



Recomendaciones para la mejora de las condiciones de los Médicos Internos Residentes (MIR) en España

**Resultados del Estudio sobre jornadas laborales y
descansos de los MIR en España**

SECCIÓN NACIONAL DE MÉDICOS JÓVENES Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO





1 - Introducción

Los Médicos Internos Residentes (MIR) suponen una parte importante de la fuerza de trabajo que presta atención a los pacientes en centros hospitalarios y extrahospitalarios, especialmente en el contexto de las guardias. Las condiciones en las que se desarrolla de trabajo de este colectivo están relacionadas con la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente.

La evidencia científica disponible apunta a que existe un importante problema en lo relativo a la salud y el bienestar profesional en este colectivo. Trabajar más horas de lo legalmente establecido y no realizar los descansos obligatorios^(1,2) tienen una estrecha relación con el deterioro del bienestar psicosocial de los MIR en lo relativo a aumento de las tasas de problemas de salud mental y burnout.⁽³⁾ Los últimos estudios a nivel europeo apuntan a que la tasa de burnout entre el colectivo de residentes es de 30,8%⁽⁴⁾; no obstante, en algunos estudios esta llegaría a ser de hasta el 75%⁽⁵⁾.

La existencia de indicadores de riesgo en lo relativo a burnout y problemas de salud mental está relacionado con problemas e incidentes de seguridad del paciente y errores percibidos^(6,7). De acuerdo con un estudio,⁽³⁾ el 10% de los médicos con burnout habrían cometido un error médico significativo en los 3

meses previos y tendrían resultados bajos de satisfacción por parte de los usuarios de los servicios.

También está probada la relación entre la duración de los turnos y unos estándares de atención subóptimos en el colectivo de residentes⁽⁸⁾. Reducir las jornadas laborales asegurando turnos más cortos en los que exista un adecuado descanso lleva a cometer menos errores médicos⁽⁹⁾ y a la reducción de accidentes laborales como son las heridas percutáneas⁽¹⁰⁾ o por instrumental afilado⁽¹¹⁾. Un hecho muy significativo es que trabajar más horas de lo debido tiene consecuencias deletéreas para el aprendizaje y que reducir el exceso de jornada en residentes no afecta negativamente a la adquisición de competencias y resultados de aprendizaje⁽¹²⁾.

El objetivo del presente documento es ofrecer una panorámica sobre las condiciones laborales de los MIR en España a través de la presentación de los resultados del último estudio sobre jornadas laborales y descansos y realizar un resumen de la evidencia existente sobre las condiciones del colectivo y su impacto en la salud de los profesionales y la provisión de servicios.

Finalmente ofrecer una serie de recomendaciones para la mejora de las condiciones de los especialistas en formación.

2 – ¿Cómo se regulan las condiciones y jornadas de los MIR en España?

En nuestro país el marco legal laboral de aplicación a médicos especialistas en formación, está recogido en la trasposición de la Directiva Europea del Trabajo (2003/88/CE)⁽¹³⁾ en el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud⁽¹⁴⁾ y el Estatuto del Trabajador⁽¹⁵⁾ que disponen tres cuestiones fundamentales:

1. **La jornada laboral máxima de 48 horas semanales en cómputo semestral de jornada efectiva de trabajo.**
2. **Descanso diario de al menos 12 horas entre jornadas laborales.**
3. **Descanso semanal de al menos 36 horas por semana o descanso compensatorio de 72 horas en dos semanas.**

No obstante, existen varios problemas e incongruencias entre la mencionada normativa de rango superior y los Reales Decretos y Órdenes Ministeriales que regulan la relación laboral de carácter especial de los residentes y los programas formativos de las distintas especialidades^(16,17).

El primer problema es uno de **indefinición**; a pesar de que la legislación laboral establezca topes y máximos en concepto de horas, la regulación específica del sistema de residencia lo hace en número máximo de guardias. Las guardias no son un concepto legal homogéneo, ni su duración es equiparable ni estandarizada. Por citar un ejemplo en el Estatuto Marco la conceptualización es la de jornada complementaria, no de guardia. Además, las

guardias en los residentes pueden ser módulos de jornada complementaria a definir por los servicios de salud, aunque lo habitual es que sean de 17 o 24 horas, dependiendo si la persona tiene un turno ordinario de 7 horas ese mismo día. De manera paralela deberían existir sistemas de fichaje horario para el colectivo de residentes al tener una vinculación laboral de carácter especial; sin embargo, ninguna comunidad autónoma cuenta con ello en la actualidad.

El segundo problema es el de **conflicto normativo**. El RD 1146/2006⁽¹⁷⁾ establece la obligatoriedad de la realización de guardias en el personal especialista en formación. Asimismo, dispone que el número de guardias será el que establezcan los programas formativos y que en ningún caso superará las 7 guardias al mes. La mayoría de los programas formativos establecen horquillas de entre 4-6 guardias obligatorias por mes. A pesar del problema de indefinición, haciendo una lectura lo más restrictiva y perjudicial para el MIR posible, si un residente trabajase más de 4 guardias al mes de 17 horas estaría incumpliendo el máximo de 48 horas a la semana que fija el ordenamiento jurídico de rango superior.

Por último, cabe mencionar que, a pesar de la clara definición del concepto de descanso semanal en la legislación, éste ha sido un hecho contestado para el colectivo MIR en nuestro país. En los últimos años diversas sentencias han acreditado este derecho en los especialistas en formación; la última de ellas una sentencia de un recurso de casación ante el Tribunal Supremo (STS 1543/2022)⁽¹⁸⁾.



