

Urgencias y atención continuada: agotamiento del actual sistema de guardias y búsqueda de nuevos modelos

Jose M. Enríquez-Navascués

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

Resumen

La atención a las urgencias quirúrgicas se presta mediante un modelo de “guardias” de presencia física de 24 horas (encadenando jornada normal y guardia), obligatorias para todo el *staff*. Esta deficiente organización del trabajo se ha vuelto insostenible con la aceptación de la directiva europea de las 48 horas, y resulta penosa por el exceso de nocturnidad y enclaustramiento que conlleva.

La atención a las urgencias de la cirugía general y digestiva no puede darse mediante un solo modelo de organización, sino que debe adaptarse a las circunstancias locales. Es importante separar la actividad programada de la urgente, y así como para la asistencia programada se dedican cada vez más recursos, asimismo se requiere aportar suficientes medios para la actividad urgente, que no puede considerarse como simplemente una “guardia” o un cese pasajero de la actividad programada.

La troncalidad en la residencia, diferenciar por niveles la modalidad de prestación y actividad, el análisis de la actividad urgente por tramo horario e identificación de la actividad previsible, mantener mentalidad proactiva y la desaparición del concepto de “hora complementaria” deberían facilitar otro modelo asistencial y remunerativo.

Palabras clave: Organización asistencial. Urgencias quirúrgicas. Guardias médicas. Cirugía de urgencias.

EMERGENCIAS AND CONTINUOUS CARE: OVERLOAD OF THE CURRENT ON-CALL SYSTEM AND SEARCH FOR NEW MODELS

Emergency surgical care is still provided by means of an 24 hours physical presence “on-call” model (encompassing a normal day followed by “on call”), and is obligatory for all staff. This defective organisation of work has become unsustainable with the acceptance of the European 48 hours Directive, and is gruelling due to the excessive night work and feeling of being locked in that it entails.

Emergency general and digestive system surgery care cannot be provided by a single organisational model, but has to be adapted to local circumstances. It is important to separate scheduled activity from urgent, and whereas increasingly more resources are dedicated to scheduled care, sufficient resources are also required for urgent activities, that cannot be considered as simply an “on call” or a fleeting stop in scheduled activity.

Core subjects in residency, creating different levels of provision and activities, the analysis of urgent activity per work period and the identification of foreseeable activity, to maintain a pro-active mentality, and the disappearance of the “overtime” concept, should help provide another care model and method of remuneration.

Key words: Care organisation. Surgical emergencies. On call doctors. Emergency surgery.

Correspondencia: Dr. J.M. Enríquez-Navascués.
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Donostia.
P.º del Dr. Beguiristain, s/n. 20014 Donostia-San Sebastián.
Guipúzcoa. España.
Correo electrónico:
josemaria.enriqueznavascues@osakidetza.net

Manuscrito recibido el 2-10-2007 y aceptado el 19-12-2007.

Introducción

Aunque la atención médica a las urgencias hospitalarias externas y la asistencia continuada de los pacientes ingresados en el hospital son cosas distintas, en la práctica ambas requieren mantener una estructura asistencial las 24 horas del día, todos los días del año.

En España, tanto con el Instituto Nacional de la Salud, inicialmente, como después en los diversos sistemas regionales de salud, estas necesidades han estado cubier-

tas, indiferenciadamente, mediante la realización de guardias médicas de presencia física continuada durante 24 horas, de carácter obligatorio, por parte de todos los médicos de plantilla de cada servicio hospitalario, sin diferenciación de funciones o responsabilidades en ellas según el cargo o la categoría (u otro criterio), conceptuadas administrativamente como horas de expectativa y remuneradas como horas “complementarias”.

Al no haber un límite en el número de guardias a realizar, tanto la atención a las urgencias externas como la continuidad asistencial de los pacientes ingresados se convirtieron en algo así como una “prestación personal”, figura reconocida y expresamente prohibida en el derecho laboral.

Este pobremente elaborado sistema de organización del trabajo (las guardias no son otra cosa), sin parangón en Europa, fue factible en hospitales terciarios durante años por motivos de sobra conocidos (existencia entonces de plantillas jóvenes, coetáneas, con abundancia de residentes, sueldos bajos y necesidad de complemento salarial, etc.). Por otra parte “la guardia” era la única actividad estimulada económicamente, lo que no dejaba de tener un sesgo embrutecedor, al compensarse sólo la resistencia física y no el conocimiento o la preparación, conducente a la frecuente paradoja de que a más edad y años de dedicación, menos salario. La diferencia salarial y de reconocimiento entre el médico que comienza su vida profesional y el que la está finalizando puede ser incluso negativa para este último, algo realmente insólito.

