplicando las reglas distributivas de la carga de la prueba (contenidas en el art. 215 LEC), lo cierto es que existen indicios opuestos a la intervención del Jefe de Servicio en la primera operación que se efectuó al paciente y en su postoperatorio inmediato, carencia probatoria que debe perjudicar a la demandada (la administración sanitaria), que disponía de los medios necesarios para acreditar ese hecho. Si bien el riesgo de esta complicación y de otras semejantes ha de ser asumido por el paciente, no existe obligación de soportar su incremento por una causa que le es totalmente ajena y sólo depende de la organización del servicio hospitalario.

Hay una infracción de la «lex artis» que se desenvuelve, primero, en la práctica de la operación por una MIR sin suficiente experiencia y sin que conste la tutela del Jefe de Servicio, la que no queda suficientemente acreditada.

Aunque la residente dijo hallarse tutelada, el tutor no firma el informe de alta y el paciente no tiene conciencia de la participación en la operación de otro profesional distinto de aquella, por lo que «en este caso no queda claro que esa tutela efectivamente se haya producido y la parte recurrente pretende defender la suficiente experiencia de la médico residente “ya que estaba terminando su residencia...sin que precisara una especial tutela...”».

El informe pericial señala que: en la lesión del conducto biliar influye la experiencia del cirujano y el seguimiento postoperatorio inmediato. La Sala de instancia al amparo del artículo 215 LEC atribuye a la administración la carga de la prueba en cuanto al hecho de la existencia de la intervención del Jefe de Servicio o profesional que tutelara a la MIR, circunstancias que, desde luego, la administración no ha acreditado en autos.

Comentario

Esta sentencia utiliza el argumento contrario a la anterior y defiende que la intervención por un residente sin supervisión es contraria a la *lex artis*, y además insiste en un dato que considero de gran importancia, cuando existe tutela o supervisión debe quedar constancia de la misma correspondiendo a la Administración su acreditación.

La sentencia coincide con la opinión que vengo defendiendo a lo largo del presente trabajo, como es la necesidad de supervisión del MIR y dejar siempre constancia de la misma. Esta supervisión tiene diversos grados según el año de residencia, y su correspondiente programa formativo y nivel de cumplimiento.

También es cierto que si interpretamos la sentencia en un sentido literal cuando dice que: “...en la lesión del conducto biliar influye la experiencia del cirujano y el seguimiento postoperatorio inmediato. Si bien el riesgo de esta complicación y de otras semejantes ha de ser asumido por el paciente, no existe obligación de soportar su incremento por una causa que le es totalmente ajena, y sólo depende de la organización del servicio hospitalario”.

Se podría interpretar que el residente no puede realizar intervenciones quirúrgicas, lo que en mi opinión no tiene sentido. Se aprende ejerciendo, no existe otra forma de adquirir experiencia. Si leemos en profundidad la sentencia, el conjunto y no la literalidad, destaca que el residente no fue en ningún momento supervisado, o al menos no se ha podido demostrar que así fuera. Intentando hacer una traducción del Derecho a la Medicina, o del campo teórico a la práctica, entiendo que una vez que se produjo la lesión del conducto biliar, complicación posible en este tipo de cirugía, aunque se siga

de forma rigurosa la *lex artis*, si el tutor o adjunto hubieran supervisado la intervención, ayudando al residente finalizando el proceso, y posteriormente siguiendo su evolución, la sentencia no hubiera sido condenatoria, aunque el resultado hubiera sido el mismo.

No se valora si la actuación estrictamente médica del residente fue conforme a la *lex artis* (como hacen otras sentencias), sino que va más allá y considera que se infringe la *lex artis* por parte de la Administración, por falta de una organización adecuada del servicio sanitario en lo referente a la obligada supervisión del médico residente, lo que considera un agravamiento del riesgo inherente en este tipo de intervenciones:

“hay una infracción de la «lex artis» que se desenvuelve, primero, en la práctica de la operación por una MIR sin suficiente experiencia y sin que conste la tutela del Jefe de Servicio.”

Condena al MIR a pesar de solicitar supervisión

AP, Madrid, Resolución 147/2013, de 12 de febrero de 2013

Mujer, de 36 años de edad, sintió un malestar general (con mareos, cefaleas y caída con pérdida de fuerza) lo que hizo que su esposo llamara al 061 para su traslado al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario “Gregorio Marañón” de Madrid, donde éste manifestó a los médicos que la atendieron tanto los síntomas que presentaba como sus antecedentes personales y familiares, entre ellos, el trombo embolismo pulmonar que había sufrido cuatro años antes. El diagnóstico emitido, una vez comprobado que la exploración neurológica era normal, fue de “probable síndrome ansioso depresivo” la remiten a psiquiatría y le recomiendan un seguimiento por parte de su médico de atención primaria. examinada en el Servicio de Urgencias, Especialidad de Psiquiatría, por las médicos residentes de 2º y 4º año, respectivamente, que dando como bueno el diagnóstico realizado el día anterior, decidieron dejar ingresada en observación a la paciente en la Unidad de Psiquiatría, recomendando sujeción geriátrica. Las dos acusadas decidieron, no obstante, consultar con el Médico Adjunto y responsable último. Al día siguiente, el 28 de agosto, la enferma se sintió nuevamente mal (con mareos, cefaleas,

pérdida de fuerza en el lado derecho de su cuerpo e incapacidad para el habla) por lo que acudió en compañía de sus familiares al mismo centro hospitalario donde fue del Servicio de Urgencias de la Unidad de Psiquiatría, el acusado, quien no se cercioró de que la exploración que practicaron los médicos residentes fuera completa y acertada y, a pesar de la consulta por éstas, no examinó personalmente a la paciente, limitándose a indicar que esta última fuera sedada.

Al día siguiente la paciente es explorada por el médico responsable de la unidad de psiquiatría que no detecta tampoco alteraciones neurológicas. Ante el empeoramiento de los síntomas se le realiza un TAC siendo diagnosticada de infarto isquémico de arteria cerebral media izquierda, adoptándose a partir de entonces el tratamiento a esa dolencia de carácter neurológico y no psiquiátrico. La paciente tardaría mucho tiempo en recuperarse y quedaría con graves secuelas.

Los médicos psiquiatras son condenados por un delito de imprudencia grave a inhabilitación y prisión. Los médicos residentes son condenados por un delito de faltas, por imprudencia leve a una multa simbólica.

Comentario

Destacamos algunos apartados de la sentencia que nos parecen de interés: *La R2 requiere la ayuda de su compañera R4, ambas acusadas decidieron previamente consultar telefónicamente con el Médico Adjunto y Jefe del Servicio de Urgencias de la unidad de psiquiatría, y también acusado, “porque el caso era complejo y había dudas”, y necesitaban supervisión del manejo clínico. A tal efecto, le realizaron una sinopsis del informe del día anterior, y aquel no se cercioró que la exploración practicada por los médicos residentes fuera completa y acertada, no examinó personalmente a la paciente, no solicitó el informe del día anterior, limitándose a indicar que fuera sedada y que permaneciera en observación hasta que la inquietud remitiera, recomendando sujeción geriátrica. En contestación a las manifestaciones relativas a la falta en la resolución impugnada de una cita en relación a la normativa de índole administrativa de las Guardias en Hospitales Públicos Universitarios, recordar que no es necesario su examen para considerar acreditada la existencia del delito o falta que examinamos, pero aún así señalaremos que en la regulación del sistema de los médicos residentes, se establece el deber de supervisión y la responsabilidad progresiva del residente*

y que en el Año 2001 (cuando ocurrieron los hechos) se encontraba contemplado en el Real Decreto 127/1984, que regulaba la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista, que en la actualidad se encuentra regulado en el Real Decreto 183/2008 que 8 febrero, lo que se complementa con denominado "Estatuto Mir" que se recogía en su día en la Ley 24/1982, 16 junio, hoy en el Real Decreto 1146/2006, de 6 octubre, en los que se recoge la consulta al médico adjunto o al responsable de la guardia de los citados médicos residentes cuando lo consideren necesario y con mayor relevancia en el Servicio de Urgencias. El médico forense mantiene que no se llevó a cabo una exploración neurológica adecuada en la sintomatología y antecedentes de la paciente, por lo que la praxis en urgencias fue incompleta, y la paciente no llegó a ser explorada por el médico adjunto a pesar de la consulta previa de dos médicos residentes que calificaron el caso del complejo y le avisaron para comentarle el caso particular." Es más, la R4 preguntó si había que derivar a la paciente a medicina interna. Lo que fue desestimado.

Hay que tener en cuenta el sistema implantado en la Sanidad Pública, de Medicina Jerarquizada, el médico interno residente se limita realizar una asistencia sanitaria tutelada, porque así lo recoge el sistema que regula a los médicos residentes a los que ya hemos hecho referencia en el ordinal cuarto, con cita de su normativa. El servicio de guardia, tal y como ya hemos apuntado debe estar regulado en su correspondiente protocolo y se compone de un residente de segundo año, un residente mayor, un médico adjunto y un jefe responsable de la misma.

La doctrina del Tribunal Supremo ha venido entendiendo que el residente se encuentra aún en formación, bajo la dependencia de un jefe de servicio o de un médico titular con el que interviene, y que es éste quien responde por los actos que aquél realiza, al incumplir el deber de vigilancia. Ahora bien, pese a las alegaciones de las recurrentes, entendemos que no por eso están exentos cualquier responsabilidad penal y son condenadas aunque en la forma más leve de nuestro ordenamiento penal, por no haber detectado una alteración neurológica:

1. La paciente el día anterior a ser valorada por los médicos residentes, es valorada por dos unidades médicas distintas: el 061 y las urgencias de un hospital de reconocido prestigio internacional, e informan de una exploración neurológica

normal, y la diagnostican de síndrome depresivo.

2. Al día siguiente vuelve a consultar en el mismo hospital por empeoramiento de los síntomas. La sentencia no dice que es valorada en la unidad de psiquiatría, porque fue diagnosticada por médicos altamente cualificados de urgencias de esa patología el día anterior, y que descartaron patología neurológica.
3. Las residentes de Psiquiatría realizan dos actuaciones médicas, a mi juicio no ya siguiendo la *lex artis*, sino llevando hasta el límite máximo el deber de cuidado, como son:
 - a) Deciden por sí mismas el ingreso de la enferma.
 - b) Consultan con el médico responsable o tutor.
 - c) Quien a diferencia de las residentes no explora a la paciente.
4. Con esta actuación médica, y como defiendo a lo largo de este trabajo y coincide la mayor parte de la jurisprudencia, el médico residente queda exento de responsabilidad, pues difícilmente se le puede exigir más.

Afortunadamente son minoritarias sentencias en este sentido. No quisiera caer en el corporativismo mal entendido, pero pronunciamientos así nos llevan a los médicos a pensar que, aunque siempre se diga desde el Derecho que la responsabilidad en la Medicina no sea por resultados sino por medios; con frecuencia es al contrario, y si el resultado no era el previsible, es obligado buscar un culpable, un responsable. Creo que es una idea muy extendida en la población general, no ya en la medicina. Cuando el resultado no es el esperado, siempre buscamos un culpable. Este sería ya un debate complejo, pero que los profesionales de la sanidad lo vivimos a diario, no ya en cuanto a la responsabilidad en los casos más graves, sino en nuestro ejercicio diario, el paciente cree que tiene derecho a curarse y su nivel de exigencia no se ajusta al gran desarrollo que afortunadamente tenemos en nuestra sanidad, sino que pide más, hasta lo imposible y cree que tiene derecho a ello.

