

El número de horas de trabajo del residente de cirugía. ¿Dónde está el límite para que no se dañe la formación?

A. J. González Sánchez, B. Sánchez Pérez, A. Bayón Muñiz

Hospital Regional Universitario de Málaga Carlos Haya. Málaga

La educación de los residentes de cirugía se ha basado clásicamente en el axioma “mira uno, haz uno, enseña uno”, empleándose para su entrenamiento el modelo germano de la Universidad de Leaden concebido por Behave¹. Este modelo planteaba un estilo de vida restrictivo en el que los residentes vivían en el Hospital y trabajaban continuamente con una mínima remuneración. Implantado por Halsted en EEUU, allí fue aceptado paulatinamente, fundamentalmente cuando los aspirantes valoraban el prestigio y el sueldo resultante de este entrenamiento.

Este modelo sufre una crisis en la actualidad, incluso en Norteamérica. Por un lado, la aparición de nuevas técnicas y de nuevos avances científicos e informáticos aportan novedades al entrenamiento de los residentes y, por otro, la mejor información por parte de los ciudadanos acerca de su salud ha generado nuevas expectativas. Son clásicos los pleitos que se suceden en EEUU con el argumento de las horas de trabajo de los residentes de cirugía¹; de ello ha derivado un con el objetivo de mejorar la calidad de vida del residente en un intento de mejorar también la calidad asistencial.

Desde el punto de vista asistencial estamos también ante un nuevo reto. Los sistemas sanitarios europeos cada vez están más volcados en la mejora de la eficiencia. La cirugía ambulatoria se potencia, la estancia hospitalaria se reduce y el número de camas disminuye²; sin embargo, el impacto de estos cambios en la calidad de la formación todavía está por ver. En un Hospital de Tercer Nivel los procedimientos en los que el cirujano se iniciaba, como la hernia inguinal o la colecistectomía, han pasado a programas de cirugía ambulatoria, que no son probablemente los mejores para realizar un entrenamiento; además, los enfermos que se intervienen de estas patologías menos complejas de forma electiva en regímenes de hospitalización son pluripatológicos y complejos, lo que los hace también poco indicados para el residente de cirugía que se está formando.

Es indudable que durante el período de residencia, sobre todo en los últimos años, se establece una doble relación entre el residente y el sistema sanitario. De una parte, el residente recibe una formación especializada de alta calidad por parte del sistema; por su parte, éste reparte las cargas de trabajo contando con los médicos que se forman, que históricamente han asumido una fuerte carga asistencial como parte de la docencia. Así, en EEUU, se calcularon los gastos que suponen la reducción de la jornada semanal a 80 horas, y se considera que la que han de realizar los hospitales requiere un gran esfuerzo económico, organizativo e imaginativo³. En España quizás los gastos económicos no serían tan altos, pero desde luego sí provocaría una mayor carga asistencial del personal “staff” facultativo del servicio, que no debe entender estos cambios como un desinterés del médico en formación sino que han de asumirlo como una conquista social, pensando en todo momento continuar con la misma calidad docente.

A pesar del paso a la jornada de 80 horas, en EEUU cerca del 20% de los aspirantes a cirujano general abandonan la residencia para iniciar otro programa no quirúrgico o incluso una especialidad quirúrgica distinta⁴.

En Francia, Alemania e Inglaterra la situación se ha tildado de catastrófica. En la región de París, según datos de 2004, había menos de 10 residentes de Cirugía Digestiva, lo que ocasionaba importantes problemas incluso en la labor diaria de los Servicios². En Inglaterra hay menos cirujanos por habitantes que en la mayoría de los países europeos y éste es un problema sin visos de solución a corto plazo⁵. En Alemania, existen serias dificultades para cubrir las vacantes quirúrgicas, sobre todo en puestos de residentes⁶.

En España, donde el sistema MIR garantiza un flujo constante de residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo, determinado por la Comisión Nacional de la Especialidad y la Administración, nos encontramos con que progresivamente se ha ido eligiendo nuestra especialidad con números cada vez más altos, lo que traduce que con el paso del tiempo es menos atractiva para los médicos recién graduados, que preferentemente eligen especialidades con una mejor calidad de vida.