Sólo recientemente, con años de retraso y de forma reticente, se ha paliado algo esta situación al incorporar (aunque con un desarrollo desigual), las distintas administraciones sanitarias en la directiva europea 93/104/CE que regula la jornada laboral máxima y el tiempo de descanso, la sentencia del Simap que señala que el tiempo dedicado a atención continuada de presencia física o el de prestación efectiva en el sistema de localización deben considerarse tiempo de trabajo en su totalidad y la limitación de edad para la obligatoriedad de realizar “guardias”¹.

Sistema de guardias: consecuencias

Una buena parte de los efectos de esta “organización” del trabajo ha sido perversa, entre los que están las disfunciones y los abusos del tipo de “necesidades del servicio”; la indefinición de funciones diferenciadas para el *staff*, con un perverso igualitarismo y el consiguiente subdesarrollo de los perfiles profesionales; la discontinuidad y la despersonalización de la asistencia programada, consecuencia del sistema de entrantes-salientes de guardias; el condicionamiento de unas plantillas inevitablemente sobredimensionadas, lo que es garantía de desmotivación; el riesgo de desatención médica, durante los fines de semana y días de fiesta, a los pacientes ordinarios ingresados, de cumplirse estrictamente con el carácter de “horas de expectativa”; o la escasa atención y el pobre desarrollo organizativo de las consultas externas (la otra “puerta” del hospital) que han derivado hacia un uso inapropiado de las urgencias, favoreciendo, en parte, una demanda excesiva en urgencias a través de su abundante oferta.

Por otra parte, ni el sistema de jerarquización ni la carrera profesional existente definen la distinta función o responsabilidad asistencial que corresponde a sus diversos niveles, por lo que la organización interna de los servicios hospitalarios sigue sin pivotar sobre las labores diferenciadas, asistenciales u de otro tipo, que deben atender sus médicos.

Completar el programa de la residencia en cirugía general y digestiva (CGD) no proporciona per se competencia clínica completa para su práctica. No obstante, una vez que el cirujano ha alcanzado competencia clínica, méritos académicos reconocidos y experiencia profesional suficiente, no deben existir más niveles en los puestos de responsabilidad clínica. En este sentido, nos parece acertada la correlación entre el puesto-función asistencial y su denominación por categoría, como ocurre en países como Gran Bretaña, Irlanda, Países Bajos o los países escandinavos, y así el “consultor” es el médico o el cirujano con competencia-méritos-experiencia que aseguren una responsabilidad clínica total sobre sus pacientes, y el *associate specialist* (o *staff grade*), el especialista joven que aún precisa completar su competencia, acumular méritos y adquirir experiencia para asumir toda la responsabilidad de la relación médico-paciente. Naturalmente, estas dos categorías tienen un contrato diferente basado en un papel laboral diferenciado². En España, sin diferenciación de categorías profesionales, la figura igualitaria (y estática) del FEA resulta totalmente insuficiente para dar una respuesta cabal al imperativo legal de señalar el “médico-responsable-del-caso”. Personalmente, estamos de acuerdo con los que propugnan una diferenciación clara entre el cargo (siempre renovable) y la categoría (reconocimiento del prestigio profesional), basados en la doble relación del médico con la administración, por un lado, y con el paciente, por otro (claro está que la capacidad para asumir la completa responsabilidad clínica sería requisito imprescindible para alcanzar responsabilidad administrativa).

Factores condicionantes para buscar un nuevo modelo

Hace ya años que se debiera haber buscado y planteado un nuevo marco organizativo para las urgencias y la asistencia continuada (paralelo al del desarrollo profesional), pero hoy día una serie de circunstancias, estructurales y coyunturales lo hacen ineludible:

1. La comentada directiva europea sobre las 48 horas semanales y la regulación del máximo de horas de trabajo continuado y de descanso, tanto para el personal de plantilla como para los residentes, así como su derecho a la libranza tras las guardias, y las normativas de diversas administraciones sanitarias regionales que limitan a tres por mes el número de guardias de presencia física hacen que el modelo de presencia física de 24 horas sea inviable. Además, el reconocimiento de que la hora de guardia es una hora laboral a todos los efectos hace que el concepto de hora complementaria o de expectativa sea no sólo injusto y anacrónico, sino probablemente ilegal.