5. El hecho de que las residentes sean condenadas aunque sólo por imprudencia leve, no está justificado.
6. La sentencia no distingue el diferente nivel de formación de las residentes, una es R2 y otra R4. La responsabilidad progresiva del residente, es un concepto fundamental en la

actual legislación y en el programa de formación de los residentes. Y si el residente de mayor responsabilidad actúa de forma adecuada, el residente menor se extralimita pero en su buen hacer, pues primero le consulta al residente mayor, y éste a su tutor. Es imposible a mi juicio hacerlo mejor.

7. Sorprendentemente la sentencia hace referencia en este principio de la responsabilidad progresiva del residente y cita la normativa pertinente. No quisiera ser irrespetuoso, pero da la impresión que hace un corta y pega para un apartado concreto de la reclamación, pero que en absoluto hace un mínimo análisis o comentario en cuanto al asunto que nos ocupa, que es el de la condena del residente, que difícilmente se hubiera producido de un análisis mínimamente riguroso del significado de dicho contenido y su traducción a la práctica clínica.
8. El forense subraya lo que venimos destacando en esta sentencia de la buena actuación de los residentes:
 - su consulta previa;
 - calificación del caso como complejo;
 - incluso le sugieren al tutor, si habría que derivar a la paciente a medicina interna, lo que fue desestimado.
9. La sentencia recoge de forma correcta la doctrina del supremo en cuanto a la responsabilidad del residente. Pero sorprendentemente no la aplica. Da la impresión de que un celador que hubiera llevado la camilla de la enferma, hubiera sido también condenado, por si acaso.

Ejercicio de la Medicina y Bioética

AP Las Palmas, Sentencia Rec. 28/1998, de 24 de octubre de 1998

Condena al residente por no atender la valoración y recomendación de un médico de urgencias y por no consultar esa decisión. Extralimitación grave.

Acude al Servicio de urgencias del Hospital paciente de 41 años de edad y con antecedentes de hipertensión desde hacía 20 años, por

sufrir cuadro de cefalea de carácter pulsátil, dolor que comenzó de forma brusca y acompañado de vómitos, sin fiebre, ni dolor torácico. Se le diagnostica hipertensión, normalizándose la tensión arterial con el tratamiento que se le administra en ese momento, dándosele de alta con destino a su domicilio a las 14'00 h del mismo día, indicándosele que fuera controlada por el médico de cabecera y por el cardiólogo de zona, así como que en caso de empeorar acudiera de nuevo al centro médico. Dos días después vuelve a consultar en el mismo hospital por presentar hipertensión arterial más elevada y cefalea más intensa presentando además parálisis facial izquierda y paresia en miembros superior e inferior izquierdos, estado confusional y focalidad neurológica.

El médico de urgencias que la recibe aconseja ingreso hospitalario y TAC cerebral, por considerar grave su estado. En tanto que el médico residente le diagnostica hipertensión arterial rebelde y dispone que acuda a consulta externa de medicina interna para estudio, calificando la situación de «urgencia no hospitalaria» dándosele el alta a la enferma el mismo día, todo ello previa consulta y consentimiento de otro médico residente.

Al día siguiente es trasladada al servicio de urgencias del Hospital, donde al no remitir la cefalea se le realiza un TAC craneal, observándose hemorragia en región temporo parietal derecha, con deterioro de forma brusca del nivel de conciencia, quedando en coma, falleciendo horas después, siendo la causa de la muerte una hemorragia cerebral debido a rotura de un aneurisma cerebral, producida en el curso de una crisis hipertensiva.

La enferma fue asistida por el médico que la recibe en el servicio de urgencias del hospital, médico que, al margen de que hubiera superado o no las pruebas del denominado MIR, prestaba servicio desde hacía años en urgencias, el cual al detectar el cuadro que presentaba dicha enferma hipertensión arterial, con antecedentes de hipertensión, cefalea o dolor de cabeza que se le presentó súbitamente, acompañado de vómitos, tras estabilizarla, calificó de grave su estado y aconseja ingreso hospitalario y realización de un escáner de cabeza.

Los médicos residentes, ambos en los inicios de la etapa de especialización, hacen caso omiso de la recomendación del médico de puerta cuya misión se limita a efectuar un diagnóstico inicial y estabilizar al enfermo, y sin consultar con el Jefe del Servicio de medicina interna ni con el neurólogo, actúan de la manera descrita, producién-

dose luego los episodios narrados en los «hechos probados», con el resultado del fallecimiento de la enferma precisamente por lesiones cerebrales; esto es, localizadas en la zona del cuerpo señalada por el médico que la recibió, experimentado en ver y observar a los pacientes que acuden a urgencias con la adquisición de los conocimientos y el «ojo clínico» que tal tarea médica, variada y reiterada, genera. La paciente falleció como consecuencia de una lesión cerebral; esto es, lo ya detectado por el médico de urgencias, calificando de grave su estado. Por consiguiente, existe una evidente relación entre lo diagnosticado en un primer momento por el médico que recibió a la enferma en urgencias, y el fallecimiento. En consecuencia, la conducta de los acusados es destacadamente negligente, imprudente.

Comentario

En la primera sentencia destacábamos que no se tiene en cuenta el diagnóstico y valoración previa de otro médico. Fue una observación y comentario personal, pues la sentencia no hacía referencia a ello. Aquí por desgracia se repite la misma situación pero de una forma más lamentable y además es determinante para la condena de los residentes. En este caso, sí se valora y es determinante en la sentencia el hecho de ser vista previamente la enferma por otro médico.

Es relativamente frecuente en las sentencias que he revisado, que haya una valoración previa por algún otro médico (normalmente de fuera del hospital), que no es tomada en cuenta y que de haberse hecho, podría haber cambiado el pronóstico y la evolución. A los especialistas hospitalarios, nos cuesta pensar que pueda existir vida inteligente fuera del hospital. No se trata de saber más para ser mejor, sino de saber más, para ser más que el otro. Creo sinceramente que éste es uno de los déficits más importantes que tenemos en nuestra profesión y que debería existir una disciplina reglada en nuestra licenciatura, donde éste apartado ocupara un lugar preferente.

La Bioética considera que los principales fines de la sanidad son: prevenir la enfermedad, curar lo que pueda ser curado, cuidar cuando no sea posible curar, y ayudar a morir en paz. Los profesionales obtenemos bienes externos como dinero, prestigio, poder... Cuando esos bienes externos constituyen nuestro objetivo principal por encima de los internos, como la vocación y la situación de vulnerabilidad

de las personas enfermas, muchos expertos en Bioética defienden al sustituir estos bienes internos por los externos se está abandonando en cierta forma la raíz, el sentido esencial de nuestra profesión.

Fallece una mujer de apenas 40 años qué:

- Fue asistida por un médico experimentado que prestaba servicio desde hacía años en urgencias del hospital.
- Aconseja ingreso hospitalario y TAC cerebral, por considerar grave su estado. Los médicos de urgencias del hospital, hacen la primera atención del enfermo, y si consideran que debe ser ingresado o valorado por otro especialista, lo consultan o derivan, pues su función es sólo de urgencias y no hacen ingresos.
- Los médicos residentes (MIR), ambos en los inicios de la etapa de especialización, hacen caso omiso de la recomendación del médico de puerta, le dan de alta a la paciente y fallece al día siguiente (a diferencia del médico de urgencias, no tienen experiencia apenas).
- Son condenados los MIR: *“la conducta de los acusados es destacadamente negligente, imprudente”*.

Absolución del residente a pesar de no consultar

AP Madrid 325/2008 de 23 de abril de 2008

Paciente de 39 años de edad, acudió acompañado por familiares al Servicio de Urgencias del Hospital, relatando que padecía un dolor en la zona del pecho y en los miembros superiores. Tras ser atendido por un facultativo, que ordenó realizar un electrocardiograma, se le clasificó como tipo 0 y pasó a ser atendido por el acusado, médico residente de 2º año de Medicina de Familia; exploró al paciente, observó el electrocardiograma y le preguntó acerca de su estado actual y su historia. En cuanto al dolor, lo describió como: *de cinco días de evolución, tipo pinchazo episódico, en relación con esfuerzo moderado, y que durante esa noche cambió en intensidad, siendo de tipo pinchazo irradiado a ambos miembros superiores, cuello y región dorsal, iniciado estando en la cama*. Las pruebas realizadas de EEG, analítica, y Rx fueron normales. Se le diagnosticó de dolor torácico de origen músculo esquelético, prescribiéndole Ibuprofeno (analgésico y antiinflamatorio), Orfidal (Lorazepan), como relajante muscular, dándole el alta a las 13'30 horas con la advertencia de que si empeoraba debía volver a Urgencias y al día siguiente debía ir a su médico de cabecera. Cuando llegó a casa, pidió algo de comida, una sopa, tras lo que se sintió mal y vomitó, por lo que se fue a la cama, quedándose dormido. Sobre las 19'00 horas, sus familiares le encontraron muy mal, por lo que se llamaron a los servicios de Urgencias SUMMA, los cuales enviaron una ambulancia, que llegó unos cuarenta minutos más tarde, encontrando al paciente fallecido.

De acuerdo con reiterada doctrina jurisprudencial (St. Del T.S. de 3 de octubre de 1997 y 6 de julio de 2006, entre otras muchas):

- a) no cabe incriminar como delito el simple error científico o diagnóstico equivocado, salvo cuando cualitativa o cuantitativamente resulte de extremada gravedad;
- b) tampoco el carecer el facultativo de una pericia extraordinaria o de cualificada especialización;
- c) siempre es preciso analizar puntualmente las circunstancias concurrentes en el caso de que se trate.

Todos los peritos que han declarado, especialistas en cardiología o medicina interna, han elaborado sus informes conociendo que el paciente, falleció por un infarto agudo de miocardio pero también prácticamente todos ellos han concluido que el resultado de las pruebas que le fueron practicadas, la valoración conjunta de todas ellas a éste no sugerían de forma indiscutible que se tratara de un problema isquémico. No puede por tanto concluirse que la actuación profesional del acusado fuera imprudente, dejada o descuidada al analizar las pruebas y diagnosticar al paciente, debiendo tener presente que solo pueden tener relevancia penal aquellos errores diagnósticos evidentes por su magnitud, y en este caso, no puede decirse que fuera así valorando todas las pruebas que se practicaron en el acto del juicio.

Comentario

Entiendo que hay responsabilidad penal del residente y responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Existe una notable desproporción de medios, que hemos comentado en otras sentencias, pues en ningún momento se alega que ante un cuadro sugere de infarto (para cualquier médico con unos conocimientos básicos), pueda ser dado de alta por un residente sin supervisión, por lo que también existe responsabilidad del hospital que una patología de frecuente consulta y potencial gravedad como es un dolor en el pecho que se irradia, no tenga un protocolo de obligado cumplimiento en urgencias del hospital, es uno de los protocolos más básicos y principales que existen en las unidades de urgencias.

Los peritos de la acusación no mienten, pero dicen una verdad a medias, fácil de rebatir, *las pruebas no sugerían de forma indiscutible la presencia de un infarto.*

- ¿Con esas pruebas se podía descartar un infarto?,
- ¿Estaba indicada el alta del paciente?,
- ¿Es adecuado a la buena práctica clínica que el residente diera de alta al enfermo, sin consultar al adjunto?

Hay casos verdaderamente complejos de peritar y de decidir si hay o no responsabilidad, pero llama la atención otros realmente simples, donde el juez no se asesora correctamente, ni los afectados tampoco.

Pienso que existe doble responsabilidad:

1. Del residente por no consultar en un cuadro clínico potencialmente grave.
2. Por parte de la Administración, por falta de una organización adecuada del servicio sanitario en lo referente a la obligada supervisión del médico residente como decía el Tribunal Supremo en la sentencia sexta.

Ausencia de responsabilidad

TSJAND. Nº Rec 934/2001, de 21 de octubre de 2002

La finalidad del MIR no es la prestación del servicio sanitario.

