



**Grupo Temático N° 10: Salud laboral, condiciones y medio ambiente de trabajo, y riesgos psicosociales en la organización del trabajo.**

**Coordinadores: Silvia Korinfeld, Andrea Suarez Maestre, Julio C. Neffa**

---

**“Tareas y horarios: su repercusión en la vida y la salud de los médicos residentes del Hospital Julio C. Perrando de Resistencia, Chaco”**

**Autor/es: Mariana Sabas**

**E – mails: msabas@eco.unne.edu.ar**

**Autor/es: Jessica Braslavsky**

**E – mails: jessi\_bras@hotmail.com**

**Autor/es: Nadia Neiff**

**E – mails: nneiff@eco.unne.edu.ar**

**Pertenencia institucional: Facultad de Ciencias Económicas (UNNE), Carrera de Relaciones Laborales.**

***a- Planteo del problema de investigación***

La Residencia de Salud es un sistema de formación integral de postgrado para el graduado reciente en las disciplinas vinculadas a la salud, cuyo objeto es completar la formación integral del profesional en forma exhaustiva, ejercitándolo en el desempeño responsable, eficiente y ético de la disciplina correspondiente, bajo la modalidad de formación en el trabajo, asignándole la ejecución personal de actos de progresiva complejidad y responsabilidad (Ley 22.127/79 Sistema nacional de residencias en salud, Decreto 303/08 Reglamento Básico para el sistema de residencias).

Se trata de un modelo formativo previsto en forma de becas anuales, otorgadas por distintos organismos (Ministerio de Salud de la Nación, de las provincias, Universidades, entre otros), bajo un régimen de actividad a tiempo completo y con dedicación exclusiva.

El ingreso a este sistema se produce anualmente, mediante el mecanismo de concurso, en el cual se consideran los antecedentes personales del postulante, el promedio general de la carrera, los antecedentes docentes u hospitalarios, las concurrencias o adscripciones en la especialidad que se



concurra u otra, el puntaje que obtenga en la evaluación escrita (Examen Único Médico) y los antecedentes personales y profesionales emergentes de la entrevista personal.

Los Marcos de Referencia, elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación destinados a las distintas especialidades, constituyen estándares para la formación y la evaluación de las residencias. Buscan armonizar los criterios mínimos para la formación de especialistas, estableciendo lineamientos curriculares comunes y estándares de calidad que permitan formar expertos de nivel equivalente en todo el país.

Estos Marcos de Referencia prevén una permanencia mínima de 44 horas semanales en los centros de formación, a las que se suman 2 (dos) guardias semanales obligatorias de hasta doce (12) horas cada una, con un intervalo entre éstas no menor a veinticuatro (24) horas. Finalizadas las mismas, los residentes deben contar con un descanso efectivo de seis (6) horas de corrido, dentro o fuera de la institución, que debe ser considerado dentro de la carga horaria semanal si correspondiera a un día laborable.

Las tareas realizadas, que implican estar en contacto con una numerosa cantidad de pacientes y demandan gran concentración y responsabilidad por el hecho de trabajar con personas, y la distribución de los horarios de trabajo, caracterizada por extensas jornadas, constituyen condiciones de trabajo particulares para esta actividad. Si bien estas características varían de acuerdo a la especialidad y año en curso, tienen un impacto sobre la salud física, la personalidad y el contexto social que rodea a los residentes.

Tal como lo explica Neffa (2016), la influencia de las *condiciones de trabajo* se da en función de la actividad efectivamente realizada, de las características personales y de las respectivas capacidades de adaptación y resistencia de los trabajadores a ellas. Todo trabajo demanda al trabajador movilizar la fuerza física, realizar determinados gestos o mantener posturas, movilizar sus capacidades psíquicas y cognitivas, asumiendo riesgos y provocando placer o sufrimiento o ambas cosas a la vez (Dejours, citado por Neffa, 2016). Cuando las condiciones de trabajo son desfavorables, su impacto provoca efectos perdurables y a veces, irreversibles sobre la salud.

Como la salud es una forma de funcionar en armonía con el medio (que involucra el trabajo, el descanso y las formas de vida en general), y el trabajo constituye una parte importante del medio en que vive el hombre, aquélla depende en gran medida de las condiciones en que se realice (Neffa, 1988).



