

Hablemos de...

La limitación de las horas de trabajo de los residentes: pros y contras

GUSTAVO TOLCHINSKY WIESEN

Departamento de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona Serveis Assistencials. Badalona. Barcelona. España.

Puntos clave

● La formación del MIR comprende la asistencia, la docencia y la investigación.

● La jornada laboral del MIR está regulada, entre otros, por el RD 1146/2006, la sentencia 93/104 del TSJ de Luxemburgo y la Directiva Europea 2003/88/CE.

● El MIR no debe ser la base para las plantillas de los centros de salud.

● La mayoría de las comisiones nacionales de especialidad recomiendan de 4 a 7 guardias al mes.

● El número de guardias no figuraba como un factor significativo de malestar psicológico en los MIR según un estudio de la Fundación Galatea.



Ilustración: Roger Ballabrega

La formación de los médicos especialistas en el sistema MIR debe garantizar la generación de profesionales capacitados para ejercer su especialidad. En esta formación convergen la asistencia, la docencia y la investigación, tal como recoge la LOPS¹ y el RD 1146/2006². La proletarización de la profesión médica y la regulación de la jornada laboral convierten la organización de la asistencia, la docencia y la investigación en la cuadratura del círculo. La Directiva Europea (DE)³ que regula el tiempo de trabajo en la UE se aplica a casi todas las profesiones, entre otras las sanitarias, y por lo tanto limita las horas de trabajo de los residentes. La interminable carga asistencial acaba por no dejar casi espacio para la docencia y menos todavía para la investigación. Tanto el colectivo MIR como los tutores de residentes y los responsables de organización y recursos humanos tienen ante sí un auténtico quebradero de cabeza, que en este artículo intentaremos desgranar. Se hará mención también a la situación en que se encuentran los médicos en formación en Estados Unidos y las opiniones de los responsables de dicha formación que servirá de reflejo para analizar la situación en Europa. Todo ello con el objetivo de reflexionar junto con el lector sobre cómo afecta la limitación de las horas de trabajo a la formación de los MIR. En esta reflexión convergen temas como formación, profesionalismo, seguridad del paciente o derechos de los trabajadores.

Marco de regulación y contexto actual DE 2003/88/CE y RD 1146/2006

La DE que regula el tiempo de trabajo nace como una norma que se sustenta en la protección del trabajador. Tiene por objeto la creación de un equilibrio principalmente entre la seguridad y la salud de los trabajadores, por una parte, y las necesidades de una economía europea moderna, por otra. Se resumen en la tabla 1 los puntos más relevantes de la DE en cuanto a la regulación de los horarios. Se ha de subrayar que la DE no regula exclusivamente el sector sanitario, sino casi todos los ámbitos laborales públicos y privados, con algunas salvedades muy específicas.

En el RD 1146/2006 se regula la relación laboral de los MIR y en él se introducen varios de los conceptos que recoge la DE, pero los adapta al contexto específico de los MIR. No obstante, en el RD 1146 hay puntos de conflicto con la DE, como la recomendación del límite máximo de 7 guardias mensuales. Esto implica la superación de las 48 h de trabajo semanal que establece la DE. Además este RD añade un detalle, el de la dedicación exclusiva tanto formativa como laboral, por lo que un MIR sólo puede dedicarse a formarse como especialista y trabajar en el centro-unidad docente en que realiza dicha formación.

Este detalle tiene su relevancia, como veremos más adelante.

El contexto actual del sistema MIR

Para saber qué supone la limitación de horas de trabajo para los MIR, aquí se hará

La formación de los médicos especialistas en el sistema MIR debe garantizar la salida de profesionales capacitados para ejercer su especialidad. La Directiva Europea (DE) que regula el tiempo de trabajo en la UE se aplica a casi todas las profesiones, entre otras las sanitarias, y por lo tanto limita las horas de trabajo de los residentes.