Esta diferencia de trato es objetiva, razonable y encuentra su justificación en la finalidad de la reubicación -garantizar la estabilidad de los que han desempeñado la actividad profesional ocupando un puesto en el Servicio Sanitario-, y el período de formación M.I.R., aunque se desarrolle bajo un vínculo laboral y remunerado, no puede tener la consideración de servicios prestados a dichos efectos de estabilidad, por cuanto mientras el personal temporal desarrolla una actividad profesional médica con dedicación exclusiva, ocupando una plaza en el organigrama sanitario de la que ha de ser cesado para poder tener la condición de reubicable, los servicios prestados en el período M.I.R. no tienen ese carácter, porque además de estar supervisados y siendo limitada su responsabilidad, están encaminados o tienen por finalidad no la prestación del servicio sanitario, sino adquirir la formación especializada pertinente para obtener el título, y habilitarte para el ejercicio de determinada especialidad en la categoría correspondiente, cuando se acceda a ella bien mediante bolsas de contratación y con carácter temporal, o bien a través de los concursos u oposiciones que se convoquen conforme a las correspondientes Ofertas de Empleo Público.

Comentario

Es motivo frecuente de litigio la evaluación de la formación MIR en las bolsas de trabajo, oposiciones... aunque si se coge en su literalidad (como he visto en algún artículo), puede conducir a error en cuanto

a la responsabilidad asistencial del MIR. La sentencia se refiere exclusivamente a como se han de valorar como mérito los servicios prestados, el tiempo trabajado durante los años de residencia. En ningún caso se puede concluir en la ausencia de responsabilidad del MIR.

Absolución de un residente condenado en primera instancia. Aplicación del régimen jurídico del MIR a pesar de no ser invocado por ninguna de las partes

AP la Rioja, Resolución 61/2004, 27/02/2004

Se realiza una intervención quirúrgica de urgencia, en la que participaron un facultativo especialista, un médico residente de 5º año, y un ATS instrumentista. Son condenados los tres por negligencia.

“La evolución del posoperatorio y la recuperación del paciente fue satisfactoria, sin embargo, en su interior y debido a la no realización de una correcta inspección de la cavidad abdominal por parte de los cirujanos intervinientes, así como debido igualmente a que por la ATS instrumentista no se llevó a cabo el debido control del instrumental empleado en la intervención, se habían quedado unas “pinzas de Hocher” de 15 cm de longitud, que estaban sujetando el borde superior del peritoneo parietal, lo que supuso un agravamiento en la situación del enfermo, reintervención, prolongación de su estancia hospitalaria”.

Se dictó sentencia por el Juzgado de lo Penal: *“Que debo condenar y condeno a los tres participantes como autores de un delito de lesiones por imprudencia del art. 152.1 1º y 2º del CP, sin que concurren circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, procediendo la imposición de la pena de siete arrestos de fin de semana a cada acusado e inhabilitación para el desempeño del cargo de cirujano por un año al cirujano, al médico residente, y al ATS instrumentista a con imposición de las costas, incluidas las de la acusación particular, debiendo indemnizar conjunta y solidariamente a los familiares”.*

La apelación presentada por los dos cirujanos acusados, en su motivación del recurso, llega a dudar del hecho determinante de la

acusación (la presencia de un cuerpo extraño en la cavidad abdominal del paciente) para terminar derivando toda la responsabilidad sobre lo acontecido hacia la otra acusada, la ATS instrumentista.

En el fundamento segundo de la sentencia recurrida se afirma que: *la responsabilidad del cirujano y la carga en la ATS. En sentido contrario, el estos acusados han presentado versiones de los hechos diferentes, por un lado, los dos cirujanos y por el otro la ATS instrumentista; cada una de estas versiones es corroborada por sendos informes periciales. Al analizar estas pruebas, la sentencia expone que el perito A excluye perito B excluye la responsabilidad de ésta y la imputa a los cirujanos. Un tercer informe pericial excluye ambas responsabilidades, en tanto que el dictamen del médico forense imputa a todos ellos.*

La sentencia de primera instancia, al valorar estos informes, termina por integrarlos en su fundamentación, asumiendo finalmente la tesis defendida por los médicos forenses que de modo contundente han venido a afirmar que el olvido de un instrumento quirúrgico en el abdomen del paciente es un descuido burdo, evitable simplemente siguiendo unas normas básicas de actuación o protocolo como son la inspección de una cavidad abdominal antes del cierre y el recuento del instrumental empleado. En cuanto a la tesis médica que ha venido a exculpar a los tres acusados (tanto cirujanos como ATS) lo cierto es que el planteamiento del que parte, fundado en la gravedad y urgencia vital de la operación, en circunstancias de riesgo mortal para el paciente, ha sido correctamente salvado en la sentencia de primera instancia, al ubicar el descuido u olvido del material justo en el momento final de la operación, cuando esta situación de urgencia vital se encuentra más atenuada.

En segunda instancia se anula la condena del médico residente y se mantiene la del cirujano y el instrumentista.

“Con relación a la conducta exigible a cada profesional, debe analizarse individualizadamente la responsabilidad del médico residente. Efectivamente, se trata de un profesional de quinto año, pero en periodo de formación que debe actuar bajo la supervisión y tutela de un especialista, como así sucedió en el presente caso. Precisamente, aun cuando el facultativo en formación tiene su ámbito de formación, y efectivamente podría incurrir en negligencia

profesional con respecto a los deberes que lo son exigibles, lo cierto es que, calificada como leve la falta de diligencia imputada, ha de considerarse que si su función es supervisada o tutelada, lo es precisamente puede ser para evitar situaciones como la presente, recayendo la responsabilidad sobre lo acontecido, en relación con la intervención quirúrgica, en el médico especialista que participó en la operación. En consecuencia, procede absolver al recurrente, médico interno residente”

Comentario

Es de las sentencias que más me han sorprendido por el análisis a mi juicio tan brillante y avanzado a su tiempo (es una sentencia del 2004). No se había regulado de forma relativamente objetiva la responsabilidad tutelada en el RD 183/ 2008, que supone sin duda un avance en la materia. El magistrado demuestra un conocimiento profundo del sistema de residencia, que ninguno de los acusados incluido el MIR son capaces de diferenciar o delimitar. El abogado del cirujano y el residente, es el mismo y utiliza los mismos argumentos para ambos. En ningún momento diferencia o individualiza la responsabilidad de cada uno. El jefe de servicio realiza un informe avalando la actuación médica en el que tampoco diferencia las responsabilidades. De las muchas sentencias analizadas es una de las que de una forma más clara y bien argumentada delimita y define la responsabilidad del residente. Creo que deberían conocerla los facultativos, MIR, jefes de servicio, comisiones de docencia, y la propia administración de todos los centros sanitarios.

Con relación a la responsabilidad del cirujano especialista y a diferencia del residente la sentencia dice que: *la concurrencia de otras responsabilidades o de agentes que contribuyan a la producción del daño no anulan su culpabilidad.*

Es destacable que existiendo cuatro informes periciales distintos ninguno coincida con el criterio del magistrado que a mi juicio es el correcto.

En apenas unas líneas hace una síntesis de lo que constituyen en la actualidad los fundamentos y aspectos principales de la difícil y compleja situación legal de los MIR con su doble naturaleza asistencial y docente. En la actualidad 18 años después y a pesar de existir

una regulación relativamente objetiva que ha supuesto un avance y un esfuerzo clarificador para delimitar funciones y responsabilidades; muchas sentencias no la aplican.

- En primera instancia aplica sin más el Código Penal
- Y dice de forma rotunda que no concurren circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal.

En segunda instancia no solamente se modifica la sentencia, sino que da un giro de 180 grados e introduce conceptos muy avanzados en ese momento y que constituyen en la actualidad el armazón y una parte fundamental en el análisis de la responsabilidad MIR:

- El deber de analizar individualmente la conducta del médico residente. Lo que no hace la sentencia anterior, cuatro peritajes distintos, el jefe de servicio e incluso el propio residente.
- La obligación de actuar bajo la supervisión y tutela de un médico especialista
- Si su trabajo es supervisado y tutelado, lo excluye de responsabilidad y la desplaza al facultativo.
- A pesar de ser un residente de último año, en el que hasta la misma normativa reconoce que prima más la función asistencial que docente.
- No sólo excluye la responsabilidad del residente, si no que va un paso más allá y la argumenta teóricamente concluyendo que esa ausencia de responsabilidad es precisamente la consecuencia de que su función sea tutelada y supervisada.

Aplicación del Derecho Penal en lugar de la normativa específica del MIR

AP Toledo recurso 69/2014, de 30/06/2014

Se recurre en apelación, sobre la base de un error en la aplicación del derecho, pretendiendo la condena de un residente que había sido absuelto en primera instancia.

“Se considera probado que X llevó a su hijo de 13 años de edad, al Hospital, debido a que este último sufrió una contusión en el dedo pulgar de su mano izquierda durante el desarrollo de un partido de fútbol en el que el mismo participaba, lo que le provocó un intenso dolor en la referida mano. Una vez que accedieron a la consulta médica fueron atendidos por el médico residente, el cual procedió a explorar al menor y contactó con otra doctora, quien solicitó del servicio de radiología la práctica de dos proyecciones de la mano afectada, con la finalidad de conseguir un diagnóstico adecuado de la patología que padecía el lesionado. Posteriormente, y con la finalidad de obtener un diagnóstico preciso, dispuso que se realizara otra adicional. Tras ser sometido el menor a aquellas radiografías, sus resultados fueron facilitados a los médicos. Las imágenes fueron nítidas y en las mismas se evidenciaba, para una persona especializada en la ciencia médica, la existencia de una fractura de la base del primer metacarpiano de la mano izquierda (dedo pulgar)”. En el informe de alta firmado por los dos doctores como diagnóstico, se especifica: “Artritis postraumática del 1º dedo mano izquierda. Radiología: no se aprecian fracturas óseas ni otras alteraciones radiológicas”

Durante esas fechas el primer médico que lo atendió desarrollaba su trabajo como interno residente de familia, su primer año de prácticas. En el momento de la consulta llevaba un total de 15 días rotando en el servicio de traumatología del Hospital. La doctora también tenía la condición de médico interno residente, aunque de quinto año, razón por la cual asumía la condición de médico adjunto en relación con los servicios médicos que prestaba el residente de familia, de forma que supervisaba las funciones y actuaciones médicas que el ejecutaba este último, siendo su especialidad la de cirugía ortopédica y traumatología

Ante la mala evolución de la lesión la familia consultó con un traumatólogo privado, quien comprobó que había sufrido, inicialmente, una fractura de la base del primer metacarpiano de la mano izquierda (dedo pulgar) y que, como consecuencia de que el tratamiento acordado inicialmente no fue el correcto, el hueso de su mano había sufrido una consolidación viciosa (incorrecta), lo que limitaba la movilidad del dedo afectado. El traumatólogo, ante el diagnóstico apreciado, consideró que el tratamiento más adecuado a la patología detectada era una rápida intervención quirúrgica (osteotomía correctora), consistente en una resección de la porción del hueso consolidada anormalmente y ulterior fijación de material de osteosíntesis (dos agujas de Kirschner).

