



Mayo 2024

Las guardias en la sanidad pública: el papel del personal médico interno residente en el marco de su especial relación laboral

Eugenio Santa Bárbara Martínez

Inspector de Trabajo y Seguridad Social (Cádiz, España)
esantabarbaram@mites.gob.es

Extracto

En el presente artículo se analiza el sistema de guardias que organiza el Sistema Nacional de Salud en sus centros asistenciales, tanto hospitales como centros de salud, para ofrecer asistencia sanitaria continuada y permanente de urgencia a la ciudadanía. En particular, se aborda la problemática que genera en materia de jornada, seguridad y salud laboral. El artículo se centra en el papel del personal médico interno residente en el marco de su relación laboral y pone de manifiesto los riesgos que genera para el personal médico y paciente.



Sumario

1. Introducción. El derecho a la asistencia sanitaria
2. El profesional de la asistencia sanitaria
3. El carácter estatutario del profesional sanitario
4. La relación laboral de carácter especial del personal MIR
5. El tiempo de guardia para el personal MIR
6. La guardia como tiempo de trabajo
 - 6.1. Límites de la jornada de trabajo y régimen de descansos
 - 6.1.1. Duración del tiempo de trabajo
 - 6.1.2. Personal estatuario
 - 6.1.3. Personal residente
 - 6.2. Trabajo a turnos
 - 6.3. Trabajo nocturno
 - 6.4. Jornada y salud
7. Conclusiones

1. Introducción. El derecho a la asistencia sanitaria

El artículo 43 de la Constitución española (CE) reconoce el derecho a la protección de la salud.

Una de las medidas que derivan del derecho a la protección de la salud es la asistencia sanitaria, para lo cual el Sistema Nacional de Salud (SNS), con medios y recursos propios, humanos y materiales, debe organizar una asistencia a través de los servicios definidos para tal fin, hospitalaria y ambulatoria, preventiva de enfermedades y reactiva ante la aparición de las mismas, continuada, básica y de urgencias.

Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio en España de este derecho se regulan por la [Ley 14/1986, de 25 de abril](#), general de sanidad (LGS). Así, en su título I, sobre el sistema de salud, se recogen los principios y actuaciones que le son propios.

Según documentación publicada por el Ministerio de Sanidad, el SNS es

el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

Conforme al [artículo 7 de la LGS](#), los servicios sanitarios adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.

La CE diseñó una organización territorial del Estado que posibilitó la asunción por las comunidades autónomas (CC. AA.) de competencias en materia de sanidad ([art. 148.1.21.^a CE](#)). Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las CC. AA. han asumido paulatinamente competencias en esta materia. El proceso de transferencia de la asistencia sanitaria gestionada por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) se inició en 1981 y culminó en el año 2002, manteniendo la Administración General del Estado la gestión de la sanidad en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla a través de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA, anterior INSALUD). De este modo, las CC. AA. ejercen sus competencias, entre otras materias, en asistencia sanitaria.

Para ello, las CC. AA. han asumido las funciones y servicios, los bienes, derechos y obligaciones relativos a dichas competencias, el personal y los créditos presupuestarios adscritos.

Cada comunidad autónoma cuenta así con un servicio de salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

La LGS concreta los instrumentos de colaboración y crea como órgano de coordinación el Consejo Interterritorial del SNS. Posteriormente, la [Ley 16/2003, de 28 de mayo](#), de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, contempla el Consejo Interterritorial con este mismo carácter de órgano de coordinación, y profundiza en materia de coordinación y cooperación dentro del SNS.

Andalucía, en particular y a modo de ejemplo, asume por el [Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero](#), el traspaso a la comunidad autónoma de las funciones y servicios del INSALUD.

En cuanto al contenido de la asistencia sanitaria como tal, el [artículo 18 de la LGS](#), lo concreta en las siguientes actuaciones:

- La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.
- La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.

Conforme a la organización de estos servicios, esta asistencia se produce tanto en centros de salud como en el entorno hospitalario, y es en los mismos donde se recibe igualmente la asistencia sanitaria de urgencias. Es precisamente en esta asistencia sanitaria de «urgencias», ante una situación de emergencia sanitaria, donde más sentido cobra el derecho a la protección de la salud.

A tal efecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende como urgencia sanitaria una situación de aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.

La American Medical Association (AMA) define urgencia médica como aquella situación que requiere atención médica inmediata. En ella se incluye tanto la urgencia real (objetiva) que requiere, sin matizaciones, una atención médica inmediata, como la urgencia (subjetiva) generada por la ansiedad, preocupación, miedo o cualquier situación que haga considerar al paciente, a sus familiares o a sus responsables legales la necesidad de recibir atención médica.

A su vez, la OMS considera emergencia médica a todas aquellas situaciones en las que se requieren acciones y decisiones médicas inmediatas. Aquel caso en que «la falta de asis-

tencia conduciría a la muerte en minutos». A su vez la AMA lo define como «aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano».

La realidad en España, agravada a partir de la pandemia sanitaria generada por la COVID-19, es que la saturación o insuficiencia de los servicios de atención primaria hace que la ciudadanía acuda masivamente a los servicios de urgencia sanitaria, tanto en centros de salud como en hospitales, bien por un mal uso de los mismos, bien ante la imposibilidad de ser atendidos en atención primaria (por especialista de medicina de familia o pediatría) o en consultas externas hospitalarias, lo que hace que muchas de las consultas que se atienden en estos servicios de urgencias no respondan a una situación de urgencia médica, ni mucho menos de emergencia sanitaria.

Esta saturación de los servicios de urgencia sanitaria ya sea por casos de urgencia, emergencia médica real o por mal uso de estos hace que las guardias necesarias para su atención por profesionales durante 24 horas al día y 365 días al año (bien en jornada ordinaria o complementaria) se conviertan en una atención continuada y permanente de pacientes durante toda la jornada laboral.

2. El profesional de la asistencia sanitaria

El marco regulatorio para el ejercicio de las competencias sanitarias en España lo encontramos en la [Ley 44/2003, de 21 de noviembre](#), de ordenación de las profesiones sanitarias (en adelante, [Ley 44/2003](#)) y en la [Ley 55/2003, de 16 de diciembre](#), del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (en adelante, [Estatuto Marco](#)).

El [artículo 6.2 a\) de la Ley 44/2003](#) establece que

corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.

Paralelamente, según el [artículo 7.2 a\)](#), «corresponde a los diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades».

Son esencialmente estos 2 amplios colectivos profesionales los encargados de la asistencia sanitaria en España, en particular los que ofrecen en los servicios de urgencias la asistencia sanitaria continuada requerida por este servicio público, y ello bajo los principios de trabajo en equipo, capacitación profesional y cooperación multidisciplinar que consagra el [artículo 9](#) de dicho texto legal para ofrecer una atención sanitaria integral.

Para una adecuada capacitación profesional y, en particular, para la formación del personal médico destinado a prestar asistencia sanitaria en el SNS, se necesita, además del título habilitante y de la superación de las pruebas de acceso como médico interno residente (MIR), una formación inicial conforme a los principios recogidos en el artículo 12 de la LGS, así como la actualización permanente de conocimientos mediante una formación continuada de los profesionales sanitarios, concebida como un derecho y un deber de estos.

Así, conforme al [artículo 15.2 de la Ley 44/2003](#):

La formación especializada en Ciencias de la Salud tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma.

De acuerdo con el [artículo 16](#) del mismo texto legal, los títulos de especialistas en ciencias de la salud, expedidos por el Ministerio de Sanidad y que tienen carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado, habilitan para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados.

Además, conforme al [artículo 17](#), la obtención del título de especialista requiere:

- a) Estar en posesión del título de licenciado o diplomado universitario que, en cada caso, se exija (en la actualidad, título de grado).
- b) Acceder al sistema de formación que corresponda, así como completar este en su integridad de acuerdo con los programas de formación que se establezcan.
- c) Superar las evaluaciones que se determinen y depositar los derechos de expedición del correspondiente título. Así, el acceso a la formación sanitaria especializada se efectuará a través de una convocatoria anual de carácter nacional por parte del Ministerio de Sanidad (examen MIR) ([art. 22.1](#)).

La formación de especialistas en ciencias de la salud implica, por ello, tanto una formación teórica y práctica como una participación personal y progresiva del especialista en formación en la actividad y en las responsabilidades propias de la especialidad de que se trate. Dicha formación tendrá lugar por el sistema de residencia en centros o unidades acreditados conforme a lo previsto en el [artículo 26 de la Ley 44/2003](#).

3. El carácter estatutario del profesional sanitario

Conforme a la [exposición de motivos](#) del ya mencionado Estatuto Marco, la integración en los servicios de salud de los diferentes servicios sanitarios públicos del respectivo ám-

bito territorial se ha realizado con las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre ellas el régimen jurídico de su personal con vinculación ya sea funcionarial, laboral o estatutaria.

Así, si bien el personal funcionario y laboral ya vio sus respectivos regímenes jurídicos actualizados tras la promulgación de la [CE](#), no había sucedido así respecto al personal estatutario que venía en gran parte regulado por estatutos preconstitucionales. Resultaba, pues, necesario actualizar y adaptar el régimen jurídico de este personal, tanto en lo que se refiere al modelo del Estado autonómico como en lo relativo al concepto y alcance actual de la asistencia sanitaria.

Los profesionales sanitarios y demás colectivos de personal que prestan sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social han tenido históricamente en España una regulación específica, en la que ya se les identificaba con la expresión «personal estatutario» derivado directamente de la denominación de los 3 estatutos de personal: el estatuto de personal médico, el estatuto de personal sanitario no facultativo y el estatuto de personal no sanitario de tales centros e instituciones.