La DE que regula el tiempo de trabajo nace como una norma que se sustenta en la protección del trabajador. Tiene por objeto la creación de un equilibrio principalmente entre la seguridad y la salud de los trabajadores, por una parte, y las necesidades de una economía europea moderna, por otra.

El RD 1146/2006 regula la relación laboral de los MIR. En él básicamente se introducen los conceptos de la DE, pero los adapta al contexto específico de los MIR. No obstante, hay puntos de conflicto con la DE.

referencia a los objetivos formativos y los medios disponibles para su consecución. Tanto la LOPS de forma genérica como el RD 183/2008⁴, que determina y clasifica las especialidades en Ciencias de la Salud y la relación formativa de los MIR desde 2008, hablan de los tres ejes de la formación de los especialistas en el sistema MIR. Cuando hablamos de medios, nos referimos a las Unidades Docentes, que son «el conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación [...] que se consideren necesarios para impartir formación reglada [...] de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades». Por lo tanto, los objetivos formativos los establecen las Comisiones Nacionales de Especialidad (CNE). Pero quien vela

por garantizar dicha formación en las Unidades Docentes son las Comisiones de Docencia y la red de Tutores de residentes en cada especialidad concreta. No obstante, la organización de la asistencia recae en los servicios, que han de buscar el equilibrio para favorecer la asistencia y racionalizar la docencia y la investigación. Más allá de que los programas docentes de las CNE son genéricos y de aplicación muy variada, está claro que los intereses del servicio, los de las Comisiones de Docencia y los tutores de residentes gravitan sobre distintos ejes. El resultado de su interacción depende del poder de cada cual, por lo que es imposible garantizar una homogeneidad entre unidades docentes y para cada especialidad. Sobre todo cuando hablamos de las especialidades de ámbito hospitalario. Pero para aplicar la nueva DE y optimizar los planes formativos al tiempo fijado por la DE, todos los actores aquí mencionados tienen responsabilidades que asumir.

¿Qué fue primero?

Es un sentir generalizado que las actuales generaciones de MIR no son iguales a las que nos precedieron^{5,6}. Pero no es sólo una sensación que aplicamos a la población MIR. Estudios sociológicos⁷ sobre valores revelan que la actual generación no se identifica con su trabajo, sino con sus actividades de ocio. El trabajo parece un hecho circunstancial que no define a la persona, ya que se puede cambiar de trabajo con bastante frecuencia, reciclarse en otros ámbitos, etc. Es difícil saber cuán cierta es esta afirmación en nuestros MIR, pero en un reciente trabajo realizado por McIntyre et al⁸ en Reino Unido, se ha visto que la entrada en vigor y la implementación de la DE se ha visto acompañada de un incremento de los días de bajas laborales de residentes respecto al periodo previo a su aplicación. ¿Es este un rasgo de profesionalismo que está cam-

Tabla 1. DE 2003/88/CE

Periodo mínimo de descanso diario de 11 h consecutivas
Una pausa de descanso para un trabajo diario superior a 6 h
Por cada periodo de 7 días, de un periodo mínimo de descanso ininterrumpido de 24 h, a las que se añadirán las 11 h de descanso diario
De una duración máxima semanal del trabajo de 48 h, incluidas las horas extraordinarias
Un periodo de al menos 4 semanas de vacaciones anuales retribuidas
A fin de calcular las medias semanales, hay que prever periodos de referencia:
<ul style="list-style-type: none"> • No excedan de 14 días para el descanso semanal • No excedan de 4 meses para la duración máxima del tiempo de trabajo semanal • Previa consulta con los interlocutores sociales o dándoles esta posibilidad mediante convenios colectivos, por lo que respecta a la duración del trabajo nocturno, cada periodo de 24 h

biando? ¿Estamos ante una conducta más saludable y responsable para con los pacientes? ¿O ante una actitud más displicente de los profesionales? Lo cierto es que en el redactado inicial de la DE no se hace mención alguna a que los cambios organizativos se realicen en pro de la seguridad de los pacientes⁹, como veremos que sí lo hace la Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) y el Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos, sino en pro de la salud del trabajador. ¿Es posible que la sinergia entre cambios de valores y legislación potencie un cambio de rumbo en el concepto de profesionalismo, en especial de las actitudes?