3 – Resultados del estudio sobre jornadas laborales y descansos de los MIR en España

Entre los meses de abril y mayo de 2022 se realizó un estudio entre los Médicos Internos Residentes de toda España para conocer la situación relativa a jornadas laborales y descansos. La metodología empleada fue de estudio descriptivo observacional analítico transversal (Metodología, Anexo 1). Para un universo de 30.377, una muestra estimada de 380 MIR (IC 95% y EA 5%) se obtuvieron 2.035 participantes, de los cuales el 65,31% eran mujeres. Por año de inicio de residencia respecto a su población de referencia 2017-R5 (5,7%), 2018-R4 (4,8%), 2019-R3 (6,5%), 2020-R2 (7,9%) y 2021-R1 (7,3%).

3.1 Exceso de jornada: ¿Cuántas guardias de media realizan los MIR en España?

El primer objetivo del estudio fue conocer el grado de cumplimiento de la legislación laboral en lo relativo a las jornadas máximas y número de guardias. Para ello se utilizó solo la tipología de guardia más frecuente de 17 o 24 horas, excluyéndose los residentes que realizan jornadas de atención continuada de inferior duración. La jornada ordinaria de un

MIR en España es de media 37,5 horas a la semana. El punto de corte para el incumplimiento del tope de 48 horas a la semana se estableció en mayor o igual de 5 guardias, lo cual es la interpretación más restrictiva posible.

En el 80,49% de las plazas de residente se incumple la normativa de máximos de jornada y se realizaron 5 o más guardias en el último mes. La Rioja (100%), Región de Murcia (96,40%), Castilla la Mancha (92,09%), Galicia (91,95%), Principado de Asturias (91,30%) y Extremadura (90,38%) fueron las CCAA que concentraron mayor número de residentes con 5 o más guardias mensuales.

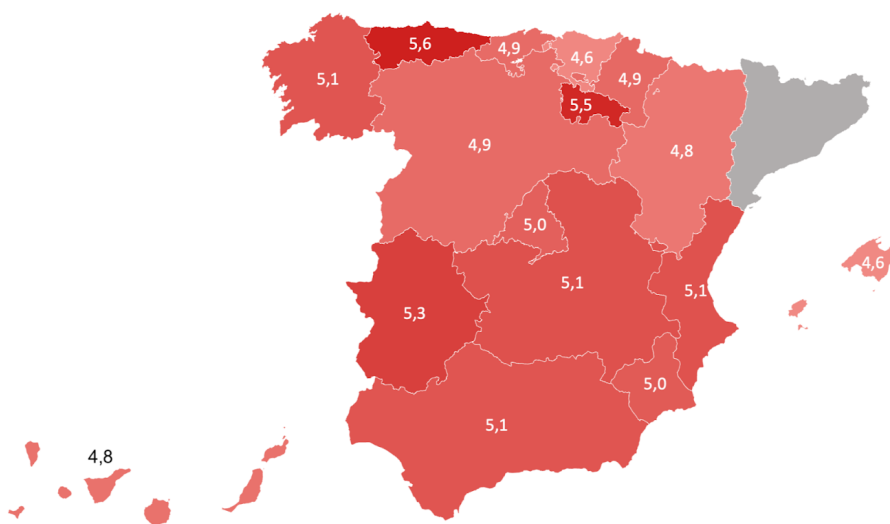
<< En el 80,49 % de los casos se incumple el máximo de jornada laboral (>48h/semana) >>

De media el número de guardias el último mes fue de 5,01 guardias y los últimos 3 meses 15,03. Por CCAA, las comunidades donde se realizaron un mayor número de guardias de media fueron Asturias (5,6), La Rioja (5,5) y Extremadura (5,3).