Por ello, la [Ley 30/1984, de 2 de agosto](#), de medidas para la reforma de la función pública, mantuvo vigente en su totalidad el régimen estatutario de este personal, determinando, en su [disposición transitoria cuarta](#), que sería objeto de una legislación especial. Asimismo, la LGS, en su [artículo 84](#), estableció que un estatuto marco regularía la normativa básica aplicable al personal estatutario en todos los servicios de salud, como normas básicas específicas y diferenciadas de las generales de los funcionarios públicos.

Conforme a la misma [exposición de motivos](#):

La conveniencia de una normativa propia para este personal deriva de la necesidad de que su régimen jurídico se adapte a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias y del servicio sanitario-asistencial, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud.

En tanto servidores públicos sujetos a los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, el [artículo 1 del Estatuto Marco](#) los califica como relación funcionarial especial con el fin de recoger las muchas especialidades que caracterizan a este colectivo de profesionales, entre otras, en materia de jornada, como reflejo de las excepciones que la [Directiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de noviembre de 2003](#) contempla sobre tiempo de trabajo, y que se verán más adelante.

Conforme al [artículo 2 del Estatuto Marco](#), la misma es aplicable al personal estatutario que desempeña su función en los centros e instituciones sanitarias de los servicios de salud de las CC. AA. o en los centros y servicios sanitarios de la Administración General del Estado, así como al personal sanitario funcionario y al personal sanitario laboral que preste servicios en los centros del SNS, tanto estatutarios fijos como temporales (interinos y sustitutos).

En desarrollo de esta normativa básica, el Estado y las CC.AA., en el ámbito de sus respectivas competencias, podían aprobar los estatutos y las demás normas aplicables al personal estatutario de cada servicio de salud.

Así, en la comunidad autónoma andaluza, por ejemplo, el artículo 46 del Estatuto de la Junta de Andalucía ([LO 2/2007, de 19 de marzo](#), de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía), establece como competencia compartida con el Estado ([art. 47.2.1.ª](#)) el régimen jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de Andalucía y el régimen estatutario de su personal funcionario y estatutario, así como de su personal laboral.

Todas las CC.AA., en el ejercicio de su competencia, han dictado normas específicas para la regulación del personal estatutario, su acceso, clasificación y condiciones de trabajo.

Conforme al [artículo 3 del Estatuto Marco](#), para la elaboración de dichas normas, cuyas propuestas serían objeto de negociación en las mesas correspondientes de órganos de representación a efectos de determinación de las condiciones de trabajo y con participación del personal al servicio de las Administraciones públicas, los órganos en cada caso competentes tomarían en consideración las peculiaridades propias del ejercicio de las profesiones sanitarias y las características organizativas de cada servicio de salud y de sus diferentes centros e instituciones.

Por último, teniendo en cuenta que esta normativa, con carácter general, es anterior a la entrada en vigor del [Real Decreto legislativo 5/2015, de 30 de octubre](#), por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP), se realiza una asimilación entre ambos colectivos profesionales, y así en su [artículo 2](#) determina que el personal estatutario de los servicios de salud se regirá por la legislación específica dictada por el Estado y por las CC.AA. en el ámbito de sus respectivas competencias, pero también por lo previsto en el presente estatuto, salvo excepciones sobre derecho a la carrera profesional y a la promoción interna y otras. Y conforme a su apartado 4, cada vez que este estatuto hace mención al personal funcionario de carrera se entenderá comprendido el personal estatutario de los servicios de salud.

En definitiva, existe, por tanto, una asimilación del profesional sanitario al empleado público, y se prevé de forma expresa una aplicación supletoria del EBEP, amén de las especialidades del personal estatutario exigidas por el carácter y naturaleza del servicio que se presta.

4. La relación laboral de carácter especial del personal MIR

La [disposición adicional primera de la Ley 44/2003](#) determina la denominada relación laboral especial de residencia, que será aplicable a quienes reciban formación dirigida a la obtención de un título de especialista en ciencias de la salud, siempre y cuando tal forma-

ción se realice por el sistema de residencia previsto en el [artículo 20](#) de esta ley, en centros, públicos o privados acreditados para impartir dicha formación.

En tal sentido lo recoge el [artículo 2.1 j\) del Estatuto de los Trabajadores \(ET\)](#), que considera relación laboral de carácter especial la de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud.

Tanto el [artículo 20.3 f\)](#), como la citada [disposición adicional primera de la Ley 44/2003](#), encomiendan al Gobierno de España la regulación de esta relación laboral de carácter especial, entre otros aspectos y de acuerdo con las normas de la Unión Europea que resulten aplicables, estableciendo las peculiaridades de su jornada de trabajo y régimen de descansos.

Los residentes tendrán así, durante el periodo de residencia, la consideración de personal laboral temporal del servicio de salud o centro en que reciban la formación, y deberán desarrollar el ejercicio profesional y las actividades asistenciales y formativas que de los programas de formación se deriven.

La formación mediante residencia se atenderá a los criterios previstos en el [artículo 20.3 de la Ley 44/2003](#), atendiendo a un modelo propio de una formación profesional dual, que combina formación y actividad:

- a) Los residentes realizarán el programa formativo de la especialidad con dedicación a tiempo completo.
- b) La duración de la residencia será la fijada en el programa formativo de la especialidad.
- c) La actividad profesional de los residentes será planificada por los órganos de dirección, juntamente con las comisiones de docencia de los centros, de forma tal que se incardine totalmente en el funcionamiento ordinario, continuado y de urgencias del centro sanitario.
- d) Los residentes deberán desarrollar, de forma programada y tutelada, las actividades previstas en el programa, asumiendo de forma progresiva, según avancen en su formación, las actividades y responsabilidad propia del ejercicio autónomo de la especialidad.
- e) Las actividades de los residentes, que deberá figurar en el libro del residente, serán objeto de las evaluaciones que reglamentariamente se determinen. En todo caso, existirán evaluaciones anuales y una evaluación final al término del periodo de formación.
- f) Durante la residencia se establecerá una relación laboral especial entre el servicio de salud o el centro y el especialista en formación.

Conforme al [artículo 21](#) de la ley, los programas de formación de las especialidades en ciencias de la salud deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos y las competencias profesionales que ha de cumplir el aspirante al título a lo largo de cada uno de los cursos anuales en que se dividirá el programa formativo.

La regulación de esta relación laboral de carácter especial ha venido de la mano del [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.

Tal como recoge la [exposición de motivos del Real Decreto 1146/2006](#):

A pesar de la especial importancia que para el avance y consolidación de nuestro sistema público sanitario ha tenido la formación de especialistas mediante el sistema de residencia, la relación de trabajo de los residentes ha carecido en España de regulación específica desde que las órdenes ministeriales de 3 de septiembre de 1969 y 28 de julio de 1971 crearan las figuras de médicos internos y residentes, estableciendo una vinculación contractual de carácter laboral con las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

Así, la regulación de la relación entre el residente y las entidades titulares docentes en su vertiente laboral se asienta básicamente sobre el contrato individual de trabajo, estableciéndose con este real decreto un marco general y homogéneo para todo el personal con independencia del centro que se responsabiliza de su formación. Ello asegura que la realización y cumplimiento de los programas formativos, en similares términos en todo el Estado, se corresponda con un lógico régimen de derechos y deberes comunes a todos los residentes.

Por ello, conforme al [artículo 1.2](#) del Real Decreto 1146/2006, el mismo será de aplicación a los titulados universitarios que, previa participación en la convocatoria anual de carácter nacional de pruebas selectivas, hayan accedido a una plaza en un centro o unidad docente acreditada para el desarrollo de un programa de formación especializada en ciencias de la salud mediante el sistema de residencia, con aplicación en todo el territorio del Estado.

En consonancia con nuestro sistema de fuentes del derecho en el ámbito laboral, los derechos y obligaciones concernientes a la relación laboral de carácter especial de residencia se regularán, por tanto, por este real decreto y, con carácter supletorio, por el ET, por la demás legislación laboral que le sea de aplicación, por los convenios colectivos y por la voluntad de las partes manifestada en los contratos de trabajo, sin que en ningún caso se puedan establecer en ellos condiciones menos favorables al trabajador o contrarias a las previstas en las disposiciones legales y convenios colectivos antes referidos ([art. 1.4 RD 114/2006](#)).

Dentro de los derechos del MIR recogidos en el [artículo 4 del Real Decreto 1146/2006](#), se contempla el de ejercer su profesión y desarrollar las actividades propias de la especialidad con un nivel progresivo de responsabilidad a medida que se avance en el programa

formativo, en un claro intento de tutelar el aprendizaje y capacitación del profesional, y de controlar las posibles consecuencias negativas de un error profesional. Ello en consonancia con el [artículo 26 de la Ley 44/2003](#) ya referido.

Junto a este, y con el fin de asegurar ese soporte lógico y prudente de tutorización, se recoge el derecho a conocer qué profesionales de la plantilla están presentes en la unidad en la que el residente está prestando servicios y a consultarles y pedir su apoyo cuando lo considere necesario, pero sin que ello pueda suponer la denegación de asistencia o el abandono de su puesto. Ello en clara correspondencia con los principios de cooperación y trabajo en equipo que definen el sistema.