2. Cambios en la demografía de los cirujanos, con envejecimiento de las plantillas y escasez de residentes y cirujanos jóvenes, que invierte la característica de hace unos años (aunque cabe añadir que no es que existan pocos cirujanos, sino pocos para cubrir las guardias). Además, la proporción femenina en las facultades de medicina es del 70% o más del alumnado, lo que tarde o temprano tendrá su reflejo en la búsqueda de la deseable conciliación de la vida laboral y familiar.

3. Cambios en la especialidad. La CGD sufre la paradoja de estar mal identificada como especialidad por estudiantes de medicina y público en general (a modo de "medicina general") y, por ende, desconocida o poco reconocida, pero a su vez tiene un fuerte desarrollo de sus subespecialidades o áreas de capacitación específicas, lo que requiere una carrera más larga y también cambios en la práctica de la cirugía. La realización de cirugía de urgencias permite completar la formación de cirujanos jóvenes (la urgencia ha sido siempre una excelente "maestra" de cirujanos), pero se hace necesario adecuar un modelo más flexible para la atención urgente y continuada de los casos o intervenciones que requieren una superespecialización.

4. Cambios en la población, tantos cuantitativos, con el aumento de la población de más de 75 años, que crecerá hasta un 38% para el año 2020, con el consiguiente aumento del volumen y la complejidad de las urgencias quirúrgicas, como cualitativos, dado el aumento de la exigencia por parte de la sociedad con respecto a la atención sanitaria, de la que la urgencia no es una excepción³.

5. Cambios epidemiológicos, como el incremento de los casos de traumatismos graves, violencia civil o neoplasias, que requieren de la disponibilidad de otros especialistas para su atención (medios no invasivos etc.) y, por ende, modificar recursos.

Perfil de la actividad urgente que realiza la cirugía general y digestiva

Aunque el incremento constante de la frecuentación en urgencias es un hecho generalizado en muchos países, su uso inapropiado parece claro en nuestro país, donde el porcentaje de urgencias ingresadas oscila en el 10-15%, mientras que en Europa es del 20-30%⁴, si bien este dato podría interpretarse tanto como un exceso de ingresos inapropiados como de una mayor selección de casos graves, con una adecuada atención prehospitalaria. Así en el Hospital Donostia, que actúa como hospital de referencia de 700.000 habitantes y con un área propia de 400.000 habitantes, el porcentaje de urgencias ingresadas provenientes de zonas que cuentan con centros periféricos de atención urgente es mayor del 22%, mientras que es del 12% de los que vienen de zonas que carecen de ellos.

En líneas generales, las urgencias de los hospitales públicos atienden al año a un tercio de la población de su área, de las que un 70% son urgencias generales médicoquirúrgicas (las restantes son materno-infantiles), repartidas en un 50-55% para el área médica, un 25% para la quirúrgica y un 20-25% para traumatología. Por tramo

horario, el 80% corresponde al horario de mañana-tarde y el 20% son nocturnas.

La actividad o carga de trabajo diario urgente de un servicio de CGD varía en función de su población de referencia, del tamaño, tipo y funcionamiento del hospital (número de especialidades, distribución de pacientes, organización del servicio de urgencias, etc.) y también de su patrón organizativo. La presión asistencial de urgencias en CGD oscila entre el 50-60% en algunos hospitales y el 25-30% en otros (más deseable), pero esta cifra parece depender más de la existencia de programas quirúrgicos de tarde o la inclusión de la actividad de cirugía mayor ambulatoria en los datos de actividad general que del tipo de hospital, comarcal o terciario, ya que menos de un 5% de los pacientes quirúrgicos urgentes son subsidiarios de traslado a un servicio de CGD de referencia⁴.

Aunque las cifras oscilan ampliamente, en líneas generales la CGD realiza de urgencias diariamente 1,2 intervenciones quirúrgicas con anestesia e ingresa entre 1,5 y 2,5 pacientes, por cada 100.000 habitantes, así como de un número difícil de cuantificar de curas, canulaciones o procedimientos quirúrgicos de menor entidad^{5,6}. De las intervenciones con anestesia, alrededor del 30% son apendicectomías, un 20% son drenajes de abscesos perianales y el resto son intervenciones mayores^{4,6}. Además, atiende un número indeterminado de consultas desde el servicio de urgencias o llamadas desde las plantas del hospital, que en ocasiones requieren evaluaciones repetidas; no obstante, un buen número de llamadas, difícil de cuantificar, son para atender procedimientos administrativos o labores repetitivas.

Por tramo horario, el 80% de las consultas se realizan en el turno de mañana y tarde, con una actividad similar entre ellas, y un 20% son nocturnas. La distribución horaria de las intervenciones depende de los recursos materiales y humanos, pero sin especial organización y con el sistema de guardias, la mayor parte de ellas se realizan por las tardes y una cifra parecida en turno de mañanas y noche, si bien buena parte de las nocturnas podrían realizarse a la mañana siguiente.