Las oportunidades del cambio

El trabajo de Sir John Temple¹⁰, de la Medical Education England, revisa el impacto en la formación desde la entrada en vigor en 2009 de la DE en Inglaterra. De su trabajo destaca que identifica a los residentes en los que más repercute la directiva; son los que realizan especialidades hospitalarias y con una carga de urgencias o guardias elevada. En nuestro entorno esto se traduce en la mayor parte de los MIR, incluidos los de Medicina Familiar y Comunitaria, ya que los primeros 2 años consisten en rotaciones hospitalarias y un gran volumen de guardias.

Temple insiste que la DE es una oportunidad para racionalizar la formación de los residentes y lo ve factible. Pero aquí hay que aclarar algunos puntos. Por un lado, no se hace referencia al tiempo que se dedica a actividades propias de la investigación o la divulgación académica (rellenar protocolos, revisar historias, etc.) además de la asistencia y la formación. Por otro, hace el cálculo de horas disponibles para la formación de residentes con base en 7 años de formación, y no 4 ni

5, que son los años de las especialidades médicas y quirúrgicas en nuestro país. Aun así, podemos entrever que el sistema MIR confía demasiado en métodos tradicionales de aprendizaje tanto en lo referente a organización de los horarios y contenidos como en la metodología empleada para conseguirla. Cambiarlo no resulta fácil sin una formación previa ni los cambios organizativos necesarios para adaptarse a un nuevo modelo. Todo ello hace necesaria una alianza entre Direcciones Asistenciales y las Comisiones de Docencia, que no siempre consiguen conciliarse.

Temple insiste que la DE es una oportunidad para racionalizar la formación de los residentes.

El sistema MIR confía demasiado en métodos tradicionales de aprendizaje, tanto en lo referente a organización de horarios y contenidos como en la metodología empleada para conseguirla.

El punto de mayor conflicto

La guardia es para muchos uno de los puntos más controvertidos en la práctica profesional de la medicina y en especial durante el periodo MIR. Situaciones de mucha tensión, responsabilidad, fatiga por horas de trabajo acumulado y renuncia a muchas actividades de la vida personal. Ninguna guardia es igual a otra, dependiendo de las especialidades de que hablemos o del centro en que se realicen. Las 48 h (superables según dispone el artículo 17.3 de excepciones de la DE)³ que se fijan en la DE comprenden, en realidad, semanas de 37,5 h de jornada ordinaria y el resto (10,5 h) en guardias, es de suponer. Como se explicó en párrafos anteriores, las recomendaciones de guardias en las especialidades MIR durante parte o todo el periodo de formación recogidas en el RD 1146 y las CNE son, con algunas variaciones, entre 4 y 7 guardias mensuales. Esto supone entre 16 y 42 h de guardia a la semana, según cómo se computen las horas y las guardias (4 guardias de 16 h o 7 de 24 h). Es fácil deducir que aplicar la DE es reducir el número de guardias mensuales de los MIR.

En las guardias, el MIR se enfrenta a multitud de situaciones que requieren toma de decisiones y suponen, por lo tanto, grandes oportunidades de aprendizaje. En las guardias se adquiere conocimientos médicos a través de la experiencia, competencias profesionales, autonomía, responsabilidades y gestión de la incertidumbre, entre otras cosas. Sin olvidar el trabajo en equipo en condiciones de presión o las habilidades relacionales o comunicativas¹¹ con familiares y pacientes.