En contraprestación, uno de los deberes que delimitan el ámbito puramente laboral de esta especial relación jurídica de formación en residencia es el de prestar personalmente los servicios y realizar las tareas asistenciales que establezca el correspondiente programa de formación y la organización funcional del centro, para adquirir la competencia profesional relativa a la especialidad y también contribuir a los fines propios de la institución sanitaria ([art. 4.2 d\) RD 1146/2006](#)). Así, por ejemplo, el contrato tipo del MIR en Andalucía recoge en su cláusula segunda que

el residente, como trabajador, prestará sus servicios profesionales con vistas a la consecución de los fines propios de los hospitales y centros de salud integrados en la Unidad Docente, esto es, esencialmente, la prestación de asistencia sanitaria a la ciudadanía en todas sus formas.

Por su parte, por [Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero](#), se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Este real decreto nace con un doble objetivo:

Por un lado, avanzar en la implantación del modelo general de formación sanitaria especializada diseñado por la [...] ley [44/2003] y, por otro, potenciar las estructuras docentes, incidiendo en aquellos aspectos básicos que, tanto desde el punto de vista organizativo como desde el docente-asistencial, inciden en el proceso de aprendizaje de los especialistas en formación, en la medida en que dicho proceso conduce a la obtención de un título de especialista [...].

Así, conforme al [artículo 1](#) del mismo, y respondiendo a un modelo propio de una formación profesional dual, el sistema formativo de residencia al que se refiere el [artículo 20 de la Ley 44/2003](#)

obligará, simultáneamente, a recibir una formación y a prestar un trabajo que permitan al especialista en formación adquirir, en unidades docentes acreditadas, las competencias profesionales propias de la especialidad que esté cursando me-

diante una práctica profesional programada y supervisada destinada a alcanzar de forma progresiva, según avance en su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad.

El [artículo 15](#) del Real Decreto 183/2008 incide en la idea de la responsabilidad progresiva del residente. Así, el sistema de residencia implica necesariamente la prestación profesional de servicios por parte del personal médico en formación y el sistema implicará la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando con un nivel decreciente de supervisión a medida que se avanza en la adquisición de las competencias previstas en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista.

A tal fin, los residentes deberán someterse a las indicaciones de los especialistas que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad, sin perjuicio de poder plantear a dichos especialistas y a sus tutores cuantas cuestiones se susciten como consecuencia de dicha relación.

Ello conlleva que la supervisión de residentes de primer año sea necesariamente de presencia física y que se lleve a cabo por los profesionales que presten servicios en los distintos dispositivos del centro o unidad por los que el personal en formación esté rotando o prestando servicios de atención continuada. En consecuencia, estos especialistas deberán visar por escrito las altas, bajas y demás documentos relativos a las actividades asistenciales en las que intervengan los residentes de primer año.

En coherencia con lo anterior, la supervisión de los residentes a partir del segundo año de formación tendrá un carácter progresivamente decreciente por parte del tutor designado, quien, no obstante, podrá impartir instrucciones al personal residente en el ámbito de su área de especialidad.

A tal efecto, son las comisiones de docencia las encargadas de elaborar protocolos escritos de actuación para graduar la supervisión de las actividades que lleven a cabo los residentes en áreas asistenciales significativas, con referencia especial al área de urgencias o cualesquiera otras que se consideren de interés.

El programa formativo de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, de 4 años de duración, aplicable actualmente a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria que inician su formación en España, aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo por [Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo](#), sobre la relación residente-tutor, determina que

constituye el eje fundamental sobre el que gira todo el proceso formativo, en la medida en que el sistema de residencia implica una formación teórica y práctica, programada y tutelada, con una participación personal y progresiva del especialista en formación en las actividades y responsabilidades propias de la especialidad.

Para ello, se designa un tutor principal, con el que mantendrá un contacto continuado y estructurado durante todo su periodo formativo, sin perjuicio de la existencia de tutores auxiliares o del tutor hospitalario según el lugar donde se realice la formación en cada momento.

Así, el [artículo 11 del Real Decreto 183/2008](#) regula la figura del tutor como

profesional especialista en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate.

Será, por tanto, el tutor el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo que debe mantener con este un contacto continuo y estructurado, con entrevistas periódicas con otros tutores y profesionales que intervengan en la formación del residente, con los que analizará el proceso continuado de aprendizaje y los correspondientes informes de evaluación formativa que incluirán los de las rotaciones realizadas.

5. El tiempo de guardia para el personal MIR

Según el Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, los 4 años de duración del programa contemplan entre sus contenidos el aprendizaje de campo en urgencias (bien en jornada ordinaria o complementaria).

Según el punto 7 del programa:

La prestación de servicios en concepto de atención continuada contribuye a garantizar la formación integral del residente y el funcionamiento permanente de las Instituciones Sanitarias y se considera un elemento clave en el proceso de aprendizaje del residente y en la asunción progresiva de responsabilidades.

Esto convierte al MIR en el primer interviniente (médico de puerta) en los servicios de urgencias durante su periodo de formación.

Dichos servicios tienen además carácter obligatorio, debiendo ser supervisados por los colaboradores y tutores de las unidades asistenciales en las que se realicen junto con el coordinador de la unidad docente.

Según dicho programa, desde el punto de vista formativo es recomendable que el número de guardias no sea menor de 3 ni mayor de 5 al mes, incluso en los supuestos de acumulación de guardias derivadas de periodos vacacionales.

En todo caso,

serán el Coordinador y los tutores de la Unidad Docente quienes planificarán las guardias y demás actividades de los residentes teniendo en cuenta su doble condición de personal en formación y de trabajador de las unidades y centros sanitarios en los que en cada momento se estén formando, por lo que, a estos efectos, deberá existir la adecuada coordinación entre los tutores y los órganos de dirección de dichos centros y unidades.

Según dicha programación, del primer al tercer año de formación el MIR realizará un 75 % de las guardias en el centro hospitalario asignado y el 25 % en su centro de salud, porcentaje que se invierte el cuarto año de residencia, de manera que un 75 % serán guardias de atención primaria en el centro de salud y un 25 % las realizará en urgencias hospitalarias. Esto significaría que, si se realizan 4 guardias al mes, su distribución sería:

- En el primer año de residencia, se harían 3 meses guardias en centros de salud de atención primaria, y los otros 9 en urgencias hospitalarias, o bien, si se reparten a lo largo de todo el año, se haría 1 al mes en centros de salud de atención primaria y 3 al mes en urgencias hospitalarias.
- En el segundo y tercer año de residencia, se harían 9 meses de guardias de urgencias hospitalarias, 6 meses de guardias de centros de salud de atención primaria, 3 meses de traumatología, 3 meses de pediatría, 1 mes en ginecología y 2 meses en médico-quirúrgicas.
- En el cuarto año de residencia, se realizaría 1 guardia al mes o en urgencias hospitalarias o en servicios de emergencias, y las otras 3 en centros de salud de atención primaria.

En hospitales pequeños, las guardias hospitalarias se harán en servicios de urgencias de pluriopatología.

Sobre la obligatoriedad de las guardias de urgencias para el residente, en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia (STSJ) de Andalucía de 19 de octubre de 2016 (rec. núm. 1867/2016), en la que un médico residente de anestesiología es despedido por haber cometido varias infracciones muy graves al no presentarse a las guardias de urgencias de forma reiterada por entender que no formaba parte del contenido de su programa formativo, el tribunal argumenta que

el derecho de resistencia del trabajador a una orden empresarial emitida no es ilimitado, sino que está sometido a estrictos criterios y restricciones por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo, pues el principio que impera es «acata, cumple y luego reclama», para obtener la tutela judicial de tu pretendido derecho, pero

lo que no puede hacer el médico discrepante de la orden es incumplir el mandato sustituyendo las exclusivas facultades directivas y organizativas empresariales que *ex lege* se confieren al empresario, con evidente perjuicio para la prestación del servicio, en uno además especialmente sensible, como es el de urgencias, con menoscabo de la debida, rápida y eficaz atención al ciudadano, cuya salud se pone en peligro, con potencial exigencia de responsabilidades para el organismo.

Siendo, por tanto, parte del programa formativo obligatorio del personal médico en formación, según el contenido del mismo y conforme al contrato que le vincula, generador de derechos y obligaciones, *a priori* su obligatoriedad parece clara, sin perjuicio de su derecho a reclamar, pero acatando y cumpliendo como dice el alto tribunal.

6. La guardia como tiempo de trabajo

La [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, define en su artículo 2 el tiempo de trabajo en contraposición al tiempo en que la persona trabajadora está ejerciendo su derecho al descanso. Así, tiempo de trabajo será todo periodo durante el cual el trabajador permanezca en el trabajo, a disposición del empresario y en ejercicio de su actividad o de sus funciones, de conformidad con las legislaciones y/o prácticas nacionales. Por el contrario, tiempo o periodo de descanso será todo aquel que no sea tiempo de trabajo.

Esta simplificación de la cuestión a la alternativa de «trabajas o descansas» adquiere especial importancia en las guardias localizadas (aquellas en que la persona trabajadora debe estar a disposición de su empresa o empleador, pero no físicamente en su centro de trabajo o instalaciones de la empresa), lo que ha dado lugar a una amplia doctrina jurisprudencial según la cual será tiempo de trabajo aquel del que el trabajador no puede disponer a nivel particular o familiar por el deber de responder a la llamada de su empleador en un tiempo que le condiciona el disfrute del mismo. Es decir, se trata de valorar en cada caso si las limitaciones que se le imponen durante dichos periodos de guardia son de tal naturaleza que afecten objetiva y muy significativamente su facultad para administrar libremente, en el referido periodo, el tiempo durante el cual no se requieren sus servicios profesionales. A modo de ejemplo, véase la [Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 11 de noviembre de 2021, asunto C-214/20](#).