Consideraciones sobre la asistencia urgente: actividad previsible y no previsible

La carga asistencial urgente de la CGD es importante y cuantitativamente mayor que cualquier otra especialidad quirúrgica (o la suma de varias); se lleva a cabo casi las 2/3 partes de la actividad quirúrgica urgente de un hospital; además, el dolor abdominal, que con frecuencia requiere la evaluación por parte de un cirujano, supone uno de los motivos de ingresos hospitalarios urgentes más frecuentes.

Por ello, la urgencia en CGD no debe considerarse simplemente como un cese pasajero de la actividad programada, requiere, además de la provisión de recursos materiales y humanos, una mentalidad proactiva con una organización de tareas que identifique la actividad previsible que siempre hay y evitar una actitud pasiva, de espera, "a la demanda" (consecuencia quizá del concepto administrativo de horas complementarias).

Los servicios de urgencias podrían reducir las consultas innecesarias si se mejorase el *triage*, con una mayor formación "quirúrgica" de la plantilla de urgencias, se facilitara una consulta externa rápida con el especialista, se impulsara la utilización de programas informáticos de ayuda clínica (como el AAP-Help para el dolor abdominal⁷) o de medicina predictiva, así como la protocolización consensuada de motivos de ingreso. La habilitación de un área quirúrgica en los servicios de urgencias, dirigida por el mismo personal de urgencias, que incluya una zona para atender traumatismos/curas/heridas menores (*softs tissue* o *minor injuries units*), puede incrementar su capacidad resolutoria, como tuvimos la oportunidad de constatarlo en el Hospital Donostia hace unos años.

Las llamadas desde las plantas de hospitalización pueden disminuirse también con una disposición activa: es conveniente institucionalizar una ronda o pase de visita vespertina (aconsejable también antes de la noche) para evaluar especialmente a los pacientes que requieren más atención o cuyos médicos hayan señalado que precisan reevaluación. Además de anticiparse a posibles sorpresas o problemas "nocturnos", se evitarían las llamadas de planta rutinarias para ver analíticas o pruebas de imágenes solicitadas por las mañanas. Naturalmente, esto requiere un robusto mecanismo de pase de información (o de incidencias o *handover*) de unos médicos a otros en los cambios de turno o guardia, que siempre conviene mejorar, y al que dedicarle el tiempo necesario⁸.

También resulta conveniente protocolizar en las plantas quirúrgicas la asistencia a las causas de llamadas más comunes (el dolor postoperatorio, la intolerancia digestiva, la fiebre, el insomnio o la agitación) y establecer una normativa de llamadas al busca, para regular y diferenciar las llamadas vitales, urgentes o de rutina (p. ej., llamadas para hablar con familiares fuera del horario previsto para ello, revisar tratamientos o premedicaciones etc.) y que la enfermería de mayor experiencia supervise la necesidad de llamadas desde su propia planta.

En lo referente a la carga laboral, podemos constatar que la actividad de mañana es similar a la de la tarde, pero cae significativamente a la noche. Además, pocas urgencias nocturnas son de riesgo vital.

Con los datos de la casuística atendida de urgencias se demuestra que puede reducirse la carga de trabajo nocturno si se incrementan los medios y la actividad de mañanas y tardes. En nuestro hospital, en el servicio de CGD, la creación de una sección de cirugía de urgencias, para su atención durante el horario laboral normal, ha permitido, además de una mayor dedicación y liderazgo en la atención a esta afección, el funcionamiento y la continuidad asistencial sin interrupciones del resto del servicio y el trasvase de la actividad nocturna al horario de mañana. En la tabla 1 podemos ver la relación horaria de las intervenciones antes y después del funcionamiento de la sección de urgencias.

Dado que el turno u horario nocturno es el más gravoso de todos, cabe diseñar un programa específico. Algunas iniciativas como la del "Hospital de noche" están en funcionamiento en algunos países, pero aún carecemos de datos sobre la experiencia de este tipo de organización, quizá más fácil de implantar en las especialidades médicas que en las quirúrgicas⁹.

TABLA 1. Porcentaje de cirugía urgente por turno horario

	2000	2004	2006
Mañanas	21%	45%	48%
Tardes	62%	41%	40%
Noches	17%	14%	12%

En 2000 no había una sección específica de urgencias y en 2004 y 2006, una sección específica de urgencias durante el horario laboral normal.