Se denuncia una falta de aplicación del art. 621,3 del Código Penal a la conducta desarrollada por el residente de primer año, lo que, al tratarse de un motivo basado en un error en la aplicación del derecho, en este caso por falta de aplicación: *los que por imprudencia leve causaran lesión constitutiva de delito serán castigados con pena de multa*. Lo que se produjo en el caso que ahora se resuelve fue un error de diagnóstico ya que a pesar de contar con radiografías que mostraban con nitidez, según los hechos probados de la sentencia, la zona lesionada ni el residente de primer año ni tampoco la médico residente bajo cuya tutela realizó su actuación, que ha sido condenada por estos mismos hechos, se percataron de que la lesión que sufría no era una artritis sino una fractura. En este punto hemos de hacer propia la doctrina jurisprudencial que la sentencia cita y según la cual el error de diagnóstico solo implica la existencia de una infracción penal cuando es de tal nivel o grado que resultaba visible para cualquier personada versada en la ciencia médica. "En el caso concreto de la culpa médica se ha reconocido que no la constituye un mero error científico o de diagnóstico, salvo cuando constituyen un error cuantitativo o cualitativamente de extrema gravedad, ni cuando no se poseen unos conocimientos de extraordinaria y muy cualificada especialización, y para evaluarla se encarece señaladamente que se tengan en consideración las circunstancias de cada caso concreto, con lo que se determinan grandes dificultades porque la ciencia médica no es una ciencia de exactitudes matemáticas y los conocimientos diagnósticos y de remedios están sometidos a cambios constantes determinados en gran medida por los avances científicos en la materia. La práctica de las actividades sanitarias por los facultativos y técnicos correspondientes, exige una cuidadosa

atención a la *lex artis* en la que, sin embargo, no se pueden sentar reglas preventivas absolutas dado el constante avance de la ciencia, la variedad de tratamientos al alcance del profesional y el diverso factor humano sobre el que actúa, que obliga a métodos y atenciones diferentes. Y que la responsabilidad médica o de los técnicos sanitarios procederá cuando en el tratamiento efectuado al paciente se incida en conductas descuidadas de las que resulte un proceder irreflexivo, la falta de adopción de cautelas de generalizado uso o la ausencia de pruebas, investigaciones o verificaciones precisas como imprescindibles para seguir el curso en el estado del paciente, aunque entonces el reproche de culpabilidad viene dado en estos casos no tanto por el error, si lo hubiere, sino por la dejación, el abandono, la negligencia y el descuido de la atención que aquél requiere.

Desde esta perspectiva, y tomando como base los hechos declarados probados, se ha de confirmar el acierto del Juez a quo al absolver al residente puesto que en él no se dan las notas de imprevisión que se precisan para el delito o la falta de lesiones imprudentes. El hecho de que sea un profesional de la medicina, como se afirma en el recurso con el fin de establecer sobre ese dato el reproche penal, no comporta sino que debía adoptar las precauciones necesarias y en este caso consultó el estado de la mano del menor con la residente de quinto año y fue conjuntamente con ella, está ya en fase final de la realización de las prácticas de la especialidad de cirugía ortopédica y traumatología, que ordena la realización de las radiografías, y es con ella con las que las examina; incluso pidió la realización de un segundo estudio radiológico y, de nuevo, es con la médico residente de quinto año con la que, una vez examinadas las radiografías con la que estableció el diagnóstico. Por tanto en su actuar no cabe reprocharle una falta de diligencia que pueda tener encaje en el Código Penal. A ello podemos añadir, siempre en relación con el denunciado absuelto, que el diagnóstico fue de artritis traumática, lo cual forzosamente, aunque no lo diga la sentencia de modo expreso, supone inflamación de la zona afectada lo que en muchas ocasiones dificulta en gran medida el que mediante una prueba de radiología pueda apreciarse con total nitidez una línea de fractura no siendo infrecuente el que se produzca alguna confusión, sin duda de ahí la prevención de acudir al pediatra tras el periodo de siete días de inmovilización. En definitiva, el motivo se desestima.

Comentario

La sentencia estudia y delimita responsabilidades con rigurosidad pero desde el Derecho Penal: *“en su actuar no cabe reprocharle una falta de diligencia que pueda tener encaje en el Código Penal”*.

Llama la atención que en ningún momento hace referencia a la normativa específica de los residentes siendo una sentencia reciente. Condena de forma leve al residente mayor y absuelve al menor cuando aplicando la normativa estaría exento de responsabilidad, la cual quedaría desplazada desde el mismo momento en que consulta. De la lectura detallada de la sentencia, se saca la conclusión que el magistrado lo utiliza como un atenuante el hecho de haber solicitado supervisión y no como un excluyente. Le aplica el Derecho Penal, la *lex artis*.

Antes del RD 183/2008 la capacidad de emitir altas era un tema motivo de controversia, incluso con sentencias divergentes. No existía ninguna normativa que de forma clara o expresa prohibiera o autorizara al MIR a realizar altas médicas. El RD 183/2008 ha cubierto el vacío legal existente y proporcionado una mayor seguridad jurídica, al MIR, al especialista, y a la institución.

Los residentes de primer año están sujetos a una supervisión de presencia física, no pueden emitir altas. Sólo pueden asistir u observar los actos realizados por el tutor o los distintos facultativos: *“los especialistas visarán por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades, asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año”*.

Los residentes mayores sí pueden realizar actos médicos si están capacitados para ello y responden en su totalidad por el mismo. El residente será responsable directo de la mala praxis de los actos médicos que realice respecto a los cuales se le haya reconocido autonomía según el año de residencia que curse.

Difícilmente podrá ser responsable un residente de primer año de un acto médico, cuando no está autorizado a realizarlo de forma autónoma. A no ser lógicamente que se haya extralimitado y lo haya realizado sin conocimiento de tutores o especialistas.

El residente, como cualquier profesional, debe conocer sus limitaciones y funciones según su año de residencia, y actuar de acuerdo a ellas.

Esta sentencia confirma uno de los motivos que nos llevó a iniciar este trabajo, la ausencia de una jurisprudencia consolidada en la responsabilidad del médico residente. Vimos en la sentencia anterior cómo a pesar de ser previa a la normativa actual, excluye de forma directa al residente sin entrar en ningún tipo de razonamiento jurídico, simplemente por el hecho de serlo y de estar realizando un acto médico con el especialista. A pesar de ser un residente ya en su último año desplaza la responsabilidad al adjunto. El magistrado se anticipa a la normativa futura; y sin embargo cuando esa normativa lleva ya varios años vigentes otros magistrados no hacen referencia a ella y aplican el Derecho Penal.

Absolución del MIR condenado en primera instancia

AP Huelva. Sentencia 44/2000 de 26/01/2000

Paciente de 25 años de edad que sufrió una torcedura de tobillo izquierdo, que fue evaluada, ese mismo día, como esguince grave de tobillo izquierdo y acude como le fue prescrito al traumatólogo a la semana. Remite al paciente al Servicio de cirugía vascular del hospital general a fin de descartar la posible tromboflebitis antes de continuar con el tratamiento del esguince que requiere inmovilización, contraindicada con el propio tratamiento de la tromboflebitis. Se indica el carácter urgente de la consulta. En urgencias es examinado por el MIR de guardia que descarta la tromboflebitis pero consulta con el cirujano y con el médico de familia, quienes descartan la tromboflebitis sin consultar al cirujano vascular y sin realizar otras exploraciones complementarias.

Informe clínico: "Acude derivado por traumatólogo de zona por sospecha de TVP. Paciente de 25 años, sin factores vasculares de riesgo que tras traumatismo maleolar e inmovilización con yeso presenta 24 horas después dolor en gemelos". Recogiendo los datos arrojados por la exploración: "No empastamiento, ni edema, discreto dolor a palpación pantorrilla. Hoffman negativo. No cordón venoso ni circulación colateral. Buena perfusión periférica". Como juicio clínico se emite el siguiente: "Dolor de miembro inferior izquierdo de características musculares" El tratamiento aplicado consiste en "Vendaje miembro inferior izquierdo desde rodilla a raíz dedos". Le son prescritos analgésicos, inmovilización con pierna en alto y control por traumatólogo de zona, indicando la no necesidad de continuar con la medicación de prevención de la tromboflebitis"

Varios días después sufre un dolor centro torácico brusco opresivo con cuadro sincopal. Ingresa en UCI y con el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar masivo falleciendo 48 horas después.

Comentario

Como comprobamos en otras sentencias no se valora, ni es tenida en cuenta la opinión de un especialista en traumatología que si peca de algo es de ser previsor y riguroso. No se le realiza ninguna prueba

al paciente para poder confirmar o descartar la sospecha clínica, con lo cual las posibilidades de defensa son prácticamente inexistentes. La sentencia exime de responsabilidad al residente y condena sólo al cirujano.

De tal infracción penal es autor tan solo el cirujano, como responsable del servicio en el momento de la asistencia, con el que consultó el médico interno residente de Guardia, al que tenía "tutorizado"; éste vió así confirmada su impresión clínica por el facultativo al que debía consultar, conforme protocolo de actuación en el hospital. A partir de entonces declina toda responsabilidad, pues no se comprende de otra forma esta necesaria consulta, si no fuera para despejar las dudas e inseguridades que se le puedan presentar como médico aun en periodo de formación, trascendiendo por lo mismo de lo puramente administrativo, naturaleza de la relación que se alega por el interesado.

Recoge la sentencia conceptos que después se verán reflejados en la normativa como:

- Tutorización.
- Responsable del servicio en el momento de la asistencia.
- Protocolos de actuación del hospital.
- Consultar.

Es una sentencia que destaca por la simplicidad y precisión con la que resuelve una materia compleja en muchas ocasiones. Fácil de leer y entender sin ser necesarios conocimientos muy especializados. Son relativamente frecuentes las sentencias que requieren de repetidas lecturas y consultas para poder interpretarlas. En apenas 6-7 renglones hace referencia a conceptos que en la actualidad constituyen una parte importante de la normativa específica para valorar y delimitar la responsabilidad del residente. Es una sentencia provincial y del año 2000; cuando existen sentencias recientes de tribunales de mayor jerarquía, incluido el supremo que no valoran o al menos no lo hacen con rigurosidad en sus sentencias estas interrelaciones y sus correspondientes responsabilidades: residente, tutor, responsable de la asistencia, institución hospitalaria. Interrelaciones con frecuencia complejas y difíciles de individualizar, pero que son imprescindibles de valorar y analizar cuando se pretende delimitar la responsabilidad del MIR.

Autonomía en la guardia

Mediación de los Colegios de Médicos

STS 1277/2006, de 5 de diciembre de 2006

Se demanda a un médico residente y a un médico de familia por la atención prestada a una paciente en urgencias que con posterioridad fallecería en su domicilio

“Analizando la actuación de la médico interno residente, que atendió en el Servicio de Urgencias del Hospital a la paciente, se examinan y analizan pormenorizadamente su titulación y capacitación profesional, entendiendo que prestó una atención cuidadosa y detallada a la paciente, interrogándola sobre sus antecedentes personales y sintomatología reciente. Exploró de forma minuciosa y metódica a la paciente, y la sometió a diversas pruebas médicas detallando su tono cutáneo, hidratación, estado de las vías respiratorias, auscultación precisa de tono cardíaco, palpación de abdomen, procediendo acto seguido a la toma de temperatura, de tensión, realización de radiografías de tórax y analítica completa, con determinaciones hematólogicas, bioquímicas, gasometría arterial. Se procedió por tanto a asistir completa y detenidamente a la paciente, fuera de todo apresuramiento o mecánica rutinaria, poniendo en juego todos los medios de que gozaba la institución hospitalaria y que resultaban indicados al caso, como pone de manifiesto el informe pericial”.

Pues bien, de dicha pericia se deduce que el diagnóstico y remisión al domicilio fueron correctos, ajustados a la «*lex artis*» a tenor de los datos exploratorios, analíticos y de historial clínico con que contaba el facultativo, independientemente de que la evolución fuera fatal a corto plazo. En definitiva, nada hacía presagiar que la insuficiencia respiratoria aguda que horas después acabaría con la vida del enfermo, por lo que no cabe predicar negligencia alguna en el comportamiento de la médico residente.

