

Responsabilidad legal de los residentes de Anestesiología y Reanimación

Legal liabilities of anesthesiology and resuscitation residents

Prof. Dra. Idoris Cordero Escobar¹, Prof. Dr. Humberto Saínez Cabrera¹¹

¹ Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

¹¹ Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las obligaciones y la responsabilidad legal de los residentes en general y los de nuestra especialidad en particular, constituyen un tema muy complejo y ambiguo, pues como médicos deben asumir tareas específicas y como personal en formación su participación es muy limitada. Este hecho está dado, porque los errores médicos que ocurren en Anestesiología cuestan vidas y constituyen una de las principales causas de demandas en el mundo las cuales se han incrementado progresivamente en los últimos años.

Objetivos: hacer una puesta al día sobre la responsabilidad legal de los Residentes de Anestesiología y Reanimación.

Desarrollo: son obligaciones de los médicos residentes nacionales o extranjeros que cursen una especialidad, además de las que señalan las leyes respectivas de cada país, participar en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y supervisión de los especialistas o profesores adscritos a la unidad médica receptora de residentes. Se debe tener en cuenta que las leyes son las mismas para todos los médicos con especialidad o sin ella, durante la residencia médica. Existen al menos tres situaciones que dan lugar a responsabilidad del residente: Falta de vigilancia en la asistencia o por la dirección del tutor y extralimitación por parte del Hospital, del Sistema de Salud o por parte del residente.

Conclusiones: las obligaciones del residente, así como su responsabilidad legal, es un problema de todos y hay que prevenir para no tener que lamentar.

Palabras clave: obligaciones de los residentes. Responsabilidad legal de los residentes. Anestesiología y Reanimación.

ABSTRACT

Introduction: The legal obligations and liabilities to be complied with by all residents, particularly by residents from our specialty, constitute a very complex and ambiguous subject, for as physicians they should carry out specific tasks, while as in-training personnel their participation is very limited. This is due to the fact that in anesthesiology medical errors cost lives, and they are one of the main reasons for legal complaints worldwide, which have gradually increased in recent years.

Objective: Update the legal liabilities of anesthesiology and resuscitation residents.

Results: It is the obligation of national and foreign physicians serving a residency, besides those contained in their country's legislation, to participate in the study and treatment of the patients assigned to them under the guidance and supervision of specialists or professors from the health institution sponsoring the residency. It must be borne in mind that during the residency period the legislation is the same for both specialist and nonspecialist physicians. There are at least three situations which give rise to residents' liability: inattention while caring for patients, deficient guidance by the tutor and overstepping of authority by the hospital, the health system or the resident.

Conclusions: The obligations and legal liabilities of residents are everyone's responsibility. Precautions should be taken so that regrettable events do not occur.

Key words: residents' obligations, residents' legal liabilities, anesthesiology and resuscitation.

INTRODUCCIÓN

La Medicina no es una ciencia exacta sino un arte conjetural; pero el fundamento legal de la responsabilidad médica está en la necesidad jurídica y social que toda persona que labore en la rama de la Medicina obtiene y debe responder ante la justicia por los daños lesivos y fatales causados al paciente en el ejercicio de su profesión. La sanción puede ser: penal, civil o administrativa, aplicada solo en una de sus formas, según sea el caso, o aplicadas todas.¹

Antecedentes

Desde el primer texto deontológico que se conoce (Hammurabi en el año 2394 a.C.) pasando por las diversas culturas que nos han precedido, griega, romana, y otras como la egipcia, han contemplado en sus códigos, diversos articulados que hacían referencia al comportamiento del médico y que contenían graves sanciones cuando se infringía el mismo, que incluía la pena de muerte en algunos casos.²

Aunque existen precedentes muy antiguos de la especialización médica, descripción realizada por Heródoto (484-420 aC) en la sociedad egipcia.² Lo cierto es que la eclosión del especialismo médico tuvo lugar de modo particularmente intenso a mediados del XIX y alcanzó la cima de su desarrollo a lo largo de todo el pasado siglo XX.