En las especialidades quirúrgicas, las horas de guardia ofrecen muchas oportunidades de aprendizaje al lado de un cirujano más experimentado para ir adquiriendo cada vez mayor responsabilidad. El residente tiene más oportunidades de operar y enfrentarse a situaciones inesperadas de las que aprender. Es cierto que aparecen nuevos métodos. Desde la introducción de la cirugía laparoscópica, los entrenamientos con simuladores pueden hacer pensar que las horas de guardias ya

Es un sentir generalizado que las actuales generaciones de MIR no son iguales a las que nos precedieron. En un reciente trabajo realizado por McIntyre et al en Reino Unido, se ha comunicado que la entrada en vigor y la implementación de la DE se ha visto acompañada de un incremento de los días de bajas laborales de residentes respecto al periodo previo a su aplicación.

¿Es posible que la sinergia entre cambios de valores y legislación potencie un cambio de rumbo en el concepto de profesionalismo, en especial de las actitudes?

no sean tan necesarias para «hacer más manos». Existen múltiples programas simuladores que permiten rentabilizar las horas del MIR de especialidades quirúrgicas, al menos en lo referente al entrenamiento de la destreza. Pero otros aspectos como el juicio clínico o la relación con el paciente precisan de otras estrategias. Por ello muchos profesionales de la cirugía convienen que, por mucha simulación y estrategias docentes, menos de 5 o 6 guardias al mes se ven insuficientes.

Para ilustrar mejor el impacto en horas de formación efectiva, podemos comparar el total de horas en los distintos supuestos de 80 h semanales que se propone como límite en Estados Unidos y de 48 h semanales que propone la DE. Para la primera obtenemos 19.200 h en 5 años, mientras que en la segunda se dispone de 11.520 h en 5 años¹², de forma que se pierde cerca del 40% de esas horas. Recientes publicaciones^{13,14} alertan de que una reducción de horas de trabajo-formación tan marcada conlleva peores resultados formativos, especialmente en el ámbito quirúrgico.

Un argumento clásico es que el volumen de guardias tiene «amargados» a los MIR. Pero cuando se estudian las causas de malestar psicológico¹⁵ de este colectivo, el número de guardias no figura como una causa significativa.

Resulta inevitable compararse con Estados Unidos. Allí el debate⁹ sobre las horas de trabajo, los descansos y los niveles de supervisión de los residentes está lejos de lo que sucede en la formación de la mayoría de los MIR en España. En Estados Unidos ya se introdujeron cambios organizativos con limitación de horarios y descansos en 2003. Pero repasando algunos aspectos destaca que: en primer lugar, el debate que se plantea es pasar de 88 h de trabajo semanal actuales a un máximo de 80 h semanales. Se exige además que los descansos de los residentes estén garantizados y los niveles de supervisión se incrementen, en especial el primer año de formación, como aquí lo exigen los RD 1146/2006 y 183/2008. En segundo lugar, la regulación sobre las horas de trabajo y los descansos tiene su origen en la seguridad de los pacientes, a partir del caso de Libby Zion¹⁶. Por último, los organismos que intentan regular estos ámbitos (ACGME y el IOM) son exclusivamente de ámbito sanitario, a diferencia de la DE, que no lo hace específicamente para el sector médico. Muchos de los responsables de formación en ese país, además, son reticentes a tal reducción, pero especialmente en el caso de las horas de guardia de los residentes de primer año, tal vez motivados en que algunas publicaciones^{17,18} apuntan a que los beneficios globales de seguridad para el paciente no están garantizados con la aplicación de las restricciones que desde 2003 se han ido implementando. A modo de ejemplo, el American Collage of Surgeons se posicionó claramente contrario a la reducción por debajo de las 80 h semanales para los residentes de primer año, advirtiendo de las consecuencias negativas que conlleva y que ya se están experimentando en Europa,

Las 48 h (superables según dispone el artículo 17.3 de excepciones de la DE) que se fijan en la DE comprenden, en realidad, semanas de 37,5 h de jornada ordinaria y el resto (10,5 h) se supone que en guardias.