Promedio de guardias al mes por CCAA

Promedio de guardias mensuales

4,1 6,0

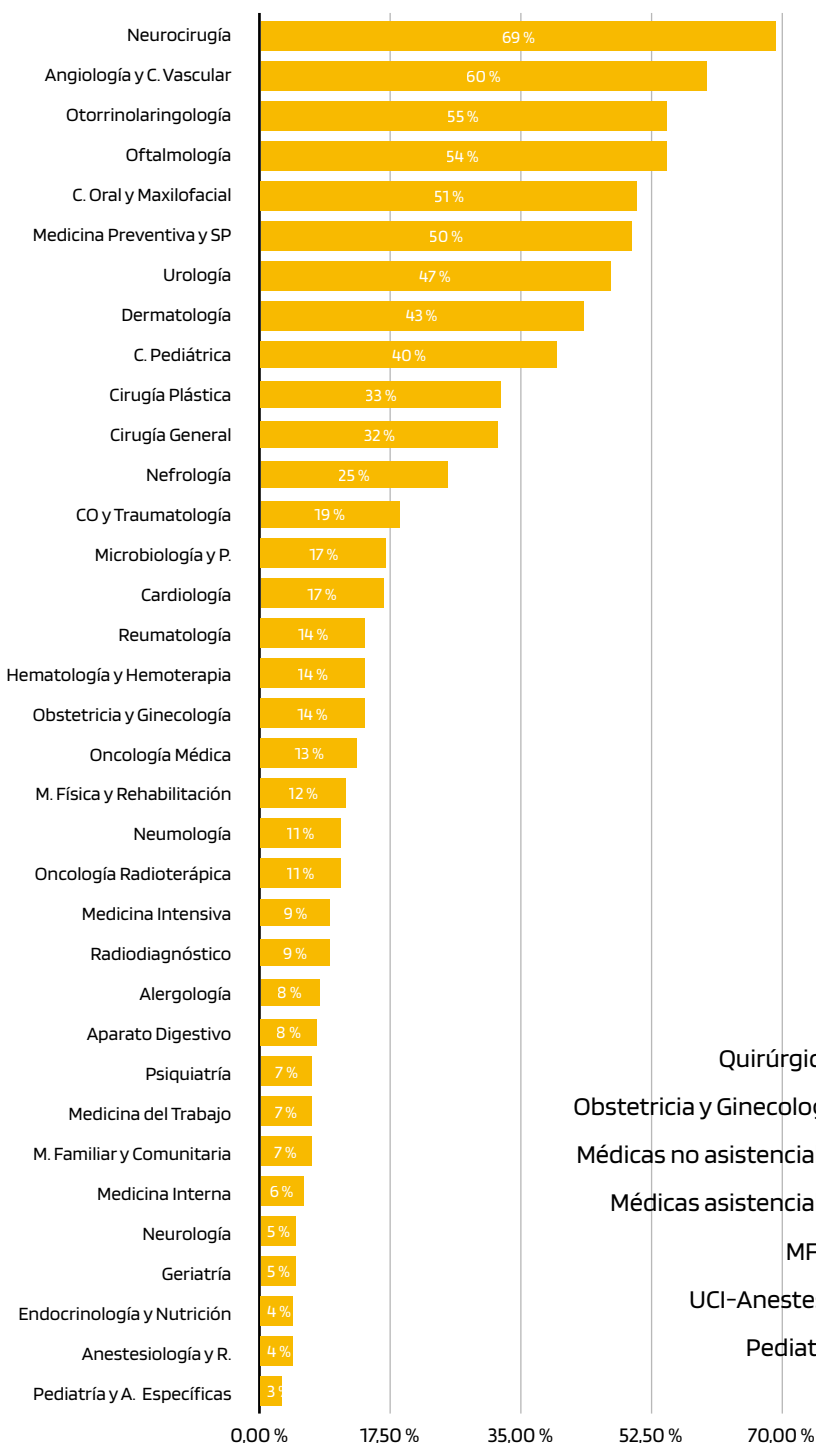


CCAA	PROMEDIO
Asturias	5,61
La Rioja	5,54
Extremadura	5,31
Castilla la Mancha	5,14
Valencia	5,13
Andalucía	5,10
Galicia	5,10
Región de Murcia	5,04
Madrid	4,99
Navarra	4,90
Castilla y León	4,88
Cantabria	4,88
Canarias	4,81
Aragón	4,76
País Vasco	4,59
Islas Baleares	4,57
Total	5,01

Las especialidades que realizan un mayor número de guardias al mes fueron Neurocirugía (6,15), Medicina Intensiva (5,72), Cirugía Oral y Maxilofacial (5,60) y Cirugía General (5,58). Se trata de las especialidades que concentran el mayor número de guardias de media realizadas por los profesionales médicos en formación en los diferentes servicios asistenciales.

3.2 ¿En cuántas guardias no se ha realizado el descanso diario obligatorio? (media de guardias descansadas al día siguiente / libranza)

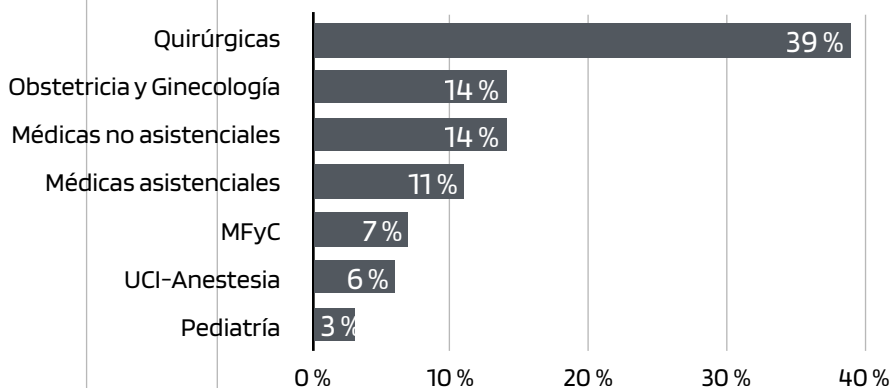
% DE NO LIBRANZA POR ESPECIALIDAD



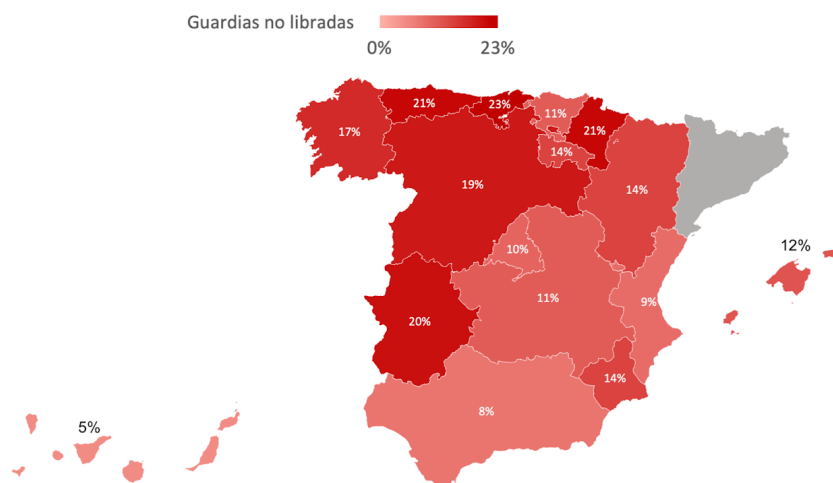
De media, no se realizó el descanso diario obligatorio post-guardia en el 13% (1.334/10.175) de las ocasiones y por CCAA Cantabria (23%), Principado de Asturias (21%), Comunidad Foral de Navarra (21%), Extremadura (20%) y Castilla y León (10%) concentraron el porcentaje mayor de residentes que no descansaban; mientras que por especialidades: Neurocirugía (69%), Angiología y Cirugía Vascular (60%), Otorrinolaringología (55%) y Oftalmología (54%) fueron las especialidades en donde los residentes menos descansaron tras jornadas de trabajo de más de 24 horas.