En este período, la formación médica con todas sus variables, ha correspondido en buena medida al modelo formativo que combinaba la adquisición de conocimientos teóricos con el aprendizaje de la práctica clínica (educación en el trabajo), de la mano de un médico experimentado o en el seno de una institución hospitalaria.²

Jorge Miguez,¹ refirió que en la época moderna, sobre todo después de la Segunda Guerra Mundial, la ciudadanía adquirió mayor conciencia de los derechos que le asisten. Ello, junto a otros factores, determinó un aumento en el número de reclamos de responsabilidad a los médicos. Gisbert Calabuig citado por Portero Lazcano,³ consideró múltiples elementos que contribuyeron al aumento de la exigencia de responsabilidad, entre los que se destacaban: aumento de la actividad médica; progreso de la medicina que permite asumir pacientes cuyas enfermedades eran intratables, poco tiempo atrás. Divulgación por los medios de comunicación de los problemas médicos y sus soluciones, con carácter triunfalista, hacen suponer al enfermo que la curación es un derecho. El hedonismo generalizado que hace rechazar el dolor y el sufrimiento. El riesgo que, por su complejidad, lleva consigo determinados actos tanto diagnósticos como terapéuticos, la especialización médica, que puede implicar que los especialistas descuiden aspectos más generales, por sólo citar algunos.¹

Las obligaciones y la responsabilidad legal de los residentes en general y los de nuestra especialidad en particular, constituyen un tema muy complejo y ambiguo, pues como médicos deben asumir tareas específicas y como personal en formación su participación es muy limitada. Este hecho está dado, pues los errores médicos que ocurren en Anestesiología cuestan vidas y constituyen una de las principales causas de demandas en el mundo las cuales se han incrementado progresivamente en los últimos años, debido a las secuelas o a la muerte que se presenta en determinados pacientes cuando algo que se planificó como parte de la estrategia médica no funcionó o cuando se utilizó un plan equivocado para un problema de salud.³

Por todo lo antes expuesto, se decidió realizar una revisión del tema con el objetivo de identificar las obligaciones y las responsabilidades legales de los residentes en Anestesiología y Reanimación.

DESARROLLO

En México, para Rivera Flores,⁴ son obligaciones de los médicos residentes sean nacionales o extranjeros que cursen una especialidad, además de las que señalan las leyes respectivas de cada país, las siguientes:

- Durante su adiestramiento, los médicos residentes participarán en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y supervisión de los especialistas o profesores adscritos a la unidad médica receptora de residentes.
- Las leyes son las mismas en sí para todos los médicos con especialidad o sin ella, durante la residencia médica.⁴

En los Estados Unidos de América, se trata de envolver los educadores de la medicina en acciones legales por mala práctica de sus educandos. Se ha observado que éstas demandas son dependientes, de mayor susceptibilidad de demandas de acuerdo a la escuela u hospital donde éstos egresen.⁴

En España, se ha evaluado la responsabilidad legal y profesional del residente y se plantea que se debe legislar que nunca debe entrar solo al quirófano debido a que todavía no ha alcanzado el nivel de capacitación legalmente exigible (título de especialista).^{3,4} Su responsabilidad legal ante un acto médico, se deberá considerar de acuerdo a su actuación y sobre todo a la preparación de acuerdo al grado de residencia.

Rivera Flores,⁴ señaló que existen al menos tres situaciones que dan lugar a responsabilidad del residente:

1. Falta de vigilancia, asistencia o dirección del tutor

2. Extralimitación. Por parte del:

- **Hospital o Sistema de Salud:** Dada por la obligación a realizar tareas no adecuadas para su nivel de formación.
- **Del residente:** Si actúa por su propia cuenta. Éste responderá cuando se extralimite en sus funciones o cuando actúe independientemente sin pedir ayuda al tutor u otro médico especialista. La excepción de esta regla es sólo cuando se presentan casos de extrema urgencia, en la que el paciente esté en riesgo vital y el residente es el único médico disponible.

3. Acción inexcusable o culpa grave del residente. El médico en formación, en el mundo debe actuar según la "*Lex artis ad hoc*" y por lo tanto, es responsable directo de la "*mala praxis*" que de sus actos se deriven.

La denominada *Lex Artis Médica*, está conformada por un conjunto de normas, reglamentos, protocolos, que rigen la especialidad y buscan seguridad y calidad en la atención médica al paciente.⁵ Esta Ley exige y describe los requisitos de:

- Un profesional idóneo.
- Diagnóstico y terapéutica adecuadas y aceptadas.
- Consentimiento informado escrito.
- Deber objetivo de cuidados relativos según circunstancias.