En el sector sanitario, y en particular en el SNS, las guardias en los servicios de urgencia o emergencia sanitaria son presenciales con carácter general, es decir, con presencia física en los centros asistenciales, centros de salud y hospitales, 24 horas al día y 365 días al año, en asistencia continuada y permanente a la ciudadanía. En la normativa sanitaria se califica como prestación de servicios de atención continuada y con el fin de garantizar la adecuada atención permanente al usuario de los centros sanitarios ([art. 48.1 Estatuto Marco](#)).

En consecuencia, todo el tiempo que el trabajador se encuentre de guardia presencial debe ser considerado como tiempo de trabajo y, por tanto, computar para la jornada de trabajo. El [artículo 34.5 del ET](#), para los trabajadores por cuenta ajena (de aplicación subsidiaria a los MIR), dispone que el tiempo de trabajo se computará de modo que tanto al comienzo como al final de la jornada diaria el trabajador se encuentre en su puesto de trabajo.

Ello conlleva que el personal sanitario que cubre este servicio tenga que hacerlo en régimen de turnos, incluyendo periodo nocturno, debiendo entrar en juego los necesarios límites de jornada que no solo permitan la conciliación laboral y familiar, sino también, más importante aún, el necesario descanso de la persona trabajadora como medio de garantizar la protección de su salud y, paralelamente, la calidad del servicio prestado, que incluye las necesarias garantías para la salud de los pacientes por posibles errores profesionales. Es por ello por lo que todos los ordenamientos jurídicos deben poner límites a la jornada de trabajo como uno de los derechos laborales básicos conquistados.

Estas garantías tienen reflejo en nuestra legislación, con carácter general, de la siguiente manera:

6.1. Límites de la jornada de trabajo y régimen de descansos

6.1.1. Duración del tiempo de trabajo

En cuanto a la duración máxima del tiempo de trabajo, el artículo 6 de la [directiva](#) lo establece en cómputo semanal, conforme al cual los Estados miembros adoptarán las medidas necesarias para que, en función de las necesidades de protección de la seguridad y de la salud de los trabajadores:

- a) Se limite la duración del tiempo de trabajo semanal por medio de disposiciones legales, reglamentarias o administrativas o de convenios colectivos o acuerdos celebrados entre interlocutores sociales.
- b) La duración media del trabajo no exceda de 48 horas, incluidas las horas extraordinarias, por cada periodo de 7 días.

En nuestra normativa interna respecto al personal laboral, la regulación del tiempo de trabajo en el trabajo por cuenta ajena la encontramos en el ET, en sus artículos [34](#) y siguientes, con independencia de lo que se establezca en los correspondientes convenios colectivos sectoriales o de empresa como fuentes del derecho laboral, en los contratos individuales de trabajo o en las normas específicas que, en todo caso, deberán respetar los mínimos fijados por la directiva comunitaria y por las normas de superior rango.

Así, el [artículo 34 del ET](#) dispone que la jornada de trabajo será la pactada en los convenios colectivos o contratos de trabajo. No obstante, la duración máxima de la jornada ordi-

naria de trabajo será de 40 horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo anual. Por su parte, el número de horas ordinarias de trabajo efectivo no podrá ser superior a 9 diarias, salvo que por convenio colectivo o, en su defecto, acuerdo entre la empresa y los representantes de los trabajadores, se establezca otra distribución del tiempo de trabajo diario, respetando en todo caso el descanso entre jornadas, que se fija en 12 horas, y que el artículo 3 de la [directiva](#) fija en un periodo mínimo de descanso diario de 11 horas consecutivas en el curso de cada periodo de 24 horas. Esto se complementa con el límite de 80 horas extraordinarias (las que se realizan por encima de la jornada ordinaria) retribuidas al año recogido en el [artículo 35 del ET](#).

No obstante, el artículo 17 de la [directiva](#) prevé un régimen de excepciones a las normas (y límites generales). En particular en el apartado 3 dispone que, de conformidad con el apartado 2 del mencionado artículo, podrán establecerse excepciones a los artículos 3, 4, 5 (descanso diario, pausas en la jornada y descanso semanal), 8 (duración del trabajo nocturno) y 16 c):

Para las actividades caracterizadas por la necesidad de garantizar la continuidad del servicio o de la producción, en particular cuando se trate de:

i) servicios relativos a la recepción, tratamiento y/o asistencia médica prestados por hospitales o centros similares (incluyendo las actividades de médicos en periodos de formación), instituciones residenciales y prisiones.

[...]

6.1.2. Personal estatuario

Con respecto al personal estatuario, el Estatuto Marco, en su [artículo 17 apartado g\)](#), entre los derechos individuales del personal estatuario de los servicios de salud, contempla el derecho al descanso necesario mediante la limitación de la jornada. Paralelamente, propio de una relación jurídica sinalagmática, se recoge el deber de aquel ([art. 19 g\)](#) de cumplir el régimen de horarios y jornada, atendiendo a la cobertura de las jornadas complementarias que se hayan establecido para garantizar de forma permanente el funcionamiento de las instituciones, centros y servicios.

Es la [sección 1.ª del capítulo X del Estatuto Marco](#), que establece el régimen de tiempo de trabajo y de descansos para este colectivo, tiene entre sus objetivos el establecimiento de las disposiciones mínimas para la protección de la seguridad y salud del personal estatuario en materia de ordenación del tiempo de trabajo ([art. 46.1](#)).

El [artículo 46.2 del Estatuto Marco](#), en consonancia con la directiva comunitaria, utiliza el mismo juego de definiciones de conceptos básicos para delimitar el régimen de jornada de estas personas trabajadoras. Así, será tiempo de trabajo

el periodo en el que el personal permanece en el centro sanitario, a disposición de este y en ejercicio efectivo de su actividad y funciones. Su cómputo se realizará de modo que tanto al comienzo como al final de cada jornada el personal se encuentre en su puesto de trabajo y en el ejercicio de su actividad y funciones. [...] Se considerará, asimismo, tiempo de trabajo los servicios prestados fuera del centro sanitario, siempre que se produzcan como consecuencia del modelo de organización asistencial o deriven de la programación funcional del centro.

En contraposición, «es periodo de descanso todo periodo de tiempo que no sea tiempo de trabajo».

También define el legislador para el personal estatutario lo que será considerado periodo de localización (guardia localizada), entendiéndose por tal

el periodo de tiempo en el que el personal se encuentra en situación de disponibilidad que haga posible su localización y presencia inmediata para la prestación de un trabajo o servicios efectivo cuando fuera llamado para atender las necesidades asistenciales que eventualmente se puedan producir.

Este es el sistema elegido por el SNS para algunas especialidades médicas, al carecer de sentido la permanencia del facultativo en el centro por baja demanda.

De esta manera, la jornada ordinaria de trabajo en los centros sanitarios se determinará en las normas, pactos o acuerdos, según en cada caso resulte procedente. A través de la programación funcional del correspondiente centro se podrá establecer la distribución irregular de la jornada a lo largo del año ([art. 47](#)), si bien conforme al [artículo 51](#) el tiempo de trabajo correspondiente a la jornada ordinaria no excederá de 12 horas ininterrumpidas.

No obstante, mediante la programación funcional de los centros se podrán establecer jornadas de hasta 24 horas para determinados servicios o unidades sanitarias con carácter excepcional y cuando así lo aconsejen razones organizativas o asistenciales. En estos casos, los periodos mínimos de descanso ininterrumpido deberán ser ampliables de acuerdo con los resultados de los correspondientes procesos de negociación sindical en los servicios de salud y con la debida progresividad para hacerlos compatibles con las posibilidades de los servicios y unidades afectados por las mismas.

Por su parte, siempre que la duración de una jornada exceda de 6 horas continuadas, deberá establecerse un periodo de descanso durante la misma de duración no inferior a 15 minutos. El momento de disfrute de este periodo se supeditará al mantenimiento de la atención de los servicios ([art. 50](#)).

Necesariamente, el personal tendrá derecho a un periodo mínimo de descanso ininterrumpido de 12 horas entre el fin de una jornada y el comienzo de la siguiente. No obstante,

este descanso podrá reducirse, en los términos que exija la propia causa que lo justifica, en los siguientes supuestos:

- a) En el caso de trabajo a turnos, cuando el personal cambie de equipo y no pueda disfrutar del periodo de descanso diario entre el final de la jornada de un equipo y el comienzo de la jornada del siguiente;
- b) Cuando se sucedan, en un intervalo inferior a 12 horas, tiempos de trabajo correspondientes a jornada ordinaria, jornada complementaria o, en su caso, jornada especial.

En estos supuestos será de aplicación el régimen de compensación por medio de descansos alternativos establecidos en el [artículo 54](#).

En cuanto al descanso semanal, conforme al [artículo 52 del Estatuto Marco](#), el personal tendrá derecho a un periodo mínimo de descanso ininterrumpido con una duración media de 24 horas semanales, periodo que se incrementará con el mínimo de descanso diario previsto en el [artículo 51.2](#) (12 horas). El periodo de referencia para el cálculo del periodo de descanso será de 2 meses, lo que deja la puerta abierta a que no se cumpla este mínimo en alguna semana, por razón del servicio, trasladando el descanso a otra del periodo de referencia.

En el caso de que no se hubiera disfrutado del tiempo mínimo de descanso semanal en el periodo establecido, se producirá una compensación a través del régimen de descansos alternativos previstos en el [artículo 54](#).