Se le exime también de responsabilidad al médico de familia: *Difícilmente cabe por tanto atribuirle responsabilidad alguna cuando ni siquiera tuvo noticia de la existencia de la enferma en el servicio de urgencias, sin que solicitara su presencia ni la familia de ésta y ningún miembro del equipo sanitario que la atendió le formulare consulta*

alguna al respecto, permaneciendo lógicamente atendiendo a los pacientes que le habían correspondido de los que acudieron al servicio. No encontramos por tanto base alguna en la que sustentar una eventual responsabilidad del doctor B ajeno a los hechos que nos ocupan.

Comentario

En esta sentencia el hecho más destacable no es la actuación médica del residente sino los razonamientos o argumentos que utiliza sobre su función en la misma, y que a mi juicio no son adecuados. No valoran de forma correcta el régimen jurídico del MIR.

“El médico residente goza de plena autonomía para el ejercicio de la profesión dentro de la guardia y para la toma de las correspondientes decisiones”

No hace referencia a ninguno de los factores que sí comentaba la sentencia anterior y que son necesarios para valorar la actuación del MIR: la existencia o no de tutorización, la posibilidad de consultar, los protocolos del hospital, quien es el responsable del servicio en ese momento.

El problema radica en que en la práctica diaria suele ser así. Constituyendo el principal motivo de protesta de los residentes. Suelen ser utilizados por la Administración como “mano de obra barata en las guardias”. En la actualidad existe una reivindicación por parte de los residentes de diversos hospitales, que ha tenido incluso repercusión en los medios de comunicación. El área principal de “conflicto” son las urgencias hospitalarias. Sus principales reclamaciones son:

- La obligada supervisión de los residentes durante toda la guardia con presencia física de especialista frecuentemente es escasa y en ocasiones inexistente por las noches.
- La asunción progresiva de responsabilidades y el deber general de supervisión no se están cumpliendo.
- Los residentes de primer año dan altas y pautan tratamientos sin apenas supervisión desde el inicio de la residencia.
- La mayor parte de la actividad asistencial médica en horario de tarde, noche, fines de semana y festivos la realiza personal en formación.

- Exceso de guardias y de turnos de trabajo.
- Frecuente sensación de desbordamiento por la alta carga asistencial y el estrés, por la falta de supervisión y trabajo en equipo.
- Escasa dotación de facultativos en urgencias. Con el consiguiente ahorro económico.

Situación que no es compatible con una correcta asistencia sanitaria de calidad y con la especial tutela, y responsabilidad progresiva del MIR.

Entre los derechos del residente, el RD 183/2008, en el artículo 4 apartado f especifica que el MIR tendrá derecho a *“conocer qué profesionales de la plantilla están presentes en la unidad que el residente está prestando servicios y a consultarles y pedir su apoyo cuando lo considere necesario”*. Creo que no ofrece margen para la interpretación este derecho del residente y que la Administración tiene la obligación de cumplir. Exige a mi juicio:

- Personal de *Plantilla* en las unidades, no residentes mayores como se interpreta con frecuencia.
- Presencia física, no localizada.

En la actualidad los Colegios de Médicos están jugando un importante papel mediador en esta reivindicación a petición de los mismos residentes y por su obligación de velar por una asistencia sanitaria de calidad.

Algunos colegios se han dirigido a los medios de comunicación poniendo de manifiesto esta situación y ofreciéndose de mediador con la Administración.

Han recordado que todos los médicos con responsabilidad en la organización de la asistencia, en la organización docente o que realicen guardias con médicos en formación, que los médicos tenemos obligaciones deontológicas con los que aprenden a nuestro lado, pero que también hay obligaciones legales que fueron claramente recogidas en el RD 183/2008.

Se ha acordado profundizar en el conocimiento de la situación expuesta e intentar hacer una propuesta que consiga solucionar los

problemas referidos. Probablemente sean necesarios cambios organizativos e incremento de plantilla de médicos adjuntos en las urgencias de los hospitales. Mientras tanto, instan a los responsables de los hospitales a que establezcan un diálogo con los médicos internos residentes e intenten paliar la situación que actualmente existe, que está llevando a los residentes a un estado de ansiedad e inseguridad preocupante.

Desde diversos colegios se apela una vez más a la profesionalidad de los colegiados que tutorizan a los médicos en formación y a los residentes, a fin del cumplimiento de la normativa vigente y del mantenimiento de un sistema de formación de gran calidad, uno de los mejores de Europa.



7. Actualidad y futuro del sistema MIR

En la actualidad la reforma más importante que se está realizando en el sistema es la conocida como troncalidad. El modelo de formación sigue siendo el de residencia, tal y como se desarrolla en el momento actual y según la misma normativa vigente:

1. Directiva Comunitaria 2005/36/CE.
2. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias.
3. Los reales decretos 1146/2006, de 6 de octubre de relación laboral especial de residencia y el 183/2008, de 8 de febrero.

La incorporación de criterios de troncalidad nos acerca a modelos evolutivos en la formación sanitaria especializada ya desarrollados en otros países de nuestro entorno como por ejemplo, Reino Unido o Francia. La troncalidad implica una evolución del sistema formativo en régimen de residencia, configurando los programas formativos en dos ciclos consecutivos uno primero (troncal) en el que se adquirirán competencias comunes a las especialidades del mismo tronco y otro específico, en el que se adquirirán las competencias específicas de cada una de ellas. Las especialidades médicas, quirúrgicas y multidisciplinares se estructuran en 5 grupos o troncos: médico, quirúrgico, de laboratorio y diagnóstico clínico, de imagen diagnóstica y de psiquiatría, en los que en cada uno de ellos se han agrupado especialidades que en sus programas formativos tienen competencias comunes que se adquirirán en unidades acreditadas durante un periodo no inferior a 18 meses. Existiendo otro grupo de especialidades que por el momento no están integradas en los citados troncos. El objetivo fundamental es prestar a nuestros pacientes una asistencia sanitaria de calidad dotando a la formación sanitaria especializada de instrumentos acordes con la evolución de los sistemas formativos actuales, el perfil cambiante de la demanda asistencial de la población y la mejora en la eficiencia de la prestación del Sistema Sanitario. El modelo pretende que los profesio-

nales sanitarios, a través de las competencias adquiridas en el periodo de formación troncal aprendan a abordar desde las primeras etapas de su formación especializada, los problemas de salud de una manera integral y a trabajar de la forma más adecuada para poder proporcionar una atención sanitaria orientada a la eficaz resolución de los procesos de los pacientes, con el enfoque interdisciplinar y pluridisciplinar que el estado actual de la ciencia requiere. El modelo trata de reforzar, por tanto, la visión integral de las personas que demandan la atención sanitaria, posibilitando así una mejora en la calidad asistencial y en la seguridad de los pacientes. Junto con la especialización se regulan los aspectos esenciales de los procedimientos de re-especialización de los profesionales que prestan o han prestado servicios en el sistema sanitario para adquirir un nuevo título de especialista del mismo tronco. Será un elemento motivador para el personal que ya presta servicios en el sistema, al mismo tiempo que dotará a las administraciones sanitarias de una herramienta útil que permita una mayor adecuación de los recursos humanos a las necesidades de especialistas del sistema sanitario. También se desarrollan las áreas de capacitación específica lo que permitirá a algunos profesionales profundizar en aquellas facetas que demanda el progreso científico en el ámbito de una o varias especialidades en ciencias de la salud.

El sistema formativo debe adaptarse por encima de todo a la evolución de las necesidades de salud que tiene la población a la que los profesionales deben atender, a las características de la prestación de servicios, a la necesaria continuidad de cuidados asistenciales, al trabajo colaborativo y por otra parte el sistema de formación debe prever mecanismos de flexibilización (recirculación y re-especialización) del proceso en el que se garantice la calidad de sus objetivos. El nuevo modelo de formación permitirá que especialistas ya formados vean reconocido el periodo troncal para poder simplificar el acceso a un nuevo título en especialidad del mismo tronco. La elección de plaza de tronco y unidad docente troncal se realizará una vez superada la prueba nacional de acceso que con carácter anual convoca el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, según el orden obtenido por el candidato. Una vez superada la evaluación del periodo troncal los residentes elegirán especialidad y unidad docente de entre las ofertadas para su convocatoria según el orden obtenido en prueba de acceso correspondiente a aquella convocatoria. La Comisión Nacional de cada una de las especialidades y la Comisión Delegada Troncal serán las encargadas, como órganos asesores del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e

Igualdad, de la elaboración de los programas formativos en los que se recojan las competencias a adquirir por parte del futuro especialista y se determine el tiempo necesario para su correcto desarrollo. Una vez ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, serán aprobados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los programas formativos deben garantizar la adecuación de manera equilibrada entre la definición de las competencias a adquirir por los profesionales para dar una atención de calidad a la población, su viabilidad en la estructura formativa y el tiempo óptimo para su desarrollo. El Real Decreto no modifica el procedimiento de acreditación de las unidades docente, si bien tendrá que actualizarse la acreditación ya existente a la luz de los nuevos programas formativos por competencias, la nueva distribución de las especialidades, la creación de dos especialidades (Genética Clínica y Psiquiatría del Niño y del Adolescente), y la remodelación de otras dos (Bioquímica Clínica y Análisis Clínicos y la de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria) así como la creación de las áreas de capacitación específica (ACE) que conllevará la elaboración de los programas oficiales, la determinación de los requisitos de acreditación para su aplicación en las nuevas unidades docentes de ACE.

Futuro del sistema MIR

Durante bastantes años se ha producido la gran paradoja de tener una de las peores formaciones pregrado del mundo, principalmente por la gran masificación que sufrieron las Facultades de Medicina, junto a uno de los mejores sistemas de formación posgrado, de reconocido prestigio internacional, que ha supuesto una auténtica revolución en la medicina española y principal causa del reconocimiento del que goza nuestra medicina en el mundo. Es un sistema envidiado por muchos países, que incluso con un mayor gasto de su PIB en sanidad no han sido capaces de conseguir un sistema como el nuestro. La existencia del número clausus en nuestras facultades, supuso lógicamente una mejor calidad de la formación pregrado. Se aumentó la formación en la práctica clínica, que en las promociones anteriores eran prácticamente imposibles, y testimoniales. El inicio del espacio europeo de educación superior (sistema Bolonia) está suponiendo un

aumento de la formación práctica junto a la teórica durante el grado. Y también un mayor protagonismo del alumno en su propia enseñanza. La construcción del EEES recibió un impulso decisivo con la Declaración de Bolonia, firmada el 19 de junio de 1999 por los ministros con competencias en educación superior de 29 países europeos y que da su nombre al Proceso de Bolonia. La intención de tal unificación era conseguir el reconocimiento en el espacio europeo de los títulos profesionales que se impartían en cada Estado miembro, con el fin de facilitar la movilidad de los profesionales entre los distintos países y, al mismo tiempo, la de los alumnos durante sus estudios de grado. Una segunda idea que llevaba implícito este acuerdo era elaborar planes de estudio concebidos para el estudiante, es decir, no en función del trabajo del profesor, sino del esfuerzo que el alumno invierte durante sus estudios de grado para conseguir las competencias que exige su profesión. En el caso de los estudios de medicina, además, este largo proceso ha conllevado incluso el cambio de denominación del grado: efectivamente, si bien hasta ahora al alumno, al término de sus estudios, se le reconoce como licenciado en medicina, en el lenguaje europeo este alumno va a alcanzar el título de grado de médico por la universidad correspondiente. Este abandono de la terminología academicista no ha estado exento de polémica, aunque hay que reconocer que, en el caso de la medicina, probablemente la nueva denominación se ajusta mejor al modelo de profesional de la salud que la sociedad actual identifica como tal. El EEES pide formar a los estudiantes en competencias profesionales. Para ello, aconseja definir planes de estudio orientados a competencias finales, y eso exige que el modelo, las estrategias curriculares y los métodos que se adopten permitan alcanzar dicho objetivo. Por lo tanto, el modelo curricular tiene que hacer más hincapié en el desarrollo de las competencias que en la mera transmisión de información y de conocimientos teóricos.