Por grupos de especialidades destacan las especialidades quirúrgicas con un 39% de tasa de no libranza frente al 14% de ginecología y especialidades médicas no asistenciales.

<< En las especialidades quirúrgicas 2 de cada 5 guardias no se descansa al día siguiente >>



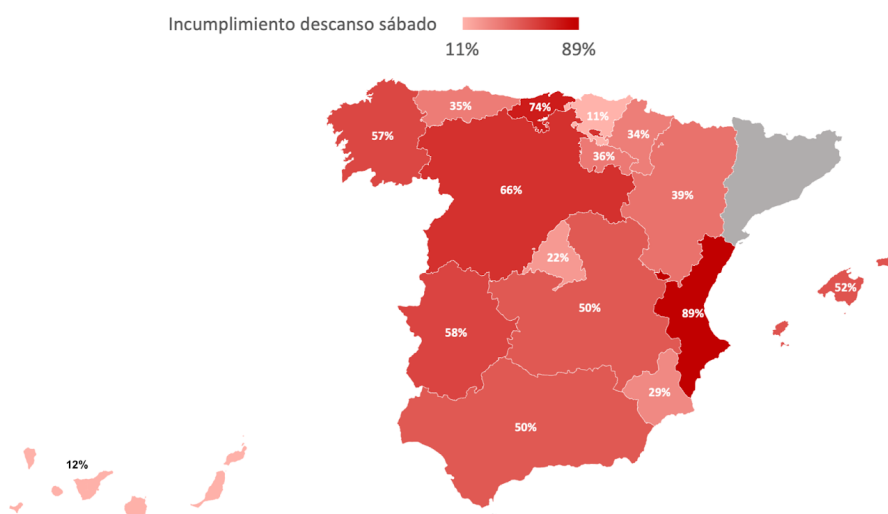
Porcentaje de guardias no libradas de las últimas 5 reportadas por CCAA



3.3 Descanso de la última guardia de sábado, posibilidad de descansar al menos 36 horas semanales ininterrumpidas.

Una de las últimas acciones en defensa de la conciliación laboral es la posibilidad de realizar un descanso semanal ininterrumpido de 36 horas/semana. El 47% de los MIR no tuvieron descanso después de su última guardia de sábado el lunes siguiente o viernes. Las especialidades que reportaron mayor incumplimiento del descanso después de la guardia de sábado fueron Cirugía Pediátrica (100%), Neurocirugía (100%), Oftalmología (95%) y Cirugía Oral y Maxilofacial (92%) y las CCAA Comunidad Valenciana (89%), Cantabria (74%), Castilla y León (66%). Y las especialidades que menos incumplían este descanso eran Medicina del Trabajo (26%), Psiquiatría (22%), Medicina Preventiva y Salud Pública (20%) y Microbiología y Parasitología (20%) y las CCAA Comunidad de Madrid (22%), Canarias (12%), País Vasco (11%)

Incumplimiento del descanso después de la última guardia de sábado

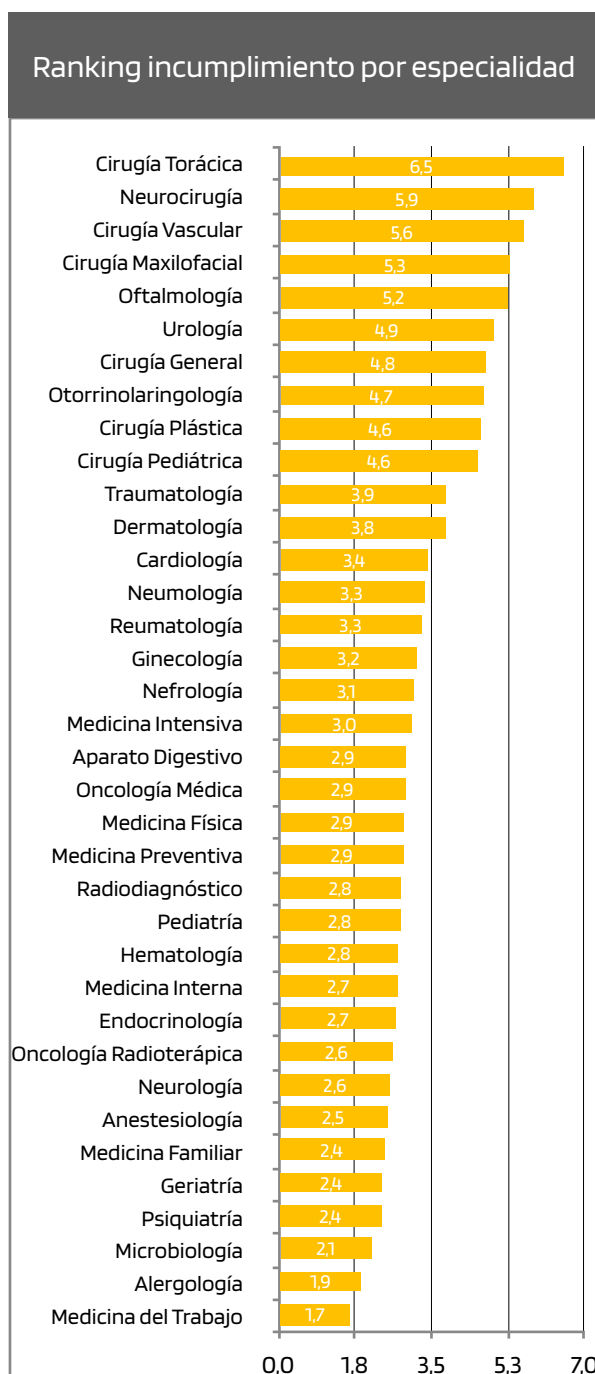


3.4 Listas de sustitución


El 50.0% de los residentes son incluidos en listas de sustitución. Estas listas de sustitución (también llamadas "listas negras") se utilizan incumpliendo la legalidad para obligar a compañeros que no están de guardia, a cubrir una baja de última hora en caso de que algún MIR no pueda acudir a realizar su guardia. Eso supone que pueden obligar a acudir al hospital a un residente en cualquier momento, sin ningún tipo de retribución por tener dicha disponibilidad. Las comunidades o ciudades autónomas en las que más residentes están incluidos en listas de sustitución son Ceuta (100%), Islas Baleares (94%), La Rioja (73%), Galicia (66%) y Extremadura (63%). Por grupos de especialidades, las especialidades quirúrgicas son en las que más residentes están incluidos en listas de sustitución (60%), seguidas por Medicina Familiar y Comunitaria (55%) y por especialidades Médicas no asistenciales (52%).