Así, el [artículo 54 del Estatuto Marco](#) configura un régimen de descansos alternativos para cuando no se hubiera disfrutado de los periodos mínimos de descanso diario establecidos en él, y que no podrá ser sustituido por compensación económica (salvo en los casos de finalización de la relación de servicios, en que se tendrá derecho a su compensación), mediante descansos alternativos cuya duración total no podrá ser inferior a la reducción experimentada. La compensación señalada se entenderá producida cuando se haya disfrutado, en cómputo trimestral, un promedio semanal de 96 horas de descanso, incluyendo los descansos semanales disfrutados, computando para ello todos los periodos de descanso de duración igual o superior a 12 horas consecutivas.

A tal efecto, el [artículo 58](#) determina el carácter de los periodos de descanso. Así:

1. La pausa en el trabajo prevista en el [artículo 50](#) (no inferior a 15 minutos en jornadas continuadas de más de 6 horas) tendrá la consideración de tiempo de trabajo efectivo en la forma que esté establecido por norma, pacto o acuerdo, según corresponda.
2. Los periodos de descanso diario y semanal a que se refieren los artículos [51](#) y [52](#) (12 horas/día y 24 horas/semana, respectivamente) y, en su caso, los descansos

alternativos previstos en su [artículo 54](#), no tendrán el carácter ni la consideración de trabajo efectivo, ni podrán ser, en ningún caso, tomados en consideración para el cumplimiento de la jornada ordinaria de trabajo determinada conforme a lo establecido en el [artículo 46](#).

Junto a la jornada ordinaria de trabajo, por las peculiaridades del servicio que se presta, se regula la necesaria jornada complementaria, prevista en el [artículo 48](#). De este modo:

Cuando se trate de la prestación de servicios de atención continuada [guardias de urgencias sanitarias] y con el fin de garantizar la adecuada atención permanente al usuario de los centros sanitarios, el personal de determinadas categorías o unidades de los mismos desarrollará una jornada complementaria en la forma en que se establezca a través de la programación funcional del correspondiente centro. La realización de la jornada complementaria solo será de aplicación al personal de las categorías o unidades que con anterioridad a la entrada en vigor de esta ley venían realizando una cobertura de la atención continuada mediante la realización de guardias u otro sistema análogo, así como para el personal de aquellas otras categorías o unidades que se determinen previa negociación en las mesas correspondientes.

A estos efectos, la duración máxima conjunta de los tiempos de trabajo correspondientes a la jornada complementaria y a la jornada ordinaria será de 48 horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo semestral, salvo que mediante acuerdo, pacto o convenio colectivo se establezca otro cómputo. Se supera de esta manera la limitación impuesta por el ET para la relación laboral común de 40 horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo anual, asimilándose a la regulación comunitaria que la fija en un promedio de 48 horas cada 7 días incluidas horas extraordinarias.

No serán tomados en consideración, además, para la indicada duración máxima los periodos de localización, salvo que el interesado sea requerido para la prestación de un trabajo o servicio efectivo, caso en que se computará como jornada tanto la duración del trabajo desarrollado como los tiempos de desplazamiento.

Con esta apreciación, el legislador considera tiempo de trabajo el tiempo de localización sin prestación efectiva de servicios, pero se guarda de no ser tomado en consideración para los límites de jornada salvo que la efectiva prestación de servicio se produzca.

Añade el legislador que la jornada complementaria no tendrá en ningún caso la condición ni el tratamiento establecido para las horas extraordinarias. En consecuencia, no estará afectada por las limitaciones que respecto a la realización de horas extraordinarias establecen o puedan establecer otras normas y disposiciones, y su compensación o retribución específica se determinará independientemente en las normas, pactos o acuerdos que, en cada caso, resulten de aplicación.

Así, el [artículo 43.2 d\)](#) prevé en la estructura salarial la obtención de un complemento de atención continuada destinado a remunerar al personal para atender a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada. Este complemento puede llegar a alcanzar una gran relevancia cuantitativa en el salario global del profesional.

Dada la naturaleza del servicio que se presta, el legislador, a fin de garantizar el mismo, y como si de un régimen de horas extraordinarias por fuerza mayor se tratara, contempla en el [artículo 49](#), un régimen de jornada especial. De este modo:

Cuando las previsiones del artículo anterior [jornada complementaria] fueran insuficientes para garantizar la adecuada atención continuada y permanente, y siempre que existan razones organizativas o asistenciales que así lo justifiquen, previa oferta expresa del centro sanitario podrá superarse la duración máxima conjunta de la jornada ordinaria y la jornada complementaria cuando el personal manifieste, por escrito, individualizada y libremente, su consentimiento en ello. En este supuesto, los excesos de jornada sobre lo establecido en el artículo 48.2 tendrán el carácter de jornada complementaria y un límite máximo de 150 horas al año.

Y todo ello con garantía de voluntariedad e indemnidad y siempre que se respeten los principios generales de protección de la seguridad y salud de las personas trabajadoras.

Además, en la idea de la supeditación del régimen de jornada a la garantía de continuidad del servicio prestado, para casos como el vivido recientemente con ocasión de la pandemia sanitaria provocada por la COVID-19, o cuando el servicio de asistencia sanitaria no pueda ser garantizado con los recursos disponibles, el [artículo 59 del Estatuto Marco](#), sobre medidas especiales en materia de salud pública, excepciona las normas generales en materia de jornada:

- Las disposiciones relativas a jornadas de trabajo y periodos de descanso podrán ser transitoriamente suspendidas cuando las autoridades sanitarias adopten medidas excepcionales sobre el funcionamiento de los centros sanitarios conforme a lo previsto en el [artículo 29.3 de la LGS](#), siempre que tales medidas así lo justifiquen y exclusivamente por el tiempo de su duración. La adopción de estas medidas se comunicará a los órganos de representación del personal.
- Las disposiciones del propio Estatuto Marco relativas a jornadas de trabajo y periodos de descanso podrán ser suspendidas en un determinado centro, por el tiempo imprescindible y mediante resolución motivada adoptada previa consulta con los representantes del personal, cuando las circunstancias concretas que concurren en el centro imposibiliten el mantenimiento de la asistencia sanitaria a la población con los recursos humanos disponibles. En este caso, se elaborará un plan urgente de captación de recursos humanos que permita restituir la normalidad en el mantenimiento de la asistencia sanitaria.

No obstante, las medidas especiales previstas en este artículo no podrán afectar al personal que se encuentre en situación de permiso por maternidad o licencia por riesgo durante el embarazo o por riesgo durante la lactancia natural.

6.1.3. Personal residente

En el caso de los MIR, es el [artículo 5 del Real Decreto 1146/2006](#) el que establece las especialidades en materia de jornada para este colectivo, distanciándose de las normas generales del ET (de aplicación subsidiaria) que, en todo caso, asegurará el cumplimiento de los programas formativos y, dentro de las posibilidades organizativas y funcionales de cada centro, procurará disponer la jornada de los residentes de forma que la ordenación del tiempo de trabajo no perjudique su formación (art. 5.2).

Así, el tiempo de trabajo y régimen de descansos del personal residente serán los establecidos en el ámbito de los respectivos servicios de salud, bien mediante convenio colectivo o, en su defecto, mediante normas, pactos o acuerdos, para el personal estatutario de la especialidad que el residente esté cursando en cada servicio de salud.

En Andalucía, por ejemplo, existe un [Acuerdo de 31 de julio de 2007, del Consejo de Gobierno](#), por el que se aprueba el Acuerdo de 19 de febrero de 2007, de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad de Andalucía, para la mejora de las condiciones de trabajo del personal con relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud.

Conforme al artículo 2 del citado acuerdo, la jornada laboral ordinaria del personal residente será la vigente en cada momento para el personal estatutario del Servicio Andaluz de Salud (SAS), en función de los turnos de trabajo aplicados, produciéndose, por tanto, una equiparación de trato entre el personal médico en formación y el profesional sanitario.

Entre las especialidades admitidas, no obstante, por el [Real Decreto 1146/2006](#) en materia de tiempo de trabajo, se encuentran las siguientes:

- La duración máxima de la jornada ordinaria no podrá exceder las 37,5 horas semanales de promedio en cómputo semestral, salvo que mediante acuerdo pacto o convenio se establezca otro cómputo.
- Entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá mediar, como mínimo, un periodo de descanso continuo de 12 horas (en consonancia con arts. [34.3 ET](#) y [51.2 Estatuto Marco](#)).
- En todo caso, después de 24 horas de trabajo ininterrumpido, bien sea de jornada ordinaria que se hubiera establecido excepcionalmente, de jornada complementaria o de tiempos conjuntos de ambas, el residente tendrá un descanso

continuo de 12 horas, salvo en casos de emergencia asistencial. En este último supuesto, se aplicará el régimen de descansos alternativos previstos en el [artículo 54 del Estatuto Marco](#).

En este precepto el legislador da carta de naturaleza a las jornadas de 24 horas continuadas o ininterrumpidas de trabajo efectivo, suma de la jornada ordinaria (fijada en 37,5 horas semanales de promedio en cómputo semestral) y de la jornada complementaria prevista para cubrir la necesaria asistencia sanitaria continuada y permanente.

- El residente estará obligado exclusivamente a realizar las horas de jornada complementaria que el programa formativo establezca para el curso correspondiente. En todo caso, no podrá realizar más de 7 guardias al mes.