Modalidades de atención a las urgencias

La atención a las urgencias se realiza de manera rotatoria, en forma de guardias o turnos. Aunque la diferencia asistencial entre ambas modalidades pueda ser meramente semántica (p. ej., una guardia de 24 horas cubre 3 turnos de 8 horas, etc.), administrativamente se distingue entre ellas.

Los turnos pueden ser con módulos completos o parciales. En el primero, toda la actividad asistencial de la semana, programada y urgente, se reparte en tres turnos horarios, prácticamente iguales, en los se distribuye el personal, de forma proporcional a la carga de trabajo de cada turno. Esta modalidad tiene sentido en los servicios cuya carga laboral se distribuye homogéneamente a lo largo de la jornada, como son los cuidados intensivos o el propio servicio de urgencias, pero desde luego no en la CGD. En los módulos parciales, uno o más médicos cubren, rotatoriamente, un módulo de tiempo fijo (p. ej., turnos de tarde o noche) fuera del horario laboral normal, mientras el resto de los médicos mantienen la jornada laboral ordinaria. Esta modalidad tiene interés en las especialidades con una carga de trabajo predecible intensa fuera del horario laboral normal, como anestesiología, radiología u obstetricia y también en el horario vespertino de la CGD de ciertos hospitales.

La tabla 2 contiene un ejemplo de organización en forma de turnos parciales y unas pautas para su planificación¹⁰.

Las guardias pueden ser de presencia física (con pernoctación en el hospital), localizada (de llamada) o mixta (presencia física hasta una determinada hora y localizada después, por lo que laboralmente las guardias mixtas vendrían a ser lo mismo que turnos parciales).

Diversas directivas limitan el número máximo de guardias de presencia física a 1 cada 10 días (1:10), como forma de cumplir con el máximo de 48 horas semanales, por lo que para mantener la presencia de 1 cirujano por la tarde y la noche se requiere un mínimo de plantilla de 10 cirujanos (todos ellos menores de 55 años, que no enfermen, etc.). Las guardias localizadas son apropiadas para especialidades con ocasional actividad no previsible, como otorrinolaringología, vascular, etc., y con plantillas menores de 10 miembros. Las guardias mixtas son útiles en especialidades con actividad programada fuera de horario (nefrología, oncología, radioterapia) o con demanda previsible a determinadas horas, como el turno de tarde en CGD o cirugía ortopédica y traumatología en muchos hospitales generales o comarcales, donde la pernoctación es muchas veces innecesaria y la localización, suficiente.

La directiva europea señala además un mínimo de descanso de 11 h por jornada laboral, y si se realiza tra-

TABLA 2. Ejemplo de organización

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Horas
1	21.00-9.00	21.00-9.00	—	—	8.00-22.00			38
2	8.00-15.00	8.00-15.00	8.00-15.00	8.00-15.00	8.00-15.00			35
3	8.00-15.00	8.00-22.00	8.00-15.00	8.00-15.00	8.00-15.00			42
4	8.00-15.00	8.00-15.00	8.00-15.00	8.00-15.00	21.00-9.00		24 horas	64
5	—	8.00-15.00	8.00-15.00	8.00-15.00	8.00-15.00			28
6	8.00-15.00	8.00-15.00	8.00-15.00	8.00-22.00	8.00-15.00			42
7	8.00-15.00	8.00-15.00	21.00-9.00	21.00-9.00	—			38
8	8.00-15.00	8.00-15.00	8.00-15.00	8.00-15.00	8.00-15.00			35
9	8.00-22.00	8.00-15.00	8.00-15.00	8.00-15.00	8.00-15.00	24 horas		66
10	—	8.00-15.00	8.00-22.00	8.00-15.00	8.00-15.00			35
Total de horas: 423: 10 semanales = 42,3 h promedio								

Este modelo se distribuye en turnos parciales asimétricos (de 7, 12 y 14 horas) entre 10 facultativos, cuando se requiere la presencia de un médico por las tardes y noches. Se ajusta a la normativa de las 48 horas, excepto en los fines de semana que se agrupan para tener más días disponibles. Con menos de 10 personas resulta difícil de cumplir la normativa si no es reduciendo la actividad diurna.

bajo nocturno de especial responsabilidad, no trabajar más de 8-11 h en el curso de un período de 24 h, lo que de hecho invalida el sistema de guardias de 24 horas (o de 17 h tras jornada laboral normal, sin descanso). Por lo que respecta a los residentes, el estatuto que rige sus condiciones laborales señala un máximo de 56 horas semanales para 2007 (lo que equivale a un máximo de 5 guardias al mes, 1:6), pero para agosto de 2008 se debe reducir a 48 horas (1:10), lo que entrará en conflicto con el programa docente de la especialidad, que recomienda realizar de 4 a 6 guardias de presencia física al mes. Parece clara, pues, la necesidad de modificar esta tradicional manera de organización¹¹.