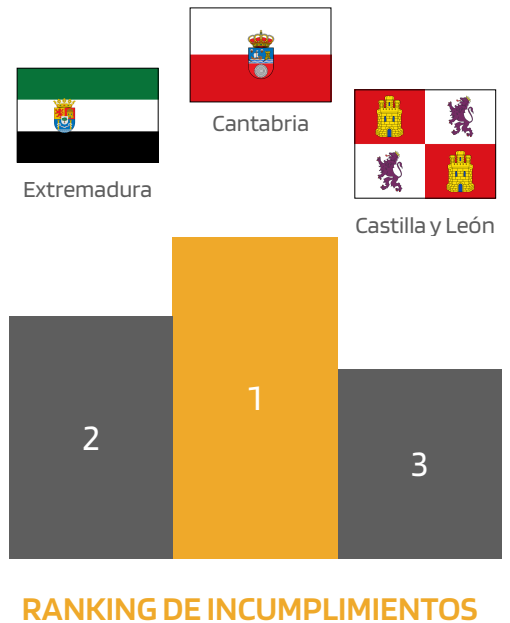
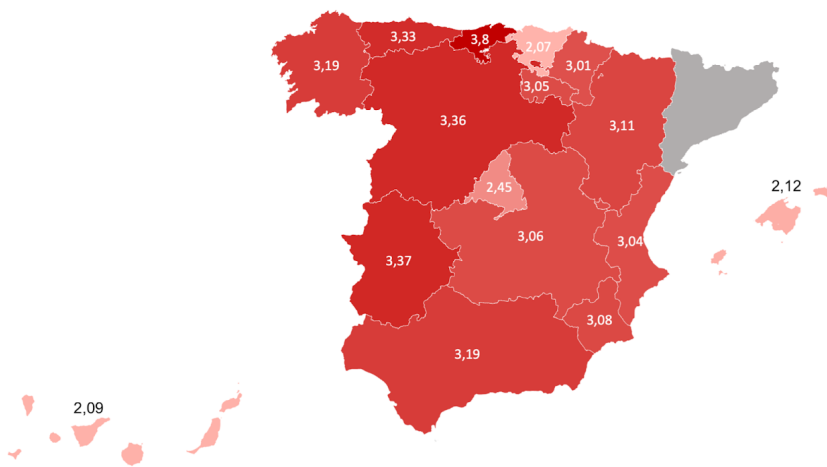
4- Ranking de incumplimiento de las condiciones laborales por especialidades y CCAA

Con el objetivo de sintetizar y agrupar los distintos indicadores sobre los incumplimientos de derechos laborales analizado se ha realizado un ranking en el que se ha comparado qué Comunidades y qué especialidades respetan menos los derechos laborales de manera global. Para su cálculo, se han incluido los siguientes parámetros: número de guardias al mes (puntuando como negativo cuando se supera el máximo europeo de horas de trabajo), % de no descanso diario tras guardia, % de no descanso semanal tras guardia de sábado, número de horas trabajadas cuando no se descansa tras una guardia y la existencia de listas de sustitución. De esta manera, se ha generado un intervalo donde el 1 es el respeto máximo de todos los derechos laborales, y el 8 el incumplimiento más alto. En el ranking de incumplimiento de las diferentes categorías, las CCAA con mayor incumplimiento son Cantabria (3,80/8), Extremadura (3,37/8), Castilla León (3,36/8) y Asturias (3,33/8) y las que menos incumplen País Vasco (2,07/8), Canarias (2,09/8), Islas Baleares (2,12/5) y Cataluña (2,15/8). Por especialidades, las que más incumplen son Cirugía Torácica (6,5/8), Neurocirugía (5,9/8), Cirugía Cardiovascular (5,6/8), y las que menos incumplen Medicina del Trabajo (1,7/8), Alergología (1,9/8), Microbiología (2,1/8) y Psiquiatría (2,4/8).



Ranking de CCAA de incumplimiento de la normativa laboral

Ranking de CCAA de incumplimiento de la normativa laboral  2,07 3,8



5 – Conclusiones

La evidencia existente es clara respecto a las consecuencias de trabajar en condiciones insuficientes, la sobrecarga laboral y la falta de sueño sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios. En relación a ello, existen marcadas incompatibilidades entre la normativa Española y Europea. Por todo lo anterior, los datos que se muestran en el presente informe son especialmente preocupantes:

- Los médicos residentes en España superan de media las horas máximas (48 horas semanales) establecidas por la normativa Europea de trabajo.
- Un número significativo de médicos residentes no realiza el descanso diario obligatorio y no se marchan del hospital tras 24 horas de trabajo continuado tal y como establece la ley.
- Un número aún mayor de médicos residentes no realiza el descanso semanal obligatorio.
- Existen marcadas diferencias entre CCAA, destacando Cantabria, Extremadura Castilla León y Asturias como las Comunidades que más incumplen los derechos de los residentes; y entre especialidades, destacando las especialidades quirúrgicas como las que más incumplen los derechos de los residentes.