Expresa la condición en la que cualquier médico actuaría de igual forma cuando se dieran las mismas condiciones y admite cierta desviación o riesgo permitido. Es una obligación de medios y no de resultados.⁵⁻⁸

Las figuras culpables son la ignorancia de los principios propios de la *Lex Artis Médica*.^{5,7}

Y dentro de ella se encuentran la negligencia que incluye incumplimiento del deber, falta de precaución, omisión de la atención y diligencia debida y la conducta por omisión.

La impericia en la que se señalan escasez de conocimientos, falta de práctica o experiencia a pesar de tener los conocimientos y estudios, que puede ser por conducta activa o pasiva. La imprudencia que engloba la acción temeraria o ligereza y la falta de previsión inexcusable.

Varios factores existen en los quirófanos que dan lugar a una elevada incidencia de errores en la conducción de la anestesia. La falta de personal, las horas extras en horario extralaboral, falta de atención, falta de comunicación, descuido, prisa y fatiga son los factores comunes relacionados con el personal médico y paramédico.⁹⁻¹²

Los medicamentos que suenan iguales,^{11,12} Confusión, inexactitud de etiquetas de los medicamentos y envases incompletos,¹² intercambio de las etiquetas de las jeringuillas¹³ y ampollas,¹⁴ jeringas sin etiquetar y el fracaso de cálculo de dosis¹⁵ son las más frecuentemente publicadas en la literatura.⁸⁻¹⁹

Naturaleza jurídica del residente

El sistema formativo MIR en España conlleva la configuración de una relación jurídica entre el especialista en ciernes y el centro hospitalario en el que adquiere su aprendizaje. El Residente aparece ligado a la institución de forma temporal. No podría ser de otra forma, ya que la formación se encuentra temporalizada, se prolongará sólo a lo largo de un periodo determinado. La temporalidad y el contenido contractual peculiar serán las notas características del Residente. Y todo ello dentro de un tipo de relación que en tanto en Cuba como en España presenta las características de un contrato laboral.³

En consecuencia con el contrato poseerá las siguientes características:

- **Es un contrato laboral.** No existe lugar a duda que el Residente está vinculado con la institución a la que está adscrito con un contrato de formación postgraduada y asistencia médica de carácter laboral, con reglamentos que regulan su formación e impliquen la prestación de servicios profesionales en Centros hospitalarios autorizados para tal fin.
- **Tiene una naturaleza peculiar.** Y lo es porque la tarea del Residente está fuertemente imbuida de un carácter docente y formativo, si bien es un contrato de formación muy característico.
- **Posee una duración temporal.** Es natural que la relación jurídica del Residente con la institución hospitalaria donde ejerce y adquiere sus conocimientos, tenga carácter temporal y la jurisprudencia igualmente reconoce tal cualidad.

Lo característico del Residente es el peculiar contenido funcional de su relación. Será una relación en la que prestará sus servicios asistenciales y al mismo tiempo recibirá una formación especializada. Y ambas, evolucionarán a lo largo del proceso formativo/asistencial a fin que este médico expectante de alcanzar su especialidad pueda alcanzar, de forma progresiva, los conocimientos y la responsabilidad profesional.

El Residente realiza un trabajo profesional como médico, que tiene la condición de ejercer servicios durante su formación especializada. Y tal es su prestación profesional, que al Residente se le exige tanto la realización de guardias médicas como la imposición de servicios mínimos y en ambos casos el contenido docente y la adquisición progresiva de responsabilidad requieren una supervisión, a cargo de un profesor, tutor o Jefe de Servicio.

El ámbito de actuación del residente en Anestesiología y Reanimación

El residente de Anestesiología y Reanimación tiene la potestad, e incluso el deber, de actuar profesionalmente. Ahora bien, su doble cualidad (de médico y especialista en formación) repercutirá a la hora de definir los espacios lícitos de actuación profesional. Por ello conviene diferenciar ambos planos:

- Como médico que es, puede e incluso debe intervenir en el marco de su formación profesional acreditada. Su intervención en este sentido, dentro y fuera de la institución hospitalaria es indiscutible y alcanza un grado de especial relevancia cuando de situaciones de urgencia se trata. Todo médico "cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o accidentado". Los residentes no pueden, realizar funciones de especialistas, porque no lo son. Ellos adquieren su formación según un plan formativo-asistencial.