Los organismos competentes Unión Europea, Estado, Comunidades Autónomas y Universidades han redactado unas disposiciones con el fin de regular el contenido de los planes de estudio. El grado de médico está regulado por normativa europea y, según ésta, los estudios de medicina deben ajustarse a unos criterios, muy generales, en función de los cuales cada Estado miembro debe definir con mayor concreción la forma en que va a desarrollarlos. En el Estado español esta normativa está bien explicitada en el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales (grado, máster y doctorado).

En el marco educativo nacional, todas las propuestas de grado deberán justificarse adecuadamente para su aprobación (proceso de verificación) y, una vez implantadas, deberá demostrarse su viabilidad académica y económica (proceso de acreditación) cada 6 años. Éste es un requisito novedoso que, en el caso de su reconocimiento, constituye un elemento de garantía para la continuidad del título que no existía hasta este momento. En febrero de 2008 (Orden ECI/332/2008), el Ministerio de Educación y Ciencia estableció los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de médico. En dicha orden se hace mención expresa a aspectos que atañen a la denominación del título, pero muy especialmente a los objetivos de éste. Así, expone de forma detallada las competencias que los estudiantes deben adquirir, y que resume del siguiente modo: a) valores profesionales, actitudes y de comportamiento ético; b) fundamentos científicos de la medicina; c) habilidades clínicas; d) habilidades de comunicación; e) salud pública y sistemas de salud; f) manejo de la información, y g) análisis crítico e investigación. Distribuye dichas competencias en, como mínimo, 5 módulos: a) Morfología, Estructura y Función del Cuerpo Humano (64 ECTS); b) Medicina Social, Habilidades de Comunicación e Iniciación a la Investigación (30 ECTS); c) Formación Clínica Humana (100 ECTS); d) Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos (40 ECTS), y e) Prácticas Tuteladas y Trabajo de Fin de Grado (60 ECTS). Para cada módulo se especifican muy detalladamente las competencias que deben adquirirse. Por consiguiente, la verificación de los títulos de médico exigirá como condición la garantía del aprendizaje de estas competencias (no sólo de los conocimientos) mediante una evaluación final, después de un período rotatorio. Con estas bases generales, las CC.AA y las universidades han desarrollado sus propias normativas, que deberán adaptarse a las dictadas en el ámbito nacional.

El principal factor que influye en la capacidad de elección de la formación especializada por parte del recién licenciado es la nota del examen MIR, que en la actualidad es únicamente de tipo cognoscitivo. Este hecho ha influido notablemente en la actitud del alumno de medicina, quien ya desde su ingreso en la facultad, y sobre todo en el último período de sus estudios, polariza su atención y la mayoría de sus esfuerzos en la preparación de dicha prueba, consciente de su crucial importancia.

¿Qué es el examen MIR?

Las respuestas pueden ser muy diversas. En general se visualiza como el gran obstáculo a superar para poder hacer una especialidad o simplemente para entrar en el mundo laboral después de muchos años de estudio. En cualquier caso, es un examen, lo que, en nuestra cultura, siempre inspira un cierto temor, ansiedad y rechazo.

En la forma, el examen MIR es una prueba escrita con preguntas de elección o respuesta múltiple (PRM). En la convocatoria que también incluye otros grados (farmacéuticos, enfermeros, psicólogos, químicos, biólogos y físicos), quedan claramente explicitadas sus características: ejercicio de 225 preguntas de elección múltiple más 10 de reserva, que dura 5 h y que se tendrá en cuenta el expediente académico de los estudios universitarios y, en su caso, el título de doctor (que supondrá un 10% de la nota final). En la convocatoria quedan claramente especificados los requisitos para poderse presentar, baremos del expediente, cómo se valorarán las respuestas correctas e incorrectas y la nota de corte a partir de la cual se podrá optar a una plaza.

Los conocimientos que se evalúan en el examen, en ocasiones tienen poco que ver con escenarios frecuentes del trabajo de un médico, y en la mayoría de los casos no se valoran otros aspectos como la comunicación, la empatía o valores del profesionalismo. Este aspecto entra en conflicto con los contenidos del nuevo Espacio Europeo de Educación Superior (EEES-Bolonia), en el que los objetivos de aprendizaje están basados en competencias (conocimientos, actitudes, habilidades). Si bien en los últimos años estos aspectos se están teniendo en cuenta y el tipo de preguntas están cambiando, las limitaciones del examen PRM son las que son y, por tanto, imposibles de cambiar con el formato actual.

¿Refleja el examen MIR los conocimientos que deben tener los licenciados/graduados en Medicina?

Probablemente no, sobre todo si las preguntas no reflejan la práctica real. Las actitudes y habilidades en diferentes aspectos (clínicos, comunicación, ética, etc.) seguro que no pueden ser evaluadas. Uno de los aspectos más importantes de los sistemas de evaluación es el impacto educativo. Es bien conocido que la evaluación condiciona el aprendizaje. Si el factor más importante para tu futuro profesional como médico especialista, para poder ejercer tras 6 años de estudios de grado, para empezar a tener un reconocimiento económico es un examen de PRM (llamado MIR), el objetivo fundamental del estudiante será aprender a realizar exámenes tipo test. Es lógico que aprender a comunicarse con el paciente, a hacer una historia clínica, una exploración física, una valoración diagnóstica adecuada y un plan terapéutico pueden llegar a ser, lamentablemente, secundario. En resumen, el estudiante valora el examen MIR como el principal obstáculo de su desarrollo profesional y hará todo lo posible por superarlo. Los objetivos de aprendizaje, las competencias, el trabajo en equipo, las clases en grupos reducidos pasan a ser secundarios. En los últimos años, cuando la ansiedad se hace mayor, la salida natural son las academias especializadas en superar el examen MIR.

Entre los aspectos positivos: Su mayor fortaleza es sin duda su transparencia. Todos conocemos cómo es y los criterios de evaluación. Es factible, se realiza a nivel nacional, todos los años por miles de candidatos. Todos, el mismo día y a la misma hora en todo el territorio nacional y en una sola prueba. No conozco ningún caso similar, ni una mayor transparencia, ni objetividad y equidad.

Nos encontramos en un momento especialmente sensible de la Educación Médica en nuestro país y por tanto del futuro de nuestra sanidad. Nadie cuestiona que el MIR o lo que es lo mismo su introducción y generalización en la formación postgraduada ha supuesto el avance más importante producido en España en el terreno de la Educación Médica. También existe consenso de la gran paradoja, o dicho de otra forma, su principal crítica o efecto secundario es que ha supuesto un empeoramiento en la calidad en la formación pregrado. Es indiscutible que la formación pregrado está mejorando su calidad de forma notable y elogiada. Pero también es indiscutible que se ejerce aprendiendo y se aprende ejerciendo, no existe

otra forma. El mejor sistema de formación pregrado en la mejor facultad del mundo, con la mejor enseñanza por competencias (conocimientos, habilidades y aptitudes) y con los últimos avances en nuevas tecnologías siempre va a quedar muy lejos de la formación que adquiere un residente en un modesto hospital comarcal del pirineo aragonés, que tiene la responsabilidad de atender a sus enfermos. Aunque sea una responsabilidad progresiva y tutelada, es el propio residente en la mayoría de las ocasiones el que va a decidir cuando se le tutela, siendo autónomo y responsable de un porcentaje muy elevado de sus decisiones. Utilizando un símil, no es lo mismo aprender a conducir con en el mejor coche del mundo, con el profesor de la autoescuela como responsable y enseñándote, que conducir tú mismo el coche más modesto y tener la posibilidad de consultar al profesor en caso de duda.

El MIR ha conseguido de los mejores profesionales del mundo partiendo de una formación pregrado deficiente. Ciertamente es una anomalía. Es como si tuvieras que ser corredor de atletismo y no supieras andar con destreza. Lo cierto e indiscutible es que lo ha conseguido. Lógicamente si antes de aprender a correr mejoramos la técnica para andar el resultado será también mejor. Pero si nuestra última finalidad es correr (curar enfermos), no parece razonable centrar nuestros esfuerzos y que nuestra principal finalidad sea aprender a andar perfectamente, cuando la experiencia de cuarenta años nos ha enseñado que se puede ser un magnífico corredor en un porcentaje casi del 100% aunque se sea un poco patuleto a los inicios.

En mi opinión y repasando la bibliografía, encuentro en la actualidad una fuerte corriente crítica hacia el sistema MIR por una gran parte de los expertos en Educación Médica. Evidentemente todo es mejorable. Heráclito hizo célebre su sentencia de que el que no avanza retrocede. Pero es que la Medicina está avanzando diariamente, y los médicos con ella, pues no sólo tenemos la obligación moral y deontológica sino también la legal. Se puede quedar antiguo un programa de una asignatura de cualquier facultad, pero la atención que se le presta a los enfermos, que es lo que hacemos los médicos todos los días, nunca se puede quedar antigua. Lo que me preocupa no es la conocida sentencia de Lampedusa en el gatopardo: cambiarlo todo, para que todo siga igual; sino cambiarlo todo para empeorarlo. Estoy convencido que el MIR es como la democracia: lo menos malo. La mayoría de las críticas

que recibe, pienso que son bienintencionadas, pero son utópicas, pretenden hacer una selección para el MIR en la que el aspirante demuestre las competencias que se adquieren precisamente al realizar la especialidad. No quisiera ser irrespetuoso, pero miro quien son los autores pues me dan la impresión que hablan desde el terreno de utopías docentes totalmente irrealizables en la práctica. Sorprendentemente no es así, conocen el MIR en profundidad. Las propuestas que hacen me dejan perplejo, es como si dijera un sociólogo o un político, que no debe haber corrupción, desigualdad, paro, injusticias etc. ¿Y cómo se hace?

Se ejerce aprendiendo y se aprende ejerciendo, no existe otra forma, y eso nunca podrá ser sustituido por el pregrado ni por el mejor sistema de selección que nadie sea capaz de idear y poner en práctica. Otro argumento incontestable e irrefutable es que por muy responsables que sean los estudiantes, que lo son, no es comparable con la responsabilidad ética y legal que se adquiere cuando eres tú el responsable de la salud del paciente, y su vida o su salud van a depender en mayor o menor medida de lo acertado de tu decisión.

Ni es razonable, ni es inteligente hacer experimentos en una materia tan sensible como la salud. Es evidente en la actualidad una tensión pregrado- posgrado. Existen también intereses contrapuestos. Las Facultades de Medicina cada vez reclaman mayor protagonismo, pero ya lo tuvieron en el pasado y fue precisamente su fracaso una de las principales causas del nacimiento del sistema MIR. A veces tengo la impresión, que no se valora lo suficiente cuál debe ser la finalidad y el objetivo principal de un médico: ser un buen profesional y atender bien a tus enfermos. Y ese objetivo, el MIR lo ha conseguido con rotundidad, brillantez y eficiencia durante los últimos 40 años.

Evidentemente la mejor formación pregrado va a jugar un papel importante en que el posgrado mejore también, y todas las mejoras en ese sentido son positivas. Pero centrar el debate, como en gran medida está sucediendo en la actualidad, en la forma de acceso al MIR, no creo que suponga ni aporte mejoras destacables al sistema ni a la formación médica. El MIR es como la democracia, lo menos malo. Es un bien escaso en el tiempo y en la historia, que quizás los que hemos tenido el privilegio de hacernos médicos gracias a él no lo valoramos lo suficiente.