Bajo este precepto, por tanto, y como resumen, el MIR verá su cuadrante de guardias sujeto a lo previsto en su programa de formación, pudiendo hacer 24 horas de trabajo ininterrumpido de forma obligatoria y hasta 7 guardias al mes. En todo caso, deberá respetarse el límite de 12 horas de descanso entre jornadas y disfrutar de un descanso semanal de día y medio ininterrumpido acumulable por periodos de hasta 14 días ([art. 37 ET](#)). Del total de la jornada realizada, la parte correspondiente a jornada ordinaria (la que no es complementaria por asistencia sanitaria continuada o guardia) no podrá exceder las 37,5 horas semanales de promedio en cómputo semestral.

La jurisprudencia se ha encargado de afianzar este especial régimen de jornada de trabajo, anulando en ocasiones preceptos o cláusulas contractuales que vulneraban, en materia de descanso, lo previsto en el Real Decreto 1146/2006 o en el propio ET:

- El Tribunal Supremo, en Sentencia de 8 de junio de 2001 (rec. núm. 4257/2000), confirma la sentencia que declara la nulidad de la cláusula de los contratos celebrados entre los MIR y el SAS que establece que «teniendo en cuenta la finalidad formativa del presente contrato la prestación de servicios nocturnos de presencia física no implicará necesariamente la libranza del día siguiente al de su realización». La sentencia estimó la pretensión actora y declaró la nulidad de la cláusula litigiosa, así como el derecho de los MIR al descanso mínimo de 12 horas entre jornadas y por ello el derecho a librar al día siguiente de la realización de una guardia nocturna de presencia física.
- En similar supuesto, el Tribunal Supremo en [Sentencia de 15 de febrero de 1999 \(rec. núm. 2380/1998\)](#) confirma la STSJ de la Comunidad Valenciana que reconoce a los médicos afectados ()

el derecho a disfrutar de un descanso mínimo de 12 horas entre el fin de una jornada laboral y el inicio de la siguiente, cuando a la primera haya se-

guido una guardia de presencia física, con las peculiaridades propias de su especial trabajo de atención sanitaria.

- En otro caso, el Tribunal Supremo, en Sentencia 280/2022, de 30 de marzo, sobre un conflicto colectivo en que se denuncia que la concesión de un descanso de 24 horas, cuando se efectúa una guardia de 24 horas en sábado o víspera de festivo, establece que

vulnera lo dispuesto en las normas [...], ya que dicha circunstancia comporta que, en las 24 horas de descanso concedidas se incluye, por una parte, el descanso semanal o el festivo y, por otra, las 12 horas de descanso previstas para después de cualquier guardia de 24 horas, generando un grave perjuicio al colectivo afectado por el conflicto (médicos internos residentes).

Según el tribunal,

ante la falta de regulación del descanso semanal y festivos del colectivo afectado en el Real Decreto 1146/2006, que no remite, a estos efectos, a la regulación del descanso semanal del art. 52 del Estatuto Marco, debe aplicarse supletoriamente la regulación del descanso semanal y festivos del art. 37.1 y 2 del ET, de conformidad con lo dispuesto en el art. 1.4 Real Decreto 1146/2006.

En Andalucía, el ya mencionado [Acuerdo de 31 de julio de 2007, del Consejo de Gobierno](#), plantea el objetivo de que

antes del 31 de julio de 2007, se aplique en todos los centros sanitarios del SAS la previsión establecida en la disposición transitoria primera del Estatuto Marco, que a su vez transcribe la disposición transitoria primera del Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, limitando la jornada máxima a 56 horas semanales de promedio en cómputo semestral, entre el 1 de agosto de 2007 y el 31 de julio de 2008, y de 48 horas semanales de promedio en cómputo semestral a partir de 1 de agosto de 2008, una vez sumadas la jornada ordinaria y la jornada complementaria. Estos límites de jornada solo podrán superarse mediante aceptación voluntaria y expresa de cada residente, en función de los correspondientes programas formativos y de las necesidades asistenciales del centro. Dicha aceptación expresará además el horizonte temporal al que se contrae dicha aceptación, que no podrá ser inferior a 6 meses, prorrogable automáticamente si ninguna de las partes preavisa con un mes de antelación a la fecha de finalización del plazo. En todo caso, ningún residente podrá realizar más de 7 guardias mensuales.

Por su parte, en el acuerdo se garantiza el descanso al menos de 12 horas continuadas entre 2 jornadas de trabajo, salvo en casos de especial interés formativo según criterio de

su tutor o en casos de problemas organizativos insuperables. En estos supuestos se aplicará el régimen de descansos alternativos previstos en el [artículo 54 del Estatuto Marco](#).

Se reafirman para el SAS, por tanto, los límites fijados en el real decreto de 7 guardias mensuales y 12 horas de descanso obligatorio entre jornadas, fijándose un nuevo límite de 48 horas semanales de promedio en cómputo semestral, una vez sumadas la jornada ordinaria (37,5 horas semanales de promedio en cómputo semestral) y la jornada complementaria, solo superable por adscripción voluntaria y por causa justificada. Ello, además, sin perjuicio del descanso semanal fijado en el [artículo 37.1 del ET](#).

6.2. Trabajo a turnos

Como ha queda expuesto, la naturaleza del servicio prestado (asistencia sanitaria continuada y permanente) conlleva la prestación de servicios en régimen de turnos y en periodo nocturno.

Se define el trabajo a turnos en la [Directiva sobre ordenación de tiempo de trabajo](#), como toda forma de organización del trabajo en equipo por la que los trabajadores ocupen sucesivamente los mismos puestos de trabajo con arreglo a un ritmo determinado, incluido el ritmo rotatorio, y que podrá ser de tipo continuo o discontinuo, implicando para los trabajadores la necesidad de realizar un trabajo en distintas horas a lo largo de un periodo dado de días o semanas.

Por su parte, el ET asume esta definición cuando en su [artículo 36](#) regula el trabajo a turnos. Añade que, en las empresas con procesos productivos continuos durante las 24 horas del día, en la organización de los turnos de trabajo se tendrá en cuenta la rotación de los mismos y que ningún trabajador esté en el de noche más de 2 semanas consecutivas, salvo adscripción voluntaria.

Las empresas que, por la naturaleza de su actividad, realicen el trabajo en régimen de turnos, incluidos los domingos y días festivos, podrán efectuarlo bien por equipos de trabajadores que desarrollen su actividad por semanas completas o contratando personal para completar los equipos necesarios durante uno o más días a la semana.

Para el personal estatutario, por su parte, define el [Estatuto Marco](#) el trabajo a turnos en los mismos términos que la directiva. Será por ello personal a turnos el personal cuyo horario de trabajo se ajuste a un régimen de trabajo rotatorio.

En el caso de los MIR, las limitaciones impuestas por el [ET](#), de aplicación subsidiaria a los mismos, implicará que en los turnos de guardias de estos debe regir un principio de rotación, y la limitación de que ningún trabajador esté en el turno de noche más de 2 semanas consecutivas, salvo adscripción voluntaria.

6.3. Trabajo nocturno

La [directiva comunitaria](#) delimita el periodo nocturno como todo periodo no inferior a 7 horas, definido por la legislación nacional, y que deber incluir, en cualquier caso, el intervalo comprendido entre las 12 a. m. y las 5 a. m., siendo por tanto trabajador nocturno:

- a) Todo trabajador que realice durante el periodo nocturno una parte no inferior a 3 horas de su tiempo de trabajo diario, realizadas normalmente.
- b) Por otro lado, todo trabajador que pueda realizar durante el periodo nocturno determinada parte de su tiempo de trabajo anual, definida a elección del Estado miembro de que se trate, bien por la legislación nacional, previa consulta a los interlocutores sociales, bien por convenios colectivos o acuerdos celebrados entre interlocutores sociales a nivel nacional o regional.

Por su parte, el [artículo 36 del ET](#) considera trabajo nocturno el realizado entre las 10 p. m. y las 6 a. m., ampliando de esta manera en 3 horas el intervalo marcado por la directiva.

Para el trabajador por cuenta ajena común, la jornada de trabajo de los trabajadores nocturnos no podrá exceder de 8 horas diarias de promedio, en un periodo de referencia de 15 días. Dichos trabajadores no podrán realizar horas extraordinarias.

En trasposición de la directiva, se considerará trabajador nocturno a aquel que realice normalmente en periodo nocturno una parte no inferior a 3 horas de su jornada diaria de trabajo, así como a aquel que se prevea que puede realizar en tal periodo una parte no inferior a un tercio de su jornada de trabajo anual.

En cuanto al personal estatutario, el [artículo 46.2 del Estatuto Marco](#) establece que el periodo nocturno se definirá en las normas, pactos o acuerdos que sean aplicables a cada centro sanitario. Tendrá una duración mínima de 7 horas e incluirá necesariamente el periodo comprendido entre las 12 a. m. y las 5 a. m. horas de cada día natural. En ausencia de tal definición, se considerará periodo nocturno el comprendido entre las 11 p. m. y las 6 a. m. del día siguiente. Se considera personal nocturno el que realice normalmente, durante el periodo nocturno, una parte no inferior a 3 horas de su tiempo de trabajo diario. Asimismo, tendrá la consideración de personal nocturno el que pueda realizar durante el periodo nocturno un tercio de su tiempo de trabajo anual.

Conforme al [artículo 55 del Estatuto Marco](#), el tiempo de trabajo correspondiente a la jornada ordinaria del personal nocturno no excederá de 12 horas ininterrumpidas.