Las recomendaciones de guardias en las especialidades MIR durante parte o todo el periodo de formación recogidas en el RD 1146 y las Comisiones nacionales de especialidad son de entre 4 y 7 guardias mensuales. Esto supone entre 16 y 42 h de guardia a la semana según cómo se computen las horas y las guardias (4 guardias de 16 h o 7 de 24 h).

como ya se apuntó en párrafos anteriores. Además, los formadores se manifiestan mayoritariamente (86%) en contra de limitar las jornadas de guardias de los residentes de primer año a 16 h por turno.

Otras consideraciones y valoración final

Finalmente, cabe señalar algunos argumentos económicos nada despreciables. A nadie pasa inadvertido que el salario final de un MIR, así como el de muchos médicos, queda maquillado por los ingresos derivados de las horas de guardia. Supone en algunos casos prácticamente el 50% del montante final. Si a los MIR se les reduce el poder adquisitivo a través de la limitación de las horas de guardia, los ponemos en riesgo. Si además el RD 1146/2006 impide que el MIR busque dichos ingresos en otro trabajo, este hecho afecta claramente a la supervivencia y la independencia económica de los MIR. Los que se quieren emancipar y los que viven desplazados de su ciudad o incluso de su país de origen tienen unos gastos considerables. Cada vez más, entre las MIR la maternidad durante la especialización es una opción que se vive con mayor normalidad. Sobre este punto tan importante, puede ser para algunos disponer de tiempo de conciliación familiar, como la opción de incrementar los ingresos para otros. Por otro lado, las organizaciones sanitarias deberán reemplazar a los MIR por otros profesionales que garanticen la asistencia. La hora de guardia de un adjunto es más cara, por supuesto, pero además sabemos que en los últimos tiempos no abundan los profesionales para hacer guardias y en ocasiones comportan una pérdida de la calidad asistencial.

En definitiva, la DE, que a estas alturas vuelve a estar en revisión¹⁹ en lo que refiere a su aplicación en el ámbito sanitario, implica un gran esfuerzo para racionalizar la formación y obliga a todas las partes implicadas a unificar criterios. Se debe diseñar programas y estrategias docentes, pero sobre todo saber aplicarlos. Puede propiciar la introducción de nuevas tecnologías o una formación más centrada en el docente que en el alumno. Es probable que implique una actividad asistencial más supervisada para evitar ineficiencia y garantizar una mayor seguridad para los pacientes en los primeros años de formación. Quizá haga que los MIR dispongan de más tiempo libre, que podrán o no dedicar al estudio. Pero por otro lado siento que pone en riesgo un modelo de profesionalismo. Además puede abrir una brecha entre re-

En las guardias el MIR se enfrenta a multitud de situaciones que requieren toma de decisiones y, por lo tanto, suponen grandes oportunidades de aprendizaje.

Existen diferencias en los límites de horas semanales entre Estados Unidos (80 h semanales) y la CE (48 h semanales). En el primer caso se obtienen 19.200 h en 5 años, mientras que en la segunda se dispone de 11.520 h en 5 años (se pierde cerca del 40% de esas horas). Recientes publicaciones alertan de que una reducción de horas de trabajo-formación tan marcada conlleva peores resultados en el ámbito quirúrgico.

sidentes que quieren superar el límite de 48 h y los que no, tal como sucedió con la libranza de la guardia hace escasos años. ¿Vamos a inculcar a los futuros profesionales, independientemente de dónde y cómo ejerzan en el futuro, que el progreso científico, la dedicación a sus pacientes y su afán por aprender y saber tienen un límite? En el ideal de profesionalismo y la voluntad de superación seguramente hay

En el ideal de profesionalismo y la voluntad de superación, seguramente hay pocos que lo hayan conseguido a base de normativas que limiten su dedicación. Estamos hablando de un valor que sustenta el profesionalismo y la excelencia frente a un valor que homogeneiza a todos los profesionales y profesiones asalariadas.

pocos que lo hayan conseguido a base de normativas que limiten su dedicación. Estamos hablando de un valor que sustenta el profesionalismo y la excelencia frente a un valor que homogeneiza a todos los profesionales y profesiones asalariadas.

