



Formació de l'especialista mèdic

Stefan G. Prado

Metge resident de medicina familiar i comunitària, Hospital Lluís Alcanyís,
Xàtiva, València

En plantejar la formació de l'especialista mèdic dins aquesta taula rodona sobre la veu dels estudiants es pretén tractar totes aquelles qüestions que poden afectar el metge resident, així com les novetats que han aparegut a aquest àmbit en els darrers anys, des del moment d'acabar la llicenciatura de medicina fins al treball a l'hospital.

Per començar, no es pot comprendre què és un resident (metge en formació que desenvolupa les seves tasques a l'hospital o centre de salut), sense fer una estimació de tots els graons pels quals ha hagut de passar al llarg de la seva formació, encara en procés.

Aquest camí comença amb la llicenciatura de Medicina (i Cirurgia) després de sis anys d'estudi. Després d'això, l'estudiant es troba amb un nou pas. Pot començar a treballar en la sanitat privada o pot continuar la seva formació com a metge especialista. El problema que deriva d'aquest cas és que a les institucions privades es demana l'especialitat com a mèrit curricular, amb la qual cosa el títol de medicina no permet ascendir i tindre una seguretat dins d'aquesta via. Cal, a més, tindre en compte que gairebé no ofereixen places per a realitzar-la. Així és com al final es crea una via quasi única que consisteix en l'especialització. Per aconseguir aquesta tasca s'ha de passar per una prova selectiva a escala estatal que és el conegut examen MIR. Es tracta d'una prova tipus test que, amb una aparent objectivitat i juntament amb l'expedient acadèmic, situa el candidat

llicenciat en medicina en una posició determinada per a escollir la plaça desitjada o acceptable per a especialitzar-se al sistema públic de salut. Aquest sistema —el sistema MIR inclou tant la prova selectiva com la residència— ha estat criticat per diversos sectors sanitaris i universitaris; no podem oblidar que altres països europeus no inclouen aquestes proves i igualment s'ajusten a les normatives de la Unió Europea.

El sistema MIR es va instituir al 1972 a tot l'Estat espanyol i encara que el debat està obert, ha estat considerat prestigiós donada la seva aparent objectivitat, a més del fet que ens convertia en un dels països on la formació mèdica especialitzada és més llarga.

Tot i això, a hores d'ara sembla ser que es pretén realitzar una reforma d'aquest model d'especialització. La reforma s'enuncia a l'anomenada Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries, la qual planteja que, a més de la prova selectiva ja esmentada, s'incloga una avaluació d'habilitats clíniques i comunicatives, augmentar el número d'anys de formació així com introduir el curriculum acadèmic com a factor de selecció. No es comprèn la necessitat d'aquesta reforma, si ja comptàvem amb el sistema més llarg i un dels aparentment més prestigiosos d'Europa quant a formació de metges. A més, no es pot oblidar que suposa passar d'una prova tipus test (objectiva) a incloure altres mèrits que condueixen indubtablement a la subjectivitat.

Si continuem amb el procés que segueix el metge en formació, trobem que una vegada realitzada la prova i escollida la plaça, l'estudiant signa un contracte, que sovint suposa la seva primera relació laboral. El futur resident es troba amb unes clàusules que defineixen l'objecte, la duració, la dedicació, l'horari, l'avaluació de la formació, les vacances i els permisos, els drets i deures i les causes d'extinció del treball que va a desenvolupar. En aquest punt han sorgit una sèrie de canvis i conflictes al llarg dels darrers anys, que convé tractar ara.

Hi ha una triple dimensió del que ja podem anomenar com a resident: la formació docent, la investigació i l'assistència sanitària. Lògicament, al principi tenen més pes les dues primeres i a mesura que avança la residència va guanyant més paper la dedicació assistencial. Malauradament, en alguns casos aquesta múltiple dimensió no s'acompleix. Es així com ens trobem que davant la manca de planificació dels hospitals, quan la demanda assistencial es veu augmentada, els metges en formació es veuen obligats a incrementar la càrrega d'hores dedicada a l'assistència al·legant-se necessitats de servei. Aquest abús de la dedicació dels residents, que arriben a ser mà d'obra barata, també es produeix en situacions de normalitat

als hospitals i, en certs casos, poden arribar a dur el major pes de les guàrdies. Això repercuteix considerablement en la seva formació, ja que es veu alterat el temps que ha de dedicar-se a les altres activitats que desenvolupen a l'hospital. No pot haver-hi una bona docència si el resident no té ni condicions físiques ni temps per a aprendre.

L'horari és també un tema conflictiu que ha canviat als darrers anys. Una sèrie de sentències, com també les directives europees, obrin pas a una jornada laboral més raonable. Si fem un poc de record històric, veiem que fins al 1999 a tots els contractes MIR de l'estat espanyol hi havia una clàusula que permetia jornades de fins a 31 hores seguides (és a dir, ajuntar una jornada ordinària amb una guàrdia i amb la jornada del dia següent). Aquesta situació va canviar arran d'una sentència del Tribunal Comunitari de Luxemburg que va plantejar l'assumpte SIMAP (SIMAP és un sindicat de metges d'assistència pública, que actua en el País Valencià). En aquest cas es demandava a la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana per la situació d'abús laboral que rebien els metges en haver de fer jornades il·limitades. Com quedà clar, dins d'aquest col·lectiu també estaven inclosos els residents. El tribunal comunitari va dictar sentència a favor d'aquest sindicat amb uns punts fonamentals que resumits deien el següent: L'activitat dels metges està inclosa a l'àmbit de les directives europees del temps de treball; el temps d'atenció continuada en règim de presència física és temps de treball en la seva totalitat i, en el seu cas, representa hores extraordinàries. A més, els servei en règim de localització ha de ser considerat com a temps de treball quan hi hagi prestació efectiva del mateix, sense que la resta del temps es consideri com a temps de descans. El treball dedicat a atenció continuada constitueix un treball per torns.