Me ha llamado la atención y debo reconocer que he sentido también una sensación de perplejidad e incluso de tristeza cuando entre la bibliografía que he consultado para realizar este modesto trabajo, encontré un manual sobre los MIR de un hospital entre los pioneros en implantar el sistema y de acreditado prestigio asistencial, científico y docente; hace una introducción donde defiende que El sistema MIR no puede mantenerse sólo con el modelo educativo que surgió hace 40 años de “aprender trabajando”.

El MIR nunca fue eso. Es una afirmación totalmente injusta y en cierta forma peyorativa. El 99% de los MIR, desde el primer día hasta el último de nuestra residencia ponemos lo mejor de nosotros mismos, nuestra ilusión, entusiasmo, nuestro trabajo, estudio y sacrificio, y eso que llama el autor *“sólo aprender trabajando”* nos supuso miles de horas de guardia, cientos de noches sin dormir, miles de enfermos vistos, cientos de horas de cursos, formación continuada, asistencia a congresos, presentación de comunicaciones, participación en artículos de revista, numerosas sesiones clínicas etc. Si todo eso no fuera suficiente muchos de nosotros tuvimos el privilegio de iniciar el grado de Doctor, que supone algunos miles de horas también, duras y difíciles. *Cuando dicen los autores que: son necesarias nuevas formas de organización y atención sanitaria ante la aparición de problemas o retos nuevos como el envejecimiento, la cronicidad, la globalización y la revolución de la información y la comunicación*, les preguntaría: esos retos ¿son para el MIR, que es la parte más débil del escalafón? ¿No serán acaso los mismos retos que tienen planteados en la actualidad la Administración en general y la sanitaria en particular? ¿No son acaso los mismos retos a los que se enfrentan los médicos ya especialistas? Me gustaría ser crítico y al mismo tiempo respetuoso (difícil equilibrio), pero me da la impresión que cuando los autores hablan de la necesidad de adaptarse a nuevos tiempos y entornos, se están refiriendo a las dificultades que tienen ellos, sus personas, y las están extrapolando al residente, que tengo la convicción que es el que menos problemas va a tener para adaptarse a estos tiempos, simplemente porque son los suyos. El MIR nunca fue *“sólo aprender trabajando”*. Fue algo mucho más profundo y trascendente: aprender a ser médico, nada más y nada menos.

¿Existe una alternativa mejor?

Por definición todo es susceptible de mejora, de hecho, en la ley está previsto la modificación en las pruebas de acceso, la incorporación de criterios de troncalidad y la regulación de áreas de capacitación específica. Pero independientemente de las mejoras, que se puedan introducir ¿Existe una alternativa mejor?

El MIR supone una igualdad de oportunidades, constituyendo a nuestro juicio su mayor fortaleza y virtud. En cualquier otra opción o alternativa, el riesgo de discrecionalidad y arbitrariedad sería mayor. Hace posible y real, el concepto en la mayoría de las ocasiones utópico, de que cada uno con su esfuerzo, mérito y capacidad llegue hasta donde sea capaz (probablemente sea necesaria también algo de suerte).

La mayoría de los intelectuales coinciden en que una de las mayores ambiciones del hombre lo constituye el poder. Vemos en la sociedad actual con demasiada frecuencia, como se tiende a huir, escapar, de los principios referidos de igualdad y mérito para favorecer a unas determinadas personas.

Si no existiera el MIR la capacidad de decidir sobre nuestro futuro, sobre una parte fundamental de nuestra vida, correspondería a los órganos de gestión o a los responsables de los distintos servicios de los hospitales. La grandeza del MIR está en que no tienes que *agradecer* nada a nadie, con independencia de la gratitud que siempre se debe a quienes nos enseñaron, pero es una gratitud a posteriori, no a priori.

Si tengo la oportunidad de escribir estas modestas líneas en este momento, tengo la certeza y convicción moral que se lo debo:

En primer lugar a mis padres, por todo lo que me ayudaron, mi gratitud aumenta cada día más con su ausencia.

En segundo lugar, a mi esfuerzo, acompañado de algo de suerte.

Y en tercer lugar al MIR, que me permitió poder hacer realidad mis aspiraciones y sueños.

Existe una vieja definición de justicia, proveniente del derecho romano, que la identifica con la voluntad permanente de conceder a cada uno su derecho, y el MIR, sin duda, nos concede ese derecho.



8. Discusión

El objeto de nuestro trabajo es profundizar en el conocimiento y estudio del sistema de formación de médicos especialistas en nuestro país. Conocido popularmente como sistema MIR (médico interno residente). Término que está aceptado e incluido en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Más específicamente y como objetivo principal nos centramos en el apartado de su responsabilidad.

El MIR es considerado en la actualidad como un elemento clave del reconocido prestigio y alto nivel profesional y científico de nuestro Sistema Nacional de Salud.

La formación de especialistas en ciencias de la salud en España ha sido reconocida por su alta calidad en la formación de médicos especialistas y como uno de los sistemas más prestigiosos con mayor equidad y grado de capacitación del mundo. En la actualidad se considera como el avance más importante sucedido en España en el terreno de la educación médica. La formación pregrado del médico se complementa con una formación postgrado, que en la actualidad se exige incluso para el ejercicio de la medicina general y de familia.

Prueba de su indiscutible y acreditado prestigio es que en el momento actual, se ha lanzado por parte diferentes autoridades la propuesta de realizar un sistema similar al MIR para los profesionales que vayan a ejercer sus funciones en el ámbito de la educación. La finalidad sería trasladar los excelentes resultados conseguidos en el campo de la salud al de la educación, que constituyen los dos pilares básicos del Estado de bienestar conseguido en las sociedades más desarrolladas.

La responsabilidad del personal sanitario en general, es un tema de gran actualidad en la sociedad actual. En los últimos años, se ha producido un notable aumento de las reclamaciones presentadas contra los médicos en los juzgados. En este aumento del ánimo de litigio intervienen diversos factores; como son: un mejor conocimiento por parte del paciente de cuáles son sus derechos y la exigencia de que

éstos se cumplan; la creencia con frecuencia engañosa de que el gran desarrollo tecnológico experimentado por la medicina necesariamente va a producir resultados favorables; información errónea de que es fácil que prosperen las demandas con sus respectivas indemnizaciones.

El análisis de la responsabilidad médica es tremendamente complejo y dificultoso, aumentando en el caso de intervenir médicos en formación.

La gran innovación o aportación del sistema MIR ha sido su doble naturaleza legal o jurídica:

- Laboral, de la que se deriva la obligación de realizar una prestación asistencial, una obligación asistencial.
- Docente, de la que se deriva el derecho y deber a recibir una formación.

Esta relación especial ha sido sin duda su principal fortaleza suponiendo al mismo tiempo una mayor dificultad y complejidad para poder analizar un tema ya de por sí dificultoso. El contrato que firma el residente le obliga a formarse, para lo que son necesarias las prácticas profesionales guiadas y supervisadas, en las que la asunción progresiva de responsabilidades es considerada como un principio rector en su formación.

Los residentes:

- Son alumnos y, por tanto, sometidos a normas administrativas de evaluación y obtención de título.
- Son trabajadores, que tienen un contrato sometido al Derecho laboral como cualquier otro trabajador en lo referente a horarios, vacaciones, condiciones de trabajo.
- Desarrollan una labor asistencial de la que se deriva una responsabilidad, que es la que vamos a estudiar principalmente, aunque está directamente vinculada a la docente o formativa.

A diferencia de la responsabilidad médica en general, en la específica del MIR, la literatura es poco abundante. No existe una jurisprudencia razonablemente consolidada a la que poder atenerse. Sin embargo, son numerosísimas las publicaciones de todo tipo, sobre la

docencia en el MIR. También sobre sus derechos laborales (aunque en menor proporción). Probablemente porque es una materia muy compleja. *Es muy difícil por no decir imposible delimitar el momento exacto en que un residente puede realizar un acto médico.*

Normalmente cuando se analiza la responsabilidad de un médico es por un acto individual. Si ya es complejo, en el MIR, hay que atender a tres posibles responsabilidades:

1. La del MIR, ya de por sí más difícil de delimitar que la del adjunto, por la inseparable función docente que lleva asociada.
2. La del tutor o adjunto, según supervise o no.
3. La de la Administración u organización del servicio, según permita o no determinadas actuaciones sin supervisar a los residentes.

Pensamos que existe una disociación entre la gran producción científica sobre la función docente del MIR y el poco interés que ha generado el estudio de su responsabilidad. Sería pretencioso por nuestra parte pretender rellenar ese hueco en este modesto trabajo. Pero sí nos atrevemos tras un estudio detallado y riguroso a finalizarlo con unas conclusiones y/o recomendaciones que esperamos puedan ser de utilidad.

Para poder conocer la responsabilidad del MIR es fundamental determinar o conocer previamente cuáles son sus derechos y deberes, que se encuentran recogidos en las normas que regulan su formación, su régimen jurídico.

Existen tres niveles de responsabilidad según el año de especialización del MIR:

- **Mínima:** Para los residentes de primer año. Puede realizar algún acto de nivel 2. El residente sólo asiste u observa los actos realizados por el tutor o los distintos facultativos
- **Media:** Para el segundo y/o tercer año. Se ejecutan de forma directa los actos bajo supervisión directa. Si se actúa imprudentemente en un acto, estando capacitado para ese acto, el MIR será responsable penalmente y no su tutor, ya que la responsabilidad penal es personal y no se puede transferir. Sí podría exigirse al tutor una responsabilidad por culpa *in*

vigilando, exigible a todo el que el que deba responder por otra persona.

- **Máxima:** Para el tercer, cuarto y quinto año. El residente puede realizar un acto médico del que es responsable en su totalidad y posteriormente informará al tutor o facultativo correspondiente.

Para poder determinar la responsabilidad del residente se utiliza principalmente:

- Programas de la especialidad.
- Protocolos de las comisiones docentes.
- Evaluación anual.
- Plan de formación.

Estos documentos suelen ser los medios de prueba habituales para demostrar sus capacidades en el momento de la conducta que se esté valorando. Nos van a precisar las actividades que puede desarrollar según su año de residencia, y el grado de autonomía que tiene respecto a los especialistas que lo supervisan.

De su función asistencial se derivan una serie de deberes, siendo su incumplimiento la principal causa de que el residente incurra en responsabilidad. Las causas más frecuentes son:

1. *Extralimitarse en sus funciones de forma consciente*

El residente realiza actos médicos para los que todavía no se encuentra capacitado según el nivel formativo adquirido hasta ese momento. Actúa de una forma autónoma sin solicitar la ayuda del especialista o tutor. Va a responder personal e individualmente por el daño producido. El facultativo o tutor no incurre en ninguna responsabilidad, ya que no ha sido previamente consultado.

2. *Actuación contraria a la lex artis ad hoc (mala praxis)*

Sería la conducta a la que se está obligado en cada momento y circunstancias concretas según su nivel de preparación. Se atiende principalmente al nivel de conocimientos según el año de residencia. El residente será responsable directo de la mala praxis de los actos médicos que realice respecto a los cuales se le haya reconocido autonomía según el año de residencia que curse. El residente, como cualquier profesional,

debe conocer sus limitaciones y funciones según su año de residencia, y actuar de acuerdo a ellas.

3. *Capacidad para dar altas*

Ha sido un tema muy controvertido donde no existía acuerdo, incluso existían sentencias divergentes. No existía ninguna normativa que de forma clara o expresa prohibiera o autorizara al MIR a realizar altas médicas. El RD 183/2008 ha cubierto el vacío legal existente y proporcionado una mayor seguridad jurídica, al MIR, al especialista, y a la institución. Los residentes de primer año están sujetos a una supervisión de presencia física, no pueden emitir altas. A partir del segundo año sí pueden emitir altas, siempre que el tutor considere que le puede atribuir esa responsabilidad.

