

Responsabilidad de los residentes de Ciencias de la Salud, tutores y especialistas

2024

Responsabilidad de residentes de Ciencias de la Salud, tutores y especialistas

Francisco Moreno Madrid

Vicente Matas Aguilera · Francesc Feliu Villaró · Domingo Antonio Sánchez Martínez
Begoña Azkarate Ayerdi · María Rosa Arroyo Castillo · Sonia Agudo Capón · María del Carmen Moreno Castillo



7^a
EDICIÓN

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

La Fundación para la Protección Social de la OMC en solo 15 minutos

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

SOBRE LA FPSOMC

¿Qué es la FPSOMC?

La Fundación para la Protección Social de la OMC (FPSOMC) es el órgano de solidaridad del colectivo profesional de médicos en España. Se trata de una entidad de solidaridad entre profesionales, de médicos para médicos y sus familias, destinada a ayudar a los más necesitados dentro de este colectivo.

¿Cuál es su origen?

Con un siglo de historia, su origen se remonta a 1917, cuando se creó el Patronato de Huérfanos. Las prestaciones y ayudas han cambiado desde entonces, adaptándose a las necesidades actuales. Por eso se denomina actualmente Fundación para la Protección Social de la OMC.

Características de la FPSOMC:

- Entidad **privada**.
- Ámbito **nacional**.
- Carácter **social**.
- **Sin ánimo de lucro**.

Objetivo / misión de la FPSOMC:

Atender, proteger y dar respuesta a las necesidades más inmediatas y básicas de naturaleza social y educativa de los médicos, de forma complementaria al sistema público, de manera integral y personalizada.

¿En qué consisten las ayudas?

Las ayudas de la FPSOMC son de dos tipos: económico y de apoyo social. Es importante entender que no se trata de un seguro, sino de una entidad de acción solidaria entre profesionales. Esto quiere decir que las aportaciones no tienen por qué ayudar a la persona que hace esta contribución, sino que están destinadas a auxiliar a los médicos que más lo necesiten y a sus familias, así como otros Socios Protectores no médicos, como personal de los colegios o del Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) y de sus fundaciones (FPSOMC, FFOMC y FCOMCI).

¿En qué ámbitos trabaja la FPSOMC?

- **Servicio de Atención Social.**
- **Prestaciones Asistenciales.**
- **Dependencia y Discapacidad.**
- **Conciliación de la Vida Personal, Familiar y Profesional.**
- **Prevención, Promoción y Protección de la Salud del Médico.**
- **Protección en el Ejercicio Profesional.**

¿Cuál es la fuente de financiación de la FPSOMC?

La fuente de financiación de la FPSOMC son las **aportaciones voluntarias de sus Socios Protectores y Donantes.**

Socio Protector es aquel médico colegiado, personal de los colegios, personal del Consejo General de Colegiados Médicos (CGCOM) y de sus fundaciones (FPSOMC, FFOMC Y FCOMCI) que deseen hacer una aportación de manera regular a la Fundación. Además de los médicos en activo (incluyendo a los MIR), también pueden ser Socios Protectores los médicos jubilados.

Los Donantes son aquellas personas o entidades de la sociedad que, de forma voluntaria y con carácter puntual o de manera regular, hacen aportaciones, donaciones, herencias o legados a la Fundación.



¿Quiénes pueden solicitar dichas ayudas?

Las ayudas de la Fundación se dirigen a los Socios Protectores: médicos colegiados, sus cónyuges o pareja de hecho, hijos y padre/madre; así como al personal de los colegios oficiales de médicos, del CGCOM y de fundaciones vinculadas a la OMC, sus cónyuges o parejas de hecho, hijos y padre/madre, de acuerdo a los criterios establecidos en el Catálogo Anual de ayudas aprobados por el Patronato de la Fundación.



Actualmente, para acceder al Servicio de Atención Social no es necesario ser Socio Protector. La Fundación, de acuerdo a sus estatutos, puede conceder ayudas con carácter extraordinario con el objeto de proteger situaciones de especial vulnerabilidad social no contempladas en el Catálogo o no reunir alguno de sus requisitos establecidos para el acceso. La condición extraordinaria debe ser documentada por el solicitante e informada por el Colegio Oficial de Médicos.

Principios que rigen la FPSOMC

- **Universalidad:** protección sin discriminación y durante toda la vida.
- **Integralidad:** amplia cobertura en protección social.
- **Unidad:** convivencia de recursos con los de titularidad pública.
- **Participación** de todos en la organización, gestión, control y fiscalización del Programa de Protección Social de la Fundación.

Valores

- **Solidaridad:** ayuda altruista y voluntaria entre el colectivo médico.
- **Igualdad:** garantizan la igualdad en el acceso a las ayudas.
- **Inclusión:** impulsa la autonomía e inclusión a través de las ayudas, prestaciones y programas adecuados y personalizados.

¿Cuánto es la aportación que tiene que hacer cada Socio Protector?

La aportación trimestral para la FPSOMC es de 23,77 €. Es importante destacar que es deducible hasta en un 80 % en la declaración de la renta, por lo que se puede quedar en menos de 2 € al mes (a excepción del País Vasco y Navarra —consultar fiscalidad especial—).



¿Cómo puede darse de alta un Socio Protector?

Para darse de alta como Socio Protector, póngase en contacto con su colegio.



¿Durante cuánto tiempo se puede / debe ser Socio Protector?

Ser Socio Protector es una decisión individual voluntaria, así como dejar de serlo.

¿Puede el hijo o la pareja de un médico ser Socio Protector?

Socios Protectores pueden ser todos los médicos colegiados, estén o no en ejercicio, así como el personal de los colegios o del Consejo General de Colegios Médicos (CGCOM) y sus fundaciones.

Por lo tanto, un hijo de médico que no sea médico o un viudo/a o cónyuge de médico que no sea médico podrán ser Donantes y no Socios Protectores.

¿Cómo protege la FPSOMC? ¿Qué servicios tiene?

A través del Programa de Protección Social del médico, que consta de:

- Catálogo de Prestaciones anuales: puedes consultar el catálogo actualizado a través de la web:
<https://www.fpsomc.es/actividad/proteccion-social/prestaciones/catalogo-de-prestaciones/prestaciones>

Además, la Fundación realiza otros programas y actividades:

- Congresos, jornadas, talleres, etc., ... en materia de protección social.
- PAIME: colaboración en su consolidación y financiación.
- Apoyo y promoción de la salud del MIR.
- Premios Jesús Galán (para huérfanos protegidos).
- Premio anual de Novela Albert Jovell.

¿Qué es el PAIME?

El PAIME es un Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (enfermedades mentales y adicciones) que busca recuperar a los médicos en activo con este tipo de problemas.

Más información para colegiados en <https://www.fpsomc.es/actividad/programas/programa-de-atencion-integral-al-medico-enfermo-paime> y documentación en papel, que pueden solicitarse a la Fundación.

SOBRE LA FPSOMC Y SU RELACIÓN CON LOS MIR

Los MIR, a pesar de su edad, no están exentos de pasar por circunstancias adversas o de necesidades sobrevenidas durante su periodo de formación. La FPSOMC **puede ayudar a los MIR**, como médicos colegiados que son, y a sus familias, mediante el **acceso a todas las ayudas contenidas en el Catálogo anual de Prestaciones**. Esto incluye las destinadas a prevenir, promover y proteger la salud del médico, **específicamente con el PAIME** y con el **programa La Salud del MIR**.

Este programa se lleva a cabo en colaboración con la Fundación Galatea, Laboratorios Almirall y los Colegios Oficiales de Médicos.

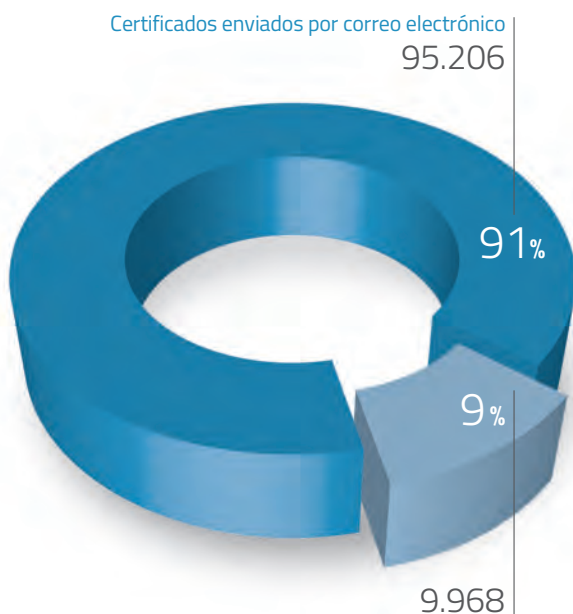
Se trata de un programa constituido por talleres presenciales dirigidos a MIR y tutores MIR para entrenar habilidades personales, de comunicación y manejo del estrés, etc.



Certificado de donaciones 2023

Correspondientes a las aportaciones recibidas en 2022:

105.174



Ventajas fiscales de las donaciones





CATÁLOGO DE PRESTACIONES

Fundación para la Protección Social
de la OMC

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL



Prestaciones y servicios 2023

Atención social

- ◆ Servicio de Información, Valoración y Orientación Social.

Asistenciales

- ▶ Orfandad:
 - Menor de 21 años.
 - Prórroga al cumplir 21 años.
 - Beca para estudios oficiales.
 - Expedición de título oficial.
 - Huérfano con discapacidad.
- ▶ Viudedad.
- ▶ Médico con discapacidad.
- ▶ Médico jubilado.
- ▶ Médico en formación en ILT-Educación Infantil (0-3 años).

Conciliación de la Vida Personal, Familiar y Profesional

- ▶ Teleasistencia Domiciliaria (TAD).
- ▶ Atención en el Domicilio (SAD).
- ▶ Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- ▶ Respiro del cuidador.
- ▶ Residencia de Mayores.
- ▶ Residencia Siglo XXI.
- ▶ Apoyo Familiar en el Hogar.
- ▶ Apoyo Familiar - Escuelas o Campamentos de Verano.



Dependencia-Discapacidad

- ▶ Teleasistencia Domiciliaria (TAD).
- ▶ Atención en el Domicilio (SAD).
- ▶ Centro de Atención Diurna/Nocturna.
- ▶ Respiro del cuidador.
- ▶ Convalecencia.
- ▶ Centro Residencial.
- ▶ Residencia Siglo XXI.
- ▶ Atención Temprana (0-6 años).
- ▶ Tratamientos Especiales (6-21 años).
- ▶ Autonomía Personal:
 - Adaptación del hogar.
 - Productos para el cuidado personal.
 - Adaptación de vehículo particular.
 - Adquisición de vehículo particular adaptado.
 - Ayuda para el uso de Transporte Adaptado.

Prevención, Promoción y Protección de la Salud del Médico

- ▶ Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME).
- ▶ Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones.
- ▶ Apoyo y Atención Psicológica.

Protección en el Ejercicio Profesional

- ▶ Defensa y Protección jurídica por agresión en el puesto de trabajo.

Aún más prestaciones



PRESTACIONES Y SERVICIOS — AÚN MÁS

¿Por qué?

Porque las prestaciones de la Fundación se basan en los valores de la solidaridad, igualdad e inclusión. Así, su concesión y cuantía se establece según baremos de necesidad social y económica, de acuerdo con los topes máximos de ingresos de la unidad familiar sobre los que se calcula la ayuda.

¿Cómo se otorgan?

Tanto las ayudas, como su dotación y los requisitos de acceso son decisión del Patronato de la Fundación y se recogen en el Catálogo Anual.

¿Para quién?

Para todos los médicos/as colegiados/as en España que son socios protectores de la Fundación, el personal de los colegios oficiales de médicos, del CGCOM y sus Fundaciones que también lo sean, así como los familiares de todos ellos que reúnan los requisitos de acceso a las ayudas. Además, puede ser extensible a aquellos casos en los que, sin cumplir criterios establecidos, la Fundación decida concederles la ayuda de forma extraordinaria.

¿Cómo acceder?

La forma de acceder a las prestaciones es a través de los colegios oficiales de médicos que serán los que certificarán el cumplimiento de los requisitos, a través del proceso administrativo establecido.

¿Cuánto duran?

Las prestaciones se conceden anualmente y su renovación debe solicitarse en el plazo establecido, en caso de que estén interesados.

¿Cómo aportar a la Fundación?

Se pueden hacer aportaciones, bien como socio protector si eres médico colegiado, personal de los Colegios, del CGCOM y de sus Fundaciones, con una aportación económica trimestral fijada por el Patronato (23,77 €); o bien como donante o mecenas, si fuera de este ámbito decides de forma voluntaria hacer una aportación, legado o herencia.

¿Lo puedo incluir en la declaración de la renta?

La aportación a la Fundación se puede desgravar en hasta un 80%. Tras la deducción, la aportación supone 2 € mensuales, excepto en País Vasco y Navarra donde los porcentajes de deducción son diferentes.



OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

PRESTACIONES Y SERVICIOS

Atención Social

- Servicio de información, valoración y orientación social

Asistenciales

- Orfandad ▼

Menor de 21 años	Prórroga al cumplir 21 años	Beca para estudios oficiales	Expedición de título oficial	Huérfano con discapacidad
------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------

- Viudedad
- Médico con discapacidad
- Médico jubilado
- Médico en formación en ILT — Educación Infantil (0-3 años)

Dependencia — Discapacidad

- Teleasistencia Domiciliaria (TAD)
- Atención en el Domicilio (SAD)
- Centro de Atención Diurna/Nocturna
- Respiro del Cuidador
- Convalecencia
- Centro Residencial
- Residencia Siglo XXI
- Atención Temprana (0-6 años)
- Tratamientos Especiales (6-21 años)
- Autonomía Personal ▼

Hoy, cerca de
3.000
beneficiarios disfrutan de ellas

Adaptación del Hogar	Productos para el Cuidado Personal	Adaptación del Vehículo Particular	Adquisición del Vehículo Particular Adaptado	Ayuda para el uso de Transporte Adaptado
----------------------	------------------------------------	------------------------------------	--	--

Conciliación de la Vida Personal, Familiar y Profesional

- Teleasistencia Domiciliaria (TAD)
- Atención en el Domicilio (SAD)
- Centro de Atención Diurna/Nocturna
- Respiro del Cuidador
- Centro Residencial
- Residencia Siglo XXI
- Apoyo Familiar en el Hogar
- Apoyo Familiar — Escuelas o Campamentos de Verano

Prevención, Promoción y Protección de la Salud del Médico

- Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME)
- Programa para el Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones
- Apoyo y Atención Psicológica
- Servicio Telemático de Apoyo Psicológico a Estudiantes de Medicina (SAPEM)

Protección en el Ejercicio Profesional

- Defensa y Protección Jurídica por agresión en el puesto de trabajo

Conciliación, Apoyo Familiar: Escuelas o Campamentos de Verano



Escuelas o Campamentos de Verano



¿En qué consiste?

En el marco de las ayudas que la Fundación ofrece anualmente a la Conciliación de la Vida Personal, Familiar y Profesional de los médicos colegiados y sus familias, se encuentra esta prestación específica, destinada a facilitar la adquisición del servicio de Escuela o Campamento durante las vacaciones de verano de los hijos de los colegiados menores de 12 años.

¿Qué objetivo persiguen?

Integrada en las ayudas de Conciliación de la Vida Personal, Familiar y Profesional del médico y su familia recogidas en el Catálogo de Prestaciones de la Fundación para la Protección Social de la OMC, esta prestación persigue fomentar la corresponsabilidad de los miembros de la unidad familiar ante la necesidad de conciliar la vida personal y profesional del socio protector con el resto de los miembros, así como garantizar la atención a los hijos/as menores durante este periodo vacacional.

¿Para quién?

Esta ayuda está destinada a todos los médicos/as colegiados/as en España que son socios protectores de la Fundación, al personal de los Colegios Oficiales de Médicos, del CGCOM y de sus Fundaciones que también lo sean, no fallecidos, que estén profesionalmente en activo y con hijos/as a cargo en edad escolar y menores de 12 años.

¿Cómo son las aportaciones?

Se trata de una prestación económica de carácter puntual, vinculada a un servicio de conciliación. La ayuda que destina la Fundación a Escuelas o Campamentos de Verano cubre hasta un 50% del coste total del campamento, con un máximo de hasta 300 € por campamento al año. La aportación se otorgará al socio protector, previa valoración de ingresos de la Unidad Familiar.

¿Cómo se puede solicitar?

La ayuda se solicitará a través del Colegio Oficial de Médicos en el mes de septiembre.

VALORACION DE CADA CASO

“ Tengo dos hijos en edad escolar menores de 12 años. ¿Puedo beneficiarme de la prestación para ambos o su uso es excluyente? ”

La ayuda se otorga por cada hijo de la Unidad Familiar (UF) del médico/a socio/a protector que lo solicite. La aportación variará en función de los ingresos de la UF.

“ Conozco una Escuela de Verano específica a la que me gustaría que asistiese mi hijo. ¿Esta ayuda es para un Campamento en particular, o se puede destinar al que se ajuste a mis preferencias de tiempo y ubicación? ”

La prestación, de carácter puntual, se da de forma personalizada a cada Unidad Familiar (UF), por lo que será el propio socio/a protector el que, en función de sus circunstancias personales y familiares, decidirá a que Escuela o Campamento de Verano considera más adecuado llevar a sus hijos menores. Posteriormente, podrá solicitar la ayuda a la Fundación.

TIPOLOGÍA DE LA PRESTACIÓN

Ayudas a la Conciliación de la Vida Personal, Familiar y Profesional.

COLECTIVO DESTINATARIO

Médicos colegiados, así como personal de los colegios y del CGCOM que sean socios protectores de la Fundación.



OMC §

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

Denominación: MÉDICO EN FORMACIÓN EN ILT – Educación Infantil (0-3 años)

Definición

Ayuda destinada a sufragar el coste de escuela infantil (guardería) de hijos en edades de 0 a 3 años.

Tipología

Prestación económica de carácter semestral y renovable anualmente, vinculada a una situación de asistancia a la incapacidad.

Colectivo Destinatario

Socios protectores (médicos/as jóvenes), en etapa de formación (MIR u otros), en situación de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT).

Funciones

Ayudar económicamente al médico joven en formación ante una situación de ILT, para afrontar el coste de la escuela infantil (guardería) de hijos de 0 a 3 años.

Aportación

Hasta un **65%** del coste-ayuda*, siendo el tope máximo de **300 €/mes**, previa valoración de ingresos de la Unidad Familiar (UF).

Ingresos/año	Ayuda de la FPSOMC
Hasta 18.000 € año/miembro UF	65 % del coste
De 18.001 € hasta 25.000 € año/miembro UF	35 % del coste
Más de 25.001 € año/miembro UF	--

* Coste-Ayuda: coste del servicio, salvo que éste supere el tope máximo establecido por la Fundación, en cuyo caso será el tope. Cualquier ayuda de otro organismo para este concepto se restará del coste-ayuda.

Requisitos de acceso

- Ser socio protector de la Fundación.
- Tener un hijo de 0 a 3 años.
- Residir el hijo en el mismo domicilio y estar a cargo del socio protector.
- Estar matriculado en una escuela infantil (guardería) cuyo coste afronta con sus ingresos.

- Encontrarse en etapa formativa (MIR u otra), en los 5 años siguientes a finalizar el grado de medicina.
- Estar en situación de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT) y, a causa de ello, tener disminuidos sus ingresos mensuales.

Documentación requerida

- Impreso de solicitud debidamente cumplimentado y firmado.
- N.I.F. del socio protector.
- N.I.F. del hijo/a.
- Libro de familia.
- Título de familia numerosa o familia monoparental, en caso de tener reconocida la condición.
- Copia de las bajas mensuales por ILT.
- Contrato de trabajo que acredite ser MIR u otra situación de formación-trabajo.
- Copia de las dos últimas nóminas consecutivas: sin/con ILT.
- Copia de la factura mensual de la escuela infantil (guardería) a la que acuda el hijo/a.
- Justificantes de ingresos de todos los miembros de la UF, según el caso:
 - Declaración de la renta del último ejercicio económico de cada uno de los miembros de la UF obligados a declarar. En caso de no hacer la declaración de la renta, presentar certificado de imputaciones del IRPF de todos los miembros de la UF.
 - Certificado de importes al cobro desglosado de todas las pensiones y ayudas públicas, las perciban o no, de todos los miembros de la UF.
- Declaración jurada de no recibir ayudas de otras entidades públicas o privadas para el mismo fin o justificante de subvención recibida por parte de otro organismo para este mismo concepto, si procede.
- Comprobante bancario que garantice la titularidad de la cuenta por parte de la persona objeto de la prestación.

Solicitudes

- Plazo: En el mes de junio o diciembre.
- Renovación: Semestralmente.
- Lugar: Colegio Oficial de Médicos.

Dotación económica de las prestaciones en 2024

ATENCIÓN SOCIAL

Información, valoración, orientación, gestión y seguimiento del caso, sobre diversas temáticas de naturaleza social. Implementado en todo el territorio estatal. Servicio prestado directamente desde la Fundación.

ASISTENCIALES

- Orfandad:
 - Menor de 21 años:
 - **387 €/mes.**
 - **530 €/mes** para los huérfanos (absolutos) de padre y madre.
 - **1.059 €/mes** para los huérfanos (absolutos) de padre y madre, ambos médicos.
 - Prórroga al cumplir 21 años:
 - **387 €/mes.**
 - **530 €/mes** para los huérfanos (absolutos) de padre y madre.
 - **1.059 €/mes** para los huérfanos (absolutos) de padre y madre, ambos médicos.
 - Beca para estudios oficiales:
 - **3.830 €/único** (curso 2022-23) y **3.830 €/único** (2023-24) para estudios de Grado o Máster de grado.
 - **3.399 €/único** (curso 2022-23) y **3.399 €/único** (2023-24) para estudios de C.F.G.S.
 - **2.978 €/único** (curso 2022-23) y **2.978 €/único** (2023-24) para estudios de Bachiller y C.F.G.M.
 - Huérfanos absolutos:
 - **4.468 €/único** (curso 2022-23) y **4.468 €/único** (2024-24) para los huérfanos (absolutos) de padre y madre, uno de ellos médico.
 - **8.926 €/único** (curso 2022-23) y **8.926 €/único** (2023-24) para los huérfanos (absolutos) de padre y madre, ambos médicos.
 - Expedición de título oficial - Reintegro de la cantidad económica correspondiente a la expedición del título.
 - Huérfano con discapacidad - **576 €/mes.**
Tope de ingresos 18.117 €/año - Tope de ingresos 40.352 €/año (Huérfanos Absolutos).
- Viudedad - Hasta **1.161 €/mes** - Tope de ingresos 13.932 €/año.
- Médico con discapacidad - Hasta **1.437 €/mes** - Tope de ingresos 17.244 €/año.
- Médico jubilado - Hasta **1.337 €/mes** - Tope de ingresos 16.044 €/año.

- Médico en formación en ILT - Educación Infantil (0-3 años).
 - Hasta un **65%** del coste-ayuda*, siendo el tope máximo de **300 €/mes**, previa valoración de ingresos de la Unidad Familiar.

* Coste-Ayuda: coste del servicio, salvo que éste supere el tope máximo establecido por la Fundación, en cuyo caso será el tope. Cualquier ayuda de otro organismo para este concepto se restará del coste-ayuda.

Ingresos (€) / año / miembro de la UF	Ayuda de la FPSOMC
Hasta 18.000 €/año	65 % del coste
De 18.001 € hasta 25.000 €/año	35 % del coste
Más de 25.001 €/año	No procede

DEPENDENCIA – DISCAPACIDAD

- Teleasistencia Domiciliaria (TAD) - Hasta **35 €/mes** - Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Atención en el domicilio (SAD) - Hasta 300 €/mes - Tope de ingresos 39.468,52 €/año.

Grado	Ayuda de la FPSOMC
I	100 €/mes
II	200 €/mes
III	300 €/mes

Si el socio protector es mayor de 75 años se aplicará un incremento del 10 %.

- Centro de Atención Diurna/Nocturna - **40 %** de incremento del (PIA) - Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Respirio del cuidador - Hasta **547 €/mes** - Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Convalecencia - Hasta **547 €/mes** - Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Centro Residencial - **547 €/mes** - Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Residencia Siglo XXI - **547 €/mes** - Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Atención Temprana (0-6 años).
 - Hasta un **50%** del coste del tratamiento recibido, hasta un máximo de **565 €/mes**, previa valoración de ingresos de la Unidad Familiar.

Ingresos (€) / año / miembro de la UF	Ayuda de la FPSOMC
Hasta 40.000 €/año	50 % del coste ayuda
De 40.001 hasta 60.000 €/año	25 % del coste ayuda
Más de 60.001 €/año	No procede

■ Tratamientos Especiales (6-21 años).

- Hasta un **50%** del coste del tratamiento recibido, hasta un máximo de **565 €/mes**, previa valoración de ingresos de la Unidad Familiar (Computable UFC).

Ingresos (€) / año / miembro de la UF	Ayuda de la FPSOMC
Hasta 40.000 €/año	50 % del coste ayuda
De 40.001 hasta 60.000 €/año	25 % del coste ayuda
Más de 60.001 €/año	No procede

■ Autonomía Personal:

▫ Adaptación del hogar.

- Hasta un **50 %** del coste ayuda*, previa valoración de ingresos de la Unidad Familiar.

* Coste ayuda: coste de la obra de adaptación, salvo que este supere el tope establecido por la Fundación.

Ingresos (€) / año / miembro de la UF	Ayuda de la FPSOMC
Hasta 40.000 €/año	50 % del coste ayuda
De 40.001 hasta 60.000 €/año	25 % del coste ayuda
Más de 60.001 €/año	No procede

▫ Productos para el cuidado personal.

- Hasta un **50 %** del coste ayuda*, previa valoración de ingresos de la Unidad Familiar.

* Coste ayuda: coste del producto, salvo que este supere el tope establecido por la Fundación para el mismo, en cuyo caso el coste a considerar para calcular la prestación será el tope producto.

Ingresos (€) / año / miembro de la UF	Ayuda de la FPSOMC
Hasta 18.000 € año / UF	50 % del coste ayuda
De 18.001 hasta 25.000 € / año / UF	25 % del coste ayuda
Más de 25.001 € / año / UF	No procede

▫ Adaptación de vehículo particular.

- Hasta un **50%** del coste ayuda*, previa valoración de ingresos de la Unidad Familiar.

* Coste ayuda: coste del producto, salvo que este supere el tope establecido por la Fundación para el mismo, en cuyo caso el coste a considerar para calcular la prestación será el tope producto.

Ingresos (€) / año / miembro de la UF	Ayuda de la FPSOMC
Hasta 18.000 € año / UF	50 % del coste ayuda
De 18.001 hasta 25.000 € / año / UF	25 % del coste ayuda
Más de 25.001 € / año / UF	No procede

■ Autonomía Personal:

▫ Adquisición de vehículo particular adaptado.

- Hasta un **50%** del coste ayuda*, siendo el tope máximo de **10.500 €** (incluido el coste de las adaptaciones), previa valoración de ingresos de la Unidad Familiar.

* *Coste-ayuda: coste del producto, salvo que éste supere el tope máximo establecido por la Fundación.*

Ingresos (€) / año / miembro de la UF	Ayuda de la FPSOMC
Hasta 18.000 € año / UF	50 % del coste ayuda
De 18.001 hasta 25.000 € / año / UF	25 % del coste ayuda
Más de 25.001 € / año / UF	No procede

▫ Ayuda para el uso de Transporte Adaptado.

- Hasta un **50%** del coste del transporte adaptado, previa valoración de ingresos de la Unidad Familiar (UF).

Ingresos (€) / año / miembro de la UF	Ayuda de la FPSOMC
Hasta 18.000 € año / UF	50 % del coste ayuda
De 18.001 hasta 25.000 € / año / UF	25 % del coste ayuda
Más de 25.001 € / año / UF	No procede

CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL

- Teleasistencia Domiciliaria (TAD) - Hasta **35 €/mes** - Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Atención en el Domicilio (SAD) - **30%** de incremento del (PIA) - Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Centro de Atención Diurna/Nocturna - **30%** de incremento del (PIA) - Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Respiro del cuidador - Hasta **547 €/mes** - Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Residencia de Mayores - Desde **122 €/mes** hasta **547 €/mes** - Tope de ingresos 42.823,34 €/año.
- Residencia Siglo XXI - Desde **122 €/mes** hasta **547 €/mes** - Tope de ingresos 42.823,34 €/año.

- Apoyo Familiar en el Hogar - Hasta el **50%** del coste, con un tope máximo de **8€/hora**, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC).

Ingresos (€) / año / miembro de la UF	Ayuda de la FPSOMC
Hasta 40.000 € año / UF	50 % del coste ayuda
De 40.001 hasta 60.000 € / año / UF	25 % del coste ayuda
Más de 60.001 € / año / UF	--

- Apoyo Familiar - Escuelas o Campamentos de Verano.

- Hasta un **50%** del coste total del campamento, hasta un máximo de **300 €/campamento/año**, previa valoración de ingresos de la Unidad Familiar (UF).

Ingresos (€) / año / miembro de la UF	Ayuda de la FPSOMC
Hasta 18.000 € año / UF	50 % del coste ayuda
De 18.001 hasta 25.000 € / año / UF	25 % del coste ayuda
Más de 25.001 € / año / UF	--

PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL MÉDICO

- Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) - La cantidad económica necesaria para cubrir el coste del ingreso no cubierto por el convenio existente en el Consejo Autonómico de Colegios Oficiales de Médicos y la Comunidad Autónoma u otras Administraciones.

- Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones

- Hasta un **50%** del coste, previa valoración de ingresos de la UF.

Ingresos (€) / año / miembro de la UF	Ayuda de la FPSOMC
Hasta 40.000 € año / UF	50 % del coste ayuda
De 40.001 hasta 60.000 € / año / UF	25 % del coste ayuda
Más de 60.001 € / año / UF	--

- Apoyo y Atención Psicológica

- Nivel 1. **Financiación completa** con un tope máximo de **35€/sesión**.
- Nivel 2. Hasta el **50%** del coste del tratamiento, con un tope máximo de **70€/sesión**, previa valoración de los ingresos de la Unidad Familiar Computable (UFC)

Ingresos (€) / año / miembro de la UF	Ayuda de la FPSOMC
Hasta 40.000 € año / UF	50 % del coste ayuda
De 40.001 hasta 60.000 € / año / UF	25 % del coste ayuda
Más de 60.001 € / año / UF	--

- Servicio Telemático de Apoyo Psicológico a Estudiantes de Medicina (SAPEM)
- **Financiación completa**, con un tope máximo de **35€/sesión**.

PROTECCIÓN EN EL EJERCICIO PROFESIONAL

- **Defensa y Protección Jurídica por agresión en el puesto de trabajo:**
 - Protección Jurídica: hasta **3.000 €**.
 - Fallecimiento por agresión: **10.000 €**.
 - Invalidez Permanente por agresión: hasta **10.000 €**.
 - Incapacidad Temporal por agresión:
 - Límite por siniestro: **100 €/día**, máx. 12 días a contar desde el 4º día siguiente de la agresión.
- Se establece un límite anual de **100.000 €** para fallecimiento, incapacidad permanente e incapacidad temporal.
- Para Protección Jurídica no se establece límite anual



CONTACTO ANTE POSIBLES DUDAS:

fundacion@fpsomc.es

91 431 77 80, ext.3

La Junta de Patronos de la Fundación para la Protección Social de la OMC (FPSOMC), en la reunión extraordinaria celebrada el día 16 de junio de 2021, adoptó por unanimidad el siguiente Acuerdo:

“Conceder la condición de Socio Protector de la Fundación a todos los médicos y médicas que realicen su primera colegiación a partir de la fecha de este Acuerdo, sin aportación económica durante los dos primeros años”.*

Madrid, 16 de junio de 2021.

* La aportación económica trimestral a la FPSOMC es actualmente de 23,77 €, deducible hasta en un 80 % en la declaración de la renta, (a excepción del País Vasco y Navarra — consultar fiscalidad especial). La aportación se domiciliará al finalizar el periodo de gratuidad establecido”.