En mi opinión, la DE pone en peligro la formación de los especialistas del futuro por el menor tiempo del que dispondrán los MIR durante la residencia, espe-

cialmente mientras no se instauren cambios organizativos. Pero sobre todo preocupa el modelo de profesionalismo que inculcamos en la dedicación a los pacientes y en la autonomía profesional. No es lo mismo gozar de unos derechos que la imposición de unos límites. No se puede recortar de la misma manera el horario de un profesional médico que el de un fontanero u otras profesiones. Se requiere una presencia estrecha al lado del paciente para aprender, adquirir competencias y luego mantenerse competente.

Bibliografía



1. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Sábado 22 noviembre 2003. BOE núm. 280. p 41442. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
2. 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. Sábado 7 octubre 2006. BOE núm. 240. p 34864. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/10/07/pdfs/A34864-34870.pdf>
3. Directiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 4 de noviembre de 2003 relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo.
4. 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. Jueves 21 febrero 2008. BOE núm. 45. p. 10020-35. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/realDecreto183_2008.pdf
5. Tolchinsky G. De la generación X a la Generación @. Semin Fund Esp Reumatol. 2004;5:111-2.
6. Olivé A. El residente desmotivado. Semin Fund Esp Reumatol. 2007;8:1-2.
7. Mellén T, Sáez L. Joves i valors, Què mou els nostres joves? Col·lecció Observatori dels Valors. Barcelona: Fundació Lluís Carulla i ESADE; 2007.
8. McIntyre HF, Winfield S, Te HS, Crook D. Implementation of the European Working Time Directive in an NHS trust: impact on patient care and junior doctor welfare. Clin Med. 2010;10:134-7.
9. Nasca TJ, Day SH, Amis ES Jr. The new recommendations on duty hours from the ACGME Task Force. N Engl J Med. 2010;363:e3.
10. Temple J. Time for training: A review of the impact of the European Working Time Directive on the quality of training [citado 22 Nov 2010]. Disponible en: <http://www.mee.nhs.uk/PDF/14274%20Bookmark%20Web%20Version.pdf>
11. Núñez S, Marco T, Burillo-Putze G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. Med Clin (Barc). 2006;127:580-3.
12. How long does it take to train a surgeon? Purcell Jackson and Tarpley. BMJ. 2009;339:b4260.
13. Businger A, Guller U, Oertli D. Effect of the 50-hour workweek limitation on training of surgical residents in Switzerland. Arch Surg. 2010;145:558-63.
14. Lobato RD, Fernández-Alén J, Alday R. La repercusión de la nueva regulación del horario laboral del Residente sobre la calidad de la enseñanza en el Pregrado y el Postgrado. Neurocirugía. 2008;19:213-7.
15. Xavier Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. Estudi sobre la salut dels residents de catalunya. COMB. 2008. [citado 2 Ene 2011]. Disponible en: http://www.fglatea.org/pdf/estudi_mir_cast.pdf
16. Gaba DM, Howard SK. Fatigue among clinicians and the safety of patients. N Engl J Med. 2002;347:1249-55.
17. Jagsi R, Weinstein DF, Shapiro J, Kitch BT, Dorer D, Weissman JS. The Accreditation Council for Graduate Medical Education's limits on residents' work hours and patient safety — A study of resident experiences and perceptions before and after hours reductions. Arch Intern Med. 2008;168:493-500.
18. Glehart JK. The ACGME's Final Duty-Hour Standards — Special PGY-1 limits and strategic napping. N Engl J Med. 2010;363:1589-91.
19. Revisión de la Directiva de tiempo de trabajo 2003/88/CE. Consulta Pública de la Comisión Europea. Europa al Día [citado 18 Ene 2011]. Disponible en: http://www.cgom.es/europa_al_dia/2011/333