4. *Situaciones de urgencia*

Aunque en menor grado que el anterior, ha sido una cuestión también motivo de controversia. Para los actos o situaciones de urgencia siempre existe responsabilidad, pues se está obligado por el Deber de socorro (Art. 196 del Código Penal). Todo médico debe tener los conocimientos necesarios para una primera asistencia. Son los conocimientos que proporciona la licenciatura. Los que se deben tener por el sólo hecho de ser médico (no se trata de otra cosa), con independencia del derecho que le asiste al residente de consultar y solicitar apoyo.



9. Conclusiones

Como finalización de nuestro trabajo y tras un análisis del régimen jurídico del MIR, más específicamente en lo que puede afectar a su responsabilidad y correlacionando esa normativa con el análisis de la jurisprudencia, realizamos una serie de recomendaciones o conclusiones, que esperamos puedan ser de utilidad para esos jóvenes y entusiastas médicos, que constituyen sin ninguna duda lo mejor de nuestra sanidad, una de las mejores del mundo, gracias en gran parte a su esfuerzo, brillantez y generosidad.

1. El límite entre las actuaciones que puede o no realizar el MIR no siempre es nítido (especialmente en los actos médicos de elevado riesgo).
2. A pesar de los notables esfuerzos realizados por la normativa legal y por la doctrina jurisprudencial, es difícil y complejo que una norma pueda determinar el momento exacto en el que un residente puede realizar un determinado acto médico de forma autónoma.
3. Es imprescindible conocer bien la normativa legal que regula la residencia y el programa de la correspondiente especialidad, ya que suele utilizarse como medio de prueba para documentar el grado de autonomía del residente (si se encuentra o no autorizado para realizar el procedimiento que se esté discutiendo). Para poder conocer la responsabilidad del MIR es fundamental determinar o conocer previamente cuáles son sus derechos y deberes: Régimen jurídico.
4. Realizar las entrevistas periódicas preceptivas, y asegurarse que queden registradas las competencias y habilidades adquiridas.
5. El residente no debe realizar ningún acto médico sobre el que no se sienta preparado, aunque legalmente pueda hacerlo. Está recogido en el código de ética y deontología médica: *el médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su*

capacidad. En tal caso propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia.

6. Dejar siempre constancia de la supervisión en la historia clínica.
7. La existencia de un contrato supone un ejercicio profesional, y desde ese mismo instante se le exige al MIR una responsabilidad acorde a sus conocimientos.
8. Cuando el residente actúa dentro de sus funciones, o siguiendo los protocolos correspondientes, no se le puede exigir responsabilidad, aunque se produzca un resultado dañoso.
9. Si el residente se extralimita en sus funciones y actúa sin la supervisión, vigilancia, dirección o asistencia del correspondiente especialista, y se produce una lesión o daño, sí incurre en responsabilidad, independientemente de que el especialista pueda incurrir también en una responsabilidad *in vigilando*.
10. En general, la jurisprudencia valora el papel formativo o docente que tiene la residencia, sirviendo de atenuante en parte de su responsabilidad asistencial.
11. La supervisión exigible para el residente no puede identificarse con la supervisión directa de todos los actos médicos, salvo para los residentes de primer año.
12. Extremar la prudencia ante cualquier diagnóstico, recomendación o prescripción realizada por otro facultativo.
13. La falta de supervisión es considerada per se cómo una infracción de la *lex artis* por parte de la Administración sanitaria.
14. Consultar no significa en absoluto ningún menoscabo a la competencia profesional.
15. No se debe tener ningún miedo o reparo en consultar.
16. Para los actos o situaciones de urgencia siempre existe responsabilidad: *“cualquier médico, cualquiera que sea su especialidad, o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado”*.
17. Cualquier actuación médica que haya sido supervisada, desplaza la responsabilidad del MIR.

10. Bibliografía

1. Morán-Barrios J, Ruiz De Gauna L. Reinventar la formación de médicos especialistas principios y retos. *Nefrología* 2010; 30: 604-12.
2. Lobato A, Lagares V, Villena JF, Alen L. El método de selección de los residentes en España. Análisis del examen MIR y propuesta de una nueva metodología. *Neurocirugía* 2015; 26: 53-63.
3. Celia Dávila B, López-Valcárcel P, BarberV. El baremo académico en el acceso a la formación médica especializada en España *FEM* 2015; 18: 219-24.
4. Kassam J, Horton I, Shoimer S. Predictors of well-being in resident physicians: a descriptive and psychometric study *J Grad Med Educ* 2015; 7: 70-4.
5. Moro J, Tejedor J. La calidad de la formación especializada a través de la encuesta de opinión de residentes *Rev Calid Asist* 2006; 21: 82-86.
6. Fernández Pardo J. Formación especializada en España: del internado rotatorio a la troncalidad. *Educación Médica* 2015; 16: 57-67.
7. Fren L, Chen Z, Bhutta JC, Cohen N. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world *Lancet* 2010; 76: 1923-58.
8. Garrido Sanjuán JA. Conflictos éticos en el aprendizaje de los residentes. *An Med Interna* 2015; 23: 493-502.
9. Tutosaus Gómez JD, Morán-Barrios J, Pérez Iglesias F. La formación especializada en España. Claves históricas y docentes. Principios de Educación Médica: Desde el grado hasta el desarrollo profesional. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2015: 399-408.
10. Ruiz De Gauna P, González Moro V, Morán-Barrios J. Claves pedagógicas para promover buenas prácticas clínicas en la formación médica basada en competencias en el grado y en la especialización. *Educación Médica* 2015; 16:34-42.
11. Mena G, Llupia A, Sequera V, Aldea M. Formación sanitaria especializada: preferencias y percepciones de los estudiantes de medicina. *Med Clin (Barc)* 2013; 140: 135-8.
12. Torres M, Cardellach F, Bundó M. Sistema formativo MIR: propuesta de cambios para la adecuación a las necesidades del modelo sanitario. *Med Clin (Barc)* 2008; 131: 777-82.
13. León Vázquez F, Olivera Cañadas G, Ballarín González A, Holgado S. Responsabilidad legal del residente y pena de banquillo. *Aten Primaria* 2008; 40: 313.

14. Ballarín A, López Romero A, León Vázquez F. La responsabilidad legal del tutor *FMC* 2011; 18: 633-8.
15. Marquet Palomer R. La responsabilidad moral del tutor. *FMC* 2011; 18: 630-2.
16. Pérez Iglesias F, Martín Moreno S, Morán-Barrios J, Tutosaus Gómez JD. Organización, estructura y retos del sistema de formación sanitaria especializada en España. Principios de Educación Médica: Desde el grado hasta el desarrollo profesional. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2015: 408-17.
17. del Cura Rodríguez J. El papel de los tutores en la formación de los residentes. Perspectivas de futuro. *Radiología* 2011; 53:61-6.
18. Epstei RM. Assessment in medical education. *N Engl J Med* 2007; 356: 387-96.
19. Abreu González R. Responsabilidad jurídica del médico interno residente. *Arch Soc Esp Oftalm* 2004; 79: 6.
20. Editorial. El tutor de residentes: primer responsable del proceso de aprendizaje *Rev Lab Clín* 2011; 4: 3.
21. Morán Barrios J, Gorroñogoitia A, Gracia R. Conclusiones del XII encuentro nacional de jefes de estudio y tutores de formación sanitaria especializada. *Educación Médica* 2015; 16:234-42.
22. Morales Santos A, del Cura Rodríguez JL, Vieito Fuentes X. Normativa de la formación del residente de radiodiagnóstico: estatuto del residente y ley de especialidades *Radiología* 2010; 52:58-66.
23. Barrios Flores LF. La responsabilidad profesional del Médico Interno Residente. *Derecho y Salud* 2003; 11: 1-22.
24. Baz J. La nueva regulación del contrato de trabajo de los residentes en formación. *DS* 2007; 15: 2.
25. Llupia A, Costas L, Grau J. Conocimientos, capacidades e intereses de los médicos internos y residentes al incorporarse al hospital *Med Clin (Barc)*, 2009; 133:3.
26. Lorusso B, González López V. Variabilidad de los procesos selectivos para el acceso a las especialidades médicas en Europa: entre convergencia y divergencia. *FEM* 2013; 37: 215-8.
27. Pujol J, Busquet E, Feliú, J, Castellsagué JM. Evaluación de la competencia clínica de una población de médicos especialistas formados por el sistema MIR. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 491-5.
28. Lobato A, Lagares V, Villena JF, Alen L. El método de selección de los residentes en España. Análisis del examen MIR y propuesta de una nueva metodología. *Neurocirugía* 2015; 15: 52-63.
29. Palomar Olmedo A. Los médicos internos residentes, régimen jurídico del MIR. Madrid: Dykinson, 2009.
30. Wass C, Van Der Leuten J, Shatzer R. Jones assessment of clinical competence. *Lancet* 2001; 357: 945-60.

31. Morán Barrios J. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2013; 33: 385-405.
32. Ruiz E, Florensa JM, Cot J, Sellarés A. Primeras experiencias en evaluación de la competencia clínica de los médicos de familia de Cataluña. *Aten Primaria* 2001; 28: 105-9.
33. Carbajo J, Castrodeza A, Gual JA, López-Blanco A, Martín-Zurro E. Seguimiento y evaluación de la formación especializada en el modelo tronca. *FEM* 2014; 17: 193-7.
34. Hamuit Vives T, Varela B, Gutiérrez R, Castro M. Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Inv Ed Med* 2014; 3: 74-84.
35. González Martínez JA, García García M, Arnaud Viñas E, Arámbula-Morales S. Evaluación de la satisfacción educativa de médicos residentes. *Circulación* 2011; 79: 156-61.
36. Maker K, Curtis M. Faculty evaluations: diagnostic and therapeutic. *Curr Surg* 2004; 61: 597-601.
37. Morillas L, Suárez JM. Estudios jurídicos sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico. Madrid: Dykinson, 2009.
38. Miller A, Archer J. Impact of workplace based assessment on doctors education and performance: a systematic review. *BMJ* 2010; 341: 50-64.
39. Ruiz de Gauna P, González Moro V, Morán Barrios J. diez claves pedagógicas para promover buenas prácticas en la formación médica basada en competencias en el grado y en la especialización. *Educación Médica* 2015; 16:34-42.
40. Saura-Llamas J. La oferta formativa individualizada por tareas de cada tutor a su residente. *Tribuna Docente* 2003; 4: 56-9.
41. Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ* 1999; 318: 1276-9.
42. Gálvez Ibáñez M. Metodología docente en el período de especialización en medicina de familia. *Tribuna Docente* 2003; 4: 52-61.
43. Millán Núñez-Cortés J, Palés Argullós JL, Morán-Barrios J, Principios de Educación Médica: Desde el grado hasta el desarrollo profesional. Madrid: Médica Panamericana, 2015.
44. Heidenreich C, Lye P, Simpson D, Lourich M. The search for effective and efficient ambulatory teaching methods through the literature. *Pediatrics* 2000; 105: 231-7.
45. Echauri Ozcoidi M, Pérez Jarauta MJ. Técnicas docentes en la formación de profesionales. *Tribuna Docente* 2002; 3: 29-43.
46. Borrell Carrió F. Previsión de esfuerzo. Seguridad clínica. *Aten Primaria* 2007; 39: 569-71.
47. Fernández Pardo J. Formación especializada en España: del internado rotatorio a la troncalidad. *Educación Médica* 2015; 16: 57-67.

Normativa

Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud. BOE N.º 240, 7 de octubre de 2006.

Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE n.º 45, 21 Feb de 2008.

Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la re-especialización troncal y las áreas de capacitación específica. BOE n.º 190, 6 de agosto de 2014.

Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los diplomas de acreditación y los diplomas de acreditación avanzada. BOE n.º 179, 28 de julio de 2015.

Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas BOE-A-1978-22162

Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista BOE-A-1984-2426

Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas BOE-A-1995-15886

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