Responsabilidad de residentes de Ciencias de la Salud, tutores y especialistas

Francisco Moreno Madrid

Vicente Matas Aguilera · Francesc Feliu Villaró · Domingo Antonio Sánchez Martínez
Begoña Azkarate Ayerdi · María Rosa Arroyo Castillo · Sonia Agudo Capón · María del Carmen moreno Castillo

7^a
EDICIÓN
2024

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

EDITA:

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).

COORDINADOR DE LA EDICIÓN:

José María Rodríguez Vicente.

Secretario General del CGCOM.

AUTOR:

Francisco Moreno Madrid.

Jefe de Sección de Pediatría Hospital Clínico San Cecilio de Granada.

Profesor Asociado Ciencias de la Salud, Universidad de Granada.

Licenciado en Derecho. Máster en Derecho Sanitario.

COLABORADORES:

Vicente Matas Aguilera.

Coordinador del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada.

Exvocal de Atención Primaria Urbana de la OMC.

Francesc Feliu Villaró.

Representante Nacional de Médicos Tutores y Docentes OMC.

FEA Cirugía General y Aparato Digestivo Hospital de Tarragona.

Profesor Asociado de Medicina, Universidad Rovira Virgili, Tarragona.

Tutor MIR.

Domingo Antonio Sánchez Martínez.

Residente de Oncología Médica Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Vocal de la

Sección de Médicos Jóvenes del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia.

Begoña Azkarate Ayerdi.

Jefa de Estudios de formación postgrado especializada. Hospital Universitario Donostia.

FEA Medicina intensiva.

María Rosa Arroyo Castillo

Vicepresidenta 2ª del CGCOM

Sonia Agudo Capón

Directora Técnica de la FCOMCI

María del Carmen Moreno Castillo.

Residente de Microbiología y Parasitología (FIR). Hospital General Universitario de Elche.

ISBN: 978-84-09-6173-4

DL: C 1010-2023

Agradecimiento

Ante la buena acogida que tuvo en la profesión médica el libro editado hace ya 6 años por la OMC, *Responsabilidad del Médico Interno Residente*, afrontamos ya este séptimo trabajo con igual o mayor entusiasmo e ilusión.



Seguimos intentando corregir una razonable crítica que se nos hizo, como es la de centrarnos exclusivamente en los médicos sin tener en cuenta al resto de especialistas en ciencias de la salud, quienes se rigen y a los que les es aplicable la misma normativa. Se abordan materias de interés para el conjunto de los residentes con independencia de su especialidad en un capítulo extenso.

Se incorporan nuevos temas, que sin duda van a contribuir a enriquecer el trabajo, ya que sus autores gozan de una acreditada trayectoria y prestigio a nivel nacional en todas las materias relacionadas con los residentes. Concretamente en esta séptima edición se actualiza el tema sobre las retribuciones y se añaden dos nuevos temas sobre la cooperación y el voluntariado internacional, y sobre el nuevo Real Decreto sobre especialidades y especialistas en Ciencias de la Salud que introduce importantes cambios en el sistema.

Se mantiene el análisis de la responsabilidad del residente y todas las posibles partes relacionadas con la misma. Es la principal del trabajo y la que mayor interés ha suscitado. Podríamos decir que es la parte práctica, pasar del mundo teórico al mundo real. Estudiar las situaciones más frecuentes a las que nos podemos enfrentar en nuestra práctica diaria y como debemos actuar ante las mismas, cuál es nuestra responsabilidad, nuestros derechos y deberes. Creemos que la notable repercusión del libro se ha debido principalmente a transmitir y explicar en un lenguaje, sencillo y fácilmente comprensible conceptos tremendamente complejos. Con independencia de que el trabajo pretenda ser riguroso, la responsabilidad médica en general, y la del MIR en particular, es una materia que preocupa a la sociedad y a los profesionales.

Quiero manifestar a la OMC mi profundo agradecimiento por la edición y divulgación del trabajo.

En la presentación del primer libro, el Dr. Romero decía: «Era una necesidad que nuestros médicos más jóvenes, aquellos que van a acceder o que ya están en el periodo de residencia, tuvieran un manual, una guía sobre responsabilidad». Parafraseando el título del libro, supone una gran responsabilidad y un gran honor intentar aportar conceptos, planteamientos, que puedan ser constructivos y útiles en una materia difícil y compleja de estudiar.

Esperamos que este trabajo tenga la misma aceptación que los anteriores y pueda ser útil para especialistas, tutores y 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. No puedes más que sentir una sensación de gratitud y admiración cuando tienes la ocasión de comprobar como cada día se dejan lo mejor de ellos mismos para intentar mejorar nuestras vidas. Para finalizar y después de muchos años como tutor MIR, y los últimos estudiando específicamente los aspectos relacionados con su responsabilidad, quisiera dar, si se me permite, dos consejos: primero, que ante la más mínima duda, consulten. No se debe tener ningún miedo o reparo en consultar. El segundo que les daría es que nunca olviden el primero.

Francisco Moreno Madrid

Prólogo

Desde estas líneas, quiero agradecer la confianza que los autores de este libro han depositado en mí para escribir el prólogo. Debido al éxito obtenido en las ediciones anteriores, y a propuesta de las Vocalías de Médicos en Formación y de Médicos Tutores y Docentes, desde la Fundación para la Protección Social a Médicos de la Organización Médica Colegial hemos decidido patrocinar esta obra, la cual familiariza a residentes, tutores y docentes con la legislación que es de aplicación en el desempeño de sus funciones.



Tomás Cobo Castro

La Formación Sanitaria Especializada, extendida a los programas de formación de otras especialidades en Ciencias de la Salud —como Enfermería, Farmacia, Biología, Psicología, etc.—, ha convertido a España en un país reconocido, en un contexto internacional, por su alta calidad en la formación de especialistas sanitarios. El sistema MIR es considerado uno de los más prestigiosos del mundo, con mayor equidad y capacitación de los futuros profesionales. Tanto es así que nuestros especialistas son demandados por los sistemas nacionales de Salud de otros países.

Las páginas de este libro nos ayudan a profundizar en el conocimiento del marco normativo vigente que regula la figura del residente y su relación con Tutores y Docentes, prestando especial énfasis a la doble figura del futuro especialista en Ciencias de la Salud: por una parte, es estudiante y aprendiz de la especialidad correspondiente, con plenas garantías de sus derechos de docencia e investigación. Por otro lado, es graduado/titulado en el ejercicio profesional, con todas las obligaciones y responsabilidades derivadas. Y de ahí emana la necesidad de analizar tres ámbitos de responsabilidad: la del propio residente, la del Tutor/especialista y la de la Administración.

Creemos que este libro, que ahora está en tus manos, será de gran utilidad a los residentes, a los tutores y a todos los especialistas en el desempeño diario de sus funciones. Del mismo modo, contribuirá a mejorar las relaciones entre ellos y la establecida con la Administración sanitaria.

La buena acogida de las ediciones anteriores y el interés suscitado en las otras ramas de las Ciencias de la Salud (Enfermería, Biología, Farmacia, Psicología, Química, etc.) han hecho que esta edición de 2022, revisada y ampliada, se oferte también a todas las profesiones integradas en las Ciencias de la Salud, esperando que encuentren en esta obra la resolución a los problemas que se les puedan plantear en la práctica diaria.

Del autor de la publicación, Francisco Moreno Madrid, cabe destacar que reúne el perfil profesional y académico idóneo para abordar el estudio de la responsabilidad del residente. Obtuvo su especialidad de Pediatría por el vigente sistema MIR, habiendo desempeñado las máximas responsabilidades en la formación y organización de residentes, como tutor de los mismos durante más de 20 años y presidente de la Comisión de Docencia.

Asimismo, ha trabajado en puestos relacionados con la gestión sanitaria como jefe de servicio y director médico. Es, también, colaborador del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada, que periódicamente elabora informes pormenorizados sobre la distribución de plazas y otros aspectos de interés en las diferentes convocatorias MIR.

Actualmente, ejerce como pediatra y profesor asociado de Medicina de la Universidad de Granada, con una añadida visión como licenciado en Derecho que brinda a este libro una perspectiva todavía más amplia.

Por último, a vosotros, los residentes, me gustaría desearos que el periodo de vuestra formación como especialistas en Ciencias de la Salud sea fructífero, al mismo tiempo que os aconsejo que dediquéis cada minuto a aprender. No olvidéis nunca que este libro y todas las competencias y conocimientos que adquiráis durante vuestra etapa formativa tienen un objetivo: que los pacientes estén seguros en vuestras manos, en las que nunca deben faltar el afecto y la ternura, parte esencial de nuestra profesión.

Tomás Cobo Castro

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España

Índice

1.	Introducción (F.Moreno)	33
2.	Precedentes, nacimiento y evolución de la figura del MIR (F.Moreno)	37
2.1	Precedentes	38
2.2	Comienzo del Sistema MIR	39
2.3	Reforma o Perfeccionamiento del Sistema	41
3.	Integración del MIR en la Institución Sanitaria. Relación Laboral (F.Moreno)	43
3.1	Objeto	45
3.2	Contrato	45
3.3	Régimen disciplinario	49
4.	La importancia de la docencia en la formación del Residente (F.Moreno, M.C. Moreno)	51
4.1	La Importancia de ser Docente	51
4.2	Objeto	54
4.3	Unidades docentes	55
4.4	Comisiones de docencia	55
4.5	Tutor	56
4.6	Deber general de supervisión y responsabilidad progresiva	56
4.7	Evaluación	57
5.	Tutor de residentes. Necesidad de reconocimiento profesional (F. Feliu)	61
6.	Retribuciones de los Facultativos Residentes en España año 2023 (V.Matas)	73
7.	Responsabilidad en el Médico Interno Residente. Características específicas (F.Moreno)	83
7.1	Elementos que integran la responsabilidad penal por culpa	84
7.2	Imprudencia	85

7.3	Situaciones de urgencia	86
7.4	Error de diagnóstico o de tratamiento	87
7.5	Capacidad para emitir altas	88
7.6	Responsabilidad patrimonial	89
7.7	Deber de cuidado por parte del residente	89
7.8	Niveles de responsabilidad	90
7.9	Causas de imprudencia por el residente	90
7.10	Trabajo en equipo	92
7.11	Responsabilidad de los especialistas y tutores	93
8.	Jurisprudencia General (F.Moreno)	95
1	Despido de un residente por no presentarse a las guardias. Despido disciplinario	95
2	Protección del residente enfermo. Anulación de despido	97
3	Valoración de la formación continuada en la residencia	101
4	Condena penal a un residente por revelación de secretos	104
5	La función asistencial es indisociable de la función docente en el residente	107
6	Fortaleza de los derechos laborales de los residentes. Descansos.	111
9.	Jurisprudencia sobre responsabilidad (F.Moreno)	115
7	Absolución de la residente de segundo año por aplicación de su normativa específica	115
8	No autorización a la participación en una intervención quirúrgica de médicos en formación	117
9	Responsabilidad patrimonial de la administración por demora del residente en consultar con el especialista	119
10	Intervención quirúrgica por un MIR en solitario. Consentimiento informado	122
11	Funciones y responsabilidad de los especialistas respecto a los residentes	127
12	Condena a prisión a un residente de primer año sin valoración de la actuación de especialistas, tutores, servicio u hospital	130
13	Intervención quirúrgica en la que se demanda al residente por el simple hecho de serlo	134
14	Extralimitación del MIR sin responsabilidad del tutor	137
15	Condena a la Administración por falta de organización y supervisión	139
16	Ejercicio de la Medicina y Bioética	141
17	Absolución del MIR condenado en primera instancia	143
18	Absolución de un residente y condena al especialista	145

19	Condena al MIR a pesar de solicitar supervisión	148
20	Primera condena penal de un residente	152
21	Demanda por haber sido intervenida por un residente en oftalmología y no por un especialista	154
22	Condena a la administración por falta de funcionamiento de los debidos controles en la supervisión del residente	156
10.	Comisión de Docencia y Jefatura de Estudios (B. Azkarate)	161
I.	Comisiones de Docencia (CD)	161
	Funciones	163
II.	Jefe/a de Estudios de FSE (JEE)	165
11.	Reivindicaciones del colectivo de residentes en Ciencias de la Salud (D.A. Sánchez)	171
	Movilización y Reivindicaciones	173
12.	Nuevo Real Decreto sobre especialidades y especialistas en Ciencias de la Salud (M.C Moreno, F. Moreno)	177
13.	Cooperación internacional para el desarrollo durante el periodo de formación sanitaria especializada (María Rosa Arroyo Castillo y Sonia Agudo Capón)	183
14.	Conclusiones	191
15.	Bibliografía	195
	Normativa	200



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. 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.

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 y existen cientos de artículos, libros, tesis doctorales y una jurisprudencia consolidada. 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 numerosas las publicaciones de todo tipo, sobre la docencia en el MIR y también sobre sus derechos laborales, (aunque en menor proporción).

Normalmente, cuando se analiza la responsabilidad de un especialista es por un acto **individual** o personal. Delimitar su responsabilidad es una tarea dificultosa que en el caso del MIR se multiplica, ya que hay que atender a tres posibles responsabilidades:

1. La del MIR, ya de por sí más difícil de delimitar que la del especialista, por lo específico de su régimen jurídico con la **inseparable** función docente que lleva asociado.

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.
4. Esa triple responsabilidad y lo indisoluble de sus funciones hacen muy difícil, por no decir imposible, poder delimitar el momento exacto en que un residente puede realizar un determinado acto médico.

Para poder conocer la responsabilidad del MIR es fundamental determinar y 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 con frecuencia contradictoria. 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 especialistas.
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. Posteriormente se analiza 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 hacerles re-

flexionar, pensar y aclararle algunas dudas, nuestro objetivo estaría cumplido con creces.

Seguimos intentando corregir una razonable crítica que se nos ha hecho a trabajos anteriores, y es que nos centramos exclusivamente en los médicos, sin tener en cuenta al resto de especialistas en Ciencias de la Salud que se rigen y a los que es aplicable la misma normativa legal que a los médicos. Al original sistema MIR fueron incorporándose progresivamente otras profesiones sanitarias como farmacéuticos, biólogos, psicólogos, físicos, químicos. En 2008 se incorporan las especialidades de enfermería y comienza a utilizarse el término EIR (Especialistas Internos Residentes). En un capítulo se analiza y estudia la jurisprudencia en materias que son de interés para todos los EIR como: evaluaciones negativas, despidos, derechos laborales, evaluación del residente enfermo, valoración curricular de la formación continuada, etc. Lógicamente nuestra principal área de estudio sigue siendo la responsabilidad del MIR por razones obvias:

- Por volumen, ya que constituyen el 75% del total de residentes.
- Aunque las causas de responsabilidad son extrapolables a todos los residentes, lo habitual es que para exigirla exista un daño ocasionado por un acto médico.
- Las materias o conflictos de índole laboral o docente, son de gran interés, pero su abordaje jurídico es menos complejo y controvertido.
- Porque somos médicos.
- 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. 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 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.

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 programas 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. 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.

Prácticamente desde sus inicios, el nuevo sistema MIR no se establece solo para licenciados en Medicina; también van accediendo 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 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.



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 definitivas 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 residente

F. Moreno, M.C Moreno

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 medida 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. Es la figura central y responsable del programa docente MIR, por lo que se le dedica un apartado específico.

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.

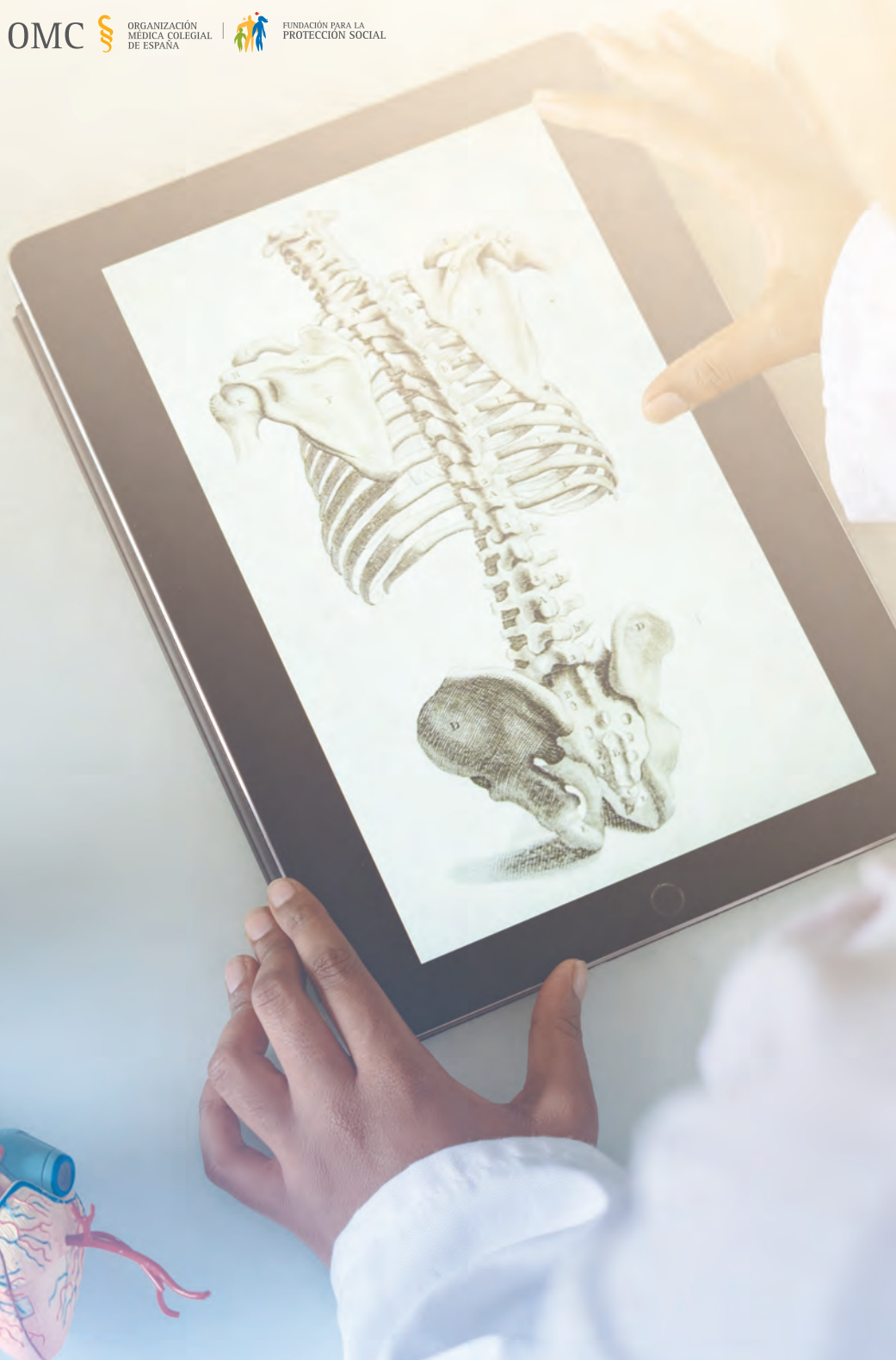
El informe debe contener:

- 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. Tutor de residentes. Necesidad de reconocimiento profesional

F. Feliu

El tutor es el principal responsable del proceso de enseñanza del MIR. Su función y trabajo es lo que más valoran los residentes en las encuestas.

La ley de ordenación de las profesiones sanitarias (LOP 44/2003 de 21 de noviembre) da un salto de calidad en la formación sanitaria especializada iniciando su reforma o perfeccionamiento. Es la primera vez que aparece la figura del tutor de residentes en una ley, lo que revaloriza su existencia e importancia. Los reconoce como una figura de gestión clínica con el correspondiente reconocimiento laboral y profesional.

Artículo 10. Gestión clínica en las organizaciones sanitarias

1. Las Administraciones sanitarias, los servicios de salud o los órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda, establecerán los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión clínica, a través de procedimientos en los que habrán de tener participación los propios profesionales. Tales funciones podrán ser desempeñadas en función de criterios que acrediten los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación.
2. A los efectos de esta ley tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes.
3. El ejercicio de funciones de gestión clínica estará sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados. Tal evaluación tendrá carácter periódico y podrá determinar, en su caso, la confirmación o remoción del interesado en dichas funciones, y tendrá efectos en la evaluación del desarrollo profesional alcanzado.

4. El desempeño de funciones de gestión clínica será objeto del oportuno reconocimiento por parte del centro, del servicio de salud y del conjunto del sistema sanitario, en la forma en que en cada comunidad autónoma se determine

Este reconocimiento de su figura en una normativa del máximo rango obligó al desarrollo de sus normas y funciones. En el RD 1146/2006 lo considera como un derecho del residente y más específicamente el RD 183/2008, que marca un antes y un después en todo lo referido a las funciones del tutor en relación a la formación de los médicos MIR, estableciendo su perfil, sus funciones, las habilidades necesarias, sus responsabilidades y las características para su nombramiento.

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.

La tutoría o entrevista estructurada (entrevista con un guión pre establecido de preguntas bidireccionales —*feedback*— entre tutor y residente), es una conversación formal, con una intencionalidad y objetivos implícitos:

- Seguimiento y valoración del progreso del aprendizaje.
- Valoración de las competencias adquiridas en relación a los objetivos propuestos.
- Identificación de áreas de mejora y aportación de propuestas, cambios y sugerencias para su corrección.
- Favorecimiento de la autoevaluación del residente.

Se realizarán un mínimo de 4 por año lectivo, en momentos adecuados distribuidos y planificadas a lo largo del curso.

Artículo 12. Evaluación, incentivación y mejora de competencias del tutor.

1. De acuerdo con lo previsto en el artículo 10.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, las funciones de tutoría tienen la consideración de funciones de gestión clínica y como tales deben ser evaluadas y reconocidas.
2. Las comunidades autónomas, con la finalidad de garantizar la idoneidad y el mantenimiento de las competencias de los tutores, regularán procedimientos de evaluación para su acreditación y reacreditación periódica con sujeción a lo previsto en el artículo 10.1 y 3 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.
A estos efectos, se tendrán en cuenta, entre otros factores, la experiencia profesional continuada como especialista, la experiencia docente, las actividades de formación continuada, la actividad investigadora y de mejora de calidad, la formación específica en metodologías docentes, así como el resultado de las evaluaciones de calidad y encuestas sobre el grado de satisfacción alcanzado.
3. De conformidad con lo previsto en el artículo 10.4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, las comunidades autónomas regularán sistemas de reconocimiento específico de la acción tutorial en sus respectivos servicios de salud.

En los mencionados procedimientos se reconocerán las funciones de tutoría llevadas a cabo en las unidades y centros acreditados para la formación de especialistas en el ámbito de todo el sistema sanitario.

4. Las Administraciones sanitarias, a fin de facilitar la mejora de su competencia en la práctica clínica y en las metodologías docentes, favorecerán que los tutores realicen actividades de formación continuada sobre aspectos tales como los relacionados con el conocimiento y aprendizaje de métodos educativos, técnicas de comunicación, metodología de la investigación, gestión de calidad, motivación, aspectos éticos de la profesión o aspectos relacionados con los contenidos del programa formativo.

Se desarrollan las funciones y responsabilidades del tutor pero la normativa supletoria encargada de facilitar estas funciones como el reconocimiento profesional y laboral, su nombramiento y certificación se dejan en manos de las CA. La realidad es que a pesar de los años transcurridos de la entrada en vigor del RD 183/2008 solamente siete comunidades lo han desarrollado con una normativa específica. Los incentivos varían entre las diversas comunidades. La compensación horaria y el reconocimiento en los baremos para los procesos selectivos son las medidas más habituales. La tarea que realizan los tutores en la actualidad es extremadamente compleja. Es el principal responsable del proceso de enseñanza, debe de planificar, supervisar, evaluar, proponer medidas de mejora, favorecer la autonomía del aprendizaje y la asunción progresiva de responsabilidades. Se necesita más tiempo para las tareas de gestión- organización que para las propiamente docentes. La necesidad sentida como los tutores como la más prioritaria y urgente es la facilitación de tiempo de dedicación a las tareas docentes.

Instrumentos para la evaluación del residente

Según el RD 183/2008, de 8 de febrero, el tutor dispondrá para la evaluación del residente la entrevista estructurada (donde estarán incluidas las evaluaciones de las respectivas rotaciones), y el libro del residente. Además, es conveniente y recomendado que el tutor pueda disponer de otras “herramientas” de evaluación, aunque éstas supongan un sobre esfuerzo, sobre todo de tiempo, un mayor coste y no esté plenamente reconocido.

- Para la evaluación de valores profesionales, actitudes y comportamiento:

- Evaluación 360°.
- ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada.
- Entrevista /Opinión de los pacientes.
- Para la evaluación de las habilidades clínicas:
 - ECOE.
 - Simulaciones.
 - MiniCEX: Mini Clinical Examination.
 - Incidente Crítico.

Los tutores de médicos MIR es un colectivo en torno a los 15.000 profesionales altamente cualificados, con un elevado grado de motivación y que vienen desarrollando una labor imprescindible para el buen desarrollo de la formación especializada. Su falta de reconocimiento profesional a la labor de los tutores está produciendo consecuencias negativas para el futuro de la formación especializada. Existen en la actualidad dificultades para encontrar en algunas áreas profesionales con interés en ser tutor. Existe un recambio cada vez más rápido de tutores, lo que no favorece la estabilidad que requieren los residentes. Paradójicamente no entre los tutores más veteranos, sino entre los más noveles. La impresión es que las tareas cada vez mayores de gestión y organización les abruman y sobrepasa, ya que requieren de una preparación y competencias específicas lo que en la práctica supone restar tiempo y calidad a su función docente que es la principal motivación para ser tutores. La normativa actual les exige una implicación y dedicación que, generalmente, no es facilitada ni reconocida. No se puede ser un buen tutor si no se tiene la voluntad y la vocación de serlo, pero no con ello como se cree con frecuencia es suficiente. Para mantener y mejorar la calidad de la formación es necesario que la Administración Sanitaria reconozca y potencie la labor tutorial en todas las posibles áreas de mejora: horario, carrera profesional, OPES, incentívación económica, formación.

La Asamblea General de la Organización Médica Colegial (OMC) ha aprobado por unanimidad una Declaración propuesta por la Vocalía Nacional de Médicos Tutores en la que se ha acordado solicitar que el médico tutor sea la "figura central y responsable del cumplimiento del programa docente del MIR, de su planificación, gestión, supervisión y evaluación", de acuerdo al programa formativo aprobado en la respectiva Comisión Nacional de la Especialidad y en colaboración con las Comisiones de Docencia.

Documento de la vocalía nacional de médicos tutores

1. Promover un mayor reconocimiento del Médico Tutor (MT) como responsable docente en el ámbito de la Formación Sanitaria Especializada.
2. Conseguir la participación del vocal de Médicos Tutores y Docentes (MTD) en las Juntas de Gobierno de los Colegios Oficiales de Médicos, en representación a todo el colectivo de dicha provincia.
 - a) Creación de una sección colegial oficial de MTD.
3. Promover la participación del vocal de Médicos Tutores y Docentes como miembro de las respectivas Comisiones Nacionales de cada especialidad médica, participando en el programa formativo troncal y específico.
4. Instar a las autoridades sanitarias competentes para que el Médico Tutor disponga del tiempo necesario para su ejercicio docente, contemplado en el marco legal vigente, que le permita:
 - a) Compatibilizar sus funciones docentes con las funciones propias de su ámbito laboral, acorde a su responsabilidad tutorial y docente.
 - b) Favorecer el encuadre de dichas funciones formativas con las responsabilidades laborales asistenciales y contractuales de los Médicos Internos Residentes (MIR)
5. Reconocer al Médico Tutor como figura central y responsable del cumplimiento del programa docente del MIR, de su planificación, gestión, supervisión y evaluación, de acuerdo al programa formativo aprobado en la respectiva Comisión Nacional de la Especialidad y en colaboración con las Comisiones de Docencia de cada Unidad Docente.
 - a) Los especialistas en activo acreditados que reúnan los requisitos podrán optar a ser MT mediante convocatoria pública de las correspondientes Comisiones de Docencia.
 - b) El Médico Tutor promoverá el desarrollo y cumplimiento de las actividades docentes, científicas e investigadoras del MIR.
 - c) El Médico Tutor tendrá la capacidad de proponer un programa formativo adaptado a las “necesidades” individuales de cada residente y a la propia “idiosincrasia” de cada centro sanitario acreditado para la formación oficial de residentes.
 - d) Facilitar y reconocer la valoración del MT por parte tutorizado como elemento de feedback y mejora continua del proceso docente.

- e) El Médico Tutor se comprometerá a un programa de reevaluación o de re-certificación periódica para el ejercicio de sus funciones docentes.
6. Proponer la unificación y homogeneización de la evaluación del MIR, consiguiendo una evaluación objetiva, formativa y por dominios competenciales, adecuada a los objetivos docentes.
7. Dotar al Médico Tutor del reconocimiento nacional de su acreditación oficial.
 - a) Conseguir la puntuación oficial de los méritos del MT para su promoción, tanto interna en su institución como en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.
8. Velar por la implantación de un programa de formación específica para el MT, común y válido para todo el territorio nacional.
9. Velar para que, dentro del marco normativo autonómico aplicable al MT y Comisiones de Docencia, se consiga una legislación común de ámbito nacional que recoja unos objetivos mínimos en cuanto a acreditación, reconocimiento, tiempo docente asignado, participación, formación específica y evaluación objetiva.
10. Promover la incorporación de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en el ámbito de la tutorización docente, creando un marco “digital” ágil y mínimamente burocratizado que incluya el MT y el colectivo MIR.
 - a) Promover la implantación del “Libro de Residente Digital”, homogéneo y de carácter oficial en todo el territorio nacional.
11. Conseguir un marco retributivo para el MT, homogéneo y adecuado a su dedicación docente.
12. Velar por la acreditación oficial y la calidad formativa de los médicos docentes en las plazas universitarias de medicina.

Las direcciones de los hospitales y los jefes de servicio presionados por ellas suelen considerar prioritaria la actividad asistencial ocupando la formación y docencia de especialistas un lugar secundario. Los tutores y residentes se quejan que con frecuencia se modifican rotaciones, itinerarios formativos de los residentes según las necesidades asistenciales. Pensamos que ahí debe jugar un papel fundamental el tutor MIR y salvo casos realmente necesarios priorizar y poner al mismo nivel la formación y docencia del MIR que

la asistencia. La asistencia y la formación no son realidades opuestas, si no complementarias que unidas van a contribuir sin ninguna duda a una mejor calidad asistencial.

Trabajar con un residente con problemas; ¿cómo lo hacemos?

Cuando el tutor tiene la sensación que algo va mal (porque la tiene), deberíamos contestar primero estas tres preguntas:

- ¿Cuál es el problema?, ¿de conocimientos, habilidades o de actitud? Probablemente, lo más grave, o lo de más difícil solución sean los problemas de actitud, los cuales pueden incluir introspección, falta de motivación, autoestima, o de la relación médico-paciente.
- ¿De quién es el problema?, ¿del residente, del tutor o del sistema? Aquí lo más difícil de solucionar serían los derivados del sistema; carga asistencial, falta de una organización y planificación de tareas dentro del servicio /hospital.
- ¿Es un problema que debe ser resuelto?, ¿va a solucionarse por sí solo?

Deberemos pues recabar la máxima información al respecto, observar al residente en situaciones variadas y apoyarnos en otros compañeros, otros tutores y el resto de profesionales que tengan relación con el residente.

La entrevista estructurada (las tutorías) será un instrumento fundamental, para la detección de estos problemas e intentar su corrección.

Una herramienta que puede ser útil es realizar este pequeño test de 7 preguntas al residente que se prevé que tiene o puede tener problemas:

1. ¿Hay dificultades en la adquisición de conocimientos o habilidades clínicas?
2. ¿Se le ha diagnosticado recientemente una enfermedad física?, ¿una patología crónica que ya presentaba se le ha agravado?, ¿está recibiendo medicación que pueda afectar a su rendimiento?
3. ¿Está deprimido o sufre algún trastorno en sí mismo o en su sentido del humor?
4. ¿Existe algún problema cognoscitivo que pueda ser debido al consumo abusivo de alcohol o de cualquier otra droga?
5. ¿Ha habido algún evento vital reciente que pudiera estar afectando su salud física y/o mental?