En el caso de las residencias médicas, la carga horaria y las exigencias de la actividad, impactan sobre los aspectos físicos, afectivos y relacionales de la vida de los trabajadores, trastornándolos. Pero, ¿lo perciben los residentes? ¿De qué modo?.

La percepción consiste en una función que le posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la información que llega desde el exterior valiéndose de los sentidos (Porto y Gardey, 2008).

Este estudio ha relevado testimonios de los residentes del Hospital Perrando, que permiten describir algunas de las condiciones de su trabajo, y se vale de esas percepciones para identificar algunos efectos sobre su vida y su salud.

### ***b- Objetivos del trabajo***

**General:** Identificar posibles efectos sobre la vida y la salud, provocados por la carga horaria y la actividad realizada por los médicos residentes del Hospital Julio C. Perrando de Resistencia Chaco, durante el año 2015.

### ***Específicos:***

- Detallar la organización y el contenido de las tareas realizadas por los médicos residentes de las especialidades de Clínica médica, Traumatología y Cirugía.
- Describir la duración de sus jornadas laborales y su configuración.
- Identificar la percepción que tienen los médicos residentes acerca de los efectos de estas condiciones de trabajo sobre su salud y su vida social.

### ***c- Marco teórico***

#### **La institución en estudio**

El Hospital “Dr. Julio C. Perrando” es un establecimiento sanitario público, que integra la red sanitaria provincial como centro de referencia, tanto de asistencia médica como de criterios científicos y de aplicación de tecnología compleja para la Provincia del Chaco y la región (Página web de la Provincia del Chaco, 2016).

Su misión es brindar atención médica integral en todas las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, especialmente los niveles de mediana y alta complejidad, en modalidades ambulatoria e internación de adultos y neonatos, a través de la prestación de servicios médicos, bajo los principios de universalidad, gratuidad, calidad, seguridad y equidad (Página web de la Provincia del Chaco, 2016).



La institución incorpora y aplica conocimientos y tecnologías actualizadas de acuerdo con los avances científicos, la investigación permanente y las necesidades de la población bajo su cobertura que se materializan a través de ofertas educativas de pregrado, grado y postgrado de carreras universitarias profesionales y técnicas y de capacitación continua para el personal propio, de otros establecimientos sanitarios y de la comunidad.

Cuenta con dieciocho tipos de especialidades en las cuales los médicos pueden desarrollar su residencia de acuerdo a la elección que hayan realizado; éstas pueden ser: Clínica Médica, Cirugía General, Tocoginecología, Anestesiología, Terapia Intensiva, Nefrología, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Salud Mental, Diagnósticos por imágenes, Anatomía patológica, Farmacia, Enfermería en cuidados críticos (Terapia Intensiva) y Neonatología, Cardiología, Neurología y Neurocirugía (Página web de la Provincia del Chaco, 2016).

*Breve historia:* Con la provincialización del Chaco en 1957, el Hospital fue transferido al Estado provincial. La denominación de Hospital “Dr. Julio C. Perrando” se debe al reconocimiento de quien fuera su primer médico y director del Hospital.

Desde su fundación, el establecimiento fue incrementando su capacidad y complejidad conforme al aumento de la población, la incorporación de nueva tecnología y el desarrollo de la salud pública. A partir de 1982, se comenzó a proyectar la incorporación de edificaciones nuevas a la matriz añeja del viejo hospital, hasta que en 1985 se instaló en la provincia la idea de un hospital totalmente nuevo. La iniciativa partió del gobierno nacional, quien ofreció a las provincias incorporarse a un programa de mejoramiento de la infraestructura sanitaria pública y se fijó como meta la construcción de once grandes hospitales en distintos puntos del país. El Chaco, fue entonces parte del proyecto que iba a contar con financiamiento compartido entre la nación, organismos internacionales de crédito, y el Estado provincial.