Todo ello hace necesario una modificación de la legislación para que sea acorde a la normativa laboral nacional y europea. Al tiempo que se establecen los mecanismos de supervisión de las condiciones laborales en las que trabajan los médicos residentes en España. **Dicha modificación debería realizarse en la normativa que rige la relación laboral de carácter especial ya que como recuerda el Tribunal Supremo, en la Sentencia 1543/2022, “la legislación laboral compete al Estado, sin perjuicio de su ejecución por las CCAA, de conformidad con lo dispuesto en el art. 149.7 CE”, y no correspondiendo a las Comunidades Autónomas la regulación de la jornada y descansos del colectivo de residentes, cuya relación es laboral especial (Fundamento jurídico cuarto).**

6 – Propuestas de Mejora

1 – REVISIÓN DE LA LEGISLACIÓN SOBRE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

El Gobierno de España plantea en el Plan de recuperación, transformación y resiliencia el componente **C18.R4** que condiciona la revisión del marco normativo de la FSE. Es necesario mejorar la conceptualización y el papel de las guardias médicas en los especialistas en formación sin que esta entre en colisión con la legislación laboral nacional y europea y con el fin de mejorar los resultados de aprendizaje y el bienestar psicococial de los residentes.

1.1 – MÁXIMO DE GUARDIAS ACORDE A LA LEGISLACIÓN LABORAL (NO MÁS DE 48h /SEMANA)

Modificar el RD 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para que se establezca un máximo de cuatro guardias obligatorias al mes.

1.2 – CONTEMPLAR EL DESCANSO SEMANAL EN LA R. LABORAL DE CARACTER ESPECIAL

Modificar el RD 1146/2006 para que recoja el descanso semanal (36 o 72h) presente en la legislación vigente y cuya vulneración ha quedado patente en la jurisprudencia del TS⁽¹⁸⁾

1.3 – IMPLEMENTAR SISTEMAS DE CONTROL DE PREVENCIÓN DE EXCESOS DE JORNADA

1.4 – AJUSTAR LOS TIEMPOS DE FORMACIÓN A LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS.

2 – DESARROLLO DE UN SISTEMA EFECTIVO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA FSE

Desarrollo del artículo 29 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero y promoción de sistemas de evaluación externo de la formación sanitaria especialidad, a través de las auditorías externas por parte del Ministerio de Sanidad y de las encuestas de satisfacción por parte de las Comunidades Autónomas.

2.1 – EVALUAR CONDICIONES MATERIALES DE APRENDIZAJE

Dichas evaluaciones deberían contemplar no solo las condiciones formativas, sino también las condiciones materiales en las que se desarrolla su labor: número de horas trabajadas, número de guardias, existencia de espacios adecuados de descanso, respeto de las libranzas obligatorias, cumplimiento de los descansos semanales, etc.

2.2 – DESARROLLO DE PLANES DE GESTIÓN DOCENTE

Desarrollo de un modelo homogéneo de Planes de Gestión Docente para incentivar los sistemas internos de garantía de calidad de las Unidades Docentes. Los resultados de dichas encuestas y de las distintas auditorías externas, así como la tasa anual de abandono, han de ser públicos.

3 – REVISIÓN DEL MARCO RETRIBUTIVO EN CONSONANCIA CON LA PNL 161/003728

Realizar una revisión y mejora del marco retributivo de los MIR para que la jornada complementaria a través de las guardias no suponga el grueso de los salarios. Esto genera inventivos para que los residentes tengan que realizar más guardias de lo legalmente establecido. Esta acción se ha previsto en la Proposición No de Ley de las Cortes General que insta al gobierno a llevar a cabo mejoras retributivas en el colectivo de residentes, (Número de expediente 161/003728) presentada y aprobada en marzo de 2022 por el Congreso de los Diputados.