No obstante, mediante la programación funcional de los centros se podrán establecer jornadas de hasta 24 horas en determinados servicios o unidades sanitarias, cuando así lo aconsejen razones organizativas o asistenciales.

En el caso de los MIR, no hay ninguna previsión especial en su normativa específica al trabajo nocturno, por lo que les será de aplicación subsidiaria lo previsto en el ET.

6.4. Jornada y salud

La correlación entre jornada y salud de la persona trabajadora es una premisa tenida en cuenta por el legislador comunitario. Las prolongaciones de jornada, el ritmo de trabajo, la falta de descanso y la alteración de los ritmos de sueño que impone el trabajo nocturno tienen una incidencia directa en la salud de las personas. Insomnio, estrés laboral, agotamiento físico, etc., están detrás de muchas bajas por incapacidad temporal, pudiendo derivar incluso en situaciones de incapacidad permanente a lo largo de los años.

De ahí que el artículo 12 de la [Directiva 2003/88/CE](#), al abordar la protección en materia de seguridad y de salud, dictamine que los Estados miembros adoptarán las medidas necesarias para que:

- a) Los trabajadores nocturnos y los trabajadores por turnos disfruten de un nivel de protección en materia de seguridad y de salud adaptado a la naturaleza de su trabajo.
- b) Los servicios o medios apropiados de protección y de prevención en materia de seguridad y de salud de los trabajadores nocturnos y de los trabajadores por turnos sean equivalentes a los aplicables a los demás trabajadores y estén disponibles en todo momento.

Paralelamente, el [artículo 36.4 del ET](#) dictamina que los trabajadores nocturnos y quienes trabajen a turnos deberán gozar en todo momento de un nivel de protección en materia de salud y seguridad adaptado a la naturaleza de su trabajo, y equivalente al de los restantes trabajadores de la empresa. Así, el empresario deberá garantizar que los trabajadores nocturnos que ocupe dispongan de una evaluación gratuita de su estado de salud antes de su afectación a un trabajo nocturno y posteriormente a intervalos regulares, en los términos establecidos en la [Ley 31/1995, de 8 de noviembre](#), de prevención de riesgos laborales (LPRL), y en sus normas de desarrollo, en trasposición del artículo 9 de la Directiva.

La LPRL, en su [artículo 3.1](#), sobre ámbito de aplicación, dispone que

esta ley y sus normas de desarrollo serán de aplicación tanto en el ámbito de las relaciones laborales reguladas en el ET como en el de las relaciones de carácter administrativo o estatutario del personal al servicio de las Administraciones públicas, con las peculiaridades que, en este caso, se contemplan en la presente Ley o en sus normas de desarrollo.

En tal sentido, cuando en la LPRL se haga referencia a trabajadores y empresarios, se entenderán también comprendidos al personal con relación de carácter administrativo o estatutario y a la Administración pública para la que presta servicios.

Aunque la referencia no era necesaria con esta previsión legal, el [artículo 4.1 ñ\) del Real Decreto 1146/2006](#), para el caso de los MIR, reconoce el derecho a contar con la misma protección en materia de salud laboral que el resto de los trabajadores de la entidad en que preste servicios.

Por su parte, el [artículo 14 de la LPRL](#) consagra el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo en cumplimiento del [artículo 40.2 de la CE](#), que encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo.

El citado derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales. Este deber de protección constituye, igualmente, un deber de las Administraciones públicas respecto del personal a su servicio.

Los derechos de información, consulta y participación, formación en materia preventiva, paralización de la actividad en caso de riesgo grave e inminente y vigilancia de su estado de salud, en los términos previstos en la ley, forman parte del contenido del derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.

En cumplimiento de este deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo. A estos efectos,

en el marco de sus responsabilidades, el empresario realizará la prevención de los riesgos laborales mediante la integración de la actividad preventiva en la empresa y la adopción de cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores con las especialidades que se recogen en la Ley en materia de plan de prevención de riesgos laborales, evaluación de riesgos, información, consulta y participación y formación de los trabajadores, actuación en casos de emergencia y de riesgo grave e inminente, vigilancia de la salud, y mediante la constitución de una organización y de los medios necesarios.

Así, y para tal cometido,

el empresario desarrollará una acción permanente de seguimiento de la actividad preventiva con el fin de perfeccionar de manera continua las actividades de identificación, evaluación y control de los riesgos que no se hayan podido evitar y los niveles de protección existentes, y dispondrá lo necesario para la adaptación de las medidas de prevención señaladas en el párrafo anterior a las modificaciones que puedan experimentar las circunstancias que incidan en la realización del trabajo.

Conforme al [artículo 3 del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero](#), por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención, es la evaluación de los riesgos laborales el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para que el empresario esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y, en tal caso, sobre el tipo de medidas que deben adoptarse.

Así, cuando de la evaluación realizada resulte necesaria la adopción de medidas preventivas, deberán ponerse claramente de manifiesto las situaciones en que sea necesario:

- Eliminar o reducir el riesgo, mediante medidas de prevención en el origen, organizativas, de protección colectiva, de protección individual o de formación e información a los trabajadores.
- Controlar periódicamente las condiciones, la organización y los métodos de trabajo y el estado de salud de los trabajadores.

En consonancia, el [artículo 22 de la LPRL](#) recoge el deber del empresario de garantizar a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo.

Por su parte, el [artículo 25](#) de la misma norma garantiza la protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, por sus características personales o estado biológico conocido, con los consiguientes deberes de evaluación, vigilancia de la salud y adaptación del puesto cuando las características del trabajo sean incompatibles con las limitaciones o el estado de salud de la persona trabajadora.

Conforme a la normativa sobre prevención de riesgos laborales, los riesgos se agrupan en 4 grandes grupos: seguridad, higiene, ergonomía y riesgos psicosociales.

Para la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, los riesgos psicosociales y el estrés laboral se encuentran entre los problemas que más dificultades plantean en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo. Afectan de manera notable a la salud de las personas, de las organizaciones y de las economías nacionales:

Los riesgos psicosociales se derivan de las deficiencias en el diseño, la organización y la gestión del trabajo, así como de un escaso contexto social del trabajo, y pueden producir resultados psicológicos, físicos y sociales negativos, como el estrés laboral, el agotamiento o la depresión. Entre las condiciones de trabajo que entrañan riesgos psicosociales se encuentran, sin duda, las cargas de trabajo excesivas.

Para el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), la psicología del trabajo, desde la perspectiva de la prevención de los riesgos laborales, es una discipli-

na que aborda las condiciones de trabajo psicosociales u organizativas (factores psicosociales). Esas condiciones de trabajo cuando son malas, deficientes o adversas, bien por un diseño inadecuado, bien por un desarrollo o implantación en la organización, interaccionan con las expectativas, necesidades, capacidades o actitudes de los trabajadores, impactan negativamente sobre su seguridad, salud y bienestar, convirtiéndose entonces en una fuente de riesgo que es preciso gestionar. Estos llamados factores de riesgo tendrán que ser evaluados, debiendo intervenir sobre ellos mediante una adecuada planificación preventiva para eliminarlos, reducirlos y/o controlarlos.

Los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo se han identificado como riesgos emergentes significativos por parte de la agencia de información de la Unión Europea para la seguridad y la salud en el trabajo y por el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional. Existen elementos vinculados a los riesgos psicosociales, como el estrés laboral y la violencia en el lugar de trabajo, que han sido reconocidos ampliamente como retos importantes para la salud y seguridad en el trabajo.

La Organización Internacional del Trabajo ha definido los riesgos psicosociales como

las interacciones entre el contenido, la gestión y la organización del trabajo y otras condiciones ambientales y organizativas, por un lado, y las competencias y necesidades de los trabajadores, por otro. En ese sentido, se refiere a las interacciones que se ha demostrado ejercen una influencia negativa en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencia. Una definición de los riesgos psicosociales podría ser la siguiente: son los aspectos del diseño y gestión del trabajo, así como sus contextos sociales y organizativos, que tienen potencial para causar daños psicológicos o físicos.

Según la OMS, los riesgos psicosociales están estrechamente vinculados con el estrés laboral: «El estrés relacionado con el trabajo es la respuesta de las personas ante unas demandas y unas presiones en el trabajo que no se corresponden con sus conocimientos y habilidades y que ponen en peligro su capacidad de resistencia».

Por otro lado, el «síndrome de estar quemado» también ha ganado protagonismo a causa de la exposición a un entorno psicosocial deficiente y el consiguiente estrés laboral. La doctrina lo define como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por la implicación, durante largos periodos de tiempo, en situaciones laborales que son emocionalmente exigentes.

Así, los trabajadores sienten estrés cuando las exigencias de su trabajo son mayores que su capacidad para hacerles frente. Además de los problemas de salud mental, los trabajadores sometidos a periodos de estrés prolongados pueden desarrollar problemas graves de salud física, como enfermedades cardiovasculares o problemas musculoesqueléticos:

Los efectos negativos se traducen en un mal rendimiento global de la empresa, aumento del absentismo, «presentismo» (trabajadores que acuden trabajar cuando están enfermos, pero son incapaces de rendir con eficacia) y unos mayores índices de accidentes y lesiones. Las bajas tienden a ser más prolongadas que las derivadas de otras causas, y el estrés relacionado con el trabajo puede contribuir a un aumento de los índices de jubilación anticipada. Los costes que acarrea a las empresas y a la sociedad son cuantiosos y se han estimado en miles de millones de euros a nivel nacional.