Correspondencia Antonio J. González Sánchez. Secretaría de Cirugía General y Digestiva. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Av. de Carlos Haya, s/n. 29010 Málaga. antoniojgs@yahoo.es

Ante este panorama, estamos obligados a revisar nuestro sistema formativo, con el doble fin de, por un lado, adecuarlo a la demanda de nuestra sociedad, y por otro, de continuar haciendo nuestra especialidad atractiva a los médicos recién graduados, todo ello sin perder calidad durante el período de residencia.

Tal y como se describe en el proyecto de programa de la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo⁷, el residente de esta especialidad debe recibir formación quirúrgica asistencial, en metodología de la investigación clínica, en gestión clínica y en bioética, a lo largo de los 5 años de residencia.

En el momento actual hay diversas normativas que regulan las horas de trabajo de los residentes, una de ellas de ámbito europeo y la última y más reciente en el ámbito español. La apertura de fronteras y el reconocimiento de los profesionales de la salud entre los estados miembros de la Unión Europea ha obligado a una homogeneización de los sistemas formativos.

Desde el 1 de Agosto de 2004, los médicos europeos en formación no deben superar una media de 56 horas semanales, que pasarán a 48 horas en 2009⁸; la reducción final tiene una moratoria de 3 años. Inicialmente se consideró que las horas de trabajo se referían al tiempo que el residente emplearía en realizar tareas asistenciales tales como intervenciones quirúrgicas, visita clínica y consulta de enfermos o tareas de investigación. Sin embargo, la Corte de Justicia Europea redefinió las horas de trabajo, considerando que eran todas aquellas que el trabajador estuviera en su lugar de trabajo⁹. Así mismo, el tiempo máximo que el residente puede estar de guardia en el hospital es de 58 horas a la semana. El resto de las recomendaciones son las siguientes: a) once horas de descanso continuado cada período de 24 horas; b) descanso mínimo de 20 minutos cada 6 horas de turno; c) descanso mínimo de 24 horas cada 7 días o de 48 horas cada 14 días; d) 4 semanas libres cada año; y, e) turnos de trabajo máximos de 8 horas cada 24 horas para trabajadores nocturnos.

En España, la formación de los especialistas en ciencias de salud se rige por los dictámenes del Real Decreto publicado el 7 Octubre de 2006 en el BOE¹⁰. Desde esta fecha la jornada semanal ordinaria del residente no podrá ser mayor de 37,5 horas en cómputo semestral, a excepción de otro pacto, convenio o acuerdo. Igualmente, no se podrán realizar más de 7 guardias al mes. Sumando la jornada ordinaria y la complementaria se aplicará progresivamente al personal residente, tanto en Centro Públicos como privados, las siguientes jornadas máximas: 1) jornada máxima de 58 horas semanales de promedio en cómputo anual hasta el 31 de Julio de 2007; 2) jornada máxima de 56 horas semanales de promedio en cómputo semestral, entre el 1 de Agosto de 2007 y el 31 de Julio de 2008; 3) jornada máxima de 48 horas en cómputo semestral a partir del 1 de Agosto de 2008.

Otros aspectos relacionados con la jornada laboral regulados por el Real Decreto son:

1.— Descanso continuo mínimo de 12 horas entre el final de una jornada y el inicio de la siguiente.

2.— Descanso continuo de 12 horas después de 24 horas de trabajo ininterrumpido, salvo en casos de especial interés formativo estipulados por el tutor o en problemas organizativos insuperables.

3.— Disfrute de las fiestas, permisos y vacaciones reguladas en el Estatuto de los trabajadores, pero fijándolas atendiendo al programa de docencia y a las necesidades asistenciales de cada centro (se especifica que les serán de aplicación los pactos y acuerdos del personal estatutario, siempre que sean compatibles con la norma específica).