El 10 de diciembre de 2004 fueron habilitadas las nuevas instalaciones con un mejoramiento importante en la cantidad y calidad de los servicios que presta en todos los niveles de atención, con lo que se constituyó en uno de los Hospitales más importantes del Nordeste argentino, cuya zona de influencia trasciende la provincia del Chaco, incluyendo algunas poblaciones de provincias cercanas y de la vecina República del Paraguay (Página web de la Provincia del Chaco, 2016).

### **Programa de residencias y marcos normativos**

En la provincia del Chaco, rige para el sistema de Residencias la Ley N° 5086, “Régimen de Formación y Capacitación de los Recursos Humanos en Salud”, que tiene sus basamentos en la Ley



Nacional 22.127/79 (Sistema nacional de residencias en salud) y su Decreto Reglamentario 303/08 (Reglamento Básico para el sistema de residencias).

En el artículo 2 de la Ley Provincial define a este régimen como “el sistema por el cual profesionales, técnicos y auxiliares de la salud podrán participar de actividades de formación y capacitación bajo condiciones de programación, supervisión y evaluación, en la red de establecimientos sanitarios oficiales”.

En su artículo 3 se detallan las diferentes modalidades de formación y capacitación, una de las cuales son los programas de Residencias de Salud definidas como *“una modalidad educativa del graduado reciente que tiene por objeto completar su formación, ejercitándolo en el desempeño responsable y eficiente de una disciplina. Las residencias de salud se desarrollarán en el marco de un plan prefijado, a tiempo completo, dentro de plazos preestablecidos y mediante la adjudicación y ejecución personal, adecuadamente supervisada, de actos profesionales de progresiva complejidad y responsabilidad”* (Ley 5086).

En el anexo II del decreto 1310/03, que Reglamenta Parcialmente la Ley N° 5086, en su artículo 1, establece que: “los programas de residencias de salud estarán bajo la organización, coordinación, supervisión periódica y evaluación general del Ministerio de Salud Pública”, quien propondrá anualmente la apertura, modificación o finalización de programas de residencias de salud, el cupo anual de ingresantes por establecimiento, por especialidad y la modalidad de retribución.

Y en el artículo 3 establece que: “Serán responsables y competentes en la organización, funcionamiento y supervisión de los programas de residencias de salud, en los distintos niveles, a) la dirección de recursos humanos y capacitación, b) la dirección del hospital y el área de docencia e investigación, c) la jefatura de servicios y d) los instructores y jefes de residentes de cada programa”.

La formación en servicio ha sido y sigue siendo el método de capacitación por excelencia para formar especialistas en el ámbito de la salud.

Los médicos comienzan su especialización como residentes de primer año (R1), y avanzan sucesivamente en el desarrollo del programa de formación a segundo año (R2) y tercero (R3), siempre que superen satisfactoriamente la evaluación continua correspondiente.

El equipo del Sistema de Residencias médicas está compuesto por un Jefe de Servicio, un adjunto a cargo, médicos de planta, jefe de residentes, instructores y residentes con distintas categorías.

El Jefe de Residentes realiza funciones de vínculo entre los médicos de planta y los residentes, desempeña funciones académicas a través del dictado de clases y es quien indica y fiscaliza todo lo pertinente al manejo de los pacientes internados (Kees, 2006).



Las normas nacionales y provinciales enumeran las funciones y obligaciones de los médicos residentes. En particular en la Provincia del Chaco, la normativa regulatoria está establecida a través del Sistema de Capacitación Médica Provincial, anexa al Decreto del Poder Ejecutivo Provincial N° 178/84.

De acuerdo a ella es deber del residente:

- a) Tener a su cargo la responsabilidad de los pacientes que les sean asignados para su atención médica, supervisado por el docente asignado a tal fin;
- b) Confeccionar la historia clínica del enfermo dentro de las doce horas siguientes a la internación, con un resumen, impresión diagnóstica, planes diagnóstico y terapéutico, y exámenes básicos;
- c) Transcribir en las historias clínicas las alternativas de la evolución, tratamientos acompañados de exámenes de laboratorio y radiológicos correspondientes. Las historias clínicas y anotaciones diarias deberán llevar la firma del Médico Residente;
- d) Realizar un resumen de la historia clínica dentro de las 24 horas del alta médica;
- e) Realizar pases de sala, acompañado por el docente y por los médicos del plantel hospitalario, siendo su obligación realizar la presentación de los nuevos casos internados y comunicar novedades;
- f) Seguir las indicaciones de sus superiores en todo lo referente al mejor cumplimiento del aspecto técnico de su función;
- g) Realizar las indicaciones terapéuticas, las maniobras diagnósticas, los pedidos de análisis, etc., relativos a sus pacientes, previa consulta con el docente a cargo;
- h) Observar que cada uno de los pacientes cuente con las series de análisis de laboratorio y radiográfico que él mismo pidió y que se realice la interconsulta solicitada;
- i) Consultar obligatoriamente frente a un problema de diagnóstico o terapéutico, y en todos los casos en que la gravedad del paciente así lo exija.

Esta norma realiza un detalle preciso de tareas de índole ejecutiva, sin embargo, el texto de la Resolución 303/08 del Ministerio de Salud de la Nación, menciona tareas más generales, como ser:

- Desarrollar las tareas que se le asignen bajo la supervisión de los profesionales de planta, del encargado del sector y del Jefe de Sala, laboratorio o unidad correspondiente y con la coordinación del jefe de residentes o residente de año superior en el que se haya delegado esa función.
- Asistir a las actividades científicas y docentes fijadas por el programa educacional de la residencia.



- Realizar búsquedas bibliográficas.
- Realizar, cuando les sea requerido, estudios estadísticos de morbilidad y mortalidad.
- Incorporar a la actividad, de serle solicitado, herramientas epidemiológicas e informáticas.
- No abandonar el servicio sin antes asegurarse que otro residente cubra adecuadamente sus funciones, comunicando a quien corresponda el lugar al que se dirige y cómo se le puede encontrar, de ser necesario.
- Cuando esté de guardia, notificar los casos de emergencia al residente del año superior, al Jefe de Residentes o a quien corresponda.
- Consultar obligatoriamente al responsable de su formación frente a un problema cuando la complejidad del caso lo exija.
- Rotar por las secciones especiales que corresponda, dentro de los turnos y lapsos que cada programa establezca.
- Concurrir a reuniones científicas o profesionales, dentro o fuera del servicio u organismo, con autorización del respectivo responsable.
- Participar en la elaboración y presentación de trabajos científicos.
- Realizar tareas docentes en el lugar de desempeño de su residencia, siempre que no afecten sus tareas asignadas, con la autorización del responsable del programa.

A su vez, a partir de noviembre de 2008, el Ministerio de Salud de la Nación ha conformado comisiones para la elaboración de Documentos Nacionales Marco, para la formación en aquellas especialidades priorizadas por COFESA (Consejo Federal de Salud). Estas comisiones están compuestas por especialistas reconocidos, referentes Jurisdiccionales, de las Sociedades Científicas y de las Universidades (Página web del MSAL, 2016).

Los documentos establecen un marco curricular para las residencias, y se busca la armonización de los criterios mínimos para la formación de especialistas, establecen una base en la formación a fin de asegurar estándares de calidad, a través de lineamientos curriculares comunes y ponen énfasis en la importancia de consolidar una formación de especialistas de nivel equivalente en todo el territorio Nacional.

Estos Marcos de Referencia incluyen precisiones sobre:

- Perfil profesional del especialista (brinda orientaciones sobre el proceso formativo, especificando las competencias que el profesional desarrollará).



- Bases curriculares (menciona el conjunto de saberes relevantes que integran el proceso de enseñanza, cuya asimilación y apropiación se consideran esenciales para la formación en las competencias previstas).
- Requisitos mínimos con que se debe contar para el funcionamiento de la residencia (es decir, describe las características que deben tener las instituciones formadoras y los servicios asistenciales con los que ésta se vincule, para garantizar los ámbitos adecuados para el desarrollo del proceso formativo. En este sentido, se mencionan la carga horaria, las rotaciones obligatorias, las características de la oferta formativa y la evaluación de los residentes de cada especialidad).