Al reconocer que todas las horas que se pasa en el lugar de trabajo, horas ordinarias y extraordinarias, deben considerarse como trabajo efectivo (es decir, dentro de las 48 horas), no deberían existir diferencias conceptuales ni en lo referente a la compensación económica entre ellas (ordinaria, turno o guardia con presencia física). Un acuerdo en este sentido facilitaría la puesta en marcha de modelos más sostenibles.

En realidad, guardia de presencia física es lo mismo que turno de 24 horas, y cuando hablamos de guardia deberíamos referirnos exclusivamente a la localizada. Así lo haremos en adelante.

La progresiva superespecialidad en algunos campos de la cirugía y ante determinadas situaciones complejas, que pueden presentarse tanto como urgencias externas como de complicaciones de pacientes ingresados, debe establecerse una fórmula de "disponibilidad" rotatoria de la plantilla implicada para poder responder a ellas. La compensación económica para esta "disponibilidad" dependería de la distinta intensidad con que puedan ser requeridos.

Recursos humanos en la atención a las urgencias

La cobertura a las urgencias debe darse tanto en el ámbito hospitalario como en la atención primaria y de emergencias en cualquier localización. La organización de esta cobertura estará condicionada por la estructura general del sistema sanitario, el papel que desempeñe cada uno de los tres niveles, así como la coordinación entre ellos. La tabla 3 aporta datos para poder contextua-

lizar la organización de las urgencias en una serie de países¹².

La mayoría de los hospitales públicos están dotados de un servicio de urgencias, con plantilla exclusiva, aunque aún se discute si la asistencia a las emergencias debe reconocerse como especialidad, con programa de formación específica, o un área de capacitación específica a la que llegar por diferentes vías. En los países de nuestro entorno se considera especialidad médica.

Algunos servicios de urgencias tienen una vocación preferente en atender el área médica, quizá por razones formativas, por lo que puede ser útil la creación de un área quirúrgica como una parte más del servicio de urgencias.

Médicos residentes: debe diferenciarse la labor y la organización entre los residentes de los primeros 2 (o 3) años, o residentes pequeños o *juniors*, y los residentes de los últimos años o residentes mayores o *seniors*. Para los primeros se propone crear un sistema de *pool* del que formarían parte todos los residentes quirúrgicos, con un contenido de asistencia a las urgencias externas de tipo troncal. Los segundos, los residentes mayores, tendrían una función más específica de su especialidad; no obstante, en algunas especialidades cabe agruparlos con los residentes de CGD, bien por lo escaso de la actividad urgente, por carecer de *staff* de presencia física que supervise su labor o por su contenido parejo a la CGD y que redunde en su formación (plástica, otorrinolaringología, torácica o vascular). De cualquier manera, todos los residentes quirúrgicos *seniors* deberían poder ser requeridos para prestar colaboración quirúrgica con la especialidad que lo precise durante su turno de urgencias, o colaborar en proyectos como el "Hospital de noche".

Lo que no resulta aceptable es tener residentes "quirúrgicos" que actúen como *staff* desde el primer día y tener cirujanos que atiendan consultas o realicen tareas menores en urgencias. Los planes de formación de las distintas especialidades quirúrgicas no son obstáculo para organizar un sistema de *pool* para los residentes *juniors* (y en algunos ni para los *seniors*); sin embargo, todavía no se ha concretado ni desarrollado la idea de troncalidad.

Es evidente que la actividad de los residentes, como su propio nombre indica, tiene que ser en forma de presencia física, teniendo en consideración que en agosto de