Proyecto de RD por el que se regula la formación de los Especialistas en Ciencias de la Salud

Una vez que ha resultado fallido el sistema de troncalidad, es la reforma más importante prevista en el sistema. regula la formación común de las especialidades en ciencias de la salud, se desarrollan las áreas de capacitación específica y se regula el procedimiento de creación de títulos de especialista en ciencias de la salud.

El borrador de RD que está elaborando el Ministerio de Sanidad, está dividido en tres grandes apartados, y en todos hay más sombras que luces.

la Junta Directiva de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), realizó una serie de consideraciones y reflexiones que compartimos (septiembre 2019), y que fueron enviadas a todas las sociedades científicas integradas en la Federación, a la Dirección General de Ordenación Profesional (DGOP) del Ministerio de Sanidad y presentada en el Foro de la Profesión Médica de España. Destacamos los aspectos que nos parecen de mayor interés.

De la formación común (capítulo II)

- El borrador no clarifica el concepto de formación común, las competencias genéricas y los conocimientos transversales que en él se citan.
- La lista de competencias genéricas y comunes para un ejercicio profesional de calidad consensuadas por las sociedades científicas integradas en la FACME son: metodología de la investigación, sociología de la salud, tecnología de la información, economía de la salud, bioética, comunicación al paciente y familiares, orientación al paciente, razonamiento clínico, trabajo en equipo, gestión clínica, gestión de recursos del sistema de salud y aspectos médico-legales de la profesión médica.
- En el artículo 3, sobre la elaboración del programa formativo de estas competencias genéricas y comunes, se establece que será coordinada por la DGOP, contando con "expertos" en las diferentes áreas. Nos resulta inaceptable que no se cuente con nosotros en el marco de las competencias en este ámbito de las diferentes comisiones nacionales de especialidades en ciencias de la salud (CNECS), en las que estamos representados junto a las SSCC reconocidas y la propia Organización Médica Colegial (OMC) de España.

- La elaboración de los programas formativos de las diferentes especialidades médicas y su correspondiente actualización, son competencia de las respectivas Comisiones Nacionales de la Especialidad (CNE), regulado por el RD 127/1984, de 11 de enero, con representación de todos los interlocutores: administración estatal (Ministerio de Educación, Ministerio de Sanidad), OMC, SSCC, residentes y tutores.

De las áreas de capacitación específica (Capítulo III)

La vía “normal” de llegada a las áreas de capacitación específica (ACE) debería ser la de un especialista que quiera acceder a la súper especialización en un área determinada y específica de su especialidad. Debe ser accesible solamente para especialistas con título reconocido, establecido en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre

El borrador del RD contradice esta Ley y pretende formar en ACE durante el período de residencia, es decir, no sólo el médico interno residente optará a ser especialista de una especialidad si no que además tendrá el título (o diploma de capacitación) de una ACE dentro de su misma especialidad.

Este hecho genera numerosas dudas y contradicciones:

- Las propuestas de ACE deberían presentarse y canalizarse por las mismas SSCC en el seno de las CNE, y de éstas a la Comisión Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud, presididas por el Ministerio de Sanidad.
- El borrador de RD no define los términos de especialidad, especialidad multidisciplinar y ACE.
- La formación en un ACE no será superior a 18 meses, lo que contradice las recomendaciones de sociedades científico médicas nacionales e internacionales en formación de subespecialidades.
- ¿Cómo se establecería la estructura docente?
- ¿Quién acreditaría las de nueva creación?
- ¿Cómo se calcularía la capacidad docente?, ¿habrá suficientes tutores?, ¿quién definirá el perfil profesional de éstos?, ¿cómo se redefinirían las Comisiones de Docencia?
- ¿Cómo se ordenarían los programas formativos propios de cada especialidad más los específicos de las diferentes ACE?

- ¿Cómo se formarían diferentes tipos de especialistas dentro de una misma especialidad?

Del procedimiento de creación de títulos de especialista en ciencias de la salud (Capítulo IV)

En este apartado la controversia estriba en que los artículos 15.1 y 15.2 del borrador del RD establecen que el procedimiento de creación de un título de especialista en ciencias de la salud se podrá iniciar de oficio por el Ministerio de Sanidad, o a instancias de un colegio profesional o de la respectiva consejería de sanidad por una comunidad autónoma.

Se propone que sea el Foro de la Profesión Médica de España (FPME), en el que están integradas las SSCC de las especialidades médicas a través de FACME, quien pueda dirimir en última instancia la creación de dichos títulos. El borrador tampoco aclara si sólo se podrán ofertar plazas en los centros acreditados para las ACE.



6. Retribuciones de los Facultativos Residentes en España, 2023

V. Matas

Este informe pretende conocer las diferencias en las retribuciones en mayo de 2023, de los facultativos residentes (Médicos, Farmacéuticos, Biólogos, Químicos, Psicólogos y Físicos) en los diecisiete servicios de Salud de España e INGESA (Ceuta y Melilla).

Se comparan cada uno de los años que componen la residencia, los diferentes conceptos retributivos en las retribuciones por jornada ordinaria y se informa del importe por hora de guardia en cada una de las CCAA, las grandes diferencias se dan precisamente en la retribución de esta jornada adicional.

Mención especial merece el Instituto de Gestión Sanitaria INGESA (Ceuta y Melilla), en este territorio se percibe un complemento por residencia, cuyo importe es de 1.024,22 €/mes (12.290,64 €/año) y además en el impuesto de la renta, por residir y trabajar en Ceuta o Melilla, disfrutan de unas retenciones y una tarifa un 60% inferior a la del resto de España. En INGESA sólo existen plazas de Medicina de Familia (3 por año en Ceuta y otras 3 en Melilla), dos plazas de Medicina del Trabajo, una de Medicina Interna y una de Medicina Preventiva y Salud Pública. Existe también plus de residencia en Baleares y Canarias, pero de mucha menor cuantía.

Teniendo en cuenta estas circunstancias excepcionales y para evitar distorsiones en el estudio los resultados de INGESA se presentan como un Servicio de Salud más, pero no se han usado a la hora de hacer los cálculos de media, máximo y mínimo.

También hay que tener en cuenta que el diferente tratamiento de las pagas extra puede provocar discrepancias entre los importes mensuales y el importe anual final, de hecho, en alguna CCAA, el importe mensual es menor que en otra y sin embargo el importe anual es mayor.

En las tablas se presentan en rojo y negrita los Servicios de Salud que ocupan los últimos lugares y en azul y negrita los que ocupan los primeros puestos.

Resultados para los residentes sin guardias (jornada ordinaria)

Retribuciones mensuales netas y brutas residentes jornada ordinaria en 2023

Los resultados sin guardias, solo por la jornada ordinaria de trabajo, en retribución mensual bruta y neta, tanto globales como por Servicio de Salud, los podemos ver en la tabla 1.

Las retribuciones mensuales mínimas van desde los 1.281 euros brutos al mes en el residente de primer año, que una vez descontado el IRPF y la Seguridad Social queda en una **retribución neta de 1.063 euros/mes**, hasta los 1.764 euros brutos al mes en el residente de quinto año, que descontados IRPF y la Seguridad Social **quedan netos 1.375 euros/mes**.

Las retribuciones mensuales medias van desde los 1.340 euros brutos al mes en el residente de primer año, que una vez descontado el IRPF y la Seguridad Social queda en una **retribución neta de 1.140 euros/mes**, hasta los 1.828 euros brutos al mes en el MIR de quinto año, que descontados IRPF y la Seguridad Social quedan en un **suelo neto de 1.436 euros/mes**.

Las retribuciones mensuales máximas van desde los 1.486 euros brutos al mes en el residente de primer año, que una vez descontado el IRPF y la Seguridad Social queda en una **retribución neta de 1.209 euros/mes**, hasta los 1.889 euros brutos al mes en el MIR de quinto año, que descontados IRPF y la Seguridad Social **quedan netos 1.533 euros/mes**.

Las diferencias brutas entre máximos y mínimos van desde los 205 euros/mes (el 15,99%) para los residentes de primer año **hasta los 225 euros brutos/año (el 12,77%)** para los de quinto año. Las diferencias en el neto llegan hasta el 13,97% en el residente de segundo año. Las diferencias en retribución neta entre el mínimo y la media llegan al 7,27% y superan el 4% en todos los casos.



TABLA 1

Retribuciones mensuales netas y brutas residentes sin guardias en 2023										
	Resid. 1 ^{er} año		Resid. 2 ^o año		Resid. 3 ^{er} año		Resid. 4 ^o año		Resid. 5 ^o año	
	Netas	Brutas	Netas	Brutas	Netas	Brutas	Netas	Brutas	Netas	Brutas
Andalucía	1.106	1.282	1.155	1.384	1.213	1.512	1.303	1.640	1.388	1.768
Aragón	1.109	1.288	1.158	1.391	1.219	1.520	1.309	1.649	1.394	1.778
Asturias	1.138	1.288	1.195	1.391	1.253	1.520	1.325	1.649	1.415	1.778
Baleares	1.207	1.486	1.286	1.612	1.372	1.738	1.453	1.863	1.533	1.989
Canarias	1.209	1.477	1.266	1.581	1.356	1.709	1.439	1.838	1.522	1.967
Cantabria	1.106	1.281	1.155	1.383	1.212	1.510	1.300	1.637	1.385	1.764
Castilla y León	1.106	1.282	1.155	1.384	1.213	1.512	1.303	1.640	1.388	1.769
Castilla-La Mancha	1.138	1.288	1.195	1.391	1.253	1.520	1.325	1.649	1.415	1.778
Cataluña	1.161	1.396	1.208	1.502	1.297	1.632	1.384	1.761	1.472	1.898
Extremadura	1.129	1.288	1.184	1.391	1.243	1.520	1.321	1.649	1.411	1.778
Galicia	1.087	1.282	1.132	1.384	1.204	1.512	1.293	1.640	1.375	1.768
Madrid	1.169	1.417	1.218	1.520	1.309	1.649	1.394	1.777	1.477	1.906
Murcia	1.147	1.369	1.158	1.391	1.219	1.520	1.309	1.649	1.394	1.778
Navarra	1.063	1.288	1.148	1.391	1.223	1.520	1.327	1.649	1.404	1.778
País Vasco	1.170	1.379	1.243	1.483	1.320	1.614	1.410	1.745	1.496	1.876
Rioja	1.138	1.288	1.192	1.391	1.247	1.520	1.321	1.649	1.410	1.778
Valencia	1.160	1.395	1.209	1.506	1.305	1.643	1.396	1.781	1.485	1.918
Ceuta y Melilla*	2.005	2.312	2.088	2.415	2.194	2.543	2.298	2.672	2.404	2.801
Media de España	1.140	1.340	1.194	1.440	1.265	1.569	1.350	1.698	1.436	1.828
Máximo de España	1.209	1.486	1.286	1.612	1.372	1.738	1.453	1.863	1.533	1.889
Mínimo de España	1.063	1.281	1.132	1.383	1.204	1.510	1.293	1.637	1.375	1.764
Dif. Mín./Máx.	146	205	153	229	168	228	160	227	159	225
Dif. Min. /Media	77	58	62	57	62	59	58	61	61	64
% Mín./Máximo	13,75	15,99	13,53	16,56	13,97	15,08	12,38	13,84	11,53	12,77
% Mín./Media	7,27	4,54	5,44	4,11	5,11	3,91	4,47	3,74	4,46	3,61

* Por las circunstancias excepcionales (complemento de residencia, tratamiento fiscal y muy reducida oferta de plazas) y para evitar distorsiones en el estudio los resultados de INGESA se presentan como un Servicio de Salud más, pero no se han usado a la hora de hacer los cálculos de media, máximo y mínimo.

Conviene recordar que, en el caso de los médicos, para llegar a ser MIR en España es necesario tener un Bachillerato con nota extraordinaria, realizar una selectividad excelente, seis años de estudios universitarios y por último preparar durante otro año el examen MIR. **Demasiado esfuerzo y muchas exigencias para una retribución tan baja**. Importante esfuerzo supone también para el resto de las titulaciones que acceden a una plaza de residente y se enfrentan además a una mayor ratio por plaza.

Retribuciones anuales netas y brutas residentes por jornada ordinaria en 2023

Los resultados sin guardias (solo jornada ordinaria) en retribución anual neta y bruta, tanto globales como por Servicio de Salud, los podemos ver en la tabla 2. El diferente tratamiento de las pagas extras puede provocar que en una CCAA se cobre más en computo mensual que en otra y sin embargo en cómputo anual quede por detrás.

Las retribuciones anuales mínimas van desde los 17.050 euros brutos al año en el residente de primer año, que una vez descontado el IRPF y la Seguridad Social queda en una **retribución neta de 15.069 euros/año**, hasta los 23.528 euros brutos al año en el residente de quinto año, que descontados IRPF y la Seguridad Social quedan netos 18.886 euros/año.

Las retribuciones anuales medias van desde los 18.487 euros brutos al año en el residente de primer año, que aplicados los descuentos de IRPF y Seguridad Social **queda en 15.887 euros netos al año**, hasta los 25.226 euros brutos al año en el MIR de quinto año, que con los descuentos **queda en de 20.083 euros netos/año**.

Las retribuciones anuales máximas van desde los 20.602 euros brutos al año en el residente de primer año, que aplicados los descuentos queda en **16.935 euros netos al año**, hasta los 27.640 euros brutos al año en el MIR de quinto año, que con los descuentos queda en de **21.590 euros netos/año**.

Las diferencias entre los Servicios de Salud van desde los 3.552 euros brutos/año (el 20,83%) para los residentes de primer año **hasta los 4.112 euros/año (el 17,48%)** para los de quinto año. Las diferencias entre el mínimo y la media superan en todos los casos el 6% y llegan hasta el 8,43%.

Estas diferencias, excluyendo INGESA, si tenemos en cuenta la residencia completa, llegan a ser cantidades importantes, **superan los 19.000 euros en especialidades de cinco años (más del 19%) y los 15.000 euros (más del 20%) en las especialidades de cuatro años**.



TABLA 2

Retribuciones anuales netas y brutas residentes sin guardias en 2023										
	Resid. 1 ^{er} año		Resid. 2 ^o año		Resid. 3 ^{er} año		Resid. 4 ^o año		Resid. 5 ^o año	
	Netas	Brutas	Netas	Brutas	Netas	Brutas	Netas	Brutas	Netas	Brutas
Andalucía	15.671	17.941	16.377	19.376	17.210	21.171	18.486	22.964	19.703	24.759
Aragón	15.726	18.036	16.425	19.479	17.290	21.283	18.573	23.087	19.790	24.890
Asturias	15.178	17.050	15.935	18.414	16.715	20.119	17.675	21.824	18.886	23.529
Baleares	16.935	20.602	18.057	22.361	19.285	24.121	20.438	25.881	21.590	27.640
Canarias	16.801	20.306	17.621	21.749	18.904	23.553	20.095	25.357	21.275	27.160
Cantabria	15.671	17.941	16.371	19.363	17.189	21.140	18.452	22.916	19.661	24.694
Castilla y León	15.672	17.942	16.378	19.377	17.210	21.171	18.487	22.966	19.704	24.760
Castilla-La Mancha	15.178	17.050	15.933	18.411	16.715	20.119	17.675	21.824	18.886	23.528
Cataluña	16.457	19.550	17.132	21.034	18.400	22.845	19.638	24.659	20.826	26.578
Extremadura	15.345	17.351	16.076	18.715	16.853	20.420	17.888	22.125	19.095	23.830
Galicia	16.020	18.591	16.697	20.078	17.756	21.937	19.073	23.796	20.291	25.655
Madrid	16.586	19.835	17.286	21.277	18.569	23.081	19.786	24.885	20.966	26.688
Murcia	16.272	19.164	16.425	19.479	17.290	21.283	18.573	23.087	19.790	24.890
Navarra	15.069	18.036	16.275	19.479	17.356	21.283	18.827	23.087	19.924	24.890
País Vasco	15.667	18.313	16.723	19.778	17.839	21.610	19.117	23.443	20.358	25.274
Rioja	15.178	17.050	15.976	18.493	16.796	20.297	17.871	22.101	19.144	23.906
Valencia	16.445	19.526	17.157	21.087	18.516	23.007	19.815	24.927	20.872	26.847
Ceuta y Melilla*	25.542	29.328	26.662	30.692	28.069	32.397	29.471	34.102	30.877	35.807
Media de España	15.887	18.487	16.654	19.879	17.668	21.673	18.874	23.466	20.083	25.266
Máximo de España	16.935	20.602	18.057	22.361	19.285	24.121	20.438	25.881	21.590	27.640
Mínimo de España	15.069	17.050	15.933	18.411	16.715	20.119	17.675	21.824	18.886	23.528
Dif. Mín./Máx.	1.865	3.552	2.124	3.951	2.570	4.002	2.763	4.057	2.704	4.112
Dif. Min. /Media	818	1.438	721	1.469	953	1.554	1.199	1.643	1.197	1.737
% Mín./Máximo	12,38	20,83	13,33	21,46	15,38	19,89	15,63	18,59	14,32	17,48
% Mín./Media	5,43	8,43	4,53	7,98	5,70	7,73	6,78	7,53	6,34	7,38

* Por las circunstancias excepcionales (complemento de residencia, tratamiento fiscal y muy reducida oferta de plazas) y para evitar distorsiones en el estudio los resultados de INGESA se presentan como un Servicio de Salud más, pero no se han usado a la hora de hacer los cálculos de media, máximo y mínimo.

El **suelo base** para los facultativos residentes es el correspondiente al Grupo A1 del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP) que se aprueba cada año en los Presupuestos Generales del Estado y supone el grueso de los ingresos del residente. Para este año 2023 es de 1.288,31 euros/mes por 12 meses más dos pagas extras de 795 euros, en total 17.049,72 euros al año, **muy poco más del importe, (791 euros/año, el 4,86%), al que se tenía derecho en 2010 antes del recorte del gobierno de España**, que suponían 16.258,20 euros anuales y el IPC se ha incrementado en un 29,7% desde enero de 2010 a abril de 2023 y en los meses próximos los incrementos parece que serán mayores. La pérdida de poder adquisitivo en el suelo base ha sido brutal.

Bueno pues en este concepto que debería ser igual en todos los Servicios de Salud, hay diferencias en su aplicación, cuando con copiar los importes sería suficiente. Aunque a muchos residentes les ha beneficiado que no sepan copiar del BOE, veamos.

Los facultativos residentes de **Aragón, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Madrid, Murcia y Navarra** cobran un suelo base de 1.288,31 euros/mes y también en las dos extras. En total 18.036,37 euros al año, que son 986,65 euros más que lo que contempla el BOE en los presupuestos generales para el grupo A1, curiosamente cobran más que sus tutores en este concepto.

En el caso de **Andalucía, Cantabria y Comunidad Valenciana** cobran un importe mensual un poco menor, en concreto cobran 1.281,49 euros al mes y la misma cantidad en las dos extras. En total 17.941,28 euros al año, que son 891,56 euros más que lo que contempla el BOE en los presupuestos generales para el grupo A1, también es algo más de lo que cobran sus tutores en este concepto.

Los facultativos residentes de **Asturias, Baleares, Castilla La Mancha, Extremadura, INGESA (Ceuta y Melilla), País Vasco y La Rioja** cobran 1.288,31 euros mensuales y 795 en las dos pagas extras que es la cantidad que está reflejada para el Grupo A1 en los Presupuestos Generales del Estado. En el caso de **El País Vasco** es un poco más por un complemento de mejora y mayor cantidad en el suelo de extra. En **Baleares** cobran 1.256 por 14 pagas, en total 17.596,46 que es algo más que sus tutores y adjuntos.

Además, los residentes tienen el **Complemento Grado de Formación** que en la mayoría de los Servicios de Salud se cobra desde los R2, con importes de 103,10 R2 231,97 R3, 360,84 R4 y 489,7 R5, suele estar incluido completo en las extras, con algunas excepciones que pagan un importe menor. Hay importes algo mayores, pocos céntimos y en algunas CCAA se pagan desde el R1 y otras abonan complementos adicionales a todos los facultativos residentes. Pero **las grandes diferencias están en el importe de las guardias/atención continuada** que la vemos ahora.

Diferencias en la retribución de las guardias en 2023

El MIR, tiene la obligación de realizar guardias. Con la realización de estas horas “extra” en horarios especialmente penosos —por las tardes, las noches, en sábado, domingo y festivo— puede incrementar un poco este sueldo tan bajo, que, en algunos casos, supera en muy poco a los del año 2010 antes del recorte del Gobierno del presidente Zapatero.

En la tabla 3 están los importes de este complemento, destinado a remunerar la atención a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada, encontramos diferencias muy importantes.

Diferencias en las guardias en día laborable

Las diferencias en laborable oscilan entre los 7,7 euros/hora (el 74,11 %) en el residente de primer año y los,8 50 €/hora (el,49 25%) en los residentes de cuarto y quinto año.

Para todos los años de residencia ocupan los últimos lugares los residentes de **Canarias e INGESA (Ceuta y Melilla)** y para algunos años de residencia lo ocupan los residentes de **Extremadura, Comunidad Valencia y Madrid**.

Diferencias en las guardias en día festivo

Las diferencias en festivo oscilan entre los 6,96 euros/hora (el 53,84 %) en el residente de primer año y los 9 euros/hora (el 48 34%) en los residentes de cuarto y quinto año.

Para todos los años de residencia ocupa los últimos lugares **INGESA (Ceuta y Melilla)** y para algún año de residencia lo ocupan **Andalucía, Galicia, Madrid y Extremadura**.

Diferencias en las guardias en día especial

Las diferencias en festivo especial (son unos 6 días al año), superan el 160% entre el máximo y el mínimo en todos los MIR, oscilando entre los 25,50 €/hora (el 178,4 %) en el MIR de primer año y los 33,04 euros/hora (el 161,9%) en los residentes de cuarto y quinto año.

Para todos los años de residencia ocupa los últimos lugares **Extremadura, INGESA y Galicia**.

Los importes de la tabla siguiente son brutos y teniendo en cuenta que el IRPF es progresivo y se incrementa la retención en varios puntos sobre el total de la nómina, de los importes anteriores van directamente a hacienda (mediante la retención mensual) más del 25% en casi todos los casos y se aproxima al 30% en algunos casos, depende de los ingresos totales anuales y por tanto del número de guardias. Además, hay que sumar el 6,45% de cotización del residente a la Seguridad Social, si no supera la base máxima de cotización de 4.495,5 euros mensuales con la extra prorrateada, para lo que son necesarias más guardias que, en el ejemplo de nuestro informe anual de 80 horas al mes, que se publicó el pasado mes de abril y que esperamos actualizar en los próximos meses con los cambios por los acuerdos firmados.



TABLA 3

Retribuciones de la hora de guardia en laborable, festivo y días especiales 2023

	Resid. 1º año			Resid. 2º año			Resid. 3º año			Resid. 4º y 5º año		
	Lab.	Fest.	Esp.	Lab.	Fest.	Esp.	Lab.	Fest.	Esp.	Lab.	Fest.	Esp.
Andalucía	13,07	14,66	26,14	14,32	16,04	28,64	16,74	18,74	33,48	18,78	21,01	37,56
Aragón	16,11	17,26	32,22	17,45	18,70	34,90	18,80	20,14	37,60	20,14	21,58	40,28
Asturias	15,95	17,05	24,20	18,13	19,38	27,50	20,30	21,70	30,80	22,48	24,03	34,10
Baleares	18,09	19,89	39,79	19,76	21,74	43,47	22,03	24,23	48,46	24,29	26,71	53,44
Canarias	10,39	16,62	20,78	12,67	20,27	25,34	14,99	23,98	29,98	17,26	27,62	34,52
Cantabria	15,74	18,30	29,49	17,82	19,48	31,36	20,12	21,94	35,32	22,44	24,43	39,35
Castilla y León	13,82	15,02	23,16	15,88	17,20	26,48	18,08	19,50	30,24	20,20	21,80	33,98
Castilla La Mancha	16,91	18,14	24,46	20,13	21,58	27,97	22,55	24,12	31,44	25,76	27,58	36,70
Cataluña	14,04	15,83	23,72	16,81	19,01	28,46	19,59	22,14	33,16	21,01	23,72	35,52
Ceuta y Melilla	12,38	12,93	16,39	14,23	14,72	18,81	16,17	16,63	21,50	18,10	18,62	24,21
Extremadura	13,47	14,71	19,51	14,71	15,94	20,74	15,94	17,64	21,95	17,64	18,90	23,17
Galicia	14,29	14,29	14,29	16,37	16,37	16,37	18,43	18,43	18,43	20,40	20,40	20,40
Madrid	11,61	13,81	27,62	13,93	16,11	32,22	16,25	18,43	36,86	18,56	20,74	41,48
Murcia	15,84	16,98	31,68	18,18	20,49	36,36	20,17	22,48	40,34	21,48	24,90	42,96
Navarra	16,94	16,94	33,88	19,75	19,75	39,50	22,57	22,57	45,14	24,86	24,86	49,72
País Vasco	15,96	17,55	31,92	17,41	19,15	34,82	20,31	22,34	40,62	23,21	25,53	46,42
Rioja	14,38	15,06	30,12	16,98	17,80	35,60	18,30	19,17	38,34	20,91	21,91	43,82
Valencia	12,90	14,90	25,80	15,25	17,25	30,50	17,60	19,60	35,20	19,95	21,95	39,90
Media de España	14,55	16,11	26,40	16,65	18,39	29,95	18,83	20,77	33,83	20,97	23,13	37,64
Máximo de España	18,09	19,89	39,79	20,13	21,74	43,47	22,57	24,23	48,46	25,76	27,62	53,54
Mínimo de España	10,39	12,93	14,29	12,67	14,72	16,37	14,99	16,62	18,43	17,26	18,62	20,40
Dif. Mín./Máx.	7,70	6,96	25,50	7,46	7,02	27,10	7,58	7,60	30,03	8,50	9,00	33,04
Dif. Mín. /Media	4,16	3,18	12,11	3,98	3,67	13,58	3,84	4,14	15,40	3,71	4,51	17,24
% Mín./Máximo	74,11	53,83	178,4	58,88	47,69	165,5	50,57	45,70	162,9	49,25	48,34	161,9
% Mín./Media	40,03	24,58	84,73	31,45	24,92	82,94	25,62	24,87	83,54	21,50	24,21	84,51

Si tenemos en cuenta la residencia completa, es decir cuatro o cinco años, dependiendo de la duración de cada una de las especialidades, para un residente que haga una guardia a la semana (80 horas al mes) las diferencias llegan a ser cantidades muy importantes. En el caso de comparar la retribución mínima con la máxima (excluido INGESA), llega hasta **más de 47.000 euros (más del 26%) en las especialidades de cinco años y más de 36.000 euros (más del 26%) en las de cuatro años de permanencia.**

En el año 2023 los empleados públicos han tenido una subida de todos los conceptos retributivos del 2,5% que también afecta a los residentes. Esperamos que en los próximos meses puedan producirse mejoras en las retribuciones de los MIR de algunos Servicios de Salud, sería justo, pues con la inflación del 31,1% desde enero de 2009 a abril de 2023 la pérdida de poder adquisitivo supera en muchos casos el 25% e incluso el 30% si tenemos en cuenta el incremento de jornada aún presente en algunos Servicios de Salud. **Los recortes progresivos que se aplicaron a los facultativos en el año 2010, nunca se podrán recuperar, con los incrementos porcentuales lineales, que se están aplicando en estos años.**



7. 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, por ello, son necesarias las prácticas profesionales guiadas y supervisadas.

Los residentes:

- Son alumnos estando sometidos, por tanto, 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 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, por la que se piensa, 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).

7.1. 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 imprudente 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.

7.2. 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 suele exigir una responsabilidad de medios, no de resultado (curación), de no emplear los medios adecuados, infracción del deber de cuidado

7.3. 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”.

74. 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 aún, 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.

7.5. 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.

7.6. 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.

7.7. 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"*.

7.8. 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, que se mantendrá disponible.

7.9. 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 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. 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 momen-

to. 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 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.

7.10. 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.

7.11. 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.



8. Jurisprudencia general

1. Despido de un residente por no presentarse a las guardias. Despido disciplinario

TSJ Andalucía. Recurso 1867/2016, de 19/10/2016.

Un médico residente de anestesiología, es despedido por haber cometido varias infracciones muy graves, al no presentarse a las guardias de forma reiterada.

Sentencia

El residente no se presentó a la guardia que tenía programada en el Área de Urgencias. Recibe resolución por la que se le sanciona por la comisión de una falta grave tipificada en el art. 72.3.c) de la Ley 55/2003, como incumplimiento de sus funciones con la sanción de suspensión de empleo y sueldo por un mes. Posteriormente sigue sin presentarse en varias ocasiones a las guardias de urgencias sin haber comunicado ningún tipo de justificación.

Es sancionado por la comisión de dos faltas muy graves tipificadas en:

el art. 72.2f): “el notorio incumplimiento de sus funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios”; y en el art. 72.2g: “desobediencia notoria y manifiesta a las órdenes o instrucciones de un superior directo, mediato o inmediato, emitidas por este en el ejercicio de sus funciones”, de la ley 55/2003, con la sanción de despido establecida en el art. 14.2 del RD 1146/2006: Sanciones

- Faltas leves: apercibimiento.
- Faltas graves: suspensión de empleo y sueldo hasta un máximo de dos meses.
- Faltas muy graves: despido.

Antes de la primera sanción el actor remitió escrito, a la Gerencia del Hospital en el que comunicaba que según el Real Decreto 1146/2006 y según el programa oficial de formación en Anestesiología y Reanimación no le era exi-

gible realizar horas de jornada complementaria en el Servicio de Urgencias durante el segundo, tercero, y cuarto año de residencia, debiendo realizarlas en las distintas especialidades quirúrgicas, que incluyen la práctica de la anestesia.

La Comisión de Docencia del Hospital certifica que ha obtenido la calificación de destacado en el segundo curso durante su período de residente en la especialidad anestesiología y reanimación como médico en formación, se afirma que la calificación de la realización de guardias no está contemplada en los criterios de la Consejería de Salud para su evaluación.

El residente entiende que la obligatoriedad de efectuar el número de guardias sólo se puede realizar en su propio servicio especializado, que no en el de urgencias, por lo que no se le puede sancionar por desobedecer una exorbitante orden que no es legal, le perjudica en su aspecto formativo y no computa como criterio evaluador. Se debe respetar el plan formativo nacional homogéneo, pero no establecer nuevas obligaciones no previstas en el mismo.

El tribunal argumenta que:

“el derecho de resistencia del trabajador a una orden empresarial emitida, no es ilimitado, sino que está sometido a estrictos criterios y restricciones, por la reiterada jurisprudencia del TS, pues el principio que impera es “acata, cumple y luego reclama”, para obtener la tutela judicial de tu pretendido derecho, pero lo que no puede hacer el médico discrepante de la orden es incumplir el mandato, sustituyendo las exclusivas facultades directivas y organizativas empresariales que ex lege se confieren al empresario, con evidente perjuicio para la prestación del servicio, en uno además especialmente sensible, como es el de urgencias, con menoscabo de la debida, rápida y eficaz atención al ciudadano, cuya salud se pone en peligro, con potencial exigencia de responsabilidades para el organismo”.

Comentario

El Rd 1146/2006 dedica un capítulo al régimen disciplinario de los residentes:

Art. 12 El personal en formación por el sistema de residencia incurrirá en responsabilidad disciplinaria por las faltas que cometa.

Art. 13.2 La tipificación de las faltas será la establecida para el personal estatutario sanitario de los servicios de salud en la Ley 55/2003.

No parece lógico que si una de las características fundamentales del régimen de residencia sea su naturaleza formativa se le aplique nuestro régimen disciplinario que es muy exigente en la materia.

La mayoría de las reclamaciones de residentes por despido no se deben a faltas disciplinarias, sino a no haber superado su correspondiente evaluación. Afortunadamente es muy poco frecuente el despido de un residente por causas disciplinarias y menos aún como en el caso que nos ocupa, tras haber superado el 50% del período de formación con una calificación destacada.