### **Condiciones de trabajo**

Según Vasilachis de Gialdino (1992) las condiciones de trabajo se definen como: “*el conjunto de propiedades que caracterizan a la situación de trabajo e influyen sobre la prestación del mismo, y que pueden afectar la salud física y mental y el comportamiento social del trabajador*”, comprenden no sólo al espacio geográfico sino también, y principalmente, al conjunto de operaciones que la persona debe efectuar, de la exigencia que se le impone y en la carga en que ésta se traduce.

Siguiendo a Neffa (1988, 2016), dentro de las variables que componen el complejo concepto de las condiciones de trabajo, este estudio se propuso analizar *la organización y contenido del trabajo y la duración y configuración del tiempo de trabajo*. Entendiendo que las actividades realizadas por los residentes (que demandan gran concentración y responsabilidad sobre un número alto de pacientes), y la distribución de los horarios de trabajo (caracterizada por extensas jornadas), constituyen condiciones de trabajo que impactan sobre la salud física, la personalidad y el contexto social que los rodea.

A continuación, se presenta una breve noción de cada uno de estos conceptos teóricos (Neffa, 1988):

**a) La organización de trabajo** involucra la *división social* del trabajo (separación o integración entre tareas de concepción / preparación de la producción y tareas de ejecución), y la *división técnica* del trabajo (parcelización de las tareas o división de las mismas asignadas a cada trabajador en su puesto).

**b) El contenido de trabajo** se articula directamente con la división social y técnica del trabajo de la cual deriva en cierta manera.

Los factores que lo integran son:

- la descripción del puesto (tareas prescriptas);





- las calificaciones profesionales requeridas para desempeñarlo (conocimientos adquiridos en el sistema educativo formal, la formación específica, las habilidades y destrezas, la experiencia);
- la posibilidad de utilizar esas calificaciones y mejorarlas durante el desempeño;
- el grado de responsabilidad que tiene asignado (que puede referirse a maquinarias, materias primas, personas, procesos, resultados en términos de calidad, tiempos, etc.)
- el carácter individual o colectivo del mismo, así como las comunicaciones y cooperación que deben establecerse con los demás trabajadores;
- el grado de autonomía permitido, de interdependencia o de subordinación (incluye las relaciones horizontales y verticales, que condicionan, limitan o promueven el margen para organizar el proceso de trabajo, los tiempos, etc.)
- las posibilidades de promoción inherentes al puesto (en virtud de las calificaciones, antigüedad, evaluación de desempeño, entre otras variables que pueden considerarse)

**c) La duración y configuración del tiempo de trabajo:** el trabajo debe permitir al trabajador disponer de tiempo libre para su descanso y recreación, tal como lo establece la OIT (Organización Internacional del Trabajo), por lo que en la organización del trabajo deben tenerse en cuenta las normas vigentes así como los conocimientos científicos y los dictámenes del servicio de medicina del trabajo que determinan límites o bases para la fijación de:

- la duración máxima de la jornada normal de trabajo,
- las pausas autorizadas dentro de la jornada de trabajo para recuperarse de la fatiga,
- los periodos de descanso semanal,
- las licencias por concepto de vacaciones anuales y otras razones
- las horas y jornadas de trabajo de carácter extraordinario
- el trabajo nocturno y trabajo por turno o por equipos.

### **Percepciones de los efectos sobre la salud y vida de los trabajadores**

La salud ha sido definida por la OMS (en Sabas y Neiff, 2009) como la *forma de funcionar en armonía con el medio*, que involucra el trabajo, el descanso y las formas de vida en general. Por lo tanto, las condiciones en las que se realice una actividad, repercutirán en forma directa sobre la vida y la salud de un trabajador.

La acción individual, conjunta y/o combinada de los distintos factores de las condiciones de trabajo, tienen impacto sobre la salud física y mental del trabajador y sobre su comportamiento social, como



por ejemplo: fatiga acumulada, malestares nerviosos, estrés (Vasilachis de Gialdino, 1992), problemas de apetito, digestión, perturbación del sueño, etc. (Neffa, 1988).

Los trabajos nocturnos y en equipos alternantes (como es el caso de los residentes) producen una reducción importante de la duración del sueño; al pasar de un turno nocturno a uno diurno la calidad del sueño es difícil de recuperar, lo que puede provocar fatiga fisiológica -que se recupera con reposo-, pero si esto sigue, puede pasar a una fatiga crónica y más tarde a una enfermedad de fatiga (Vasilachis de Gialdino, 1992).