TABLA 3. Aspectos relativos a modelos sanitarios de distintos países

	Alemania	Francia	Países Bajos	Gran Bretaña	Italia	Canadá
Modelo sanitario	Seguridad social	Seguridad social	Seguro básico obligatorio. Libre elección de compañía. Control estatal de acceso y calidad	Sistema nacional de salud	Sistema nacional de salud	Sistema nacional de salud
Atención primaria	Profesionales liberales agrupados en asociaciones. Pago por acto médico	Profesionales liberales mayoritariamente. Pago por acto médico	Profesionales liberales agrupados en asociaciones. Pago por acto médico	Profesionales independientes que contratan con el NHS. Pago mixto (salario y acto)	Profesionales individuales con contratos con el gobierno. Pago capitativo y por actividades específicas	Mayoritariamente profesionales liberales. Cobro por acto y también formas mixtas
Atención hospitalaria	Profesionales asalariados. Pago por acto para pacientes privados	Mayoritariamente profesionales asalariados. Pago por acto en privados	Profesionales asalariados. Pago suplementos por atención seguros complementarios	Profesionales asalariados. Pago mixto por actos privados en el NHS	Profesionales asalariados	Mayoritariamente profesionales liberales. Cobro por acto médico
Servicios de urgencias	Exclusiva de urgencias en medicina interna. Por rotación en el resto	Exclusiva para urgencias generales. Especialidad reciente	Exclusiva para urgencias generales. Especialidad reciente	Exclusiva para urgencias generales. Especialidad reciente	Implantación progresiva de plantillas propias para urgencias generales	Exclusiva de urgencias generales
Urgencias de especialidades	Llamadas a los médicos de guardia. <i>Staff senior</i> : localizados por la noche	Llamadas a los médicos de guardia. Con frecuencia contratos para esta labor. <i>Staff senior</i> : localizadas. En París superespecialidades en rotación hospitalaria	Llamada a los médicos <i>juniors</i> de guardia o a los <i>seniors</i> en domicilio, en disponibilidad por contrato	Llamada a los médicos de guardia o a los <i>consultants</i> en domicilio, en disponibilidad por contrato	Llamada a los médicos de guardia (residentes o <i>staff</i>). <i>Staff</i> : localizados por la noche o troncales presenciales	Llamada a los médicos de guardia (residentes o <i>staff</i>) durante el día. <i>Staff</i> localizados por la noche. Residentes, guardias presenciales día y noche
Obligatoriedad de guardias presenciales	Para todos los médicos: <i>juniors</i> , presenciales día y noche. <i>Seniors</i> , localizables por la noche (a veces voluntarias para mayores de 50 años)	Para todos los médicos: de día todas las especialidades. De noche, sobre todo, troncales y críticos. <i>Seniors</i> , en disponibilidad por contrato	Para todos los médicos: <i>juniors</i> , presenciales día y noche. <i>Seniors</i> , en disponibilidad por contrato	Para todos los médicos: <i>juniors</i> , presenciales día y noche. <i>Seniors</i> , en disponibilidad por contrato	De día todas las especialidades. De noche, sobre todo, troncales y críticos. De noche, localizadas no troncales	No hay reglas. El <i>staff</i> no suele hacer guardias de noche
Horario de guardias	Variables según necesidades. No se encadenan con la jornada normal	De día: horario médico habitual; de noche: 17.00-8.00. No se encadenan con la jornada normal	Médicos en <i>training</i> y <i>juniors</i> en turnos de 8 a 12 horas. No se encadenan con la jornada normal	Médicos en <i>training</i> y <i>juniors</i> en turnos de 8 a 12 horas. No se encadenan con la jornada normal	Guardias diurnas y nocturnas en turnos de 12 horas. No se encadenan con la jornada normal	De día: 8.00-18.00; de noche: 18.00-20.00. Horarios muy variables por naturalezas profesionales
Salario de guardia	El salario incluye las guardias. Complementos por número de horas nocturnas y de carga asistencial	El salario incluye las guardias. Complementos por número de horas nocturnas, por desplazamiento, etc. Voluntarias nocturnas a 450 euros	Disponibilidad por contrato, sin pago adicional (sólo si pasa de 48 h semanales, 1,5 veces la hora ordinaria)	Disponibilidad por contrato, sin pago adicional (sólo si pasa de 48 h semanales, 1,5 veces la hora ordinaria)	Diurnas incluidas en contrato. Nocturnas (troncales), retribuidas a 250 euros	La relación del médico con el hospital es liberal y variable. Frecuente pago por acto

NHS: National Health Service.

2008 entra en vigor la directiva de las 48 horas para este colectivo, por lo que habrá que cambiar el sistema de guardias por uno de turnos parciales, lo que puede modificar las horas para el trabajo electivo y de formación.