Pensamos que los residentes no suelen ser conscientes de la rigidez y severidad de su régimen disciplinario. Nuestra recomendación es la de reclamar ante cualquier conflicto por vía administrativa y/o judicial, pero cumpliendo con la tarea asignada por el órgano competente. Como máximo hacerlo tras la primera sanción por falta grave, que no acarrea despido.

Conclusiones

1. El régimen disciplinario de los residentes es muy severo. Aspecto no suficientemente valorado por los afectados.
2. Es mayor la protección legal en materia de responsabilidad y supervisión que en la disciplinaria.
3. Acata, cumple y luego reclama.
4. La prestación de un servicio sanitario es una materia de especial sensibilidad que puede poner en peligro la salud de los ciudadanos y así lo consideran los tribunales.

2. Protección del residente enfermo. Anulación de despido

TSJ. Madrid. Sentencia 198/2017, de 22/03/2017

Residente que está en situación de incapacidad temporal por enfermedad común durante 18 meses, siendo declarado en incapacidad permanente total para su profesión habitual. Un año después y por conformidad de las partes el INSS deja sin efecto la resolución anterior y ordena su incorporación al trabajo. Se constituyó el comité de evaluación para la correspondiente evaluación anual que determinó por unanimidad: no apto por deficiencias relevantes no recuperables consecuencia de la notoria falta de aprovechamiento e insuficiente aprendizaje. Además argumenta que:

- Dado el déficit formativo previo demostrado por el residente en cuanto a su formación básica en medicina, y no ya como especialista de primer año.

- Así como sus problemas de salud.
- En ningún caso la prolongación de su periodo de residencia podría dar lugar a otra calificación.

El residente solicita la revisión de tal decisión a la Comisión de Docencia que ratificar la evaluación negativa hecha por el comité. Reclama por vía judicial y es desestimada su petición. Reclama a instancia superior.

Sentencia

Declara el despido improcedente teniendo derecho el residente a optar entre la readmisión o la indemnización. Utiliza hasta tres líneas argumentales para justificar su fallo.

1. Normativa específica de evaluación de residentes RD 183/2008

Art. 20. b Las evaluaciones anuales podrán ser recuperables, en los supuestos previstos en el artículo 22.1 y 2, y no recuperables, en los supuestos previstos en en 22. 3

Artículo 22. Supuestos de evaluaciones anuales negativas

1. Por no alcanzar lo objetivos formativos fijados, debido a insuficiencias de aprendizaje susceptibles de recuperación.
2. *Evaluación anual negativa debida a la imposibilidad de prestación de servicios por un periodo superior al 25 por ciento de la jornada anual, como consecuencia de la suspensión del contrato o de otras causas legales. En estos supuestos el comité de evaluación establecerá la prórroga del periodo formativo por el tiempo necesario, o incluso la repetición completa de año, cuando así lo aconseje la duración de la suspensión o las circunstancias del caso. Una vez completado el periodo de recuperación que corresponda se procederá a su evaluación.*

La finalidad de este artículo es la de amparar y proteger supuestos legales como el que aquí concurre de enfermedad, teniendo el comité, no la facultad, sino la obligación de establecer la prórroga del periodo formativo por el tiempo necesario, o incluso la repetición completa de año.

3. *Por reiteradas faltas de asistencia no justificadas, notoria falta de aprovechamiento o insuficiencia de aprendizaje no susceptibles de recuperación.* El comité de evaluación propondrá la extinción del contrato. Este apartado, aunque sin citarlo, es el que comité aplica.

Lo rebate el tribunal: *“La evaluación anual negativa debida a reiteradas faltas de asistencia no justificadas, a notoria falta de aprovechamiento o a insuficiencias de aprendizaje no susceptibles de recuperación, solo puede resultar así cuando efectivamente el residente ha recibido un año entero, real y efectivo de formación y ha desempeñado igualmente sus funciones, no pudiéndose evaluar su aprovechamiento si no se cumple este requisito previo, porque cuando no se alcanza el año lo que la norma prevé es, como se ha dicho, la evaluación negativa con el establecimiento de prórroga obligatoria. El residente fue evaluado por ocho meses de aprendizaje”.*

2. Suspensión del contrato. RD 1146/2006

El tribunal no se queda en el apartado anterior, que entiendo era suficiente para justificar la anulación del despido, sino que va un paso más allá y analiza con detalle y rigurosidad el RD 1146/2006 señalando el artículo específico que ha de aplicarse.

Artículo 9.2. 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 período evaluado ya positivamente.

Señala la sentencia que: *“a los efectos de la readmisión, si optara por ella, son los indicados en este precepto, es decir, continuar con el programa de formación”.*

Si no fuera suficiente con todo lo anterior, también se recurre al Estatuto de los Trabajadores: *protege las circunstancias de enfermedad, en concreto la incapacidad temporal.*

Artículo 9.1. El contrato se suspenderá por las causas establecidas en el artículo 45.1 del Estatuto de los Trabajadores. Concretamente en el apartado “c” cita expresamente la incapacidad temporal de los trabajadores.

3. Critica a la resolución de la Comisión de Docencia

Con un impecable manejo del lenguaje el magistrado revisa los argumentos de la Comisión de una forma muy crítica, utilizando términos como: *“sorprendente, paradójicamente, inadmisibles, discriminatorio, contrario a la Constitución”.*

Así pues, el comité, sin haber transcurrido el periodo mínimo necesario de residencia para evaluar el *desempeño efectivo del actor, decide declararle no apto; y no por el resultado de la formación, que no se había completado, sino por apreciar un déficit previo, lo que resulta sorprendente dado que el comité no puede entrar a decidir si el actor tenía o no unos conocimientos previos, porque estos los demostró cuando superó el acceso al MIR, y una vez aprobado el examen no puede ser suspendido a posteriori, sino que en la evaluación el comité ha de valorar exclusivamente su trabajo y aprovechamiento como residente, sobre lo que paradójicamente no entra, porque deja al margen su desempeño como especialista de primer año y basa su resolución tanto en la formación previa, que no tiene competencias para evaluar, como por sus problemas de salud, lo que resulta absolutamente discriminatorio y contrario a la normativa expuesta que prevé que en supuestos de incapacidad temporal el residente ha de ser reincorporado en los términos expuestos. Argumentar sus problemas de salud, es una circunstancia personal, lo que es discriminatorio y, por tanto inadmisibles y contrario al artículo 14 de la Constitución.*

Conclusiones

1. Utilizar como justificación los problemas de salud de un MIR en su evaluación resulta inadmisibles, discriminatorio y contrario a la Constitución.
2. En caso de enfermedad la Comisión de Docencia tiene no la facultad, sino la obligación de establecer la prórroga del período formativo por el tiempo necesario, o incluso la repetición completa de año.
3. Cuando la evaluación sea negativa por haber estado suspendido el contrato durante más de un 25% de la jornada anual, lo que aconteció en el presente caso, el comité de evaluación *obligatoriamente* ha de establecer la prórroga del periodo formativo por el tiempo necesario.
4. En la evaluación ha de valorarse exclusivamente el trabajo y aprovechamiento como residente, no los conocimientos o formación previa, que ya fueron demostrados cuando se superó el acceso a la residencia.

3. Valoración de la formación continuada durante la residencia

TSJ Extremadura. Sentencia 2019/2015, de 10/12/2015

Se reclama contra la Administración por la no valoración de los cursos realizados durante el periodo MIR en un concurso oposición.

La Administración defiende que sólo se valoran los cursos realizados después del período MIR, ya que son los únicos que pueden considerarse formación continuada, que según la normativa es la *“que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización”*.

Sentencia

Entiende que la no valoración de una serie de cursos “por el simple hecho de haberlos realizado durante el periodo MIR, de tal modo que, ese mismo curso, realizado una vez concluido el periodo MIR sí hubiera sido valorado” es una decisión contraria al artículo 14 CE”.

La propia Ley 44/2003 permite que los MIR realicen, durante ese período, una formación distinta que la que compone el programa formativo de la especialidad. Así consta expresamente en su artículo 20.3 que, “después de decir que” los residentes realizarán el programa formativo de la especialidad con dedicación a tiempo completo”, establece que: “Será incompatible con cualquier actividad formativa, siempre que esta se desarrolle dentro de la jornada laboral de la relación laboral especial del residente”, con lo que ninguna limitación existe para llevar a cabo una actuación formativa adicional o complementaria fuera de la jornada laboral.

Decide el tribunal que se valorarán los cursos realizados durante el periodo MIR que estén directamente relacionados con la plaza a proveer, siempre y cuando se hayan realizado fuera de la jornada laboral de la relación laboral especial del residente y no formen parte del programa formativo de la especialidad.

A este respecto hay que destacar que la redacción actual del artículo 20.3 es consecuencia de la disposición final segunda de la L.O. 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la L.O. 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades («B.O.E.» 13 abril), realizada precisamente para permitir tal formación adicional o complementaria, fuera del programa oficial de la especialidad, pues en la redacción originaria sólo se exceptuaba de la incompatibilidad formativa durante el periodo MIR a “los estudios de doctorado”. Así las co-

sas, es claro que no sólo existen los tres modos formativos que se establecen el Título II de la Ley 44/2003, sino que también es posible, en cuanto ahora nos interesa, la realización de formación durante el período de MIR distinta a la formación oficial que lleva a conseguir la especialidad. Y es obvio que el MIR que durante su período de formación especializada realiza, por su propia decisión, otra formación adicional o complementaria a la oficial resulta ser un profesional mejor formado y merece ser baremado.

Comentario

Esta sentencia ha sido recogida e interpretada en la prensa especializada con interés, al tratarse de la primera jurisprudencia en la que se avala la valoración de la formación continuada durante la residencia.

La ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias dedica el título II a la formación de los profesionales sanitarios, distinguiendo tres tipos y a cada una de ellas le dedica un capítulo: pregraduada, especializada y continuada.

Ante esta separación tan evidente y excluyente el tribunal rebate a la Administración con un argumento a su vez difícilmente rebatible: la desigualdad y por tanto la injusticia que supone no baremar un curso por el simple hecho de haberlo realizado durante el periodo MIR.

Si leemos con detenimiento el artículo 33.2 referente a los objetivos de la formación continuada, creo que son no ya aplicables, sino necesarios e imprescindibles en el periodo MIR.

Son objetivos de la formación continuada:

- a) Garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación, así como incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional.
- b) Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse.
- c) Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario.
- d) Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social, como agentes individuales en un sistema general de atención de salud y de las exigencias éticas que ello comporta.

- e) Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios

De hecho es una reclamación generalizada de todo el colectivo MIR que se bareme esta formación en los procesos de selección y en las bolsas de contratación.

Toda formación que sea complementaria a la oficial de la especialidad mejora la capacitación de los MIR y, por tanto debería ser valorada.

Va contra la misma raíz y filosofía de la formación especializada, pues es como si se penalizara el interés y la obligación de formarse más y mejor.

El MIR es un periodo esencialmente formativo, así es reconocido por:

- Todos los profesionales sanitarios
- La normativa específica: “la relación laboral de la residencia tiene un carácter esencialmente formativo (Art 9. RD 1146/2006)”
- La jurisprudencia: el mismo Tribunal Supremo la considera como “una relación laboral de intensísima índole formativa y contornos propios”

Es cierto que una interpretación literal de la definición de formación continuada en la ley: “la que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialidad”, dificulta su valoración como tal, en el periodo MIR.

Pero no es menos cierto que en sentido contrario la normativa específica de los MIR no sólo contempla esa posibilidad, si no que se modificó como recoge la sentencia, para que así fuera. En la redacción originaria sólo se exceptuaba de la incompatibilidad formativa en el periodo MIR a los cursos de doctorado.

No se trata de discutir la forma, ni de realizar debates jurídicos, lo relevante es el fondo. Es indiferente que se incluya su valoración dentro de la formación continuada (modificando el artículo, para evitar interpretaciones), o en un apartado específico de los baremos en procesos selectivos y bolsas de contratación, o como estimen más conveniente los juristas y/o expertos.

Nuestra reclamación no es ya la acreditación de la formación continuada para los MIR, sino también su valoración como mérito en las ofertas de empleo y en las bolsas de contratación como recoge la sentencia. Existen algunas Comunidades Autónomas que la están valorando, lo que supone una desigualdad y más en la situación actual en la que existe una gran movilidad de los profesionales.

Conclusiones

1. La no valoración de una serie de cursos “por el simple hecho de haberlos realizado durante el periodo MIR, de tal modo que, ese mismo curso, realizado una vez concluido el periodo MIR sí hubiera sido valorado”, es una decisión contraria al artículo 14 CE.
2. El MIR que durante su período de formación especializada realiza, por su propia decisión, otra formación adicional o complementaria a la oficial resulta ser un profesional mejor formado y merece ser baremado.

4. Condena penal a un residente por revelación de secretos

Tribunal Supremo. Sentencia 574/2001 de 04/04/2001

La acusada prestaba sus servicios como médico residente, siendo solicitados sus servicios profesionales a fin de prestar asistencia neurológica a la paciente, que estaba ingresada en la Sección de Ginecología. Dado el estado de gestación en que se encontraba, se tuvo que examinar el historial clínico de la paciente en la que constaba entre otras circunstancias transcendentales, como antecedentes quirúrgicos, “la existencia de dos interrupciones legales de embarazo”, circunstancia ésta que fue manifestada a su madre quien a la primera ocasión, en el pueblo, indicó a la hermana de la gestante el hecho, ya conocido por esta, del estado de gravidez actual y la precedente existencia de dos anteriores interrupciones legales.

La Audiencia de instancia dictó el siguiente pronunciamiento: “Fallamos: que absolvemos a la acusada del delito del que venía siendo acusada por el Ministerio Fiscal”.

Se preparó recurso de casación por el Ministerio Fiscal y la acusación particular, remitiéndose a esta Sala Segunda del Tribunal Supremo.

Sentencia

El Ministerio Fiscal denuncia el error de derecho en el que incurre la sentencia al no aplicar al hecho probado el art. 199.2 del Código penal, el delito de revelación de secretos cometido por el profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo, divulgue los secretos de otra persona.

Artículo 199

1. El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.
2. El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.

Se trata de un delito especial propio, con el elemento especial de autoría derivado de la exigencia de que el autor sea profesional, esto es, que realice una actividad con carácter público y jurídicamente reglamentada. La acción consiste en divulgar secretos de otra persona con incumplimiento de su obligación de sigilo. Tal obligación viene impuesta por el ordenamiento, Ley General de Sanidad, cuyo artículo 10.3 establece que los ciudadanos tienen derecho “a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias” y concurrente en el historial clínico-sanitario, en el que deben “quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica” Por secreto ha de entenderse lo concerniente a la esfera de la intimidad, que es sólo conocido por su titular o por quien él determine. Para diferenciar la conducta típica de la mera indiscreción, es necesario que lo comunicado afecte a la esfera de la intimidad que el titular quiera defender. Por ello, se ha tratado de reducir el contenido del secreto a aquellos extremos afectantes a la intimidad que tengan cierta relevancia jurídica, relevancia que, sin duda, alcanza el hecho comunicado, pues lesiona la existencia de un ámbito propio y reservado frente a la acción y conocimiento de los demás, necesario —según las pautas de nuestra cultura— para mantener una calidad mínima de vida humana.

La Sala no comparte el criterio que afirma la sentencia impugnada en el que refiere que la conducta divulgada no tiene relevancia penal al no tratarse “más que de simples cotilleos propios de lo que en la actualidad se denomina prensa amarilla o del corazón”. Y no se comparte porque la afirmación frivuliza sobre sentimientos de forma no ajustada a la realidad. La divulgación del hecho, en cuanto perteneciente a la intimidad, lesiona su derecho fundamental precisamente por quien está específicamente obligado a guardar secreto.

Que debemos condenar y condenamos a la acusada por un delito de revelación de secretos a la pena de 1 año de prisión y multa de 12 meses

con cuota diaria de 1.000 pesetas, y la inhabilitación especial para el ejercicio de su profesión por dos años pena mínima prevista en el tipo penal y a que abone como indemnización civil la cantidad correspondiente.

Comentario

Hemos reproducido los párrafos más relevantes de la sentencia textualmente, pues son de gran interés, con el añadido de su claridad y facilidad de comprensión. A los profesionales sanitarios nos suele ser dificultoso el lenguaje y los términos jurídicos, igual que a ellos les es dificultoso el nuestro.

Es una sentencia del TS y en casación (unificación de doctrina), siendo destacable su dureza y contundencia a pesar de ser del año 2001. En los últimos años se ha producido un avance notable en la defensa y concienciación de la sociedad en general en todas las materias relacionadas con el derecho y la defensa de la intimidad. La obligación de reserva y secreto para el profesional sanitario se han visto legalmente reforzadas y consagradas por la ley 41/2002 de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Art.16. 6 El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto

Art. 7.1 Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

Siendo también concluyente la jurisprudencia en tal sentido tanto del Tribunal Supremo como del Tribunal Constitucional.

Conclusión

A los residentes, como profesionales sanitarios que son, les es directamente aplicable el delito de revelación de secretos en su forma agravada, tipificado en el Código Penal, sin ningún tipo de atenuante por ser personal en formación.

5. La función asistencial es indisociable de la función docente en el residente

STS 4817/2021, Sala de lo Contencioso, de 17 de diciembre de 2021

Fallo: Los médicos internos residentes pueden ser incluidos en los servicios mínimos en caso de huelga.

En recurso de casación interpuesto por el Sindicato Médico de Navarra contra la realización de servicios mínimos por parte de los médicos residentes. El recurso tiene por objeto que se fije la interpretación de las siguientes normas estatales:

“artículo 28.2 de la Constitución Española, el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y los artículos 1, 2 y 5 del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, que regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud y a las restantes normas aplicables, en el sentido de declarar que el carácter laboral de la relación entre los Médicos Internos Residentes y los Centros por los que se encuentran contratados, es meramente accesoria de la finalidad formativa que el sistema establecido para la obtención de la especialidad en Ciencias de la Salud tiene como principal, que la tutorización ni la formación de los Médicos Internos Residentes, pueden ser considerados servicios esenciales, y por lo tanto, que no se puede imponer al personal Médico Interno Residente la prestación de servicios mínimos en situación de huelga”.

EL recurrente que pone el acento en la finalidad formativa de la relación laboral y en que la misma no posee carácter esencial por lo que no estaría justificado someter a servicios mínimos a los médicos residentes.

C. Artículo 28.2 - Derecho a la huelga

Se reconoce el derecho a la huelga de los trabajadores para la defensa de sus intereses. La ley que regule el ejercicio de este derecho establecerá las garantías precisas para asegurar el mantenimiento de los **servicios esenciales** de la comunidad.

Argumenta el recurso que en pronunciamientos previos del TS se considera que para poder restringir el derecho a la huelga tiene que tratarse de un servicio esencial como atender a la salud de los ciudadanos y no como se ha pronunciado con anterioridad el TS que la función asistencial de los MIR es secundaria a la docente y formativa y por tanto al no ser servicios esenciales no están justificados los servicios mínimos.

Aunque en los comentarios analizamos las ideas y conclusiones más relevantes reproduzco textualmente los párrafos más relevantes de la sentencia por su interés:

El juicio de la Sala. La desestimación del recurso de casación

“El recurso de casación debe ser desestimado pues la sentencia contra la que se dirige no incurre en las infracciones al ordenamiento jurídico que le imputa el Sindicato Médico de Navarra. En efecto, no infringe los preceptos invocados por éste, ni contradice la jurisprudencia. Por el contrario, interpreta correctamente los preceptos aplicables y no puede tacharse de contradictoria con la sentencia de la Sección Séptima de esta Sala en la que insiste el escrito de interposición.

El artículo 20 de la Ley 44/2003 se ocupa, efectivamente, del sistema de formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Al regularlo, destaca desde el primer momento que implica tanto una formación teórica y práctica “como una participación personal y progresiva del especialista en formación en la actividad y en las responsabilidades propias de la especialidad”. Añade que “tendrá lugar por el sistema de residencia en centros acreditados” y su apartado 3 f) dice:

“f) Durante la residencia se establecerá una relación laboral especial entre el servicio de salud o el centro y el especialista en formación. El Gobierno, atendiendo a las características específicas de la actividad formativa y de la actividad asistencial que se desarrolla en los centros sanitarios, y de acuerdo con los criterios que figuran en este capítulo y en la disposición adicional primera de esta ley, regulará la relación laboral especial de residencia”.

La disposición adicional primera de esta Ley 44/2003 está dedicada a la relación laboral especial de residencia y precisa que los residentes “tendrán la consideración de personal laboral temporal del servicio de salud o centro en que reciban formación” y que “deberán desarrollar el ejercicio profesional y las actividades asistenciales y formativas que de los programas de formación se deriven”. Asimismo, sienta los criterios que deberá observar el Gobierno al regular esta relación.

El Real Decreto 1146/2006 se ocupa de efectuar el desarrollo requerido por la Ley. Sus preceptos precisan su objeto, ámbito de aplicación y las fuentes por las que se rige la relación laboral especial (artículo 1); la forma contenido y eficacia del contrato de trabajo (artículo 2); su duración (artículo 3); los derechos y deberes del médico interno residente, además de los es-

tablecidos en el Estatuto de los Trabajadores (artículo 4); la jornada laboral y los descansos (artículo 5); las fiestas, permisos y vacaciones (artículo 6); las retribuciones (artículo 7); las rotaciones (artículo 8); la suspensión del contrato (artículo 9); las excedencias (artículo 10); la extinción del contrato (artículo 11); y los artículos 12 a 16 tratan del régimen disciplinario.

La consideración conjunta de las disposiciones legales y reglamentarias dejan meridianamente claro que los médicos internos residentes son trabajadores en formación que participan en la actividad propia de los centros sanitarios, tanto en la ordinaria como en las urgencias, ya tienen derecho [artículo 4.1. e) del Real Decreto 1146/2006].

“e) A ejercer su profesión y desarrollar las actividades propias de la especialidad con un nivel progresivo de responsabilidad a medida que se avance en el programa formativo”.

Y, entre sus deberes [artículo 4.2 d) del Real Decreto 1146/2006] figura el de:

“Prestar personalmente los servicios y realizar las tareas asistenciales que establezca el correspondiente programa de formación y la organización funcional del centro, para adquirir la competencia profesional relativa a la especialidad y también contribuir a los fines propios de la institución sanitaria”.

Esto significa que los centros a los que están vinculados laboralmente cuentan a efectos de prestar la asistencia sanitaria con la participación de los médicos internos residentes y que, por tanto, en caso de huelga —a la que, en cuanto trabajadores tienen derecho conforme al artículo 28.2 de la Constitución— se han de ver afectados por los servicios mínimos que se establezcan para preservar los niveles imprescindibles. No puede pasarse por alto que la propia Constitución limita el ejercicio de este derecho fundamental, cuando incide en los servicios esenciales.

Frente a ello no puede prevalecer el argumento de la recurrente en casación que pone el acento en la finalidad formativa de la relación laboral y en que la misma no posee carácter esencial por lo que no estaría justificado someter a servicios mínimos a los médicos residentes. Sin desconocer que la formación especializada es la razón de ser de su relación laboral especial, no lo es menos que son trabajadores temporales de los centros correspondientes, de manera que esta condición, aun indisoluble de los fines formativos, ha de prevalecer a los efectos de lo que ahora se discute precisamente porque la actividad de los centros que los contratan descansa también en el trabajo que realizan. Por último, hay que decir que la sentencia de 27 de enero

de 2005 (casación n.º 2746/2000) se limita a confirmar otra de instancia que declaró nula una Orden de 1999 que establecía servicios mínimos para una huelga de médicos internos residentes porque dichos servicios afectaban a la totalidad de los que prestaban servicios en unidades de los servicios de urgencia o especiales y porque la orden no determinaba ponderadamente y de modo individualizado el número de los requeridos para garantizar el normal funcionamiento de esas unidades. No se trataba, pues, de la improcedencia de fijar estos servicios mínimos para los residentes sino de la forma inmotivada y desproporcionada en que se establecieron.

Además el marco jurídico en el que fue pronunciada la sentenciada era distinto al actual, en el que La Ley 44/2003 y el Real Decreto 1146/2006 darán un contenido preciso a la relación laboral y dejarán clara la condición de personal laboral temporal de los médicos internos residentes y su participación sistemática en la actividad sanitaria asistencial. Es la normativa que debemos aplicar”.

Comentario y conclusiones

Es un dato objetivo que la sentencia, con amplia difusión en todos los medios, recoge en parte los argumentos defendidos por la Administración y podría parecer también que supone un retroceso en la valoración de la función docente de los MIR frente a la asistencial.

En el caso de huelga parece razonable que sea valorada y tenida en cuenta la función asistencial del residente, aunque sin entrar en el fondo del asunto, la misma sentencia hace referencia a otra anterior del Tribunal Supremo en la que se anularon los servicios mínimos para los residentes porque: “se establecieron de forma inmotivada y desproporcionada”. Probablemente “el conflicto” no esté cerrado y se produzcan pronunciamientos en los que en materia de servicios mínimos se tengan en cuenta sus funciones docentes reconociéndoles más derechos que a los especialistas.

Es previsible que por su relevancia sea utilizada destacando o acentuando la importancia de la función asistencial de los residentes no solo en los conflictos laborales, sino también en:

- a) Organización de las tareas asistenciales de los servicios.
- b) Reclamaciones o denuncias por responsabilidad.

Estoy convencido de que sería un grave error considerarlo así, cuando no solo el espíritu, sino la literalidad del pronunciamiento es rotundo al respecto:

*“No puede prevalecer el argumento de la recurrente en casación que pone el acento en la finalidad formativa de la relación laboral y en que la misma no posee carácter esencial por lo que no estaría justificado someter a servicios mínimos a los médicos residentes. Sin desconocer que **la formación especializada es la razón de ser** de su relación laboral especial, no lo es menos que son trabajadores temporales de los centros correspondientes, de manera que esta condición, aun **indisociable** de los fines formativos, ha de prevalecer a los efectos de lo que ahora se discute precisamente porque la actividad de los centros que los contratan descansa también en el trabajo que realizan”.*

1. Considera la formación como **la razón de ser de su relación laboral**.
2. La función asistencial **indisociable** de la docente.
3. La normativa específica no ofrece ningún margen de duda o interpretación al respecto y señala: **El carácter esencialmente formativo de esta relación laboral** (art. 9.2 / RD 1146/2006).

6. Fortaleza de los derechos laborales de los residentes

STS 280/2022, Sala de lo Social, de 30 de marzo de 2022. Recurso de casación.

Fallo: “El colectivo afectado por el conflicto (médicos residentes), tiene derecho a disfrutar de 36 horas de descanso ininterrumpido, cuando efectúen guardias de 24 horas en sábados y vísperas de festivo o uno de referencia de 72 horas en un período de 14 días”.

El Supremo ha estimado el recurso de casación presentado por la Asociación de Médicos y Titulados Superiores (AMYTS) contra la sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Secc. 6ª, de 17 de febrero de 2020, que desestimó la demanda de conflicto colectivo de dicha asociación contra el SERMAS por este asunto.

Los derechos y obligaciones concernientes a la relación laboral de carácter especial de la residencia se regularán por el RD 1146/ 2006 y con **carácter supletorio** por el Estatuto de los Trabajadores (siguiendo la Directiva 2003/88/ CE).

Art.1. 4. Los derechos y obligaciones concernientes a la relación laboral de carácter especial de residencia se regularán por este real decreto y, con carácter supletorio, por el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Tra-

bajadores, aprobado por Real Decreto legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por la demás legislación laboral que le sea de aplicación, por los convenios colectivos y por la voluntad de las partes manifestada en los contratos de trabajo, sin que en ningún caso se puedan establecer en ellos condiciones menos favorables al trabajador o contrarias a las previstas en las disposiciones legales y convenios colectivos antes referidos.

*Sin embargo, el art. 5 del RD 1146/2006 (jornada laboral y descansos) no regula el descanso semanal ni tampoco las fiestas laborales del colectivo de médicos residentes por lo que debe aplicarse **supletoriamente** la regulación del descanso semanal y festivos del art. 37.1 y 2 del ET, aplicables al supuesto debatido, en relación con lo establecido en los arts. 3, 5, 16 y 17.2 de la Directiva 2003/88/CE.*

Dichos preceptos garantizan, por una parte, un descanso semanal ininterrumpido de día y medio, acumulable por períodos de hasta 14 días, así como el disfrute de 14 días festivos anuales, retribuidos y no recuperables.

El pronunciamiento anterior y el SERMAS defendían aplicar de forma supletoria el descanso semanal de la ley 55/2003 (Art. 52).

La sentencia es taxativa en cuanto al derecho del residente al descanso de 36 horas tras guardias de 24 horas en sábado o víspera de festivo y en cuanto a la normativa a aplicar. Pero no se queda ahí, e introduce otras valoraciones que pueden ser de interés en “conflictos” futuros:

1. No puede argumentarse frente a este derecho que la *Directiva 2003/88/CE contemple frente a lo establecido en los arts. 3, 5, 16 y 17.2 posibles excepciones por circunstancias excepcionales, pues debe quedar acreditado de forma objetiva que concurran dichas circunstancias excepcionales.*
2. *Tampoco puede justificarse porque el disfrute de esos descansos no asegure el cumplimiento de los programas formativos (Art. 5. 2: La jornada laboral asegurará el cumplimiento de los programas formativos).*
No se ha probado que el cumplimiento de los descansos legales impida el desarrollo del plan formativo, **que no podría implementarse, en ningún caso, mediante la reducción de los derechos legales al descanso de los trabajadores.**
3. Otorga más derechos laborales a los residentes que al personal estatutario (especialistas).

El fiscal defiende que los residentes tienen derecho de realizar el descanso cuando la guardia se realiza en sábado, pero no en víspera de festivo como se le aplica al personal estatutario por una norma de la CA que así lo estipula. Pero el tribunal también lo rebate: “ La no admisión de que el descanso pueda trasladarse a días posteriores al festivo, es aplicable únicamente al personal estatutario de los servicios de salud. No es aplicable, por el contrario, al colectivo de residentes, cuya relación es laboral especial, y su regulación compete al Estado y no a las CA, como hemos sosteniendo reiteradamente”

Comentario y conclusiones

En la presentación de la tercera edición de nuestro trabajo respondía textualmente a la pregunta: ¿Es necesario inculcar a los MIR que además de tener obligaciones tienen también derechos?:

“Tenemos la percepción de que los MIR no son conscientes de la fortaleza de sus derechos laborales y de la protección y apoyo que encuentran en los tribunales(10/11/2020 medicosypacientes.com)”.

El pronunciamiento del más alto tribunal y además en recurso de casación parece confirmar nuestra percepción.

Desautoriza de forma clara dos argumentos que son utilizados con frecuencia por la Administración y por los mismos servicios para “limitar” los derechos laborales de los residentes como son: Las circunstancias excepcionales o de urgencia y la necesidad de cumplir con el programa formativo.

1. No podrá implementarse el plan formativo, en ningún caso, mediante la reducción de los derechos legales al descanso de los trabajadores.
2. Las posibles excepciones por circunstancias excepcionales, deben quedar acreditadas de forma objetiva.



9. Jurisprudencia responsabilidad

F. Moreno

7. Absolución de la residente de segundo año por aplicación de su normativa específica

AP Badajoz. Sentencia 2/2021, de 21/01/2021.

En primera instancia se condena a una residente, matrona, y facultativo por un delito de lesiones imprudentes producidas en un recién nacido por una actuación imprudente en el parto. En segunda instancia se produce la revocación de la sentencia.

Sin entrar en el fondo del asunto, reproducimos algunos párrafos textuales de la sentencia por el gran interés que a nuestro juicio tienen, especialmente lo relacionado con la actuación, funciones, y responsabilidad de la residente de segundo año.

“La imputación de un delito a título de imprudencia exige la delimitación y discriminación de las responsabilidades de cada una de las tres acusadas en cuanto al resultado producido, pues no todas tienen las mismas competencias y funciones, y precisamente por ello no se les puede exigir, en su caso, el mismo grado de responsabilidad. La sentencia, al respecto, no determina ni deslinda estas responsabilidades, sino que establece una suerte de condena conjunta, indiscriminada e indistinta, lo cual no es posible.