Aquesta sentència, que pareix evident i raonable, va crear jurisprudència al territori europeu i va permetre l'aparició d'una sèrie de canvis. És així com davant d'aquest marc legal, una sentència del Tribunal Suprem del 15 de Febrer de 1999 recull el dret de no treballar l'endemà de la guàrdia, per la qual cosa es va haver de retirar la clàusula esmentada abans que permetia el treball al llarg de 31 hores sense descans als contractes MIR del País Valencià. Aquesta mesura es va estendre més tard a Catalunya i a Andalusia.

Una nova sentència del Tribunal Suprem del 18 de febrer de 2003 regula encara més la jornada laboral dels residents i la fixa en un màxim de 58 hores setmanals, que s'haurà de reduir en pocs anys a 48 hores per tal d'ajustar-se a la directiva europea (93/104). Aquesta mateixa sentència es

pronuncia també sobre la clàusula dels contractes dels MIR que declarava «està obligat a realitzar tantes hores d'atenció continuada com exigeixin les necessitats organitzatives de l'hospital», que només és vàlida si s'interpreta segons els preceptes legals vigents. Els preceptes vigents són els de la directiva 00/34 que diu que els residents també estan inclosos a les 58h/48h al 2008.

Aquestes sentències suposen un avanç per a la salut laboral del resident, a banda que és ben clar que cap metge pot atendre en condicions els malalts quan està fent jornades laborals maratonianes. També es cert que aquesta situació limita fonamentalment el número de guàrdies que un resident pot relitzar setmanalment i afavoreix la formació com a metge podent-li dedicar les hores necessàries. De totes maneres, això no vol dir que l'atenció continuada no sigui una part fonamental per al desenvolupament del resident, però això sí, dedicant-li el temps lògic.

El gran problema que sorgeix en aquest punt és que certes administracions no estan aplicant aquestes directives. Existeix la coneguda cultura de no tenir un dia lliure després d'una guàrdia, justificada per la fal·làcia de dir que és una condició important per a la formació. Per altra banda, al pla docent actual es recomana al resident fer entre 55 i 60 guàrdies l'any, fet que està en contradicció amb la directiva europea.

Una altra contradicció la trobem dins del marc dels dies de descans en relació a les guàrdies. Si el resident es pren un dia lliure després d'una guàrdia, és perquè decideix fer-ho de manera individual i no perquè tingui el suport de l'administració. És a dir, és cadascun dels metges residents qui comunica al tutor del rotatori que no acudirà al servei per tal de poder descansar, cosa que el situa en una situació de solitud front als estaments superiors.

Quant a les retribucions econòmiques dels residents, és ben sabut que són baixes; per exemple, les guàrdies freguen els sis euros l'hora. Aquesta és una raó que sovint empeny els residents a fer més guàrdies per tal d'augmentar els seus ingressos i potser per una manca d'informació, ja que en ser reconeguts com a treballadors tenen representació en els diferents comitès d'empresa i, per tant, poden negociar amb l'administració les seves millores laborals.

Quant als drets i deures, el creixent nombre de dones que estudien a les facultats de medicina i en conseqüència de dones residents (que arriba al 80 per cent) crea una nova realitat a l'exercici de la medicina, que previsiblement serà una professió de dones. Apareix la necessitat de preveure les repercussions d'aquest fet, així com d'aplicar les lleis per garantir la igual-

tat de sexes per tal de conciliar la vida familiar i la laboral. No hi ha cap referència a la metgessa a la nova llei Llei de l'Estatut Marco del Personal Estatutari dels Serveis de Salut. La maternitat de la metgessa és penalitzada. Això comença ja al període MIR, donades les penoses condicions laborals i que és una època en què la dona està en plena edat fèrtil. Ni al contracte MIR ni als programes formatius de les especialitats es fa referència a la compatibilitat de treball, formació i maternitat.

En conclusió, en primer lloc es planteja la pregunta de si més anys de formació equivalen a millors metges o si seria suficient amb menys anys però millor aprofitats, incloent-hi els de llicenciatura. Per altra banda, des d'un punt de vista general, es pot dir que la situació dels residents ha millorat en els darrers anys. Cal una conscienciació que el resident és un «treballador en formació i que la seva presència als hospitals ha de ser a banda de la plantilla» existent, ja que no es pot fer dependre l'assistència sanitària de la seua activitat professional.

També cal remarcar que existeix una resistència a les administracions per executar les noves lleis. Atribueixen raons econòmiques per no fer els canvis oportuns, però la realitat és que no són admissibles aquestes raons com es reflecteix a les sentències del Tribunal Europeu i del Tribunal Suprem. L'activitat assistencial que deixin de fer els residents per la nova situació ha de ser compensada amb un augment de plantilla, si és necessari, ja que aquesta és una qüestió en la qual ni es pot ni s'ha d'estalviar, perquè en depèn la formació dels nous metges i la salut de la societat.