Dependiendo del tipo de hospital, podría proponerse una labor diferenciada entre los médicos para la atención de las urgencias y la atención continuada, acorde no sólo

con la edad, sino también con la carrera profesional. Los cirujanos de más de 45-50 años o con cargos o categoría de nivel II o más de carrera profesional no deberían realizar turnos de noche y evitarían el “enclaustramiento” que supone la presencia física los fines de semana (innecesaria en muchas ocasiones). Muchos de ellos, en vez de realizar actividades sustitutorias de las guardias,

como ocurre en la actividad para evitar la merma económica que supone dejarlas, aceptarían de buen grado (la cirugía de urgencias es atractiva para muchos cirujanos, parte inherente de su profesión) realizar asistencia a las urgencias durante la tarde, lo que favorecería el turno de tarde, se evitaría pernoctar en el hospital, y prestarían una importante labor como consultores, para valorar, asistir o realizar cirugía compleja o especializada. Durante los fines de semana los médicos de plantilla pertenecientes a esos tramos de la carrera profesional estarían organizados para estar localizables o de alerta, de forma rotatoria; de esta manera, la edad no sería un factor limitante ni se precisarían programas específicos para los mayores de 55 años.

La presencia física nocturna, en caso de precisarse, quedaría para cirujanos más jóvenes o que inician su carrera profesional. En lo referente a las superespecialidades, lo ideal es que cada sección funcional se organice para que alguno de sus miembros esté localizable (disponibilidad) para la asistencia urgente de los pacientes ingresados a su cargo o para las urgencias externas en caso de ser requerido; esto posibilita una asistencia más personalizada de la atención continuada.

Es necesario adecuar con realismo los recursos humanos a la actividad urgente por tramo horario. Cuando la actividad así lo indique y siempre que se pueda acudir al hospital en un tiempo razonable (p. ej., menos de 30 min), puede adoptarse un sistema de localización. La actividad nocturna en buena parte de los hospitales comarcales no requiere cobertura de presencia física, y en hospitales terciarios la actividad disminuye lo suficiente como para dedicar menos efectivos que durante otros tramos horarios. Como hemos visto, la existencia de una sección específica para urgencias durante las mañanas facilitaría esa organización. En esta sección se pueden encuadrar los residentes que finalizan su formación del quinto año y han mostrado suficientes aptitudes. Cabe recordar a este respecto que la European Union of Medical Specialization, para la obtención del título del European Board, exige desde 1994, en las especialidades quirúrgicas, un sexto año de trabajo tutelado. Por otra parte, creemos que esta sección debería tener una importante labor en el liderazgo, asistencial y científico, de las ur-

gencias de CGD, con una dedicación preferente hacia ellas, es decir, ni un simple ejercicio básico ni una nueva especialidad.

Concentrar la urgencia quirúrgica en un hospital terciario, incrementando su población de referencia y trayendo cirujanos de hospitales comarcales, dejándolos sin cirugía de urgencia, es administrativa y políticamente imposible.

Un equipo tipo para atender las urgencias de la CGD de un hospital terciario medio estaría compuesto por un cirujano consultor en la modalidad de guardia mixta o localizada, que lideraría el equipo, un cirujano (o dos, según el hospital) del primer nivel de carrera profesional, *staff* de CGD de presencia física en turno parcial y residente *junior* (en forma de *pool*) o residente *senior* también en turnos parciales. Por otra parte, es conveniente contar con la "disponibilidad" de las secciones funcionales.

Bibliografía

1. Directiva Europea 93/104. Disponible en: www.simap.es/leyes/DirectivaEuropea.doc
2. Okie S. An elusive balance: Residents' work hours and the continuity of care. *N Engl J Med.* 2007;356:2665-8.
3. Collins C. Surgical training, supervision and service: Laissez-faire attitudes to surgical training and patient care are unsustainable. *BMJ.* 1999;318:682-3.
4. Lankester BJA, Britton BC, Holbrook AG, Umpleby HC, Tate JJ, Budd J. Emergency surgery: atavistic refuge of the general surgeon? *J R Soc Med.* 2001;94:180-3.
5. O'Leary DJ, Collins C. Analysis of a year's general surgical activity in a district general hospital. *Ann R Coll Surg Engl.* 1994;76:176-81.
6. Watkin DFT, Layer GT. A 24-hours snapshot of emergency general surgery in the UK. *Ann R Coll Surg Engl.* 2002;84:194-9.
7. Decision support in acute abdominal pain. Disponible en: www.aap-help.leeds.ac.uk
8. Safe handover: safe patients: Guidance on clinical handover for clinicians and managers. British Medical Association; October, 2006.
9. Hospital at Night project. Disponible en: www.dogh.gov.uk/configuringhospitals
10. The Royal College of Surgeons of England. Guidance from the Working Time Directive Working Party; June 2007. Disponible en: http://www.rcseng.ac.uk/service_delivery/wtd
11. The Royal College of Surgeons of England. Safe shift working for surgeons in training. London, RCSE; January 2006. Disponible en: <http://www.rcseng.ac.uk/rcseng/content/publications/docs/>
12. Información personal. Servicios Centrales de Osakidetza; julio 2006.