La ginecóloga médico residente de segundo año, NO ha incurrido en responsabilidad penal. Se encontraba entonces en un periodo de formación, donde primaba la labor docente sobre la asistencial, sin capacidad de decisión alguna.

Según el artículo 15 del real decreto 183/2008, de 8 de febrero, que constituye la normativa específica en esta materia, el personal médico residente se someterá a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro, y esa supervisión por parte del especialista será decreciente a partir del segundo año, de manera que en ese segundo año la tutela por parte del especialista es grande.

La capacidad de decisión no la tenía la médica residente de segundo año, que se encontraba en periodo de formación bajo la tutela y supervisión de la ginecóloga. Por tanto, la responsabilidad de una posible decisión equivocada sobre el resultado del RTCG no le alcanza y, precisamente, por esta razón tampoco hubo de ser condenada.

El responsable, en su caso, era la ginecóloga, la doctora adjunta encargada de supervisar los actos médicos de la residente de segundo año, y es que la residente tiene suficiente conocimiento, es cierto, pero no suficiente experiencia para realizar una determinada actividad asistencial de forma independiente. En consecuencia, la única responsable, en su caso, sería la ginecóloga de guardia encargada de las urgencias obstétricas y por ello, la valoración del monitor y la responsabilidad en la decisión que hubiera de haberse tomado, (en el caso de que se hubiera debido tomar), correspondería a la ginecóloga.

Comentario

Es una sentencia reciente que nos produce una gran satisfacción, pues pensamos modestamente que el trabajo que venimos realizando en los últimos años que gracias al aval de la OMC está teniendo una notable repercusión en la profesión y en los medios de comunicación, especializados y generales, está consiguiendo, al menos en parte, uno de sus principales objetivos: Contribuir a rellenar el hueco existente sobre la responsabilidad del residente, de forma rigurosa y objetiva, mejorando así uno de los mejores sistemas de formación de médicos especialistas del mundo. Para ello es necesario aplicar y conocer su régimen jurídico en beneficio de todos los profesionales implicados lo que nos va a proporcionar mayor seguridad jurídica, y una mejor atención a los pacientes. Difícilmente podremos llegar a los tribunales cuando ni nosotros mismos somos capaces de delimitar nuestra propia responsabilidad. En un porcentaje elevado de las demandas en las que se ven involucrados especialistas y residentes son representados por el mismo abogado. La defensa suele utilizar como principal argumento la adecuación al protocolo y la buena práctica clínica de la actuación médica enjuiciada. Creo que es un error, ya que se parte de un principio de compañerismo y solidaridad mal entendido, pues si la conducta juzgada se considera negligente o imprudente, difícilmente va a ser exonerado el especialista o tutor, pero sí puede resultar exonerado el residente al ser su responsabilidad y régimen jurídicos distintos.

Así lo defendemos de forma reiterada en nuestro trabajo:

1. El deber de analizar individualmente la conducta del residente.
2. Aplicarle su normativa específica.

Así lo recoge la sentencia:

“No se discrimina ni se delimita la responsabilidad penal de cada una de las tres partes acusadas, no todas tienen los mismos cometidos profesionales ni, precisamente por ello, se les puede exigir las mismas responsabilidades”.

“Según el artículo 15 del real decreto 183/2008, de 8 de febrero, que constituye la normativa específica en esta materia...”.

Podría parecer una obviedad, pero no lo es, pues son muy escasos los pronunciamientos en que se hace referencia a dicha normativa específica.

Conclusión

1. El residente supervisado por el especialista no incurre en responsabilidad.
2. Residentes y especialistas no tienen los mismos cometidos profesionales, y precisamente por ello, no se les pueden exigir las mismas responsabilidades.

8. No autorización a la participación en una intervención quirúrgica de médicos en formación

STSJ Barcelona 646/2018 de 29/10/2018

Se solicita responsabilidad patrimonial a la administración sanitaria por la participación de un residente en una intervención quirúrgica (cesárea programada), cuando expresamente se había denegado el consentimiento para que participaran en dicha intervención médicos en formación.

Se alegan como motivos de la reclamación:

- 1º) *La Dra, era en el momento de realizar las operaciones quirúrgicas un médico en formación.*
- 2º) *La denunciante no dio su consentimiento a que interviniera o participara un médico en prácticas o en formación. Sí consentía a que la realizara un médico de guardia con titulación de especialista en Ginecología y Obstetricia.*
- 3º) *Hubo engaño y ocultación en la información de quien había sido el médico que había realizado las intervenciones.*

El RN fue ingresado por una patología respiratoria que la demanda atribuye a una negligencia médica en el acto del parto por falta de experiencia y preparación de la médico residente.

Se desestima la demanda por una inexistencia de infracción de la *lex artis* y por una correcta asistencia al parto sin existencia de relación entre el daño producido y la actuación médica.

Comentario

El tercer motivo de la reclamación, el desconocimiento de la condición de residente por parte de la reclamante, no es valorado por la sentencia. Es evidente que así fue, y que la paciente tenía derecho a tener esa información y el residente tiene la obligación de identificarse y, en función de esa información, poder prestar como indica la ley 41/2002 su conformidad de forma libre, voluntaria y consciente. Probablemente esta irregularidad no sea causa de responsabilidad patrimonial, pero sí de una infracción administrativa de la que es responsable el servicio, el médico responsable y el propio hospital. Tratamos esta materia con más detalle en otra sentencia estudiada.

Destaco varios apartados de la sentencia que considero de gran interés para nuestro ejercicio profesional y nuestro trabajo diario conjunto entre facultativos y residentes:

1. El hecho de que la actora, al firmar el documento del consentimiento informado, manifestara su voluntad de que no participara en la cesárea un médico en formación ni en prácticas, así como que finalmente sí participara una médico MIR no constituye mala praxis ni vulnera el derecho de autonomía de la paciente *porque ésta no puede incidir en la organización del centro asistencial*, ni constituye una actividad anormal que pudiera generar responsabilidad.
2. Las competencias profesionales *no son disponibles* para la Administración que ha de respetarlas si la persona supera las pruebas correspondientes.
3. Del mismo modo, *la actora no puede incidir* en la organización del servicio que se hizo, en este caso, con respeto a las citadas competencias profesionales.
4. El Hospital referido es un centro público universitario, por lo que en la práctica asistencial participan los médicos internos residentes, de acuerdo con su nivel competencial, que se integran en el equipo médico del centro de cada especialidad.

Conclusiones

1. Los pacientes no pueden incidir en la organización del servicio.
2. Las competencias profesionales no son disponibles por los pacientes.

9. Responsabilidad patrimonial de la administración por demora del residente en consultar con el especialista

TSJ Logroño. Sentencia 56/2019 de 14/02/2019

Demanda

Se reclama responsabilidad patrimonial de la Administración tras el fallecimiento de un paciente por miopericarditis, derrame pericárdico con taponamiento cardíaco, con un carcinoma epidermoide de pulmón en estadio avanzado como enfermedad de base.

La parte recurrente alega: la asistencia sanitaria prestada en el hospital no se ajustó a los criterios de la *lex artis*, pues la clínica que acreditaba cuando acudió al Servicio de Urgencias era sugerente de una afectación cardíaca y, sin embargo, no se utilizaron los medios que demandaba la dolencia y que estaban a su alcance en el hospital, lo que conllevó que evolucionara a una situación clínica grave, siendo trasladado desde el Servicio de Urgencias a la UCI, sin que en esta unidad pudiera revertirse la situación con la que llegó desde el Servicio de Urgencias. Se concluye que existió un evidente retraso en el diagnóstico del paciente y un manejo inadecuado durante las primeras 14 horas en el Servicio de Urgencias, donde no se pusieron todos los medios a disposición del enfermo, dejándole deteriorarse clínicamente.

Informe del inspector

La clínica que manifestaba el paciente, consistente en febrícula, disfagia y dolor epigástrico, orienta más a patología digestiva que cardíaca. Se realiza un estudio clínico y analítico, siendo razonable que no se le aplicara el protocolo de dolor torácico. Permanece varias horas en observación, ante una evolución tórpida se consulta con la especialista, que valora al paciente junto al residente, amplía su estudio y diagnostica una probable miopericarditis sin signos de gravedad; consulta con cardiólogo y contacta con UVI para su traslado. Del informe del especialista se desprende que hasta 14 horas después de su llegada a urgencias no le fue consultado el caso por la médico

residente. La especialista en su escrito, manifiesta que su labor, además de la parte asistencial de los pacientes que le correspondan es:

- Supervisar todos aquellos pacientes que son atendidos por los residentes de primer año.
- Hacer de consultores para el resto de residentes de segundo, tercer y cuarto año.

La residente era de segundo año y, a mi juicio, *debió consultar con más prontitud* el caso con el facultativo adjunto de guardia, y no esperar a las 6 de la mañana, ya que la evolución no era satisfactoria, sobre todo por las cifras tensionales y la taquicardia. El dolor era lógico que disminuyera por el tratamiento administrado. Dicho todo lo anterior, no se puede deducir que haya habido una deficiente atención y que como consecuencia de ello, el paciente haya fallecido. Pero, a mi juicio, sí que es cierto que viendo la evolución del paciente, hubiera sido razonable *una consulta más temprana con los facultativos adjuntos de guardia para tomar decisiones más colegiadas*.

Sentencia

“La Sala, según se ha expuesto, considera acreditada una infracción de la lex artis en lo que respecta a la asistencia sanitaria prestada en el servicio de urgencias, pero no en la UVI. La infracción de lex artis ha supuesto un retraso en la pauta del tratamiento médico adecuado que no ha podido evitar el fallecimiento del paciente. Como señalan los peritos citados, con el diagnóstico y tratamiento precoz las posibilidades de supervivencia habrían aumentado. Por lo expuesto, y aunque se constata una infracción de la lex artis, la pretensión de responsabilidad patrimonial debe resolverse en el ámbito de la doctrina acuñada en la jurisprudencia como pérdida de oportunidad, pues con el diagnóstico y tratamiento precoz las posibilidades de supervivencia del paciente habrían aumentado, pero se desconoce si se hubiera evitado el resultado letal. No hubo, en conclusión, una puesta a disposición del paciente de todos los medios precisos para su mejor atención”.

Comentario

El informe del inspector es muy acertado y razonable. creo que tiene una gran influencia en la sentencia. El argumento final es definitivo: *“hubiera sido razonable una consulta más temprana con los facultativos adjuntos de guardia para tomar decisiones más colegiadas”.*

El especialista conoce perfectamente, y así lo especifica, cuáles son sus funciones, es su obligación, por tanto ninguna crítica que hacer, sino todo lo contrario. Aunque es cierto que con su declaración, destacada por el mismo inspector, toda la posible responsabilidad va a recaer sobre el residente.

La condena ha sido a la Administración. Pero cuando se inicia un procedimiento de estas características la primera denuncia suele ser por lo penal, y aunque la mayoría se archivan, todos conocemos que la lentitud en los tiempos en la justicia nos someten a “la dura pena de banquillo”.

Se introduce en la sentencia el concepto de *pérdida de oportunidad*, que admite de forma implícita que la actuación médica puede no haber sido negligente, pero con un diagnóstico y tratamiento más precoces las posibilidades de supervivencia hubieran sido mayores.

Es evidente que la exigencia de responsabilidad es cada vez mayor tanto por los ciudadanos como por la propia justicia.

Nuestra recomendación y conclusión es la que realizamos por activa y por pasiva a lo largo de este trabajo: en caso de duda consultar y la hacemos extensiva a los pacientes de riesgo como el que nos ocupa. Si ya de por sí es una buena y acertada práctica clínica para los especialistas, con mayor motivo lo es para los residentes, que en general al hacerlo desplazan la responsabilidad.

No se puede llegar al extremo de “consultar todos los pacientes”. Primero porque no se podría ser médico, es como si quisieras ser piloto y te diera miedo volar; y segundo, porque sería incompatible con el principal objetivo del MIR: *conseguir el ejercicio autónomo de la profesión*.

Nos surge una duda o pregunta, en un caso de similares características que hubiera sido valorado por un especialista en lugar de por un residente: ¿la sentencia hubiera sido condenatoria? Probablemente no.

10. Intervención quirúrgica por un MIR en solitario. Consentimiento informado

STS 2777/2001, Sala de lo Contencioso, de 24/01/2006

Se reclama responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, por anormal funcionamiento de los servicios públicos con resultado de fallecimiento del familiar de los recurrentes por realizar la intervención quirúrgica que le ocasionó la muerte un médico residente en solitario.

Comentario

1. Se pone en tela de juicio la capacidad técnica del médico residente que realizó la operación quirúrgica sin la supervisión del titular del departamento al que estaba adscrito.
2. No se informó ni al propio paciente ni a sus familiares más allegados sobre condición de médico en formación.

“No queda acreditada la falta de capacidad técnica del facultativo que realizó la operación siendo una afirmación subjetiva. La Administración reconoce que la intervención fue realizada por un médico residente en la que coordinada y previamente el servicio médico hospitalario emitió varios partes médicos exploratorios sobre el diagnóstico de la enfermedad”.

“La normativa reguladora de los médicos residentes, al igual que la contenida en la Ley 44/2003, de veintiuno de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias no prohíbe 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 del departamento en donde están destinados”.

En el nivel mínimo de supervisión del residente su responsabilidad es máxima y la supervisión a demanda. Pudiendo realizar actuaciones de forma independiente, sin necesidad de tutorización directa. Solicita supervisión si lo considera necesario y después informa al profesional adjunto responsable (Decreto 62/2018 Consejería de Salud Andalucía).

El RD es muy claro en el sentido de que el residente puede actuar de forma independiente.

La sentencia a pesar de ser absolutoria es más imprecisa, interpretable cuando dice que la normativa (al ser del Tribunal Supremo es citada en otros casos):

- No prohíbe que puedan realizar intervenciones quirúrgicas.
- Con la asistencia de otros facultativos.

Existen sentencias que afirman: *“La intervención en solitario de un residente, aunque sea de último año puede afectar a la confianza en los servicios sanitarios públicos”*.

Información de la condición de residente

En cuanto a la segunda causa de reclamación sobre la falta de información sobre quién iba a ser el cirujano que realizaría la intervención, se desestima por una cuestión técnica, ya que al no plantearse en primera instancia no procede hacerse ahora.

La normativa no ofrece ninguna duda al respecto y el médico residente tiene la obligación de identificarse como tal, constituyendo un derecho del paciente conocer qué residentes intervienen en su proceso asistencial.

Orden 81/2017 de 19 de Enero del SNS

6. Pautas de actuación en relación con la presencia de residentes en formación en ciencias de la salud en los procesos asistenciales:

6.1 Los pacientes tienen derecho a saber que residentes en formación intervienen en su proceso asistencial por lo que la dirección del centro sanitario les facilitará una tarjeta identificativa que incluya su nombre, apellidos, fotografía y referencia expresa a su condición de residentes.

6.2 Los residentes en formación estarán obligados a presentar de forma visible la tarjeta identificativa proporcionada por la dirección del centro, a fin de facilitar su reconocimiento por los usuarios y demás profesionales del centro.

Ley General de Sanidad

Entre los derechos de los usuarios se encuentra: El que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.

Ley 41/2002 de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Incluye entre los principios básicos de todo profesional el deber de información.

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

Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma.

El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informar.

Código de Ética Médica de la OMC

Un elemento esencial de la información debida al paciente es darle a conocer la identidad del médico que en cada momento le está atendiendo. El trabajo en equipo no impedirá que el paciente conozca cual es el médico responsable de la atención que se le presta y que será su interlocutor principal ante el equipo asistencial.

Toda la normativa, con independencia del menor o mayor rango, es taxativa respecto al derecho que tiene el paciente a que se le dé toda la información antes de tomar su decisión de forma libre y voluntaria. Surgen dos interrogantes:

¿Prestaría su consentimiento a ser intervenido sólo por un residente, aunque sea una práctica que se adecue al protocolo, y su tutor considere que está capacitado para ello?: La respuesta probablemente sería negativa.

¿Cómo se consigue el objetivo final del MIR que es realizar las actividades y adquirir las responsabilidades propias del ejercicio autónomo de la profesión?

La respuesta no es fácil, y debe ser el buen juicio de especialistas y tutores el que encuentre la solución, probablemente de forma individualizada.

Consentimiento informado

Aunque la materia daría para varios manuales, sí queremos destacar algunas ideas básicas que afectan también al médico residente y por extensión a los especialistas y tutores. Su finalidad no es obtener el consentimiento, sino ayudar a tomar la decisión de forma libre. La ley 41/2002 de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP) constituye su marco jurídico fundamental y define al CI como: *la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que*

afecte a su salud. La teoría moderna del consentimiento informado ha supuesto un cambio radical en las relaciones médico- paciente. Durante siglos, la relación ha sido vertical y paternalista, en la que el médico ejercía de padre o tutor sin tener en cuenta la voluntad del paciente. En la actualidad, es un derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo referente a la propia persona. No por estar enfermo se deja de ser ciudadano.

Para el Tribunal Constitucional, el CI constituye un derecho humano fundamental que forma parte de los derechos constitucionales a la vida, integridad física, libertad de conciencia, la dignidad de la persona. Si hacemos autocrítica, no solemos ser conscientes de su importancia y trascendencia. Nos resulta extraño que un procedimiento en apariencia simple (informar y obtener una firma), pueda guardar relación con conceptos tan complejos como los derechos humanos, la libertad o la dignidad de la persona. Solemos desconocer la fuerte fundamentación ética, filosófica y legal en que se apoya. El Derecho, en este aspecto nos lleva mucha ventaja con predominio de posiciones no muy amables o empáticas con nuestra profesión por la mayoría de los expertos en la materia, que hacen una crítica al modelo paternalista, lógica y razonable, pero con un desconocimiento de cómo son en la actualidad las relaciones con los pacientes. Hablan y escriben como si el modelo paternalista fuera todavía en la actualidad el dominante, nada más lejos de la realidad. En general, el paciente conoce bien sus derechos, con independencia de su nivel de formación, y los exige. Nuestro ejercicio diario es con frecuencia dificultoso por este alto nivel reivindicativo, que en muchas ocasiones somos incapaces de satisfacer. La mayoría de los procesos clínicos necesitan tiempo para diagnosticar, ver la evolución, curar cuando sea posible o aliviar cuando no lo sea. La sociedad de hoy no tiene ese tiempo, exige soluciones rápidas, milagrosas y, con frecuencia, nos hacen culpables cuando los resultados no son los deseados; o de las injustificables listas de espera médicas y quirúrgicas, cuando después de los ciudadanos somos los que más las sufrimos; o también de lo que nunca va a tener solución, la enfermedad y la muerte.

En la actualidad, la mayoría de las sentencias condenatorias no son por negligencias médicas, materia en la que estamos cada vez mejor formados, asesorados y representados, si no por falta de información. No va a producirse vuelta atrás en este camino, si no todo lo contrario. Aunque en los últimos años se ha avanzado en ese terreno con importantes aportaciones por la misma OMC, la concepción dominante en la actualidad proviene del campo del Derecho y la Bioética y está muy bien argumentada, trabajada y fundamentada. Aunque parte a mi juicio de un ejercicio de la medicina que no se corresponde con la realidad. Y con notables excepciones, sus valoraciones y opiniones sobre nuestra profesión no son muy favorables.

Tenemos la obligación de articular una fundamentación moral, ética, filosófica sobre el CI alternativa a la dominante y que se ajuste a la realidad.

Hace mucho tiempo que la Medicina dejó de ser una profesión privilegiada socialmente, para convertirse en una profesión de servicio, sacrificio y vocación. Las exigencias en la actualidad son múltiples e imposibles de satisfacer en gran parte.

¿Porqué sigue siendo la profesión más demandada a pesar de todos estos obstáculos?

Probablemente porque no exista ninguna satisfacción o emoción comparables al privilegio de sanar, y si no se puede sanar, cuidar, aliviar, consolar, ayudar, acompañar, tener en tu mano la posibilidad de poder mejorar la vida de los demás, en el bien máspreciado que tenemos, nuestra salud.

Conclusión

1. El médico residente tiene la obligación de identificarse como tal, constituyendo un derecho del paciente conocer qué residentes intervienen en su proceso asistencial.
2. Es responsabilidad de especialistas y tutores hacer compatible el derecho a la información de los pacientes con el objetivo final del MIR de conseguir su capacitación para el ejercicio autónomo de la profesión.
3. Nuestra recomendación final sería que una intervención quirúrgica tanto de riesgo elevado, como de riesgo medio, no sea realizada por un residente en solitario, aunque la normativa y su programa de formación no lo prohíban. Las posibilidades de prosperar en caso de demanda, con una supervisión por mínima que fuera, serían muy escasas.

11. Funciones y responsabilidad de los especialistas respecto a los residentes

TSJ Castilla León. Sentencia 82/2018 de 09/05/2018

Se condena a un Médico Especialista con dos faltas graves y su correspondiente sanción por su relación con los médicos residentes:

1. Por incumplimiento de sus funciones.
2. por desconsideración con sus compañeros o subordinados.

La defensa del facultativo utiliza como argumento principal que el hecho de haber renunciado previamente a su condición de tutor MIR le exime de obligaciones en lo referente a su formación.

Comentario

En la jurisprudencia son frecuentes los casos que afectan a la responsabilidad de los médicos residentes, que de forma directa o indirecta se haga referencia también a la intervención de los tutores. Es también habitual que se confunda o se identifique como tutores a los que en realidad son facultativos especialistas y no estrictamente tutores. Sin embargo, son muy escasas las sentencias que hagan referencia o valoran el papel o responsabilidad del médico especialista en su relación con los médicos residentes.

Es de las pocas sentencias que hemos encontrado y en la que se especifica, de forma clara, la normativa y las obligaciones de los especialistas con los residentes, tipificando su responsabilidad con independencia de que sean o no los tutores.

El especialista no participa desde hace años en la formación y docencia de los residentes, alegando su renuncia a la condición de tutor. La falta de colaboración docente supone entre otras disfuncionalidades que cuando el residente lleva días siguiendo y estudiando a pacientes en planta, cuando son asignados en su turno reglamentario al médico especialista deben ver a otros enfermos, o trasladarse a otro lugar de trabajo, lo que dificulta la continuidad en el aprendizaje del residente.

El artículo 14 del RD 183/ 2008 no ofrece ninguna duda respecto a las obligaciones de los Facultativos con los residentes y con el deber general de supervisión.

El deber general de supervisión. RD 183/2008. Artículo 14

“De acuerdo con lo establecido en el artículo 104 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el artículo 34.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 12.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales.

Dicho principio rector determina que las previsiones de este real decreto y las que adopten las comunidades autónomas sobre los órganos colegiados y unipersonales de carácter docente, se entiendan sin perjuicio del deber general de supervisión inherente a los profesionales que presten servicios en las distintas unidades asistenciales donde se formen los residentes. Dichos profesionales estarán obligados a informar a los tutores sobre las actividades realizadas por los residentes.

Los responsables de los equipos asistenciales de los distintos dispositivos que integran las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas programarán sus actividades asistenciales en coordinación con los tutores de las especialidades que se forman en los mismos, a fin de facilitar el cumplimiento de los itinerarios formativos de cada residente y la integración supervisada de estos en las actividades asistenciales, docentes e investigadoras que se lleven a cabo en dichas unidades, con sujeción al régimen de jornada y descansos previstos por la legislación aplicable al respecto”.

“Resulta evidente que existe un deber general de supervisión, con independencia de la condición de tutor, al que se debe de informar de las actividades realizadas por los residentes, por lo que no se puede desplazar al sistema, como postula el recurrente, de que el servicio sufra distorsiones como consecuencia de su no participación en la docencia, dado que el hecho de que haya renunciado a su condición de tutor, no supone que este habilitado para no solo no supervisar las actividades, sino para dificultarlas o entorpecerlas, además de que dicha supervisión y colaboración no puede hacerse tampoco de forma selectiva con respecto de uno de los residentes como se alega, sino respecto de todos los residentes y sin que pueda compartirse su criterio de que la renuncia a su condición de tutor le exonerarse de cualquier cometido respecto de aquéllos”.

Aunque la normativa no ofrece posibles alternativas o interpretaciones, la sentencia destaca:

El deber general de supervisión con independencia de la condición de tutor, su incumplimiento se sanciona como una falta grave tipificada en el artículo 72.3 c) de la Ley 55/2003: incumplimiento de las funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios.

En otro apartado de la sentencia también se condena al facultativo por:

Desconsideración con los superiores, compañeros, subordinados o usuarios prevista en el artículo 72.3 d) de la Ley 55/2003

“Cuando un paciente ha sido visto en consulta por un R3 o R4 y a posteriori está citado en su consulta, se niega a verle, induciéndole a que se cite de nuevo, sin tomar en consideración el trabajo realizado por el residente”.

En mi opinión, esta conducta es más grave que la anterior, pues entiendo que junto a la tipificación como desconsideración existe también:

- Un incumplimiento de sus funciones, como vemos con detenimiento a lo largo del presente libro, un R3 o R4 está perfectamente capacitado para ver enfermos en consulta, siempre que así lo acredite su programa de formación y con la existencia de un Médico Especialista disponible al que poder consultar cualquier duda.
- La tercera infracción, y entiendo que la más grave, es contra el derecho constitucional de los ciudadanos a recibir una asistencia sanitaria humana y de calidad. Los pacientes, son la parte más débil y se encuentran en una situación de vulnerabilidad respecto a nosotros, ni pueden ni deben sufrir las consecuencias negativas de las desavenencias entre profesionales o con la Administración.

Conclusión

1. Existencia de un deber general de supervisión de los médicos especialistas: con independencia de su condición o no de tutores
2. Su incumplimiento es sancionable como una falta grave por incumplimiento de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios.

12. Condena a prisión a un residente de primer año sin valoración de la actuación de especialistas, tutores, servicio u hospital

AP León. Recurso 1293/2018 de 09/2011/2018

Paciente que acude al Servicio de Urgencias hospitalario derivada por su médico de cabecera con la sospecha de un posible ictus, presentaba entre otros síntomas claudicación de la pierna izquierda. Es valorada por un médico residente de primer año que tras realizar una radiografía de rodilla y una analítica básica hace el diagnóstico de artrosis de rodilla dando de alta a la paciente. Cuatro días antes había consultado por haber sufrido un mareo. Antecedentes de ingreso hospitalario por ACV. Unos días después volvió a presentar los mismos síntomas volviendo a consultar en urgencias donde se le realizó un TAC objetivándose un derrame cerebral masivo que le ocasionó la muerte apreciándose distintos focos hemorrágicos en distinto estadio evolutivo.

La residente es condenada por un delito de imprudencia profesional grave a un año de prisión y a tres de inhabilitación para trabajar en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.

La sentencia es durísima en la mayoría de sus apartados:

“La acusada cometió un delito de homicidio imprudente causado por imprudencia grave y no de una simple falta de imprudencia, como sostiene la apelante, por cuanto su actuación refleja una evidente dejación, abandono, negligencia y descuido en la atención que requería la paciente. Así las cosas, consideremos que la acusada actuó infringiendo la lex artis y con omisión de las precauciones y cautelas más elementales, imperdonables e indiscutibles a personas que, como ellos, son profesionales de la medicina, aunque fuera residente de primer año, por cuanto atendió a la paciente sin tener en cuenta:

- *La documentación aportada por las hijas, donde constaban evidentes antecedentes de hemorragia cerebral.*
- *El estado que presentaba.*
- *Lo indicado por el médico de cabecera que la atendió en su domicilio al haber explorado a la paciente y mostrar claros signos de alarma de posible repetición de su patología.*
- *La hoja de traslado del Servicio 112 donde se dice que la paciente es trasladada a urgencias por posible AIT.*

La demandada se limitó a practicar una prueba radiológica de la rodilla izquierda y constatar que tenía artrosis, dándole a continuación el alta médi-

ca y acordando que la paciente regresase a su domicilio, todo ello sin el correspondiente consentimiento de la médico adjunta del servicio. Fue debido a esa falta de atención y cuidado, lo que motivó que la paciente falleciera, apenas siete días después de atendida por la acusada, que presentando un estado deplorable y que fuera trasladada nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital realizándosele un TAC en el que aparece una hemorragia de gran extensión que provocaría su muerte al día siguiente”.

Comentario

Desgraciadamente se repite una situación que no sólo hemos destacado en la anterior edición, sino que fue una de las conclusiones finales: *extremar la prudencia ante cualquier diagnóstico, recomendación, o prescripción realizada por otro facultativo*. Aunque la consecuencia más dramática sea la pérdida de una vida que podría haber sido evitada, la defensa es prácticamente imposible, con independencia que seas residente de primer año o Jefe de Servicio.

La MIR alega su condición de residente de primer año para calificar su imprudencia como leve y no como grave lo que el Tribunal desestima utilizando entre otros argumentos: La acusada prestaba labores profesionales en el Servicio de Urgencias atendiendo a pacientes que acudían a ese servicio y tomando decisiones unilaterales y sólo ella tomó esa decisión. Como médico residente tenía la obligación de atender a los pacientes que allí acudieran.

Como venimos destacando a lo largo del trabajo, una de las materias más controvertida respecto a los MIR era en su capacidad de dar altas. No existía ninguna normativa que lo explicitara de forma clara e incluso con sentencias divergentes. Hasta que el RD 183/2008 lo dejó resuelto de una forma definitiva: *“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”*.

Un residente de primer año no sólo no tiene la obligación de atender a los pacientes, sino que su normativa específica le prohíbe el poder realizar actos médicos sin una supervisión directa (con presencia física del formador) que además, deben ser visados.

Por este mismo motivo, tampoco compartimos la argumentación de la sentencia cuando hace responsable en exclusiva a la acusada de procurar a los enfermos todos los medios disponibles y los cuidados necesarios. Es una obligación de todas las partes implicadas en la asistencia al enfermo (Hospital, Especialistas, Tutores, Comisión de Docencia, organización del propio servicio.

Es cierto, no obstante, que no siempre la falta de consecución de los resultados perseguidos o la derivación de resultados indeseables son, de por sí solas, indicativas de una deficiente o inadecuada prestación sanitaria por cuanto, en todo caso, ha de enjuiciarse atendiendo a la actividad desplegada y su adecuación a la *lex artis* (SSTS 19/10/2004) pero, en el supuesto que nos ocupa, resulta acreditado que la acusada no procuró todos los cuidados requeridos por las circunstancias que presentaba la paciente, y ello a pesar de su obligación y responsabilidad como médica de procurar a la enferma, sin omisiones ni fisuras ni justificaciones y sin causa, todos los medios disponible y vigilancias y cuidados necesarios (SSTS 23/9/1996).

De haber prestado la acusada la adecuada asistencia y atención, con la continuidad y vigilancia necesarias, habría realizado los actos médicos antes referidos y, quizás, de esta forma se habría evitado el posterior fallecimiento de la paciente. Sin embargo, su conducta no solamente fue dañina para la salud de la enferma, sino que resultó incompatible con las consecuencias de una práctica médica normal, al no haber actuado con un comportamiento profesional diligente, lo que permite sentar que hubo imprudencia grave en la citada acusada, no olvidemos que la importancia de la salud humana exige que la aportación profesional médica deba de prestarse sin regateo alguno de medios ni de esfuerzos (SSTS 16/2/1995).

Conclusión

El residente de primer año se extralimita gravemente en sus funciones y responde penalmente por ello.

La sentencia le atribuye unas funciones que no sólo no le corresponden sino que su propio régimen jurídico se las prohíbe:

- La obligación de atender a los pacientes.

Es probablemente de las pocas cuestiones que han quedado resueltas de forma objetiva en la responsabilidad del MIR: la de los residentes de primer año y la obligatoriedad de supervisión física directa y del correspondiente visado. La principal motivación de iniciar este trabajo es la extrema dificultad de delimitar la responsabilidad de los MIR, entre otras causas por la necesidad de analizar tres posibles responsabilidades:

1. Propio MIR
2. Especialista o tutor
3. Administración u organización del Servicio

Sería una temeridad por nuestra parte que, sin conocer en profundidad el funcionamiento del Servicio de Urgencias donde se atendió a la enferma hacer cualquier valoración sobre posibles responsabilidades. Pensamos que sí debería haber realizado ese análisis de forma rigurosa en la sentencia pues insisto: da por normal, lo que no sólo no es normal, sino que el propio régimen jurídico del MIR lo prohíbe: la residente tenía la obligación de atender a los pacientes.