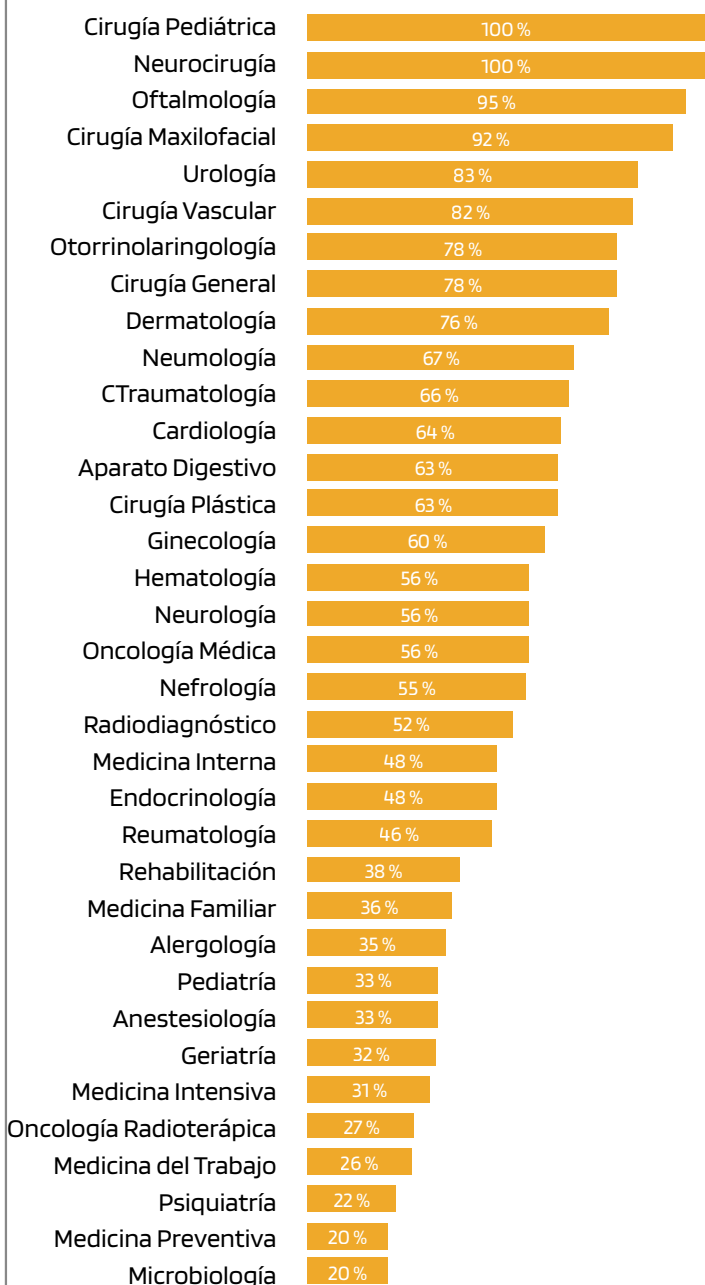
7 – Referencias

1. Cerame del Campo, A., Maiques Gámez, M., Coucheiro, P., & Cayuela Rodríguez, L. (2021). Estudio descriptivo sobre libranza de guardias de Médicos Residentes de Madrid: Efecto de la huelga de 2020 en el cumplimiento de los descansos obligatorios. *Revista Española de Educación Médica*, 2(2). <https://doi.org/10.6018/edumed.490691>
2. Carrasco JP, Ferrando M, Jiménez M, Martín J, Elsa Martínez, Martínez LC, et al. ¿Se sobrecarga a los médicos residentes? Estudio descriptivo sobre la falta de libranza de guardias de los médicos residentes y análisis de sus consecuencias docentes en la provincia de Valencia. *Educ Med*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.09.00>
3. Patel, R. S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 8(11), 98. <https://doi.org/10.3390/bs8110098>
4. Naji, L., Singh, B., Shah, A., Naji, F., Dennis, B., Kavanagh, O., Banfield, L., Alyass, A., Razak, F., Samaan, Z., Profetto, J., Thabane, L., & Sohani, Z. N. (2021). Global prevalence of burnout among postgraduate medical trainees: a systematic review and meta-regression. *CMAJ open*, 9(1), E189–E200. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200068>
5. Ishak, W. W., Lederer, S., Mandili, C., Nikraves, R., Seligman, L., Vasa, M., Ogunyemi, D., & Bernstein, C. A. (2009). Burnout during residency training: a literature review. *Journal of graduate medical education*, 1(2), 236–242. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-09-00054.1>
6. Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PloS one*, 11(7), e0159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
7. Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Trojanowski, L., & Rea, M. (2017). The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC medical education*, 17(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1040-y>
8. Basner, M., Dinges, D. F., Shea, J. A., Small, D. S., Zhu, J., Norton, L., Ecker, A. J., Novak, C., Bellini, L. M., & Volpp, K. G. (2017). Sleep and Alertness in Medical Interns and Residents: An Observational Study on the Role of Extended Shifts. *Sleep*, 40(4), zsx027
9. Landrigan, C. P., Rothschild, J. M., Cronin, J. W., Kaushal, R., Burdick, E., Katz, J. T., Lilly, C. M., Stone, P. H., Lockley, S. W., Bates, D. W., & Czeisler, C. A. (2004). Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *The New England journal of medicine*, 351(18), 1838–1848. <https://doi.org/10.1056/NEJMoA041406>
10. Ayas, N. T., Barger, L. K., Cade, B. E., Hashimoto, D. M., Rosner, B., Cronin, J. W., Speizer, F. E., & Czeisler, C. A. (2006). Extended work duration and the risk of self-reported percutaneous injuries in interns. *JAMA*, 296(9), 1055–1062. <https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1055>
11. Fisman, D. N., Harris, A. D., Rubin, M., Sorock, G. S., & Mittleman, M. A. (2007). Fatigue increases the risk of injury from sharp devices in medical trainees: results from a case-crossover study. *Infection control and hospital epidemiology*, 28(1), 10–17. <https://doi.org/10.1086/510569>
12. Moonesinghe, S. R., Lowery, J., Shahi, N., Millen, A., & Beard, J. D. (2011). Impact of reduction in working hours for doctors in training on postgraduate medical education and patients' outcomes: systematic review. *BMJ (Clinical research ed.)*, 342, d1580. <https://doi.org/10.1136/bmj.d1580>
13. Directiva 2003/88/CE del Parlamento y del Consejo Europeo, del 4 de noviembre de 2003, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo. (Diario Oficial n° L 299/9 del 18 de noviembre de 2003). Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2003/299/L00009-00019.pdf>
14. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Boletín Oficial del Estado número 301, del 17 de diciembre de 2003) Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/12/16/55/con>
15. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (Boletín Oficial del Estado número 255, del 24 de noviembre de 2015). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11430>
16. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. (Boletín Oficial del Estado número 45, de 21 de febrero de 2008). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/02/08/183>
17. 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. (Boletín Oficial del Estado número 240 del 7 de octubre de 2006). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/10/06/1146/con>
18. Ricardo Bodas Martín. Sentencia del Tribunal Supremo 1543/2022. Sentencia núm. 280/2022. Tribunal Supremo. Sala de lo Social. (Boletín Oficial del Estado, del 30 de marzo de 2022).
19. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (Boletín Oficial del Estado número 280 del 22 de noviembre de 2003). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
20. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. (Boletín Oficial del Estado número 255 del 24 de octubre de 2015). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/23/2/con>