4.— Tendrán derecho a una organización de su horario de trabajo que, sin suponer una disminución del número anual de horas establecido, le permita realizar jornadas diarias no superiores a 12 horas en caso de embarazo, cuando tenga a su cuidado directo algún menor de la edad establecida en el artículo 37,5 del estatuto de los trabajadores o a una persona con discapacidad física, psíquica o sensorial que no desempeñe una actividad retribuida, cuando le sea necesario encargarse del cuidado directo de un familiar hasta segundo grado o afinidad que por edad, accidente, enfermedad o discapacidad no pueda valerse por sí mismo, y que no desempeñe actividad retribuida o cuando tenga la guardia y custodia no compartida de un hijo menor de edad.

Sin embargo, no se contempla ni el descanso de un día y medio a la semana, acumulable como máximo durante 14 días, ni la reducción del tiempo de trabajo o reorganización del tiempo de trabajo en casos de violencia de género (sí tendrá derecho preferente a que se le asigne otra plaza de residente en formación de la misma titulación y especialidad en otra localidad en caso de que se vea obligada a abandonar la localidad donde prestaba sus servicios).

Aunque no es el interés de este artículo organizar las horas de trabajo de los residentes en nuestros hospitales, a efectos prácticos un posible modelo de trabajo sería aquel en el que el residente comenzara su ciclo semestral con guardia un lunes y repitiera guardia cada 8 días. De esta forma el cómputo semestral aproximado de guardias serían 23, algo menos de 4 al mes. El número de horas semanales en este semestre sería de 48,94 horas. Si restamos días de fiesta (en Andalucía desde el 1 de Enero al 1 de Julio se contemplan como mínimo el 6 de Enero, el día de Andalucía, el Jueves y el Viernes Santo), estaríamos por debajo de las 48 horas semanales y con suficiente margen para alguna otra guardia.

¿Será este modelo compatible con la adecuada formación quirúrgica del residente?. Con un modelo de trabajo como el propuesto, a lo largo de los 5 años los residentes harían 170 guardias en días distintos a viernes y sábados, los dos únicos días de la semana sin descanso posterior tras una guardia. Eso quiere decir que los residentes perderán 170 días de su formación, y eso sin contar los períodos vacacionales. Por otro lado, ¿cómo se integrarán los residentes en actividades extraordinarias, como los programas de trasplantes de órganos sólidos?. Estos procedimientos aportan una excelente experiencia a los cirujanos en formación, especialmente la extracción de órganos en donantes en muerte encefálica; sin embargo estos actos quirúrgicos suelen llevarse a cabo a deshora y de forma inesperada. Quiere esto decir que si el residente ha participado en una extracción multiorgánica no debe trabajar aquel número de horas que haga sobrepasar las 48 horas semanales estipuladas de trabajo máximo, aunque se hayan realizado a horas que permitan un descanso reparador. Y si las trabajara, ¿qué ocurriría desde el punto de vista legal?.

Estamos tan alejados del sistema americano de las 80 horas que asaltan dudas. ¿Serán los cirujanos españoles y europeos competitivos con respecto a los americanos?. En el momento actual no hay diferencias evidentes en cuanto a la capacitación profesional a uno y otro lado del Atlántico, pero, ¿las habrá en un futuro?. ¿Arriesgan la salud de la población general en EE. UU. dejando que profesionales con 80 horas de trabajo a las espaldas tomen decisiones y realicen actos de alta responsabilidad?. ¿Olvida el sistema americano los aspectos formativos globales del individuo y, es en Europa dónde se forjan buenos cirujanos y buenos individuos?. Parece claro que con 48 horas de trabajo máximo es difícil reservar horas de trabajo hospitalario para la actividad científica. Pero, ¿es mejor estudiar, investigar y escribir en casa?.