Llama la atención que una sentencia, que ya en primera instancia tuvo amplia repercusión en los medios de comunicación, no haga referencia, ni entre a valorar la anomalía de que un residente de primer año pueda dar de alta sin supervisión a un enfermo. La pregunta a mi juicio no sería la de la grave e indiscutible responsabilidad del residente, sino la de:

¿Cómo y por qué?

¿Sólo fue una extralimitación del residente en sus funciones?

¿No hay nada que podamos hacer, o en lo que podamos mejorar, para que estos desgraciados sucesos no se vuelvan a repetir?

¿Cómo es posible que un residente de primer año pueda actuar de forma totalmente autónoma en un lugar tan estratégico y de tanta trascendencia como son los Servicios de Urgencias Hospitalarias y con tanta exposición? La enferma viene derivada en ambulancia con un informe del médico de cabecera y atendida por personal de enfermería. Se le solicita radiografía y analítica, aunque no sabemos el tiempo exacto que permaneció en la unidad antes de ser dada de alta, probablemente fueron varias horas, en el lugar de mayor visibilidad del Hospital y en el que es muy improbable que pase desapercibido que es una residente de primer año la que está atendiendo a la enferma.

No se trata de buscar culpables, todo lo contrario, la de poder y seguir avanzando en la principal motivación de este trabajo:

- Prestar la mejor atención posible a nuestros enfermos.
- Contribuir a mejorar uno de los más acreditados sistemas de formación de Médicos Especialistas del mundo.

Como conclusión final:

La obligación y responsabilidad que la sentencia atribuye a la demandada de procurar a los enfermos todos los medios disponibles y cuidados necesarios

la hacemos extensiva a todas las posibles partes involucradas en la asistencia en la que intervienen médicos residentes (Especialistas, Tutores, Servicios, Comisión de Docencia, Dirección). Y entre esos medios o cuidados estaría:

La obligación del Hospital de supervisar y garantizar que un residente de primer año no pueda, de forma directa y sin supervisión, realizar ningún tipo de acto médico.

La normativa es taxativa al respecto:

Orden 81/2017 de 19 de Enero del SNS

Pautas de actuación en relación con la presencia de residentes en formación en ciencias de la salud en los procesos asistenciales:

Según lo previsto en el artículo 15 Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, la supervisión de residentes de primer año será de presencia física, por lo que los centros sanitarios deberán garantizar la existencia de condiciones organizativas que garanticen la supervisión/visado de las actuaciones del R1 por los especialistas de la unidad asistencial

13. Intervención quirúrgica en la que se demanda al residente por el simple hecho de serlo

TSJ Galicia, Sala de lo Contencioso. Sentencia 974/2010 de 15/09/2010

Se demanda a la Administración como consecuencia de las lesiones y secuelas (ceguera ojo derecho) derivadas de la negligencia médica que se atribuye a la intervención quirúrgica de cataratas del ojo derecho que le fue practicada a la demandante en la que se cortó y dañó gravemente el iris del ojo, perdiendo la visión del mismo. La intervención fue realizada por un especialista y un médico residente. La parte demandante acusa a la residente de mala praxis.

La médico residente, es la que inicia la intervención siendo ella la que manipula el ojo cuando se produce la rotura de la cápsula posterior siendo entonces cuando interviene la especialista y continúa con la operación, pero ya no pudo evitarse la hemorragia expulsiva. Igualmente, la residente, afirmó que una de las causas por las que puede producirse dicha hemorragia expulsiva es por “fallo de la persona que lo manipula”, siendo que, al momento de producirse la misma fue, precisamente ella. Ello incide en tesis que esta parte ha mantenido desde el principio, y es que, dicha hemorragia expulsiva se produjo como consecuencia de una mala manipulación del ojo que provo-

có en que desencadenara dicha hemorragia expulsiva con resultado final de pérdida de visión total del ojo, frente a la tesis defendida por la parte demandada en cuanto a que dicha hemorragia se produce de manera espontánea e imprevisible, sin que nada tuviera que ver la rotura de la cápsula posterior.

Comentario

El fallo del Tribunal es desestimatorio:

“Que la médico residente diga que una mala praxis puede provocar la rotura de la capsula es, simplemente una manifestación de pura lógica, además de honrar a quien lo dice, pero de ahí a afirmar que está admitiendo que fue su impericia la que provocó la sedicente rotura, hay un abismo. Al razonar así, la representación de la parte demandante se aparta por completo del auténtico problema que encierra la cuestión, que consiste en determinar si dicha hemorragia es o no consecuencia de una mala práxis. Y sobre este trascendental extremo, a falta de pruebas, reclama una suerte de inversión del onus probandi sobre una base que nos parece poco sólida, meramente intuitiva, a saber: Que quien inició la intervención era a la sazón una médico residente.

La praxis médica estuvo protocolizada y se adecuó a las pautas clínicas homologadas, la presión arterial intraoperatoria se controló de manera satisfactoria, la valoración oftalmológica preoperatoria y la consulta preanestésica también fueron correctas, así como la actuación postoperatoria. De modo que la actuación del servicio fue correcta, ajustada a la lex artis, antes, durante y después de la operación, por lo que no es posible apreciar los requisitos exigidos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración”.

Respecto a la materia que principalmente nos ocupa de la relación entre especialistas, tutores y residentes, ni la sentencia ni la parte demandante hacen referencia alguna. Difícilmente podría la parte demandante hacer alguna acusación, pues se cumple escrupulosamente la normativa referente a la supervisión, no pudiéndose alegar nada en ese sentido. Como veremos en otro caso, las demandas en las intervenciones quirúrgicas en las que participan médicos residentes suelen ser por falta de supervisión y por ser realizadas únicamente por el residente

Comentamos la jurisprudencia del Tribunal Supremo en cuanto a la participación de los residentes en las intervenciones quirúrgicas:

1. Sentencia 24/01/2006 (Recurso 2777/2001). *La normativa reguladora de los médicos residentes 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 del departamento en donde están destinados.

La médico residente no sólo está asistida en la intervención de cataratas por el especialista, sino que incluso llama la atención que la misma parte demandante lo reconoce cuando se refiere a la especialista como: *la médico responsable de la intervención.*

Haciendo referencia a la normativa de los médicos residentes y su formación dos de los criterios que debe atender (ley 44/2003, Art 20.3).

- a) *Por una parte, que la actividad profesional que desarrollen esté panificada por los órganos de dirección conjuntamente con las comisiones de docencia de los centros de tal forma que se incardine totalmente en el funcionamiento ordinario y continuado del centro sanitario.*
 - b) *Por otra parte, que desarrollen de forma programada y tutelada, las actividades previstas en el programa, asumiendo sólo de forma progresiva y según avancen en su formación, las actividades y responsabilidad propias del ejercicio autónomo de la profesión.*
 - c) *Sólo a través de una actividad programada, planificada y tutelada de los médicos residentes se podrá cumplir con otro de los criterios que se recogen en la norma, cual es que las actividades de estos profesionales en formación sean objeto de las evaluaciones que reglamentariamente se determinen.*
2. Sentencias del TS, anteriores a ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias que inicia la reforma del sistema de formación sanitaria especializada y sienta las bases de la normativa actual ya se pronuncian en este sentido:
- a) *La actividad asistencial de los médicos en formación debe ser supervisada por los responsables del correspondiente servicio (16/11/1993).*
 - b) *No debe olvidarse que, por su condición de residentes, se encuentran en fase de formación y no han obtenido todavía la especialidad. Nadie se opone a que los residentes accedan a un quirófano y realicen una actividad quirúrgica, lo que es necesario para su*

formación, lo que ocurre es deben actuar bajo la supervisión de un especialista.(22/11/200. Recurso 402/1998).

Conclusión

Se demanda a la médico residente por el simple hecho de serlo. Para la parte demandante ya supone presunción de culpabilidad. Afortunadamente la sentencia es taxativa en sentido contrario.

14. 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, comparciendo 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 médico, 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. Es una de las sentencias que he encontrado que mejor delimita las responsabilidades de los residentes, adjuntos o tutores. Aunque la extralimitación del residente es evidente, 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.*

15. Condena a la Administración por falta de organización y supervisión

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 La práctica de la colecistectomía por una médico residente con escasa experiencia en 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.

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 aquélla, 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 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, su correspondiente programa formativo y nivel de cumplimiento.

También es cierto que, si interpretamos la sentencia en un sentido literal, cuando dice: “...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, 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 especialista hubieran supervisado la intervención, 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”.

16. 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, produciéndose 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

Es relativamente frecuente en las sentencias que he revisado la existencia de 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. Pienso honestamente que este es uno de los déficits más importantes que tenemos en nuestra profesión y que debería existir una disciplina reglada en nuestra licenciatura en el que este 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 etc., cuando esos bienes externos constituyen nuestro objetivo principal por encima de los internos, como son la vocación y atender a unas personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad respecto a nosotros, muchos expertos en Bioética defienden que se está abandonando en cierta forma la raíz, el sentido esencial de nuestra profesión.

Fallece una mujer de apenas 40 años que:

- 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”*.

17. 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 vio 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.

La sentencia recoge 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 líneas 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. Existen sentencias recientes de tribunales de mayor jerarquía, incluido el supremo que no valoran o al menos no lo hacen con rigurosidad en sus fundamentos jurídicos 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.

18. Absolución de un residente y condena al especialista

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 en primera instancia por haberse quedado unas pinzas de Hoehner en la cavidad abdominal, lo que supuso un agravamiento en la situación del enfermo, su reintervención y la 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 concurran 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 solidaria-*

mente a los familiares.” La sentencia de primera instancia, asumiendo 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 período 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. 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 16 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.

Comentario

Es frecuente que las demandas que afectan a residentes y especialistas o tutores sean representados por el mismo abogado. La defensa suele utilizar como principal argumento la adecuación al protocolo y la buena práctica clínica de la actuación médica enjuiciada. Creo que es un error, ya que se parte de un principio de compañerismo y solidaridad mal entendido, pues si la conducta juzgada se considera negligente, difícilmente va a ser exonerado el especialista o tutor, como queda claramente reflejado en la sentencia: *la concurrencia de otras responsabilidades o de agentes que contribuyan a la producción del daño no anulan su culpabilidad*. Sin embargo, sí puede resultar exonerado el residente al ser su responsabilidad y régimen jurídicos distintos. La mejor conclusión final es la que realiza el propio magistrado:

El deber de analizar individualmente la conducta del médico residente.

19. 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, 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 los 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.

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 con-*

sulta 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 a 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:

Comentario

1. La paciente el día anterior a ser valorada por los médicos residentes, fue valorada por dos unidades médicas distintas: el 061 y las urgencias de un hospital de reconocido prestigio internacional, ambas informan de una exploración neurológica normal siendo diagnosticada de síndrome depresivo.
2. Al día siguiente vuelve a consultar en el mismo hospital por empeoramiento de los síntomas.
3. Las residentes de Psiquiatría realizan dos actuaciones médicas, a mi juicio, no solamente 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 como definiendo a lo largo de este trabajo y coincidiendo con el criterio mayoritario de la jurisprudencia, el mé-

dico residente queda exento de responsabilidad, pues difícilmente se le puede exigir más.

5. El hecho de que las residentes sean condenadas, aunque sólo por imprudencia leve, no está justificado. Afortunadamente son minoritarias las sentencias en este sentido.
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 este a su tutor. Es imposible hacerlo mejor.
7. Sorprendentemente, la sentencia hace referencia a este principio de 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 sin hacer ningún análisis, comentario o justificación sobre la condena del residente, que difícilmente se hubiera producido de haber realizado un análisis mínimamente riguroso del significado del principio de responsabilidad progresiva, su traducción a la práctica clínica y su adecuada interpretación por la jurisprudencia.
8. El forense subraya la buena actuación de los residentes:
 - Su consulta previa.
 - Calificación del caso como complejo.
 - Incluso le pregunta al tutor sobre la posible derivación a medicina interna.
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.

20. Primera condena penal de un residente

El abogado más temido por los hospitales

Pocas fechas después de la presentación del segundo manual de nuestro trabajo, sale una noticia en la prensa general que llama mi atención (07/06/19): *El abogado que más temen los hospitales.*

Entre los varios casos a los que hace referencia, hay uno en el que me detengo especialmente: *"Fue el primer abogado que consiguió una condena por lo penal para dos residentes que no se dieron cuenta de que una mujer sufría un ictus y la derivaron a psiquiatría"*.

Reviso nuestro manual y está recogida y argumentada la misma sentencia como: Condena al MIR a pesar de solicitar supervisión. Nuestro titular, las conclusiones y comentarios son radicalmente distintos a los que ofrece la noticia:

1. Es falso que sea la primera condena penal a un residente: es un dato objetivo y fácilmente comprobable en las bases de datos judiciales. Existen condenas penales a residentes con más de 30 años de antigüedad.
2. Efectivamente, se produce una condena penal, pero en su grado mínimo con una multa por imprudencia leve.
3. En la sentencia, como se puede leer y comprobar, no existe un solo argumento que justifique la condena a los residentes, por lo que difícilmente se puede rebatir o contraargumentar lo que no se argumenta.
4. La conducta de los residentes no solo no es punible, sino que es ejemplar y se extralimitan, sí, pero en su buen hacer. Se puede comprobar de forma totalmente objetiva simplemente aplicando su normativa, como era obligación del tribunal.
5. De las cientos de sentencias estudiadas y comentadas en las que intervienen residentes, es una difícil tarea seleccionar aquellas que pudieran tener mayor interés para la profesión y trasladarlas al manual. Las críticas o comentarios se hacen de forma rigurosa y objetiva. Se ha revisado con especial atención que no existiera ninguna crítica que no esté relacionada exclusivamente con la aplicación de la normativa y régimen jurídico de los residentes, como es la obligación de todas las posibles partes afectadas. Es la única de todas las sentencias en la que me he tomado la libertad de hacer un comentario irónico o mordaz:

6. *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 hubiese llevado la camilla de la enferma hubiese sido también condenado, por si acaso.*

El Dr. Romero) comentó en la presentación del manual que *“prefería que este trabajo lo hubiese realizado un médico a un abogado”*. Sus palabras tomaron mayor significado e importancia cuando leí y reflexioné sobre la noticia de prensa. Con el mayor respeto y consideración a los profesionales que se dedican principalmente al campo de las negligencias médicas, actividad legal y legítima, pero no se puede negar el sesgo por su propia subespecialización y materia de trabajo: *“negligencias médicas”*.

En la propia entrevista se reconoce que la mayoría de sus casos provienen de la asociación del defensor del paciente, con una actividad también legal y democrática, pero con un sesgo muy evidente y, en general, poco favorable a nuestra profesión y con una influencia cada vez más creciente en los medios y en la sociedad en general.

Esta reflexión me reafirma en la importancia de uno de los principales objetivos del presente trabajo: contribuir a rellenar, en parte, el hueco existente sobre responsabilidad del residente. Y hacerlo desde la Medicina, de forma rigurosa, objetiva, no desde ninguna trinchera ni mediante posturas preconcebidas. No se trata de buscar culpables, todo lo contrario, sino de contribuir a mejorar uno de los más acreditados sistemas de formación de médicos especialistas del mundo intentando aplicar su régimen jurídico en beneficio de todos:

1. De los profesionales implicados, con la finalidad de aportarles un instrumento útil que les pueda proporcionar una mayor seguridad jurídica en su ejercicio.
2. Y lo más importante, para que puedan prestar también una mejor atención al paciente.

Existe un viejo aforismo que dice: *“El lugar que tú no ocupas es ocupado por otro”*. Creo que se debe continuar y completar este camino iniciado hace ya años en un modesto trabajo de máster y que, gracias al aval de la OMC, ha podido llegar a una gran parte de la profesión. Tanto los anteriores manuales editados y divulgados por la OMC, como los cursos organizados por la Fundación para la Formación han gozado de una excelente acogida e interés. Hemos intentado recoger en la medida de lo posible parte de las sugerencias y posibles mejores que nos han llegado. Sería positivo que siguiera siendo así

y que todo aquel que tenga algo que aportar, preguntar o sugerir, no dude en hacerlo en beneficio de todos. Puede tener la certeza de que será atendida su solicitud o sugerencia. Sería deseable, aprovechando este magnífico altavoz que nos ofrece la OMC, que se incorporaran a esta compleja pero apasionante materia de trabajo todos aquellos compañeros que tengan interés y motivación para hacerlo, e incluso la lideraran en el futuro.

21. Demanda por haber sido intervenida por un residente en oftalmología y no por un especialista

TSJ Asturias. Sentencia 1169/2021 de 30/11/2021

“Paciente que sufrió un accidente de trabajo al incrustársele una viruta metálica en su ojo derecho acudió a la Clínica Asturias de la que le derivaron al HUCA para que por un oftalmólogo se le extrajera, siendo atendido por la, Médico Residente (MIR) de tercer año y **no por un especialista en oftalmología**, procediéndose a la extracción del cuerpo extraño metálico mediante raspaduras, y que al día siguiente acudió a la Clínica--, especializada en oftalmología, que le diagnosticaron perforación corneal y lo derivaron de inmediato para una valoración urgente del HUCA. Sostiene que dicha perforación ocular no la presentaba el día del accidente, sino que fue a raíz de la actuación del Servicio de Urgencias del HUCA y que tras las incidencias que deja indicadas, fue intervenido quirúrgicamente en cinco ocasiones”.

La demandante considera que no fue procedente la intervención por un Médico Residente (MIR) de tercer año y no por un especialista en oftalmología y además la acusa de impericia.

La Administración argumenta:

- No procede declarar la responsabilidad patrimonial.
- En la historia clínica no consta que hubiera ningún problema durante el procedimiento de extracción del cuerpo extraño .
- El tratamiento y manejo fueron acordes a la buena praxis y a los protocolos.
- Dicho procedimiento es habitualmente realizado por los médicos de urgencias.
- Es probable que el propio cuerpo extraño hubiera causado la perforación.

Informe del perito judicial (oftalmólogo)

“La demandante fue atendida en una unidad de urgencias por un médico de medicina familiar que al no lograr la extracción del cuerpo extraño la derivó a atención especializada en la que considera correcto que se hubiera requerido la valoración del MIR de Oftalmología que estaba de guardia. Habiendo puntualizado en sus conclusiones que **“debería**

haber sido requerida valoración del Residente de Guardia de Oftalmología y este, de considerarlo necesario si con la maniobra de extracción se producía micro-seidel+, requerir a su vez la asistencia del Especialista Oftalmólogo en Guardia Localizada”.

- Considera correcta la derivación y valoración por el residente de guardia de oftalmología
- Y este, **de considerarlo necesario**, requerir a su vez la asistencia del Especialista Oftalmólogo en Guardia Localizada.

Comentario

La Administración da por sentada la competencia del residente y se centra en la buena praxis y el cumplimiento del protocolo.

La argumentación del perito judicial es más completa y rebate mejor a la acusación pues delimita perfectamente las funciones y competencias:

- Del residente.
- Del especialista localizado.

El RD 183/2008, de 8 de febrero establece un modelo general común de formación sanitaria especializada en el que la responsabilidad progresiva del residente constituye un principio rector. Diversas Comunidades Autónomas, entre ellas la de Andalucía, han publicado decretos que refuerzan y profundizan diferentes aspectos básicos para la formación del personal especialista en formación en Ciencias de la Salud. De igual modo se concretan aquellos aspectos relacionados con la graduación de la supervisión y se modula la responsabilidad progresiva del personal especialista en formación.

Decreto 62/2018, de 6 de marzo, por el que se ordena el sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Protocolos de supervisión

- Son aquellos documentos que recogen las políticas y procedimientos aprobados por las comisiones de docencia para graduar la supervisión de las actividades que lleve a cabo el personal especialista en formación en las diferentes áreas asistenciales.
- La supervisión y responsabilidad progresiva del personal especialista en formación estará establecida en un protocolo de supervisión, que existirá en el área de **urgencias**, en dispositivos asistenciales que realicen **actividades quirúrgicas** y gabinetes con **técnicas intervencionistas** y, en general, en todas las áreas por las que rote el personal especialista en formación.

Niveles de supervisión

El nivel I es el de responsabilidad máxima y supervisión a demanda.

Permite a la persona especialista en formación llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. La persona especialista en formación ejecuta, solicita supervisión si lo considera necesario y **después informa al profesional adjunto responsable**.

Conclusión

Como venimos comentando en ediciones anteriores existe una tendencia a demandar al residente en aquellos actos médicos realizados por el residente en solitario y en el que el resultado no es el esperado por los familiares o el paciente. Con independencia de que la actuación médica haya sido ajustada o no a la buena práctica clínica. Nuestra percepción es que esta tendencia no sólo se va a mantener, sino que va a ir aumentando.

Parece razonable en aquellas situaciones o actos médicos que a priori podrían tener mayor riesgo dejar constancia en la historia clínica que el procedimiento ha sido consultado y supervisado con el adjunto responsable antes de ser realizado en solitario por el residente y después.

En este sentido el Decreto de Andalucía individualiza tres:

1. Actividades quirúrgicas
2. Técnicas intervencionistas.
3. Urgencias (las de mayor prioridad).

Con una especial atención en los casos, como el que nos ocupa, en los que el especialista se **encuentra localizado**.

22. Condena a la administración por falta de funcionamiento de los debidos controles en la supervisión del residente

Consejo Consultivo Andalucía. Dictamen Núm 902/2023, de 9 de noviembre

1. Niño que es derivado desde su centro de salud a urgencias hospitalarias es diagnosticado de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), siendo dado de alta con tratamiento ambulatorio para dicho procedimiento.
2. Empeora su situación clínica por lo que vuelve a consultar en el centro de salud dos días después y es trasladado en ambulancia a urgencias hospitalarias.

3. Es diagnosticado de derrame pleural que evoluciona muy desfavorablemente produciendo su fallecimiento. El derrame ya se apreciaba en las radiografías que se realizaron el primer día que consultó.

Los reclamantes

Argumentan que el fallecimiento del menor fue consecuencia de una asistencia sanitaria defectuosa, En concreto, se denuncia la existencia de un error de diagnóstico por parte del Servicio de Urgencias del Hospital. La negligencia médica consistió en:

1. No apreciar en el estudio radiológico practicado en el centro hospitalario la existencia de signos de derrame pleural bilateral (más en el lado izquierdo), mostrando opacidad en hemitórax izquierdo más intensa en base y asociando borramiento del perfil diafragmático izquierdo.
2. No valorar los signos de infección grave encontrados en las analíticas efectuadas.
3. No correlacionar el estado del paciente, los estudios radiológicos practicados y los resultados claramente patológicos de las analíticas realizadas.

Servicio de Pediatría

Se justifica por parte de este Servicio su actuación y se exculpa de cualquier tipo de negligencia. "El niño tenía signos evidentes de neumonía adquirida en la comunidad y no tan evidentes de derrame" y se justifica la ausencia de diagnóstico del derrame en que "se está produciendo una evaluación de dicha radiografía tras conocer la posterior evolución del cuadro, por lo que esta interpretación es sesgada ya que obviamente al conocer cómo evoluciona posteriormente es más fácil decir que estaba muy claro que tenía el derrame ya en esa primera radiografía".

Informe del médico forense

A tenor de lo reseñado en el historial clínico, y tras la visualización de las imágenes aportadas en las radiografías practicadas en el Servicio de Urgencias, se visualiza un derrame pleural en hemitórax derecho. Es decir, no es que, como decía el Servicio implicado, una vez conocida la evolución del cuadro del paciente se pueda llegar al diagnóstico de la existencia de derrame pleural sino que **las radiografías eran claras desde el momento en que fueron tomadas** y lo que ocurrió es que falló la interpretación de las mismas, lo que evidencia la existencia de una clara negligencia médica. Precisamente, la deficiente interpretación de la prueba radiológica fue la que motivó el alta domiciliaria del paciente, decisión que fue igualmente errónea ya que, la existencia de derrame pleural es uno de los criterios de gravedad de la NAC y obliga, según los protocolos al uso, a la consulta con el pediatra de planta de hospitalización, así como al ingreso hospitalario.

Auto de la Audiencia Provincial

1. Afirma la existencia de un “error diagnóstico al no haber valorado el facultativo la existencia de derrame pleural que, incipiente, pudo ya comprobarse en la radiografía realizada”.

2. “De haberse valorado correctamente el derrame pleural, el protocolo seguido hubiera sido distinto, con ingreso hospitalario del menor y realización de otras pruebas diagnósticas y terapia farmacológica específica, pero esto no es objeto a dirimir en un proceso penal”. Por regla general, el error en el diagnóstico no es tipificable como infracción penal, salvo que por su entidad y dimensiones constituya una equivocación inexcusable (Tribunal Supremo 03/10/97).

3. No puede hacerse responsable, al menos en una causa penal, al facultativo residente de primer año, sino, precisamente, al sistema organizativo que le permite realizar ciertas actuaciones.

- Sin supervisión
- O sin que funcionen los debidos controles

“El error diagnóstico, al no valorarse el derrame pleural en la radiografía efectuada por un facultativo que era residente, no viene a suponer sin más la existencia de negligencia profesional con relevancia penal, pues precisamente esa falta de experiencia de los médicos que se encuentran en periodo formativo lleva a instaurar protocolos de supervisión, que no funcionaron correctamente”

Gerencia de riesgos (Administración)

La propia facultativa del Servicio de Gerencia y Riesgos, en su informe, va un paso más adelante y concluye que la **existencia de responsabilidad patrimonial** entre el fallecimiento del paciente y la asistencia sanitaria que se le dispensó al indicar que “tras análisis médico legal del caso, se encuentra justificada la argumentación expuesta en la reclamación y es por ello que la propuesta de resolución, como no puede ser de otro modo, estima la existencia de responsabilidad patrimonial en el caso examinado”.

La propia Administración admite el error en el diagnóstico y la existencia de responsabilidad patrimonial, reconociendo que el fallecimiento del menor se produjo por una negligencia médica.

Consejo Consultivo

Analiza todo el expediente y documentación. Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución estimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración formulada frente al Servicio Andaluz de Salud a instancia de don (...) y doña (...), en nombre propio y en representación de su hijo menor de edad don (...).

Destaca la importancia que tiene en su dictamen las conclusiones de la Audiencia Provincial, qué aunque excluye la responsabilidad penal, sí encuentra responsabilidad patrimonial en la Administración.

Conclusión

El dictamen ha tenido una notable repercusión en los medios de comunicación.

Se hace responsable a la Administración cuando se permiten realizar ciertas actuaciones a los residentes :

1. Sin supervisión.
2. O sin que funcionen los debidos controles.



10. Comisiones de docencia y jefaturas de estudios

Begoña Azkarate Ayerdi

En este capítulo vamos a definir ambos órganos docentes, con gran vinculación entre ellos, detallar sus funciones, muy similares en varios puntos, y las dificultades con las que se encuentran para poder ejercer adecuadamente sus funciones.

I. Comisiones de Docencia (CD)

De acuerdo con el artículo 8 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, las Comisiones de Docencia son los órganos colegiados a los que corresponde organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud. Asimismo, les corresponde facilitar la integración de las actividades formativas y de los y las residentes con la actividad asistencial y ordinaria del centro sanitario, planificando su actividad profesional en el centro conjuntamente con los órganos de dirección del mismo, para lo cual es imprescindible una buena comunicación entre la dirección y las CD.

Las Comisiones de Docencia se crearán, modificarán o extinguirán por resolución de la Dirección competente en formación sanitaria especializada (FSE), que a su vez determinará las unidades docentes que se encuentran adscritas a las mismas.

La dependencia funcional de cada Comisión de Docencia vendrá establecida en la resolución de creación de la misma.

Para que la Comisión de Docencia pueda desarrollar sus funciones, el órgano directivo del centro o unidad docente debe garantizar los recursos necesarios, estructurales, materiales y humanos. Estos recursos quedarán reflejados en el Plan Estratégico del Centro o Unidad Docente y en el Plan de Gestión de Calidad Docente.

Además, en las Comisiones de Docencia de centros o unidades en las que se forme personal de enfermería especialista se constituirá una subco-

misión específica de especialidades de enfermería con la misión de coordinar dicha formación.

Composición

El número máximo de integrantes de cada CD será de 20, ajustándose en la articulación de su composición a lo siguiente:

- 1.– **La Presidencia** de las Comisiones de Docencia la ostentará el jefe o jefa de estudios de formación especializada existente en el respectivo centro o unidad docente.
- 2.– **Las Vocalías** se conformarán de acuerdo con lo siguiente:
 - a) Un máximo de cinco vocales en representación de los/as tutores/as.
 - b) Un máximo de cinco vocales en representación de los y las residentes. Dos deberán ser, preferentemente, del grupo de residentes de primer y segundo año, y tres del grupo de tercer, cuarto y quinto año.
 - c) Un/a vocal en representación del Departamento de Sanidad de la Comunidad Autónoma.
 - d) Un/a vocal designada por la Dirección de Asistencia Sanitaria del ente público
 - e) Un/a técnica de apoyo a la formación.
 - f) Serán vocales natos de la Comisión de Docencia los Jefes/as de Estudios de FSE, que representen, al otro nivel asistencial, (primaria u hospitalaria), distinto al de la comisión considerada.
 - g) Serán vocales los/as residentes del otro nivel asistencial.
 - h) Representante del Equipo Directivo de la Organización de Servicios a la que se adscribe la CD.
 - i) Si existe presidente/a de la subcomisión de enfermería será vocal nato de la CD.
- 3.– **El / la Secretario/a** de la CD, actuará con voz, pero sin voto, y recogerá el acta de cada reunión.
- 4.– Para el tratamiento de temas concretos o actuaciones específicas, se podrán incorporar a la CD, por invitación de su presidente/a sin ser integrantes de número, otros/as profesionales implicados en la docencia.
- 5.– El nombramiento de los miembros tendrá un plazo de duración de 4 años y será renovable.

Funciones

Corresponde a las Comisiones de Docencia el ejercicio de las siguientes funciones:

- a) **Aprobar**, a propuesta de los correspondientes tutores/as, una guía o itinerario formativo tipo (GIFT) de cada una de las especialidades que se formen en su ámbito.
- b) **Garantizar** que cada residente de las especialidades que se formen en su centro o unidad, cuente con el correspondiente plan individual de formación, verificando, su adecuación a la GIFT antes citado.
- c) **Valorar** las propuestas de rotaciones externas.
- d) **Informar** sobre la solicitud excepcional de cambios de especialidad, así como de reconocimiento de períodos formativos, para su tramitación.
- e) **Elaborar y aprobar**, el plan de gestión de la calidad docente del centro o unidad docente, supervisando su cumplimiento.
- f) **Elaborar** protocolos para graduar la supervisión de las actividades que realicen los/as residentes en áreas asistenciales significativas, como el área de urgencias.
- g) **Facilitar** la adecuada coordinación docente entre niveles asistenciales.
- h) **Proponer** a los órganos competentes en la materia, la realización de auditorías docentes.
- i) **Aprobar y fomentar** la participación de los/as residentes en cursos, congresos, seminarios o reuniones científicas, relacionados con el programa formativo.
- j) **Facilitar** la formación continuada de los tutores/as en metodologías docentes y otros aspectos relacionados con los programas formativos.
- k) **Participar** en la acreditación y re-acreditación de tutores/as y otras figuras docentes que existan en su centro o unidad, y proponer su nombramiento al órgano directivo correspondiente.
- l) **Informar** a los órganos de dirección sobre la capacidad docente del centro/ unidad, y sobre la propuesta anual de oferta de plazas de FSE.
- m) **Informar** sobre las estancias formativas de extranjeros/as haciendo constar si interfieren o no en la capacidad docente del centro.
- n) **Elegir, convocar y constituir** anualmente los/as vocales de los comités de evaluación de cada una de las especialidades acreditadas.