Son claros factores de riesgo psicosocial el horario laboral, en concreto, el trabajo a turnos, la nocturnidad, los horarios inflexibles, las jornadas imprevisibles, las jornadas prolongadas, las dificultades para la conciliación; así como la carga y el ritmo de trabajo, la carga de trabajo excesiva y la falta de control sobre la misma, una elevada presión temporal, el trabajo continuamente sujeto a plazos, etc.

Cuando esta problemática la trasladamos al ámbito de la sanidad, se añade un riesgo importante y difícilmente cuantificable como es el del temor a los errores profesionales. Así, es difícil pensar que cuando un profesional de la sanidad atiende a un paciente en su hora número 20 de la jornada se encuentre en un estado físico y mental que le permita dispensar la misma calidad de asistencia que si estuviera en las primeras horas de su jornada. Si además el médico que dispensa esa asistencia sanitaria (médico de puerta en un servicio de urgencias) es un profesional en formación, la dificultad de pensar y tomar decisiones, ante la evidente falta de experiencia profesional, incrementa el riesgo y, por consiguiente, el propio estrés del profesional sanitario.

La gestión del estrés no es solo una obligación moral y una buena inversión para los empresarios, sino un imperativo legal establecido en la [Directiva Marco 89/391/CEE](#), respaldado por los acuerdos marco de los interlocutores sociales en relación con el estrés laboral y el acoso y la violencia en el trabajo.

Por otra parte, en el [Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar](#) se reconocen las cambiantes demandas y las crecientes presiones que hay en los lugares de trabajo, y se anima a los empresarios a que apliquen medidas adicionales de forma voluntaria para fomentar el bienestar mental.

Por consiguiente, los empleadores del personal sanitario del sector público, donde se realizan jornadas de hasta 24 horas continuadas, con asistencia permanente y continuada a pacientes con patologías que requieren asistencia y toma de decisiones inmediatas, en turnos rotatorios y que incluye periodos nocturnos de trabajo, deben evaluar el riesgo psicosocial, que al menos debe contemplar los siguientes aspectos:

- Carga y ritmo de trabajo, del que puede derivar tensión laboral, estrés y agotamiento físico, daños musculoesqueléticos y cardiovasculares, daños a la salud mental y daños cognitivos, conflictos de rol y dilemas éticos.

- Realización de turnos rotatorios que incluyen trabajo en periodo nocturno, con lo que conlleva de dificultad de adaptación, alteración de los ciclos del sueño y fatiga mental, daños a la salud social y conductual, además de la dificultad de conciliar la vida laboral y la familiar, lo que aumenta dichas consecuencias.
- Jornadas interminables que inciden en la fatiga física y mental, en la toma de decisiones, incremento de sensaciones negativas como incapacidad e incompetencia, soledad y depresión. El agotamiento y despersonalización (negativismo/cinismo), se detecta predominantemente en profesiones sociales y de cuidado a personas, entre los que se encuentran enfermeros y médicos.
- Los riesgos derivados del trato con pacientes y familiares, la exposición continuada al trato con personas, debida a la naturaleza y el consiguiente contenido del servicio que se presta, la tensión generada por la demanda sanitaria y los tiempos de espera en las salas de urgencias, que puede derivar incluso en agresiones verbales o físicas cada vez más frecuentes.

Los resultados arrojados por el proyecto [PSI-COVID: Actuación Preventiva frente a los Riesgos Psicosociales Derivados de la Crisis de la Covid-19 en el Ámbito Sanitario](#), desarrollado por un equipo de trabajo multidisciplinar del INSST, pusieron de manifiesto la importancia de llevar a cabo actuaciones preventivas frente a los riesgos psicosociales en este ámbito.

La pandemia por la COVID-19 impactó de forma notoria en la salud mental de la totalidad de la población trabajadora. En el ámbito sanitario, como profesionales que estuvieron en primera línea durante la crisis sanitaria, se llevaron a cabo numerosas investigaciones que pusieron de manifiesto su grave deterioro o pérdida de salud mental.

La aplicación de los principios de la acción preventiva recogidos en el [artículo 15 de la LPRL](#), como son evitar los riesgos, evaluar los riesgos que no se puedan evitar, combatir los riesgos en su origen y adaptar el trabajo a la persona, deben llevar a una serie de acciones para paliar estos riesgos. Entre ellas, estaría la de modificar los sistemas organizativos de la guardia, asumiendo que, al menos desde el punto de vista de la seguridad y salud laboral, un profesional sanitario no puede dar asistencia sanitaria durante 24 horas en un turno de guardia de urgencias sin repercusión para su salud, sin menoscabo de la asistencia prestada y sin riesgo para el paciente.

7. Conclusiones

- 1.^a La asistencia sanitaria continuada y permanente en los casos de urgencia médica o emergencia sanitaria obligan al SNS a mantener una atención los 365 días del año y las 24 horas del día, tanto en centros de salud como en hospitales, y así poder satisfacer el derecho constitucional universal a la protección de la salud.

- 2.^a Es una realidad que la presión asistencial en estos servicios de urgencias es elevada, interviniendo variables como la ratio usuarios/profesionales sanitarios, unido a que la demanda de este servicio no siempre responde a una urgencia médica o emergencia sanitaria. Detrás de esta carga asistencial están los problemas de una atención primaria deficiente o insuficiente con demoras en la asistencia, las listas de espera para especialistas, así como una mala utilización del usuario de este servicio, lo que hace que muchas de las asistencias médicas que se prestan en los servicios de urgencias no se corresponden con su finalidad.
- 3.^a Mantener un servicio de urgencias con atención continuada y permanente en los términos expuestos, obliga a establecer un sistema de turnos rotatorios incluido periodo nocturno, que en el caso de los médicos está implicando la realización de jornadas de 24 horas continuadas, en lugar de los turnos de 8 o 12 horas que hace el personal de enfermería o en otros sectores profesionales. La presión asistencial de cada centro en función de sus circunstancias y de la época del año, hará que estas 24 horas sea en muchos casos de trabajo ininterrumpido y sin descanso o con un descanso insuficiente.
- 4.^a El papel del personal MIR, en particular de la especialidad de medicina de familia y comunitaria, en estas guardias de urgencias sanitarias, se ha convertido en esencial conforme a la organización del sistema asistencial (médicos de puerta en los servicios de urgencias que soportan buena parte de este servicio), con base en el número de guardias y funciones que tienen asignadas conforme a su programa formativo.
- 5.^a El carácter básico del servicio de asistencia sanitaria y las especiales características del profesional sanitario en general, y del personal médico en formación en sistema de residencia en particular, ha supuesto que la normativa laboral ofrezca amparo legal a estas jornadas maratonianas de 24 horas de asistencia continuada y permanente, debiendo respetarse en todo caso los límites de jornada máxima, descanso semanal y entre jornadas detallados.

Ello no quiere decir, no obstante, que sea el único modelo posible, ni mucho menos el mejor sistema, y prueba de ello es que, en otros países de nuestro entorno, como ocurre con la enfermería en España, los turnos de guardia sean de 8 o 12 horas como máximo. Por ello, *de lege ferenda*, debería plantearse una modificación del [Estatuto Marco](#) y del [Real Decreto 1146/2006](#) que limite esta jornada máxima a 12 horas de asistencia continuada y permanente (suma de jornada ordinaria y complementaria), aunque con garantías de mantenimiento del servicio de asistencia sanitaria.

- 6.^a En el caso del personal MIR, en particular, este servicio debería prestarse, al menos, con las garantías que conlleva el que se trata de profesionales en formación, cuya adquisición de capacidades y responsabilidades debe ser progresiva, debiendo ser en todo momento un desempeño tutelado, lo que implica que en ningún caso deberían asumir en solitario decisiones que escapan a su conocimiento y nivel de competencia.

- 7.^a Si bien la naturaleza del servicio y su organización pueden encontrar amparo, como se ha dicho más arriba, en la actual normativa laboral que regula la jornada de los profesionales sanitarios, desde el punto de vista de prevención de riesgos laborales, y en particular desde la exposición al riesgo psicosocial en la forma expuesta, este sistema no debería tener cabida en nuestro ordenamiento jurídico, en tanto que es un riesgo para la salud física y mental de los profesionales sanitarios expuestos, al concurrir todos los factores que acentúan la materialización del mismo, lo que explica un alto índice de bajas médicas, absentismo, desmotivación, falta de cobertura de vacantes, etc., consecuencia del «síndrome del trabajador quemado».

Urge, por tanto, una revisión del sistema, que debe pasar por un régimen de turnos menos exigente, lo que conlleva una limitación de las jornadas diarias a 12 horas máximo por turno, en lugar de las 24 actuales, mejorando así sustancialmente las condiciones de trabajo y de vida de este colectivo de profesionales, así como, paralelamente, la calidad del servicio prestado.

Es necesaria, en todo caso, una adecuada evaluación del riesgo psicosocial en los centros sanitarios, así como una vigilancia de la salud física y mental de los profesionales sanitarios que valore de manera continuada la incidencia que factores reales de riesgo tales como las prolongaciones de jornada, el trabajo a turnos, el trabajo nocturno, la carga de trabajo, la presión ejercida por pacientes y familiares, etc., ejercen en la salud de los mismos. Y ello junto con una adecuada identificación de los colectivos más vulnerables dentro de su organización.

Todo ello, en definitiva, con el fin de diseñar actuaciones preventivas adaptadas y de establecer prioridades para su ejecución, definiendo protocolos de actuación ante la aparición de indicios de enfermedad, con la finalidad de incidir de forma directa en la propuesta de cambios en la organización de estos servicios y su régimen de turnos.