A la luz del estado venidero de las cosas parece una quimera poder desarrollar todos los aspectos de un programa de formación tan exigente como el de nuestra especialidad en 5 años. Si se recorta el tiempo de trabajo por un lado, habrá que ganarlo por otro. Pero, ¿qué soluciones podemos dar?. Inicialmente parece que alargar el período de residencia de 5 a 6 años podría ser una de ellas, pero probablemente ni nuestros gestores ni los estudiantes de Medicina estén de acuerdo. En un momento de nacimiento del programa docente de nuestra especialidad, ya parece enfermo. ¿Qué es más ético, formar cirujanos generales y del aparato digestivo de forma insuficiente, o crear desde el principio programas diferentes para diferentes áreas de nuestra profesión?.

Por tanto, en nuestro medio nos enfrentamos a un verdadero reto, compatibilizar una formación y una labor asistencial de alta calidad que cumpla los estándares a los que necesariamente debemos estar sujetos, la legislación laboral vigente y nuestro estilo de vida.

No parece suficiente el modelo clásico del maestro y aprendiz, sino que los programas de formación deben estar perfectamente adaptados y programados para ajustarlos al aprendizaje de la doble vertiente práctica y científica que debe tener el cirujano general y del aparato digestivo. El tiempo del residente de cirugía es oro y el aprendizaje a demanda es claramente deficitario. No debemos pensar que los residentes actuales no están motivados. Por el contrario, su modo de encarar la residencia es acorde con la legislación laboral vigente, fiel reflejo de la sociedad en la que vivimos. Los docentes tenemos la obligación de entenderlo así. Sin relajarnos, debemos establecer medidas que permitan garantizar la adecuada formación de los futuros cirujanos.

Surgen en estos momentos nuevas figuras que necesariamente se han de implantar en los servicios docentes y en el currículo del residente, a saber, un tutor de residentes en contacto con la Comisión Nacional de la Especialidad, la Jefatura de Servicio y los propios residentes, que vele por el cumplimiento del programa, necesariamente apretado, y un libro del residente en el que aquel pueda ver qué objetivos debe ir cumpliendo y cómo los va desarrollando.

En un futuro no muy lejano el programa de la especialidad puede quedar obsoleto. Un programa troncal durante los 2 ó 3 primeros años seguido de programas diferenciados hasta el final de la residencia podría ser una solución.

Es nuestra obligación adaptarnos a la nueva legislación laboral, pero a la vez seguir formando buenos cirujanos para la sociedad.

Bibliografía.

1. Kikellea BK, Chao L, Scarpinato V, Wallack MK. The 80-hour workweek. *Surg Clin North Am* 2004 Dec; 84(6):1157-72.
2. Dumo K, Traynor O, Broos P, Gruwez JA, Darzi AW, Williams NN. Surgical education in the new millenium: the European perspective. *Surg Clin North Am* 2004 Dec;84(6):1471-91.
3. Weinstein D. Duty hours for resident physicians. Togh choices for teaching hospitals. *N Engl J Med* 2002;447(16):1276-78.
4. Debas HT, Bass BL, Brennan MF, Flynn TC, Folse R, Freischlang JA, Friedmann P, Greenfield LJ, Jones RS, Lewis FR, Malangoni MA, Pellegrini CA, Rose EA, Sachdeva AK, Sheldon GF, Turner PL, Warsaw AL, Welling RE, Zinner MJ. American surgical association blue ribbon committee report on surgical education:2004. *ANN Surg* 2005 Jan; 241(1):1-8.
5. Surgeon shortfall "growing fast". Available at: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/1702034.stm>. Accessed May 20,2004.
6. Büchler P et al. *Surgery* 2003;134(1):3-11.
7. Parrilla P, Landa JI, Moreno E, Alarco A, Martínez E, Rodríguez JA, Trías M, López E, Gómez A, Ortega P, Cantín S. Proyecto de programa de la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo. *Cir Esp* 2006;80(3):133-44.
8. Directive 2000/34/EC of the European Parliament and Council. *Official Journal of the European Community* 2000;L195:41-5.
9. Judgement of 3 October 2000: Case C-303/98 Sindicato de Médicos de Asistencia Pública (SIMAP) y Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana. *European Court Reports* 2000:1-7963.
10. Real Decreto 1146/2006, por el que se regula la relación especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud (BOE nº 240 de 7 de Octubre de 2006).