- o) **Remitir** al Registro Nacional de Especialistas en Formación, a través de su presidente/a, las evaluaciones finales y anuales, los resultados de sus revisiones y los períodos de recuperación, las excedencias y demás situaciones que repercutan en la duración del período formativo.
- p) **Comunicar** por escrito a los/as residentes el lugar donde se ubicará el tablón oficial de anuncios de la CD en el que se insertarán los avisos y resoluciones de la misma, sin perjuicio del uso de otros medios como los telemáticos.
- q) **Procurar** que en los dispositivos se den las condiciones necesarias para impartir una adecuada formación a los/as residentes, y la evaluación formativa de sus actividades, procediendo a la revisión de las evaluaciones anuales.
- r) **Procurar** que en los dispositivos de carácter universitario que se integren en el centro o unidad docente, exista una adecuada coordinación entre las enseñanzas universitarias de grado, postgrado y la FSE.
- s) **Proponer** a los órganos de dirección que adopten las medidas necesarias para que se dote a las CD y a los tutores/as, de los medios materiales y personales necesarios para la adecuada realización de sus funciones.
- t) **Elaborar y aprobar** una Memoria anual de actividades de FSE realizadas en el centro o unidad docente.
- u) **Colaborar y participar** activamente en tareas asignadas por el Departamento de Sanidad

Funcionamiento

De forma muy resumida el funcionamiento de las CD sería el siguiente:

- 1.– La CD se reunirá, como mínimo, una vez al trimestre.
- 2.– Los acuerdos se adoptarán por mayoría simple de votos. El Presidente/a dirimirá con su voto los empates.
- 3.– De cada sesión se levantará acta por el Secretario/a. Las actas serán aprobadas en la misma o en la siguiente sesión de la Comisión y una vez aprobadas, serán públicas.
- 4.– Cada Comisión de Docencia deberá elaborar su reglamento interno.

II. Jefe/a de Estudios de FSE (JEE)

El/la jefe/a de estudios de formación especializada es un gestor/a de la formación especializada en Ciencias de la Salud y como tal, realizará la dirección de las actividades de planificación, organización, gestión y supervisión de la formación especializada en un centro o unidad docente acreditada.

Dependerá de la Gerencia u órgano equivalente del centro o unidad docente de que se trate. Tendrá autonomía de gestión y ejercerá su labor con independencia de las jefaturas asistenciales.

Funciones

Corresponden al jefe/a de estudios de FSE las siguientes funciones:

- a) **Asumir la presidencia** de la CD, dirimiendo con su voto los empates que se produzcan en la adopción de acuerdos.
- b) **Asumir la representación** de la CD formando parte de los órganos de dirección de los correspondientes centros y servicios sanitarios, con el fin de asegurar y garantizar la incardinación de la docencia en la actividad asistencial ordinaria, continuada y de urgencias de dichos centros.
- c) **Dirigir y coordinar** las actividades de los/as tutores/as y actuar como interlocutor/a con los/as responsables de todas las unidades docentes.
- d) **Actuar como interlocutor/a** entre los/as responsables asistenciales y docentes con la finalidad de garantizar una adecuada coordinación entre las/os mismos.
- e) **Consensuar y suscribir** con los correspondientes órganos de dirección del centro, en representación de la CD el protocolo de supervisión de los/as residentes.
- f) **Presidir** los correspondientes comités de evaluación anual.
- g) **Supervisar** el plan de gestión de la calidad docente del centro o unidad.
- h) **Promover, fomentar y definir** líneas y actividades de investigación, relacionadas con las especialidades en ciencias de la salud, en consonancia con los planes de salud de la comunidad autónoma y los programas I+D, relacionados con la formación sanitaria especializada.
- i) **Garantizar** la correcta remisión, en tiempo y forma, de las evaluaciones y demás documentación que se deba trasladar al Registro de Especialistas en Formación del Ministerio competente en materia de sanidad.

- j) **Gestionar** los recursos humanos y materiales asignados a la CD elaborando el plan anual de necesidades.
- k) **Ordenar** la inserción en el tablón de anuncios de los avisos y resoluciones de la Comisión de Docencia que requieran publicación, insertando la diligencia relativa a la fecha de publicación que en cada caso corresponda.
- l) **Participar** en la acreditación y re-acreditación de tutores/as y otras figuras docentes.
- m) **Fomentar** la formación continuada de los tutores/as participando en la elaboración de programas formativos para ese fin.
- n) **Participar** en los procesos selectivos de otros Jefes/as de Estudios.
- o) **Promover y fomentar** todas aquellas actividades relacionadas con metodologías docentes y educativas para la FSE.
- p) Aquellas otras que le asigne el Departamento competente en sanidad y que, aun pudiendo exceder del ámbito de actuación de su centro o unidad docente, guarden relación directa con la formación sanitaria especializada.

Dedicación

Se garantizará que el Jefe/a de Estudios pueda disponer, para el ejercicio de sus funciones, de una dedicación específica dentro de su tiempo de trabajo, en función del número de residentes a su cargo y de la complejidad del centro o unidad, atendiendo al número de especialidades acreditadas y al número de dispositivos docentes que lo integran. Se establece una dedicación mínima del 10% de la jornada laboral. La dedicación podrá ser completa.

De acuerdo con lo previsto en *el artículo 10 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre*, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, el ejercicio de las funciones que corresponden a los Jefes/as de estudios tienen la consideración de funciones de gestión clínica y, por ello, estará sometido a la evaluación periódica del desempeño y de los resultados. Esta evaluación se llevará a cabo cada 4 años.

Esta misma Ley indica que el ejercicio de las funciones de jefatura de estudios será objeto del oportuno reconocimiento por parte del centro o unidad, del Servicio de Salud y del conjunto del Sistema Sanitario.

Además, se contempla la percepción de la retribución económica asociada al puesto funcional de Jefatura de Servicio, en función de la dedicación específica reconocida.

Dificultades para realizar sus funciones

A pesar de que como habéis podido comprobar las funciones de ambos órganos docentes están claramente definidas en el *Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero*, y en los Decretos que regulan la FSE, elaborados en cada vez más Autonomías del País, para poder llevarlas a cabo, de manera adecuada se encuentran en ocasiones, tanto las CD como las JJEE, con muchas dificultades. Algunas de ellas han sido recogidas en encuestas realizadas a las Jefaturas de estudios, mesas redondas en congresos nacionales como SEFSE AREDA, y en diferentes publicaciones de revistas relacionadas con la FSE.

Entre las más frecuentes y probablemente más generalizados tenemos:

- **Participación de las Jefaturas de estudios en los órganos directivos:** son muchos los JJEE que no forman parte de los comités de dirección, dificultando la adecuada comunicación entre ambos para facilitar la integración de las actividades formativas y de los/as residentes con la actividad asistencial y ordinaria del centro sanitario.
- **Dedicación horaria:** queda establecido, que los JJEE deben de tener una dedicación horaria para realizar sus funciones directamente relacionada con el número de residentes que tengan a su cargo. Esto, a no ser que sea una dedicación del 100%, suele estar por debajo de las necesidades reales de la mayoría de las CD. Es necesaria una dedicación completa o como mínimo superior al 80% de la jornada laboral, para un número de residentes, menor del establecido actualmente (con dichos porcentajes de dedicación), para poder realizar todas las funciones requeridas y dar respuesta a todas las necesidades que puedan surgir.
- **Reconocimiento salarial:** Lo mismo que sucede con el punto anterior, sucede con el reconocimiento salarial, que debería ser acorde a las funciones de jefatura que se están realizando. No son pocos los JJEE que realizan funciones equivalentes a una jefatura asistencial y sin embargo mantienen el mismo salario que tenían en su puesto anterior, tratándose en muchos casos de un cargo inferior.
- **Recursos y presupuesto económico propio:** para realizar las actividades formativas programadas anualmente, nos encontramos con CD que no cuentan con los recursos materiales, estructurales y personales necesarios, así como de una dotación presupuestaria propia que les otorgue autonomía en la organización de la formación.

- **Inversión tecnológica:** Es necesaria una inversión tecnológica no solo para las gestiones burocráticas de la FSE, sino también para poner en marcha nuevos métodos/herramientas docentes, como por ejemplo los programas de simulación.
- **Tutores/as:** este es quizás uno de las mayores dificultades con los que se encuentran las CD y las JJEE, que requiere una solución urgente. Los problemas vienen derivados entre otros de:
 - *Inestabilidad laboral, eventualidad y traslados de centro*, que dificultan enormemente a las JJEE mantener un grupo de tutores/as estable, siendo esto, en el momento actual, un problema muy importante para las JJEE de las Unidades docentes multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria, donde confluyen todo lo anterior.
 - *No reconocimiento salarial, curricular ni dedicación horaria* para ejercer las labores tutoriales, dificultando la captación de nuevos tutores e incluso en ocasiones el mantenimiento de los existentes por poco o nulo margen de maniobra de las propias JJEE para hacer atractiva esta dedicación, si estos puntos que dependen en su mayoría de los servicios de RRHH (Recursos Humanos) no se facilitan
 - *Sistemas de acreditación/re-acreditación* en ocasiones rígidos y no centrados en las necesidades reales de las diferentes CD.
- **Valor real del periodo formativo (evaluación y Currículo) de los residentes al finalizar la residencia:** los criterios de contratación de los residentes al finalizar su periodo formativo son diferentes según la CCAA. En unas, es la nota final de residencia, dándole valor a lo realizado tanto por el residente como por el resto de las figuras docentes durante su formación, otras CCAA utilizan para dicha contratación como único criterio a igual merito, por ejemplo, la edad. Desde las CD y JJEE, debemos defender la implantación de un criterio uniforme y que de alguna manera de valor a todo aquello que durante el periodo formativo el/la residente/a haya realizado para conseguir la mejor formación posible.
- **Comunicación con organismos superiores:** Como hemos mencionado antes, la comunicación con los órganos directivos debe ser fluida, pero también debe serlo y no siempre lo es, con los Departamentos de Salud de las CCAA a las que pertenezcan cada CD, para agilizar trámites burocráticos, determinar una oferta anual de residentes acorde a la demanda real y a las posibilidades formativas

de cada centro o Unidad para el año que se realiza, facilitar el cumplimiento de los diferentes Decretos sobre la FSE elaborados en cada CCAA, entre otras cosas.

El tener identificados nuestros puntos débiles, debería servir para que todo nuestro esfuerzo vaya dirigido a poner en marcha acciones de mejora, que garanticen una FSE de alto nivel.



11. Reivindicaciones del colectivo de residentes en Ciencias de la Salud

D.A.Sánchez

¿Está la Formación Sanitaria Especializada (FSE) en crisis? ¿Es necesaria la mejora de la legislación para el colectivo MIR? En los últimos años estas preguntas han sido planteadas y debatidas por los distintos actores que componen la FSE, siendo la respuesta la de una necesidad de mejora del modelo actual, pero sin una clara actuación ejecutiva sobre las mismas. No obstante, tras la irrupción de la pandemia por Coronavirus, estas preguntas han permeado a la esfera pública y social, permitiendo que los coloquios técnicos y profesionales tengan una mayor relevancia y sean foco de especial atención en la actualidad.

Los Reales Decretos actualmente vigentes: el RD 1146/2006 por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación y el RD 183/2008 por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud, supusieron un avance, una mejora y un desarrollo del sistema de Formación MIR en España.

Si bien, existe un consenso generalizado en que es necesaria su actualización y revisión, especialmente la del RD 146/2006 que regula la parte laboral. La actualización y desarrollo de diversos apartados fueron previstos por la misma ley, dejando libertad a las Comunidades Autónomas para que así lo hicieran, en todo lo que no fuera normativa básica de obligado cumplimiento. Pero lo cierto es que, a pesar de los años transcurridos, y salvo algunas excepciones puntuales, el grueso de la legislación no se ha modificado ni adaptado.

Aunque estas reivindicaciones se estaban planteando hace ya varios años, el malestar laboral patente se proyectó públicamente a raíz de un claro detonante. En Marzo de 2020, una crisis sanitaria sin precedentes (Pandemia por COVID-19) irrumpió en un sistema sanitario que no estaba preparado para ello, lo que planteó la imperiosa necesidad de revisar y modificar el papel que desempeñan los residentes en la asistencia sanitaria.

La pandemia por coronavirus fue el detonante que ha hecho que este colectivo haya trasladado su espíritu de cambio y de mejora desde un nivel interno a una exposición pública y manifiesta, si bien, las causas que subyacen al mismo, son varias y larvadas en el tiempo. Estas causas, se podrían dividir en dos niveles: aquellas dependientes del sistema sanitario y aquellas dependientes de la relación del médico con la sociedad.

Por el lado de las **causas relacionadas con el sistema sanitario**, uno de los factores que más ha influido en el gran impacto de la pandemia por coronavirus sobre el colectivo MIR es la alta jerarquización tanto explícita como implícita de los distintos profesionales médicos. En base a la experiencia y edad se van ocupando diferentes posiciones y ejerciendo diferentes roles. Dentro de esa jerarquía, el eslabón MIR es el último de la cadena médica. Estudios intra-pandemia confirman esta realidad y revelan la especial vulnerabilidad de este colectivo. Así, por ejemplo, un estudio llevado a cabo durante la primera ola de la pandemia por COVID-19, evidenció que más del 50% de los residentes participantes en el mismo, indicaron no tener acceso a material de protección adecuado frente al COVID-19 y la mayoría refirieron altos niveles de estrés asociados a la sobrecarga laboral y a la citada falta de protección.

Esta situación derivaba en muchas ocasiones de su especial implicación y utilización como *“mano de obra barata”*, como personal laboral utilizado para salvar deficiencias estructurales en servicios que han sido clave durante esta crisis por ejemplo los de Urgencias.

Además, en muchas Comunidades Autónomas, estos residentes incluso fueron movilizados a otras estructuras asistenciales que no se encontraban en sus programas formativos, como son los Servicios de epidemiología o residencias de ancianos, todo ello para cubrir labores en estos puestos necesarios ante esta crisis sobrevenida.

Sumado a las condiciones de sobrecarga y de falta de protección, destacó como causa desencadenante de la oleada de movilización del colectivo MIR, la escasa valoración que dicho sistema tiene hacia este tipo de personal, con las consecuencias que esto tiene sobre la salud mental del residente. Ejemplo de esta mala praxis es la realidad que se sucede en numerosas comunidades autónomas y que se intensifica en periodos estivales; y que no es otra que la contratación de médicos sin especialidad.

En el caso del verano de 2020, esta situación se agravó más si cabe. La pandemia por coronavirus provocó un retraso en la elección de plazas MIR, lo que conllevó una incorporación tardía de los MIR a los hospitales. Esto generó una

situación paradójica en los servicios de salud, ya que se realizó la contratación de recién egresados como especialistas, con las prestaciones y responsabilidades pertinentes, mostrando la paradoja de que residentes que habiendo superado la dura prueba de acceso y que contaban como mínimo con un año de formación y experiencia tuvieron como referentes a recién licenciados sin ella. Esta situación por desgracia, se ha mantenido en los años siguientes, fruto de una inadecuada planificación en recursos humanos que se está dando en los sistemas de salud y que está provocando un grave problema demográfico cuyas consecuencias desgraciadamente las iremos viendo y padeciendo próximamente.

En otro orden de acciones que perpetúan esta falta de valoración del sistema sanitario hacia los médicos en formación, está el incumplimiento que se acomete en numerosos servicios en relación con los descansos compensatorios tras las extenuantes jornadas de atención continuada, las conocidas como guardias. Si bien esos descansos compensatorios están reconocidos por leyes como el RD 1146/2006 o la Ley 55/2003, algunos estudios llevados a cabo en varios servicios de salud en los últimos años han desvelado una *“verdad a voces”*: en muchos servicios debido a la sobrecarga asistencial presente y aludiendo a una excusa de incapacidad de cumplimiento de los mencionados descansos por *“necesidades del servicio”*, se abusa del residente, prolongando una jornada laboral que podría superar hasta las 30 horas de trabajo continuo con el consiguiente peligro para los pacientes usuarios del sistema.

Actores como la Organización Médica Colegial de España están trabajando activamente en este asunto para denunciar y buscar soluciones a este problema intrínseco del sistema.

Es importante también mencionar en este contexto la figura del Tutor de residentes. Una figura que actualmente brilla por su falta de desarrollo normativo y de reconocimiento en muchas comunidades, lo que hace que, una figura clave en el proceso de formación MIR y que además debería velar por el cumplimiento de los derechos y garantías del proceso, esté enfrascada en su lucha particular por sus propias condiciones y sus mejoras. Ello provoca que, en muchas ocasiones la tutorización MIR sea una labor burocrática carente de incentivo, y desvirtuando por completo lo que ésta debiera ser.

Movilización y Reivindicaciones

Lo cierto es que en los últimos años se ha producido una movilización sin precedentes en el colectivo de residentes exigiendo mejoras en su situación laboral, que a continuación voy a intentar esquematizar:

¿Qué se está solicitando?

1) Mejoras en relación a la Jornada Laboral

Es bien conocido que la jornada laboral siempre ha sido un tema de debate importante en cuanto a la formación del personal sanitario. Esto se debe a que los programas formativos incluyen como parte de los mismos la necesidad de cumplimentar la jornada laboral ordinaria con una serie de horas de jornadas continuas y complementarias, que son, las famosas guardias. Esto hace que a una jornada ordinaria de una media de 35-37,5 horas/semanales se le sumen mínimo entre 17 ó 24 horas más de media a la semana. Lo que finalmente deviene en jornadas laborales de más de 50 ó 60 horas de promedio en dicho cómputo.

Estos cálculos de jornadas semanales, aparte de ser a priori, abusivos, también tienen una parte de irregularidad y cierto choque con derechos del trabajador que deben ser analizados.

Estas intensas jornadas laborales generan una doble mella a nivel del residente, ya que por un lado son fuente importante de estrés y agotamiento físico y mental y por otro lado, genera una importante dificultad en la conciliación de la vida familiar y laboral. Conocedores de esto, la normativa actual recoge la necesidad de regular el descanso mínimo entre una jornada laboral y otra, pero en muchas ocasiones no es posible por la alta carga asistencial que soportan los servicios y que condiciona que dichos descansos no se lleven a cabo de una adecuada forma en la práctica real.

La esencia de las reivindicaciones planteadas en este sentido, no es otra que la de fortalecer y blindar esos descansos, no permitiendo que los mismos sean dilapidados por las presiones asistenciales que puedan tener los servicios sanitarios. Lo solicitado, es, por tanto, unas garantías de cumplimiento de descanso continuo mínimo de 12 horas entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente. También el que se respete un descanso mínimo de 36 horas semanales en un promedio de 14 días. No se trata más que de respetar y cumplir con la legalidad, pues tanto la normativa y jurisprudencia comunitaria como el mismo Tribunal Supremo así lo estipulan. También es solicitado que las actividades relacionadas con la formación docente del residente se realicen dentro de la jornada laboral.

2) Mejoras en aspectos retributivos

Además de solicitar una mejora en el sueldo base y en los complementos fijos, existe una gran variabilidad en los complementos variables entre las diversas Comunidades Autónomas que son tratados con detalle en un capítulo específico.

3) Mejoras de las condiciones laborales

Fueron solicitadas mejoras que permitían que las intensas jornadas laborales se hicieran en mejores condiciones de seguridad, salubridad y confortabilidad. Una de estas mejoras solicitadas que más repercusión ha tenido en los medios de comunicación ha sido la denominada “camas calientes”. Concepto que hace referencia a la utilización de una misma cama con las mismas sábanas y en muchas ocasiones, localizadas en habitaciones compartidas en condiciones de hacinamiento, para varios residentes en un mismo turno de guardia.

4. Otras solicitudes:

- Limitación del Ratio máximo de residentes por cada adjunto.
- Aumento de un 20% de las plazas MIR
- Supervisión de presencia física de los residentes menores.
- Puntuación de la formación continuada en bolsas de empleo y OEP.
- Obligatoriedad de la presencia de mínimo un tutor de residentes por guardia de Urgencias

¿Quién lo ha solicitado?

Principalmente, los sindicatos médicos de las diferentes comunidades autónomas han aunado la voz de los residentes. Para sacar adelante las propuestas mencionadas, las diferentes reuniones en los distintos órganos de negociación se vehicularon a través de los Comités de Empresa, instrumentos legítimos de representación y defensa del personal laboral frente la Administración.

A estos Comités, se sumaron asociaciones que nacieron y cogieron fuerza a raíz de la crisis sanitaria y la puesta en realidad de la fragilidad de las condiciones de los residentes. Asociaciones como AME (Asociación MIR de España) y MUD (Médicos Unidos por sus Derechos) han irrumpido a raíz de lo anteriormente comentado.

¿Cómo se ha solicitado?

Movilizaciones, manifestaciones y medidas de presión más contundentes como las convocatorias de huelga, se han gestado y desarrollado a lo largo de los años 2020 y 2021. Comunidades como Madrid, Comunidad Valenciana o Región de Murcia entre otras, han encabezado dichas actuaciones en

el ámbito de la consecución de mejoras en los aspectos laborales de los MIR. Algunas comunidades, tras situaciones crónicas de falta de apoyo y diálogo por parte de las administraciones hacia los Comités de Empresa, plantearon como inicio de las negociaciones una convocatoria de huelga como ha sido el caso de la Comunidad Valenciana. Otras comunidades, como la Región de Murcia, aprovecharon las circunstancias para intensificar las conversaciones ya existentes previamente con las administraciones y fortalecer o acordar pactos de forma previa a la puesta en marcha de acciones más agresivas.

¿Qué se ha conseguido?

La firma de acuerdos colectivos en varios servicios de salud por los que se ponía fin a las convocatorias de huelga anteriormente mencionadas o la publicación de sentencias por diferentes tribunales en pro de la mejora de las condiciones laborales de los residentes se han ido produciendo a lo largo de estos últimos años.

Acuerdos históricos como el conseguido tras las huelgas de Madrid o la Región de Murcia han demostrado la fuerza y la capacidad de este colectivo clave para el sistema sanitario. Un cambio de paradigma dentro del sistema sanitario se ha iniciado ante una generación de médicos que se han echado a la calle y han defendido su presente, pero también el futuro del sistema, pues quien más se va a beneficiar de este proceso iniciado no es otro que el paciente, ese usuario del sistema que va a verse atendido en las mejores condiciones.

Como rezaba una frase de un exjugador de beisbol americano, Yogi Berra: *“el futuro ha dejado de ser lo que era”*. Todos los cambios que se están produciendo en nuestro sistema de formación sanitaria especializada nos están acercando a ese futuro, que está dejando de ser lo que era.

12. Nuevo real decreto sobre especialidades y especialistas en Ciencias de la Salud (RD589/2022, de 19 de julio)

M.C Moreno. F. Moreno

INTRODUCCIÓN

Tras varios años de negociación y después de que la justicia anulara la troncalidad, se ha aprobado el esperado Real Decreto de especialidades que introduce importantes cambios. Consta de cinco capítulos y 27 artículos. Analizamos los aspectos que nos han parecido más relevantes.

Regula

- La formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud
- Las áreas de capacitación específica
- Las pruebas anuales de acceso a la residencia

La adecuada formación de las personas especialistas en Ciencias de la Salud es uno de los principios fundamentales sobre el que se debe articular el Sistema Nacional de Salud para garantizar la calidad y cohesión del mismo.

La experiencia acumulada, ha puesto de manifiesto la importancia que tiene la adquisición de una serie de competencias, principalmente de tipo actitudinal. Se denominarán globalmente como **formación transversal**. Se considera fundamental garantizar que las personas especialistas en Ciencias de la Salud adquieran, y mantengan durante todo su ejercicio profesional estas competencias imprescindibles para la prestación de una atención de la salud de calidad, eficiente y con seguridad para el paciente.

La propuesta de un nuevo título o diploma de formación especializada o la revisión de los ya regulados, debe responder, a criterios como las necesidades de salud de la población o la evolución de los conocimientos científicos y tecnológicos, evitando la fragmentación de la formación de profesionales y de la asistencia sanitaria.

La formación en áreas de capacitación específica, dentro de una o varias especialidades en Ciencias de la Salud, pretende dar respuesta a los avances en el conocimiento científico y tecnológico que requieren una formación adecuada para la adquisición de competencias de alta especialización, todo ello con el fin de mejorar la calidad asistencial y la salud de los pacientes que requieran de esta atención altamente especializada debido a la complejidad de sus problemas de salud.

Se actualiza la normativa reguladora de las pruebas de acceso a plazas de formación sanitaria especializada, manteniendo las características generales de estas pruebas, que han demostrado su eficacia a lo largo de más de cuarenta años en la selección de futuros especialistas, y cuentan con un alto grado de reconocimiento entre los profesionales.

CAPÍTULO I

Artículo 1. **Objeto.**

El presente real decreto tiene por objeto:

1. Regular la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud.
2. Establecer el procedimiento y los criterios para la propuesta de un nuevo título de especialista en Ciencias de la Salud o diploma de área de capacitación específica y la revisión de los establecidos.
3. Regular el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica.
4. Establecer las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de especialista en Ciencias de la Salud

CAPÍTULO II

De la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud

Tiene como finalidad establecer las competencias comunes, principalmente actitudinales, necesarias para el ejercicio profesional de las personas especialistas en Ciencias de la Salud. Incluirán, al menos, los siguientes ámbitos de competencias comunes que formarán parte de los programas formativos oficiales de todas las especialidades:

compromiso con los principios y valores del Sistema Nacional de Salud, la bioética, los principios legales del ejercicio de las especialidades en Ciencias de la Salud, la equidad y los determinantes sociales, la práctica basada en la evidencia, la seguridad de pacientes y de profesionales, la comunicación clínica, el trabajo en equipo, la metodología de la investigación, el uso racional de los recursos diagnósticos, terapéuticos y de cuidados y la capacitación digital de las personas especialista

CAPÍTULO III

Del procedimiento y criterios para la solicitud de nuevos títulos de especialistas en Ciencias de la Salud y de diplomas de área de capacitación específica, y la revisión de los establecidos. (Artículos 4- 7)

El procedimiento para iniciar o suprimir los títulos de especialista corresponde a la sociedad o sociedades científicas relacionadas y con acreditada representación de profesionales.

Para los diplomas de áreas de capacitación específica El procedimiento se podrá iniciar por una o varias comisiones nacionales de especialidades en Ciencias de la Salud, en las que se desarrolle el correspondiente diploma, o por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO IV

Del sistema formativo de las áreas de capacitación específica (Artículos 8-14)

Para la obtención del diploma de ACE se establecen los siguientes **requisitos**: encontrarse en posesión del título de especialista en algunas de las especialidades en Ciencias de la Salud en cuyo ámbito se constituya el ACE y acreditar un mínimo de dos años de ejercicio profesional efectivo en la especialidad; acceder a la formación en las ACE a través de las convocatorias correspondientes; haber cumplido los objetivos y haber adquirido las competencias previstas en el programa formativo de ACE, habiendo obtenido una evaluación positiva.

La formación en ACE se llevará a cabo por el **sistema de residencia**. La oferta de plazas en formación se aprobará a través de la orden de convocatoria correspondiente de la persona titular del Ministerio de Sanidad, previo informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, y atendiendo a las propuestas realizadas por las comunidades autónomas a través de la Comisión de Recursos Humanos del SNS.

Artículo 9. Comités de área de capacitación específica.

1. Cuando se cree un área de capacitación específica se constituirá, en el plazo máximo de seis meses desde su creación, un Comité de Área integrado por seis vocales que habrán de disponer del correspondiente diploma de área de capacitación específica y estar en activo en dicha área.
5. Entre sus funciones: Proponer los contenidos y duración del programa de formación, partiendo del análisis de la propuesta que formó parte de la solicitud de creación del área correspondiente, así como los criterios de acreditación de unidades docentes. Asimismo, deberán proponer los instrumentos de evaluación de las competencias que se definan en el programa

Artículo 12. Acceso y oferta de plazas de formación en área de capacitación específica

1. Las personas especialistas que cumplan los requisitos podrán acceder a la formación en un área de capacitación específica solicitándolo en las convocatorias que periódicamente se aprobarán por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad
2. Se regularán las características del proceso selectivo de cada área de capacitación específica en base al currículo profesional, docente e investigador de las y los especialistas, los requisitos de las personas aspirantes, el régimen de admisión a la formación, la comisión de selección y sus funciones, la adjudicación de plazas y los demás aspectos que se consideren necesarios para la resolución de la convocatoria.

No se especifica el procedimiento exacto que deben seguir los especialistas para poder acceder a estas áreas ("convocatorias periódicas" sin determinar)

Artículo 13. Evaluación de especialistas en formación en áreas de capacitación específica

1. La tutora o el tutor del especialista en formación en área de capacitación específica elaborará un informe semestral sobre la evolución de la adquisición de competencias y un informe final sobre la adquisición de las competencias del área, conforme a las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones que determine el Ministerio de Sanidad.

2. En las comisiones de docencia se constituirá un comité de evaluación por cada área de capacitación específica cuyo programa formativo se desarrolle en una unidad docente acreditada, cuya función será la de llevar a cabo la evaluación final del periodo formativo del área, basándose en los informes de la tutora o el tutor.

CAPÍTULO V

De las pruebas anuales de acceso a plazas de formación sanitaria especializada

Se mantienen sus características generales. Se cierra la puerta de forma definitiva a la recuperación de la elección presencial de las plaza. *“Los aspirantes deben relacionarse **obligatoriamente** con la Administración por medios electrónicos, que también será la única vía de comunicación en el proceso de elección y adjudicación de plazas”.*

Elimina la valoración del doctorado de los méritos académicos que presenten los aspirantesl. Solo se tendrá en cuenta el expediente del grado.

En cuanto al **reconocimiento de periodos formativos previos**, aumenta la duración hasta un máximo del 50% de la duración de la nueva especialidad

Incorpora la obligatoriedad de realizarse un **examen médico** antes de incorporarse a la plaza adjudicada, ya recogía la obligatoriedad el RD 1146/2006 (Art. 2.4) que queda derogado y regula el examen médico de forma más amplia y detallada en un artículo en un artículo específico para el mismo(Art. 24 Examen médico previo de las personas adjudicatarias)

Incorpora la **acreditacion periódica de las competencias de los especialistas cada 10 años**. La acreditación de las unidades docentes, serán revocadas cuando no hayan ofertado plaza en tres convocatorias sucesivas.

Disposición adicional primera.

Normas relativas a la constitución de los **primeros comités de área de capacitación específica**. La persona titular la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, consultadas las comisiones nacionales de las especialidades implicadas y la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, designará a las personas integrantes de los primeros comités de área de capacitación específica y otorgará el diploma de área que corresponda a los vocales que sean designados para el primer mandato del correspondiente comité. Dicha designación recaerá en especialistas con una

experiencia profesional específicamente desarrollada en el ámbito del área de capacitación de que se trate, de al menos cinco años en los siete anteriores a la entrada en vigor del real decreto de creación del área de capacitación específica y que, asimismo, acrediten un currículo profesional, asistencial, formativo e investigador del que se derive una alta cualificación en el área que corresponda.

Disposición transitoria única.

Vía transitoria de acceso a los diplomas de área de capacitación específica

Para acceder al diploma de área capacitación específica por esta vía **extraordinaria** será requisito que la persona solicitante, además de estar en activo y de ostentar el título de especialista que le permite acceder a la misma, acredite una experiencia profesional ejerciendo las funciones reguladas en el real decreto de creación del área correspondiente de cinco años en los siete anteriores a la entrada en vigor del real decreto que la regule y formación continuada acreditada relacionada con el contenido del área de capacitación específica.



13. Cooperación internacional para el desarrollo durante el periodo de formación sanitaria especializada

María Rosa Arroyo Castillo (Vicepresidenta 2ª del CGCOM)
Sonia Agudo Capón (Directora Técnica de la FCOMCI)

La importancia de la medicina en la cooperación internacional

En un contexto como el actual, donde casi 700 millones de personas en todo el mundo viven en situación de pobreza extrema, las políticas de cooperación internacional juegan un papel cada vez más importante. Esta forma de colaboración entre países se materializa en el diseño de programas de ayuda, que contribuyen a procesos de desarrollo mediante la transferencia de recursos técnicos y financieros entre diversos actores del sistema internacional. El objetivo final es abordar la pobreza en todas sus dimensiones en busca de su erradicación. Los países no pueden combatir adecuadamente la desigualdad y la pobreza sin mejorar también el bienestar de las personas, y ello pasa indefectiblemente por garantizar el acceso equitativo a la educación, a la infraestructura básica y por encima de todo ello: a la salud.