Los programas de formación médica especializada son propuestos y realizados por los Comités Académicos Nacionales de la Especialidad y aprobados por el Rector de la Universidad y el Ministro de Salud Pública. Este programa formativo, constituye pues, el referente obligado a la hora de determinar el nivel de formación alcanzado por el Residente. Nivel que, naturalmente, se incrementará hasta alcanzar la plenitud formativa profesional. Aunque no puede olvidarse que la "plenitud" total sólo se alcanzará cuando finalice el período formativo y no antes. En realidad la "plenitud" oficial sólo llega con la obtención del título y obviamente junto a la existencia de un programa formativo.

El Residente se debe ajustar al nivel formativo alcanzado, conforme al programa planificado y ha de ser supervisado en la medida exigible, según el grado de capacitación que posea. Es decir, junto a parámetros objetivos (plan formativo) existen otros subjetivos (capacitación individual), directamente vinculados con los anteriores.

Ávila Espinos, Ontiveros Morales y Torres Bojórquez,⁵ señalaron que para muchos, ser anestesiólogo no es una tarea fácil. La especialidad ha avanzado y hoy en día la se ha tornado en medicina perioperatoria. Es decir, de un especialista muchas veces poco considerado, se ha transitado a un especialista que abarca un amplio campo del saber como son: los cuidados prehospitales, la atención en salas de emergencia y cuidados intensivos, la ventilación, el abordaje de la vía respiratoria, el tratamiento y el estudio del dolor agudo, crónico y por cáncer, el tratamiento anestésico fuera del quirófano como son las salas de imagenología, transporte, traumas, en zonas de guerra, en la montaña, la selva o el desierto. Se debe aprender a trabajar en situaciones óptimas o precarias, con abundancia, o con lo que exista.

Es difícil valorar el producto de la educación médica, si no existen estudios de seguimiento a largo plazo sobre el rendimiento profesional de los egresados de los diversos centros de formación de médicos especialistas.

Conuerdo con Ávila Espinos y cols.,⁴ que la interrogante original sobre la importancia del sitio donde se entrena el Residente, es válida; pero con una respuesta muy abstracta. Se podría aseverar que lo importante es la calidad en la formación como anestesiólogos.

En la actualidad, el desarrollo de la red de redes ha facilitado la información médica, los avances tecnológicos, los mecanismos fisiológicos y fármaco moleculares, han favorecido un nivel de competencia mayor.

Es deber de los profesores y especialistas exigir y de los residentes cumplir. Deben anotar en los protocolos, historia clínica de Anestesiología o en la historia clínica general todos los eventos que ocurran y comunicar al médico responsable la decisión terapéutica.

En el Programa de la Especialidad, se propone caracterizar la responsabilidad de los residentes acorde con el año que cursa, la cual se debe incrementar lenta y paulatinamente y tampoco puede ser una horma, debe fundamentarse de forma individual toda vez que el residente sea capaz de ser más competente y que este lo avale su desempeño.

Por eso, el Comité Académico de la especialidad decidió estructurarlo de la siguiente forma:

Responsabilidad legal de los Residentes de Anestesiología y Reanimación en Cuba²⁰

- **Primer año.** No pueden realizar ningún tipo de procedimiento anestésico solos. Esto incluye bloqueos nerviosos y abordajes venosos profundos, consultas, ni tomar decisiones individuales.
- **Segundo año.** No pueden realizar ningún tipo de procedimiento anestésico solos que incluyen bloqueos nerviosos y abordajes venosos profundos. Pueden realizar consulta preanestésica bajo asesoría. No puede tomar decisiones de forma individual.
- **Tercer año.** Pueden realizar bajo control del especialista o profesor procedimientos anestésicos de bajo riesgo, bloqueos nerviosos y abordajes venosos profundos, consultas. Las decisiones deben ser consultadas.
- **Cuarto año.** Pueden realizar solos bajo supervisión del especialista o profesor procedimientos anestésicos de mediana complejidad, bloqueos nerviosos y abordajes venosos profundos, consultas. La toma de decisiones debe ser consultadas.