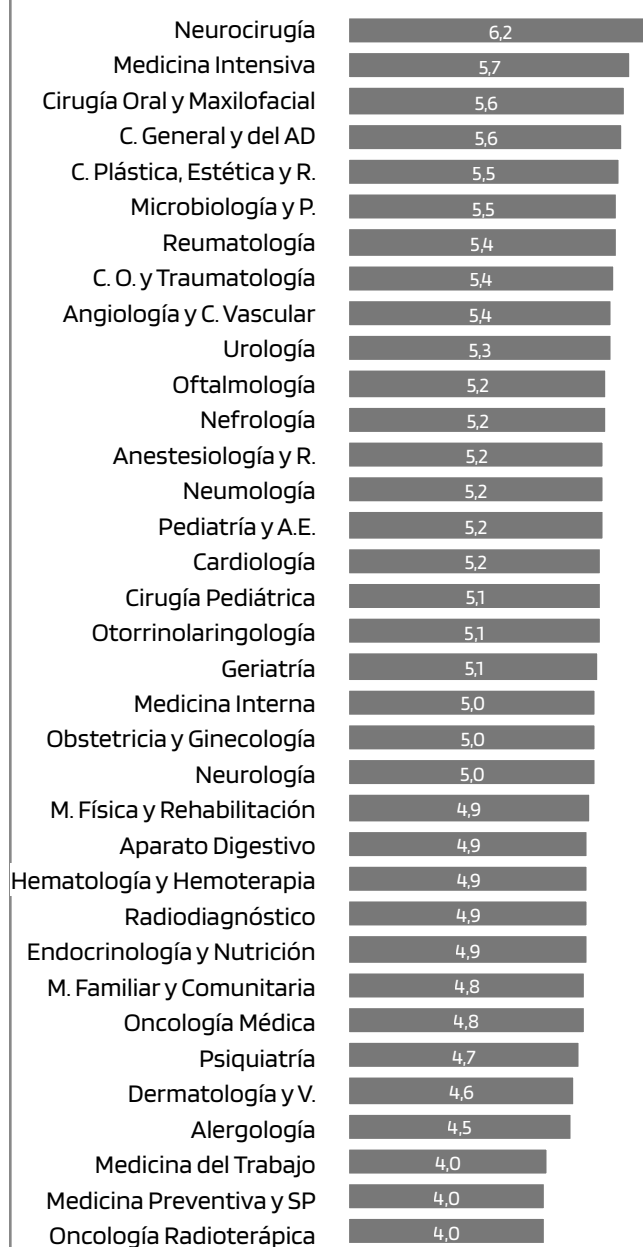
ANEXO Y METODOLOGÍA

Se llevo a cabo un estudio descriptivo analítico observacional transversal a través de encuesta autoadministrada con sistema de confirmación de identidad a través del sistema de colegiados del CGCOM. La población diana eran los MIR que estuvieran realizando en activo su especialidad y que hubiesen elegido plaza entre 2017 y 2021 y que a su vez hicieran guardias de 24 horas. Aquellos residentes que no cumplieran estos criterios fueron excluidos del análisis estadístico. La población de referencia se obtuvo de la base de datos del Ministerio de Sanidad. El estudio se realizó entre el 1 y 31 de mayo de 2022. Se realizó un muestreo por cuotas no probabilístico. Se establecieron un conjunto de hitos a alcanzar por los encuestados para la selección de una muestra representativa con variables clave: especialidad y región. El objetivo era saturar el cupo establecido (especialidad o región), el cual pudo haber sido ampliado durante el estudio según los hitos preestablecidos y el grado de participación. El mínimo esperado del 5% de los encuestados en cada una de las cuotas. Cálculo del tamaño de la muestra: Un tamaño de muestra de 1014 sujetos seleccionados al azar será suficiente para estimar con un 95% de confianza y una precisión de +/- 3 por ciento de unidades, un porcentaje poblacional que se considera en torno al 50%. Se adaptó una encuesta de la literatura nacional disponible y fue revisada por un grupo de expertos del CGCOM y pilotada por 30 sujetos.

% DE NO LIBRANZA SÁBADOS POR ESPECIALIDAD



MEDIAS GUARDIAS/MES POR ESPECIALIDAD





European Junior Doctors

EJD Statement of support
EJD-2022-103

STATEMENT OF SUPPORT FOR THE SPANISH JUNIOR DOCTOR'S CLAIM ON WORKING HOURS

The Junior Doctors Network of the Spanish Medical Order (CGCOM) has recently published a survey on working hours and working conditions of Junior Doctors in Spain. After surveying more than 2000 junior doctors the results show that more than 80% of resident physicians undergoing PGT programs in Spain work for more than 48h/week, the limit set by the European Working Time Directive (EWTB). What is more, 13% of residents do not rest after a 24h on-call shift. This means that a JD could potentially work 32 hours straight with no rest. Additionally, the percentage rises to 47% when it comes to week rest after a Saturday 24h on-call shift. According to preliminary data from our study, the surveyed residents carried out an average of five 24h on-call shifts per month.

Spain transposed the European Working Time Directive into their national legislation in 2003 (Law 55/2003) and it was not until 2008 that it came into force for Spanish doctors and junior doctors. European Junior Doctors Association (EJD) demands the Spanish Government and the governments of the different Spanish Autonomous Regions for the enforcement of European and national legislation.

EJD would like to highlight the vulnerable and exceptional position of junior doctors as part of the medical workforce carrying heavy responsibilities in on-call duties, but who are also undergoing training which reflects their possibility in negotiating contracts. Furthermore, transgressions of the working hours limits and resting times are well known factors which negatively impact the health and psychosocial wellbeing of junior doctors, which worsen PGT outcomes and could potentially lead to suboptimal patient care. The EJD believes that there are grounds to address these questions both at the national and EU level to safeguard the interests of junior doctors and patients alike.

The European Junior Doctors Association (EJD) represents more than 300 000 junior doctors in Europe. We advocate for Junior Doctors' rights, the improvement of training systems and optimal patient care.

Registered Office
European Junior Doctors Association
1040 Brussels, Belgium

Rue Guimard 15

office@juniorDoctors.eu
www.juniorDoctors.eu