En este complejo abanico de desafíos globales como la pobreza, la desigualdad, el cambio climático, la destrucción de los ecosistemas, los conflictos armados, y además, unos movimientos migratorios en constante crecimiento, la carencia de asistencia sanitaria se hace cada vez más patente. Es por ello que la figura del médico en la cooperación internacional es más importante que nunca.

Es importante destacar que la salud de las poblaciones más allá de sus fronteras nacionales, denominada Salud Internacional, ha dado paso en los últimos años a la Salud Global, un cambio de perspectiva de la salud pública que pone el foco en la salud de la población mundial en su conjunto. En pleno proceso de globalización de la medicina, es vital aspirar a un sistema de salud equitativo. Esto implica que todas las personas y comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud de calidad que cubran sus necesidades, así como a medicamentos eficaces, seguros y asequibles. Que no caiga en el olvido que para la mitad de la población mundial la asistencia sanitaria es inaccesible, y cien millones de personas son arrastradas a la pobreza cada año en el intento de pagar por ella.

La salud de los pueblos es un exponente de la desigualdad en el desarrollo entre los países ricos y pobres. Son los organismos internacionales quienes establecen el marco de la cooperación, donde es prioritaria la erradicación de la pobreza. El bienestar y la vida de los ciudadanos, la prosperidad y la estabilidad de las sociedades y las economías sostenibles requieren un enfoque global en materia de salud. La Agenda 2030 establece la salud como un derecho inalienable de cualquier ser humano, más allá de sus condiciones particulares o del contexto en el que se desenvuelva.

Otro ejemplo de ello es la Estrategia de la Unión Europea en materia de salud mundial, adoptada en noviembre de 2022, que representa un nuevo enfoque para hacer frente a los retos sanitarios a nivel global. Cabe destacar las tres prioridades propuestas a nivel europeo:

- Mejorar la salud y el bienestar de las personas a lo largo de toda la vida
- Reforzar los sistemas sanitarios y avanzar en la cobertura sanitaria universal
- Luchar contra las amenazas para la salud, incluidas las pandemias, aplicando el concepto «Una sola salud».

La cooperación internacional en salud es un componente fundamental en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios de los países empobrecidos. Un factor que tener muy presente es la interconexión que vivimos debido a la globalización, algo que se pone de manifiesto en pandemias. Si un país o un bloque económico se enferma, es cuestión de tiempo que en los otros países comiencen el contagio en cadena. Con lo cual la cooperación es responsabilidad no sólo de relaciones internacionales, sino de ministerios, empresas, instituciones públicas o privadas y ONGs. Para que esta sea lo más eficaz posible, se debe lograr una apropiada armonización de los esfuerzos de los países “emisores”, de forma que los proyectos estén siempre alineados con las necesidades y prioridades identificadas en el país “receptor”. La efectividad de la cooperación sanitaria y su impacto real en la salud de las personas, en cualquiera de sus modalidades (bilateral, multilateral, triangular o sur-sur) estará determinada por la capacidad de las instituciones para implementar los programas, el estado del sistema de salud, los niveles de justicia social y el estado de los determinantes sociales de la salud (grado de escolaridad, nivel de renta, empleo, vivienda, transporte, acceso a alimentos saludables, aire y agua limpios y servicios de atención de la salud entre otros).

LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD EN ESPAÑA

El objetivo común de la cooperación internacional en salud es mejorar la calidad de vida de las personas en todo el mundo. En el caso de España, es una obligación del Estado y de las Comunidades Autónomas el apoyo, impulso, financiación y protección de la cooperación internacional para el desarrollo.

Con la aprobación de la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo en 1998, se establece por primera vez el marco normativo en cuanto a principios y objetivos de la cooperación internacional española, así como los instrumentos y mecanismos para su implementación. Entre estos principios destacan textualmen-

te: la promoción de los derechos humanos, la solidaridad y la equidad, la sostenibilidad y la participación de la sociedad civil. La ley establece que la cooperación internacional española debe contribuir al desarrollo humano sostenible y a la erradicación de la pobreza en los países receptores de ayuda. También establece la obligación del Estado español de coordinar su política de cooperación con otros donantes y con los países receptores, así como la obligación de transparencia en la gestión y la evaluación del impacto de las políticas y programas de cooperación. Además, se crea en consecuencia la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), que es el principal instrumento del Estado español para la implementación de la cooperación internacional.

En febrero de 2023 se aprobó la nueva Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo Sostenible y la Solidaridad Global, sustituyendo así la mencionada ley de 1998, ya obsoleta en muchos aspectos. Esta nueva ley enfatiza el carácter universal y transformador de la cooperación y es un buen punto de partida para fortalecer la cada vez más demandada cooperación en salud.

Es importante destacar la falta de recursos que padece el sector salud en la cooperación española, que ha presentado una tendencia a la baja tras la pandemia de COVID-19. Los fondos destinados a Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) han pasado de absorber el 0,25% de la Renta Nacional Bruta en 2021, al 0,37 % en 2022 y al preocupante 0,24% del 2023. Todo ello muy alejado del compromiso del 0,7% establecido por la nueva ley de cooperación para el desarrollo sostenible y la solidaridad global.

EL COMPROMISO DE NUESTROS MÉDICOS

El mundo médico y sanitario en general siempre ha estado estrechamente ligado a la cooperación y al voluntariado. La cooperación internacional en salud se encuentra en primera línea de batalla, siendo más necesaria que nunca. Y sus actores en terreno son profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan de forma remunerada o bien de forma altruista en garantizar el acceso a la salud de poblaciones en situación de vulnerabilidad. Es por ello que las organizaciones representativas de la profesión médica en España también prestan su ayuda a la causa médico- humanitaria. En la actualidad un 90% de los Colegios de Médicos de España participa en programas e iniciativas de cooperación internacional para el desarrollo, intervención en emergencias y/o ayuda humanitaria, bien directamente, bien a través de organizaciones de desarrollo especializadas.

En el caso la Organización Médica Colegial, este compromiso se canaliza a través de su Fundación para la Cooperación Internacional (www.fcomci.com), definida en sus Estatutos (art. 6) como una Fundación "con fines directamente relacionados con la sanidad y protección de la salud, con la cooperación al desarrollo, promoción del voluntariado y la acción social, facilitando la cooperación en el ámbito sanitario con especial énfasis en los

aspectos de formación, transferencia de conocimientos, intercambio de profesionales sanitarios y ayuda técnica con los colegios o agrupaciones profesionales de los países receptores, con el propósito de mejorar las condiciones de vida de la población de los países en vías de desarrollo”.

De forma directa, la FCOMCI trabaja en conjunto con los Colegios de Médicos de cada Comunidad Autónoma, de forma que estos, por iniciativa propia o por medio de la Fundación, canalizan iniciativas para potenciar y fortalecer la actividad de sus cooperantes y voluntarios.

Resulta imposible concebir la cooperación internacional en salud sin la figura del médico voluntario o cooperante, profesionales tocados por el don de la ejemplaridad. Miles de profesionales sanitarios han contribuido y contribuyen a que la población más vulnerable tenga acceso a atención médica, y a que los promotores de salud de estas comunidades puedan ejercer su profesión con dignidad, recursos, y el mayor acierto posible. En base a ello, el objetivo principal de la FCOMCI no es otro que el de conocer la verdadera utilidad de las misiones sanitarias, para así ponerse al servicio de los médicos, cubrir sus necesidades reales y profesionalizar al máximo el capital humano destinado a la causa médico-humanitaria. Es esencial garantizar la eficacia de la acción a desarrollar en terreno para que esta tenga un impacto real sobre la salud de la población receptora.

La Fundación ha crecido en proyectos, prestaciones y alianzas, dentro y fuera de España, así como en espacios de encuentro y colaboración con instituciones del sector humanitario. Tiene a disposición de los colegiados una plataforma virtual de Registro que sirve de encuentro entre médicos voluntarios y organizaciones con proyectos en terreno. Los profesionales médicos que deseen trabajar en el ámbito humanitario o que estén trabajando en él, cuentan con esta plataforma para registrarse y ponerse al servicio de las organizaciones. Además, sirve para extraer estadísticas y conocer la realidad de los profesionales que forman parte de proyectos de cooperación. Ofrece también seguros totalmente gratuitos de vida, de asistencia en viaje y de Responsabilidad Civil Profesional(RCP), en el caso de que el colegiado no disponga del mismo de forma particular/individual para todo colegiado que se desplace a terreno. Facilita información a los médicos para viajar con garantías de seguridad, la documentación que tienen que llevar o la normativa del país donde van en cuestión. Además, informa sobre la Normativa estatal y autonómica de cooperación y la Ley de Voluntariado y el certificado de idoneidad que es necesario para poder trabajar fuera de nuestro país (<https://cgcom.es/servicios/servicios-administrativos/certificado-electrónico-de-idoneidad-profesional>)

Actualmente, aparte de haber logrado ser proveedores de servicios necesarios y gratuitos para proteger eficazmente a los voluntarios, pone el foco en la

formación como herramienta para lograr la excelencia en la cooperación sanitaria. El fin de la FCOMCI es luchar por un futuro donde no sea necesaria su existencia.

Llegados a este punto, es importante destacar la diferencia entre los médicos voluntarios y los **médicos cooperantes**. Estos últimos son aquellos que se dedican profesionalmente a desarrollar su labor en terreno, empleados por ONGs profesionalizadas en intervención humanitaria como son, por ejemplo, Cruz Roja, Médicos sin Fronteras o Médicos del Mundo. Estos profesionales se mantienen más tiempo en acción en el terreno y tienen sus necesidades cubiertas por las organizaciones para las que trabajan. Pueden estar contratados por diferentes tipos de entidades, como organizaciones no gubernamentales (ONGs), agencias de cooperación internacional, fundaciones o asociaciones sin ánimo de lucro, entre otras. Estas entidades suelen ofrecer apoyo logístico, asesoramiento y formación a los voluntarios internacionales antes, durante y después de su experiencia en el extranjero.

El voluntariado es una forma de cooperación que consiste en la participación altruista de profesionales en proyectos de desarrollo en países diferentes al propio. Los médicos voluntarios, sin embargo, presentan una serie de carencias que son las que propiciaron hace ya más de una década la creación de la FCOMCI. Son profesionales sanitarios que realizan una actividad humanitaria no remunerada. Es decir, normalmente ejercen su profesión en el sector de salud pública o privada, pero tienen la curiosidad, el empuje o la vocación de ir a países empobrecidos y dedicar su tiempo libre (vacaciones, o permisos especiales) a acciones humanitarias cuyo coste también suelen cubrir con recursos propios. Cabe destacar que habitualmente, los médicos internos residentes (MIR) que deciden realizar un voluntariado o proyecto de cooperación internacional, deben también pedir esos días de sus propias vacaciones.

Los **médicos voluntarios** gozan de reconocimiento social, despiertan con frecuencia admiración y simpatía. Son personas inspiradoras y estimulantes que además contagian su pasión con facilidad movilizando a compañeros de trabajo, estudiantes e incluso conocidos de otras profesiones. Sin embargo, la organización y disciplina de estos profesionales que se agrupan para llevar a cabo su labor humanitaria es, muchas veces, escasa o insuficiente. Existe a menudo un alto grado de desconocimiento en cuanto al terreno al que se desplazan, las condiciones a las que se van a enfrentar y el estrés que tendrán que gestionar. **Sobre todo, en médicos jóvenes que se inician en el ámbito de la cooperación.**

Legalmente, es una labor profundamente invisibilizada con escasísimo apoyo institucional. Como se ha mencionado antes, los médicos voluntarios se desplazan a terreno a desarrollar su trabajo sin remuneración haciendo uso de sus vacaciones y días festivos, costeándose todo de su bolsillo, bajo su propio riesgo, sin ningún tipo de reconocimiento a nivel laboral y sin ningún tipo de apoyo a nivel administrativo. Cabe destacar que desde

2015 se cuenta con una nueva Ley de Voluntariado: la ley 45/2015, de 14 de octubre. Esta norma ha significado un grandísimo avance en la regulación, protección y reconocimiento de la acción voluntaria. Sin embargo, sigue sin realizarse la trasposición de manera eficiente en la mayoría de las comunidades autónomas.

EL MÉDICO RESIDENTE EN LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

El periodo de residencia o formación sanitaria especializada es escaso intenso y muy exigente. Es un periodo muy exigente física e intelectualmente a cualquier residente hasta el punto de hacerle replantearse, en ocasiones, el motivo por el cual eligió ser sanitario o sanitaria. Sin embargo, es posible tomar contacto con experiencias que ayuden a potenciar su verdadera vocación. Una de ellas es, sin duda alguna, la cooperación internacional en salud.

Es fundamental que los futuros profesionales adquieran los conocimientos y la práctica suficientes para ejercer la medicina en contextos complicados, pues a terreno se va a aprender y a ayudar. Se trata de vehiculizar el entusiasmo de una etapa crítica en la vida de un médico a través de la formación y la toma de contacto monitoreada, como forma de aprendizaje sin exponer a la población receptora a ningún riesgo.

Antes que nada, para desplazarse a terreno y ejercer de forma eficaz cualquier labor sanitaria es esencial conocer el contexto al que uno va, desde la absoluta humildad. No por tener la carrera terminada se está preparado para una experiencia donde todo lo vivido es extremo e impredecible. Tomar decisiones en contextos de conflicto armado, de crisis humanitarias o catástrofes es extremadamente delicado. Es por ello que la profesionalidad y la humanidad deben equilibrarse con enorme rigor. Aparte de ir acompañado siempre por la figura de un tutor, una buena formación complementaria a la especialidad de cada uno antes de ir a terreno, en enfermedades tropicales, infecciosas y olvidadas, preparación específica en seguridad en terreno y planificación de proyectos sanitarios en terreno es fundamental.

Es importante que los médicos residentes tengan presente que en contra de lo que pudiera parecer la acción humanitaria consistente en intervenciones puntuales, con cirugías o tratamientos médicos a corto plazo, no deberían ser la base de la cooperación internacional en salud. Todas estas acciones, por supuesto necesarias, deberían ser complementarias al eje principal que es la formación. La necesidad más urgente de las comunidades en estado de vulnerabilidad es la de disponer de los recursos necesarios, a todos los niveles, para ser eficaces de forma autónoma. En el ámbito sanitario, sin duda, se materializa en tener personal sanitario local, en suficiente cantidad y calidad, para poder sostener un sistema

de salud consistente, eficaz y sobre todo estable. Para ello es necesario que la intervención humanitaria desde los países proveedores siempre enfoquen sus esfuerzos en dotar de conocimiento y experiencia al personal promotor de salud que permanece en la comunidad. La formación es, ciertamente, menos vistosa a corto plazo. Sin embargo, es la única forma de garantizar una mejora sostenible en el tiempo una vez regresa el personal sanitario a sus países de origen.

Los médicos residentes que se sienten atraídos por “ir a terreno” con un proyecto de voluntariado, lo hacen en primera instancia con una visión asistencial. Es la más atractiva y evidente. Sin embargo, limitar la experiencia a una mera labor asistencial diluye el impacto en un océano de necesidades cronicadas. Como médico residente voluntario, se puede buscar la transmisión de conocimiento a través de:

1. Diseño y ejecución de programas de formación en áreas específicas de la salud, como la prevención y el tratamiento de enfermedades, la atención primaria, la salud materna e infantil o la nutrición. Estos programas pueden ser dirigidos a personal sanitario, como médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio y farmacéuticos, así como a la comunidad en general.
2. Desarrollo de materiales educativos como manuales, guías, folletos, presentaciones y videos educativos para ayudar a los sanitarios a adquirir conocimientos y habilidades necesarias para su trabajo.
3. Capacitación a formadores locales para mejorar sus habilidades en la enseñanza de temas relacionados con la salud y la atención médica. La formación y aprendizaje por medio de la simulación clínica es una herramienta crucial en ciertos temas como la reanimación cardiopulmonar o los primeros auxilios.
4. Evaluación de las necesidades de formación, identificando las áreas en las que los sanitarios necesitan más capacitación.
5. Apoyo en la implementación de políticas y programas de salud, asesorando a responsables políticos locales en la implementación de políticas y programas de salud, y proporcionando capacitación en las áreas necesarias.
6. Fomentar la colaboración y el intercambio de conocimientos entre los profesionales sanitarios locales y los expertos internacionales para mejorar la atención médica y la salud en la comunidad.

La labor asistencial del médico residente que complementa todas las líneas de trabajo anteriores, debe de ser siempre monitoreada por un médico especialista, que será el responsable frente a cualquier contingencia que pueda ocurrir en el ejercicio de la acción, y

debe de controlar y delegar en el médico residente tareas limitadas y acordes con el nivel de conocimientos y competencias adquiridas.

El medio en el que se trabaja determinará los recursos disponibles para la asistencia, por lo que el médico residente debe estar preparado tanto para atender a pacientes en un hospital de referencia como en un consultorio rural sin aparatología, logística y mínimas condiciones de higiene. En numerosas ocasiones se encontrarán patologías, ya sea en consulta o en hallazgos casuales en la exploración física o anamnesis, que no tienen cura. O que sí la tienen, pero no existen medios al alcance para garantizarla.

En adultos, por ejemplo, se dan con mucha frecuencia los tumores malignos muy avanzados que no tienen tratamiento. En el caso de la pediatría, este abanico sin cura es aún mucho más amplio, se pueden detectar malformaciones congénitas, cardiopatías, parálisis cerebrales y otras patologías que por desgracia no tienen posibilidad de cura ni mejoría con los recursos de los que disponen. Esto produce una sensación de impotencia inevitable, pero la acción del médico voluntario debe de ser mucho más amplia.

Hay que aceptar las limitaciones del contexto en el que se trabaja por muy duras que sean, y evitar que estas paralicen y desilusionen. Hay mucho que dar: humanidad en el trato a los pacientes, el tiempo que se les dedica, la información que se les da, la tranquilidad que acompaña muchas veces al diagnóstico, el aprendizaje del personal local frente a casos similares. También el trato a las familias afectadas que necesitan una explicación detallada, sensible y adaptada, al igual que la necesitan las familias de pacientes de nuestro entorno. Los pacientes y sus familias necesitan un pronóstico y alguien que se lo explique en su idioma, que en muchas ocasiones no coincide con el nuestro y dificulta la comprensión de una información tan sensible.

Para todo lo anterior es imprescindible formación previa a terreno, pues un médico en su etapa de formación especializada debe minimizar y anticipar la improvisación que pueda llevarle a situaciones trágicas. Debe de ir asegurado, protegido e informado. Debe haber estudiado acerca del contexto al que se va a enfrentar y sobre todo debe ir siempre acompañado de alguien que supervise su trabajo. No por ser poblaciones en estado de vulnerabilidad debe permitirse ninguna conducta laxa, bajar el nivel de exigencia o la calidad en la asistencia médica. Nunca debe utilizarse una experiencia de cooperación internacional en salud para desarrollar técnicas o prácticas en las que no se tenga las competencias necesarias, ya que las normas deontológicas y las buenas prácticas deben cumplirse siempre con independencia del país donde se ejerza la Medicina.

14. Conclusiones

Como finalización a nuestro trabajo y tras un análisis del régimen jurídico del residente en Ciencias de la Salud, 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 los residentes, especialistas y tutores.

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 de 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* como una infracción de la *lex artis* por parte de la Administración sanitaria.
14. No se debe tener ningún miedo o reparo en consultar.
15. 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*.
16. Cualquier actuación médica que haya sido supervisada desplaza la responsabilidad del MIR.
17. El médico residente tiene la obligación de identificarse como tal, constituyendo un derecho del paciente conocer qué residentes intervienen en su proceso asistencial.
18. Es responsabilidad de especialistas y tutores hacer compatible el derecho a la información de los pacientes con el objetivo final del MIR: conseguir su capacitación para el ejercicio autónomo de la profesión.
19. Existe un deber general de supervisión de los médicos especialistas, con independencia de su condición o no de tutores.

20. Los procedimientos de alto riesgo deben ser visados por el especialista o tutor.
21. A los residentes, como profesionales sanitarios que son, les es directamente aplicable el delito de revelación de secretos en su forma agravada, tipificado en el Código Penal
22. Los centros sanitarios deberán garantizar la existencia de condiciones organizativas que garanticen la supervisión/visado de las actuaciones del R1 por los especialistas de la unidad asistencia.
23. Los pacientes no pueden incidir en la organización del servicio ni disponer sobre las competencias profesionales de los residentes.
24. El régimen disciplinario de los residentes es muy severo. Aspecto no suficientemente valorado por los afectados.
25. Es mayor la protección legal en materia de responsabilidad y supervisión que en la disciplinaria, en la que tienen la misma responsabilidad que los especialistas.
26. En caso de cualquier discrepancia o conflicto en el ámbito sanitario, tanto para especialistas como para residentes, el Tribunal Supremo se muestra taxativo: *acata, cumple y luego reclama*.
27. Las evaluaciones anuales negativas deben motivarse y ser recuperables, salvo causas excepcionales.
28. La formación mediante residencia será incompatible con cualquier otra actividad profesional.
29. La no valoración de una serie de cursos “por el simple hecho de haberlos realizado durante el periodo de residente, de tal modo que ese mismo curso, realizado una vez concluido dicho periodo, sí que le hubiera sido valorado” es una decisión contraria al artículo 14 CE (igualdad ante la ley).
30. Los residentes no suelen ser conscientes de la fortaleza de sus derechos laborales y del apoyo que encuentran en los tribunales
31. En caso de reclamación judicial que afecte a residentes y especialistas, la conducta del residente debe juzgarse de forma individual y se le debe aplicar su normativa específica.
32. La función docente del residente es indisoluble de la función asistencial.



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, BARBER V. 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 Asistl* 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, GORROÑO GOITIA 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. LLUPIÀ 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 Clínica (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. SAURA LLAMAS J. El tutor con una buena actitud docente ¿Nace o se hace? ¿Qué diferencia a los tutores que triunfan de los que fracasan?. *Revista folia humanistica*. Numero 10, Octubre-Noviembre 2018. ISS: 2462-2753
32. TUTOSAUS GÓMEZ J.D, MORÁN-BARRIOS J, PÉREZ IGLESIAS F. Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. *Educ Med*. 2018; 19(4): 229-234
33. MORÁN J. Competencias del médico del siglo XXI. Un cambio necesario. *Rev. Cienc. Salud UP*. 2019; 1(2):128-143.
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. MORÁN-BARRIOS J. Hacia una transformación de la formación especializada en España. Reflexiones y algunas propuestas estratégicas (conferencia) (2019).
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. DEL CURA JL. El nuevo formato de los documentos de evaluación de la formación sanitaria especializada: una revolución inadvertida. *Radiología* 2019; 61. Núm. 5. 351-356.
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. SÁNCHEZ MARTÍNEZ D.A., MADRIGAL LAGUÍA P, SERRANO PORTA S., GUARDIOLA OLMOS J ÁNGEL, CAÑADILLA FERREIRA M. Análisis de la actividad laboral de los profesionales sanitarios en formación de la Región de Murcia ante la pandemia por COVID-19 . Rev Esp Edu Med. 2020;1(1):11-3.
48. CARRASCO PICAZO J.P, FERRANDO M, JIMÉNEZ M, MARTÍN J, RAMÍREZ E, MARTÍNEZ L.C, SUGEY PAZ V, PÉREZ J, MARTÍNEZ E, VEGA S, VIADEL M AND SÁNCHEZ MARTÍNEZ D.A. ¿Se sobrecarga a los residentes? Estudio descriptivo sobre la falta de libranza de las guardias de los médicos y análisis de sus consecuencias docentes en la Provincia de Valencia. Educación Médica. 2020.
49. GONZÁLEZ ANGLADA, Mª ISABEL. Guía del Tutor de Residentes (Hospital U. Fundación Alcorcón, Madrid). Hospital Universitario Fundación Alcorcón.2018. ISBN:978-84-09-017904.
50. MORA GARCÍA JM, LÓPEZ JIMÉNEZ E. MANUAL JURÍDICO PARA EL MÉDICO EN FORMACIÓN. MADRID: MAFRE, 2001
51. SÁNCHEZ MARTÍNEZ DA, CERAME DEL CAMPO ÁLVARO, MIRALLAS O, CABEZUDO L, CIPRES M, GONZÁLEZ D, MELER-CLARAMONTE C, HERNANDO I, CARRASCO PICAZO JP. PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN SOBRE EL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN SU SALUD EMOCIONAL Y FORMACIÓN, UN ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL. REV ESP EDU MED [INTERNET]. 6 DE MARZO DE 2022 [CITADO 22 DE ABRIL DE 2022];3(1). DISPONIBLE EN: [HTTPS://REVISTAS.UM.ES/EDUMED/ARTICLE/VIEW/506821](https://revistas.um.es/edumed/article/view/506821)
52. SÁNCHEZ MARTÍNEZ DA, MADRIGAL LAGUÍA P, GUARDIOLA OLMOS JA, CAÑADILLA-FERREIRA M, SÁNCHEZ MARTÍNEZ E, SERRANO PORTA S. CONDICIONES FORMATIVAS Y LABORALES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN FORMACIÓN DE LA REGIÓN DE MURCIA. REV ESP EDU MED [INTERNET]. 28 DE MAYO DE 2021 [CITADO 26 DE JUNIO DE 2021];2(2):32-40. DISPONIBLE EN: [HTTPS://REVISTAS.UM.ES/EDUMED/ARTICLE/VIEW/481251](https://revistas.um.es/edumed/article/view/481251)
53. SÁNCHEZ MARTÍNEZ DA, MADRIGAL LAGUÍA P, SERRANO PORTA S, GUARDIOLA OLMOS J ÁNGEL, CAÑADILLA FERREIRA M. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN FORMACIÓN DE LA REGIÓN DE MURCIA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 . REV ESP EDU MED [INTERNET]. 4 DE MAYO DE 2020 [CITADO 22 DE ABRIL DE 2022];1(1):11-23. DISPONIBLE EN: [HTTPS://REVISTAS.UM.ES/EDUMED/ARTICLE/VIEW/422531](https://revistas.um.es/edumed/article/view/422531)

54. MORENO F. EL JUEZ DEBE ANALIZAR POR QUÉ HAY UN R1 SOLO. DIARIO MÉDICO.,23 DE ENERO DE 2018.
[HTTPS://WWW.DIARIOMEDICO.COM/MEDICINA/MEDICO-JOVEN/MIR/EL-JUEZ-DEBE-ANALIZAR-POR-QUE-HAY-UN-R1-SOLO.HTML](https://www.diariomedico.com/MEDICINA/MEDICO-JOVEN/MIR/EL-JUEZ-DEBE-ANALIZAR-POR-QUE-HAY-UN-R1-SOLO.HTML)
55. VALLE S. ESTA ES LA RESPONSABILIDAD LEGAL QUE TIENE UN MIR DE PRIMER AÑO: LO QUE DEBE Y NO DEBE HACER. DIARIO MÉDICO, 24 DE ENERO DE 2023. [HTTPS://WWW.DIARIOMEDICO.COM/MEDICINA/MEDICO-JOVEN/MIR/ESTA-ES-LA-RESPONSABILIDAD-LEGAL-QUE-TIENE-UN-MIR-DE-PRIMER-ANO-LO-QUE-DEBE-Y-NO-DEBE-HACER.HTML](https://www.diariomedico.com/MEDICINA/MEDICO-JOVEN/MIR/ESTA-ES-LA-RESPONSABILIDAD-LEGAL-QUE-TIENE-UN-MIR-DE-PRIMER-ANO-LO-QUE-DEBE-Y-NO-DEBE-HACER.HTML)
56. REDACCIÓN. LOS MÉDICOS RECLAMAN QUE SE CUMPLAN LOS DERECHOS LABORALES DE LOS MIR. FRANCISCO MORENO: "LOS MIR NO DEBEN UTILIZARSE COMO MANO DE OBRA BARATA". LA VANGUARDIA, 21 DE SEPTIEMBRE 2018. [HTTPS://WWW.LAVANGUARDIA.COM/VIDA/20180521/443749747559/LOS-MEDICOS-RECLAMAN-QUE-SE-CUMPLAN-LOS-DERECHOS-LABORALES-DE-LOS-MIR.HTML](https://www.lavanguardia.com/VIDA/20180521/443749747559/LOS-MEDICOS-RECLAMAN-QUE-SE-CUMPLAN-LOS-DERECHOS-LABORALES-DE-LOS-MIR.HTML)
57. FFOMC. "EL MÉDICO INTERNO RESIDENTE. RESPONSABILIDAD Y MARCO LEGAL ". CURSO DE FORMACIÓN. MÉDICOS Y PACIENTES, 2023. [HTTPS://WWW.MEDICOSYPACIENTES.COM/ARTICULO/LA-FFOMC-ABRE-LA-NUEVA-EDICION-DEL-CURSO-EL-MEDICO-INTERNO-RESIDENTE-RESPONSABILIDAD-Y](https://www.medicosypacientes.com/ARTICULO/LA-FFOMC-ABRE-LA-NUEVA-EDICION-DEL-CURSO-EL-MEDICO-INTERNO-RESIDENTE-RESPONSABILIDAD-Y)
58. REDACCIÓN. EL MANUAL SOBRE LA RESPONSABILIDAD DEL MIR PONE LUZ SOBRE LOS PROBLEMAS LEGALES A LOS QUE SE ENFRENTAN LOS RESIDENTES. REDACCIÓN MÉDICA, 21 DE MAYO DE 2018. [HTTPS://WWW.REDACCIONMEDICA.COM/SECCIONES/FORMACION/-HASTA-DONDE-LLEGA-LA-RESPONSABILIDAD-JURIDICA-Y-LEGAL-DEL-MIR--7233](https://WWW.REDACCIONMEDICA.COM/SECCIONES/FORMACION/-HASTA-DONDE-LLEGA-LA-RESPONSABILIDAD-JURIDICA-Y-LEGAL-DEL-MIR--7233)
59. MORENO F. "CON ESTE LIBRO QUEREMOS CONTRIBUIR A RELLENAR EL HUECO EXISTENTE SOBRE LA RESPONSABILIDAD DEL RESIDENTE". MÉDICOS Y PACIENTES, 14 DE SEPTIEMBRE DE 2022. [HTTPS://WWW.MEDICOSYPACIENTES.COM/ARTICULO/DR-FRANCISCO-MORENO-CON-ESTE-LIBRO-QUEREMOS-CONTRIBUIR-RELLENAR-EL-HUECO-EXISTENTE-SOBRE-LA](https://WWW.MEDICOSYPACIENTES.COM/ARTICULO/DR-FRANCISCO-MORENO-CON-ESTE-LIBRO-QUEREMOS-CONTRIBUIR-RELLENAR-EL-HUECO-EXISTENTE-SOBRE-LA)
60. MORENO MADRID F. CUALQUIER ACTUACIÓN MÉDICA SUPERVISADA DESPLAZA LA RESPONSABILIDAD DEL MIR. MÉDICOS Y PACIENTES, 17 DE MAYO DE 2018. [HTTPS://WWW.MEDICOSYPACIENTES.COM/ARTICULO/DR-MORENO-MADRID-CUALQUIER-ACTUACION-MEDICA-SUPERVISADA-DESPLAZA-LA-RESPONSABILIDAD-DEL-MIR](https://WWW.MEDICOSYPACIENTES.COM/ARTICULO/DR-MORENO-MADRID-CUALQUIER-ACTUACION-MEDICA-SUPERVISADA-DESPLAZA-LA-RESPONSABILIDAD-DEL-MIR)
61. MORENO MADRID F. EL MÉDICO RESIDENTE, ESPECIALISTAS Y TUTORES ANTE PROBLEMAS ÉTICO-LEGALES. REV ESP ENDOCRINOL PEDIATR 2023;14 SUPPL(1):24-32. DOI: 10.3266/RevEspEndocrinolPEDIATR.PRE2023.MAR.798

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

Nuevo real decreto sobre especialidades y especialistas en ciencias de la salud (RD589/2022, de 19 de julio)

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

Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación. BOE. 2018;95:40610-23

Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.

Ley 22/2021, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2022

Edición realizada para la Fundación para la Protección Social de la OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