CONCLUSIONES

Las obligaciones del residente, así como su responsabilidad legal, es un problema de todos y hay que prevenir los errores para evitar problemas de índole penal, civil y administrativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jorge Miguez AN. La responsabilidad médica: una preocupación de todos. Rev Elect Ciencias Médicas Cienfuegos *Medisur* 2010;8(1):1-2. En línea. Consultada 1/8/2012. URL disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1065/5691>
2. Portero Lazcano G. Responsabilidad penal culposa del médico: fundamentos para el establecimiento de la negligencia o impericia. Rev Latinoam Der Méd Leg. 2002;6(2):89-96.

3. Barrios Flores L F. La responsabilidad del médico residente de anestesiología y Reanimación. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2004;51(6): 328-37.
4. Rivera-Flores J. Implicaciones médico-legales en la residencia médica. *Rev Mexicana Anest* 2005;28(1):S181-3.
5. Avila-Espinosa I, Ontiveros-Morales P, Torres-Bojórquez V. De la Residencia a la Práctica Profesional. *Anestesia en México* 2004;16(2): 130-14. **OJO.....**
6. Swaminath G, Raguram R. Medical error I. The problem. Consultado 15/10/2011. URL disponible en: <http://www.indianjpsichiatry.org>
7. Alfaro Victoria F. Actitud del grupo quirúrgico en caso de muerte en el quirófano. *Rev Mex Anest* 2010;33(1):S143-S145.
8. Iriarte La Fuente D, Torrez Salazar J, Melgarejo Rocha L, Torrez Salazar J. Auditoria médica en anestesia. *Gac Med Bol* 2009;32(2):60-4.
9. Moyen E, Camire E, Stelfox HT. Clinical review: Medication errors in critical care. *Crit Care* 2008;12:208.
10. Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH, Morlock LL. Defining and measuring patient safety. *Crit Care Clin* 2005;21: 1-19.
11. Cooper L, DiGiovanni N, Schultz L, Taylor RN, Nossaman B. Human factors contributing to medication errors in anaesthesia practice. *ASA* 2009:A614.
12. Abeyasekhra A, Bergman IJ, Kluger MT, Short TG. Drug error in anaesthesia practice: A review of 896 reports from the Australian incident monitoring study database. *Anaesthesia* 2005;6:220-7.
13. Merry AF, Webster CS, Mathew DJ. A new, safety oriented, integrated drug administration and automated anaesthesia record system. *Anesth Analg* 2001;93:385-90.
14. Orser B. Reducing medication error. *CMAJ* 2000;162:1150-1.
15. Skegg PD. Criminal prosecutions of negligent health professionals the New Zealand experience. *Med Law Rev* 1998;6:220-46.
16. Perri M, Morris S. Critical incident involving syringe labels. *Anaesthesia* 2007;62:95-6.
17. Sakaguchi Y, Tokuda K, Yamaguchi K, Irita K. Incidence of anaesthesia-related medication errors over a 15-year period in a university hospital. *Fukuoka Igaku Zasshi* 2008;99:58-66.
18. Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR). Especialidades médicas en América Latina. Análisis de su disponibilidad e institucionalidad en ocho países seleccionados. En línea. Consultada: 11 junio 2012. URL disponible en: <http://www.americas.health-sector-reform.org/sidorh/documentos/hsr22esp.html>

19. De Lorenzo R. La responsabilidad del médico. Especial referencia a la responsabilidad de anestelistas, radiólogos y otros especialistas. En: La responsabilidad civil y penal del médico. Madrid: Colegio Oficial de Médicos; 1999. pp. 106.

20. Ministerio de Salud Pública. Programa de la Residencia Médica en Anestesiología y Reanimación. MINSAP; La Habana. 2011.

Recibido: 29 de noviembre de 2013.

Aprobado: 5 de febrero de 2014.

Prof. Dra. *Idoris Cordero Escobar*. Especialista en Anestesiología y Reanimación. Profesora e Investigadora Titular. Doctora en Ciencias. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba. E-mail: ice@infomed.sld.cu