Dado que en la jornada nocturna se tiende a una alimentación fuera de horarios normales y a caer así en “errores dietéticos” los síntomas asociados más frecuentes son: problemas de apetito, de digestión, de asimilación de los alimentos y úlceras.

Muchos de nuestros ritmos de trabajo y de vida están regulados por los hábitos y costumbres sociales y familiares en cuanto a los horarios de comida, de transporte, de actividades escolares, de la vida familiar, etc. (Neffa, 1988); cuando los médicos residentes trabajan durante muchas horas y/o realizan horarios nocturnos tienden a perturbar dichos ritmos de vida. Y existe menor oportunidad de vida social, al disminuir la posibilidad de participar en actividades con amigos o familiares.

Así, podrían percibir que estas condiciones que caracterizan su trabajo (largas jornadas, gran responsabilidad, trabajo nocturno o por turnos, etc.) afectan su salud y la relación con su grupo social. Razón por la cual, y teniendo en cuenta las incumbencias profesionales de un Licenciado en Relaciones Laborales, este estudio relevó testimonios de los residentes, posibles afectados por las condiciones de trabajo, y se valió de ellos para identificar algunos efectos (desgaste profesional, menor oportunidad de vida social, enfermedades, duración y calidad del sueño, errores dietéticos, fatiga acumulada, malestares nerviosos, estrés, síndrome de burnout).

Se define como *percepción* al proceso cognoscitivo a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los impulsos que reciben; se trata de entender y organizar los estímulos generados por el ambiente y darles un sentido. De este modo lo siguiente que hará el individuo será enviar una respuesta en consecuencia (J. Porto y A. Gardey, 2008).

Para la psicología, la percepción consiste en una función que le posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la información que llega desde el exterior valiéndose de los sentidos (J. Porto y A. Gardey, 2008).

#### ***d- Enfoque y/o método adoptado - Fuentes de información utilizadas***



Este trabajo es parte de una investigación exploratoria – descriptiva, de abordaje cualitativo, realizada para la elaboración de una tesina de grado de la Licenciatura en Relaciones Laborales.

La información fue relevada mediante entrevistas semi estructuradas, realizadas a 12 residentes de las especialidades Clínica médica, Cirugía General y Traumatología (por ser las más representativas en la Institución al momento del estudio – segundo semestre del 2015), y que cursaban los distintos años.

Se utilizó, además, la observación no participante, como herramienta complementaria. Luego, se procedió a aplicar el método de análisis de contenido para procesar la información relevada y dar respuesta a los objetivos que guiaron el trabajo.

### *e- Resultados obtenidos*

#### **A) Organización y contenido del trabajo**

Las **tareas** desarrolladas por los residentes, comunes a las 3 especialidades estudiadas, según la información relevada, son las siguientes:

- Controlar a los pacientes
- Detallar indicaciones para sus tratamientos, analizar su evolución y otorgar el alta médica al mediodía, en caso de corresponder
- Analizar los resultados del laboratorio, las ecografías, los análisis, etc.
- Dar informes a los familiares de los pacientes (debería realizarse al mediodía, aunque hay consultas en forma permanente)
- Consultar novedades con la guardia
- Hacer los pases de sala (consiste en comentar el caso de cada paciente con los residentes y jefes de residentes de una misma especialidad)
- Realizar los ingresos de los pacientes nuevos, a los que se les realiza estudios de laboratorio y radiografías.

Además, los residentes de primero y segundo año de traumatología agregaron que atienden y hacen curaciones a los pacientes externos, hacen esterilización de cajas y controles y seguimientos de post operatorio. Los de tercer año, también realizan cirugías.

En cuanto a los residentes de Clínica, mencionaron además que deben preparar clases asignadas, a las que tienen que asistir todos los días.

Esas tareas son realizadas diariamente en relación a la cantidad de pacientes que deben atender. Si bien no hay formalizaciones al respecto ni alguna exigencia explícita (salvo en el marco de referencia de la especialidad Cirugía General, que detalla el número mínimo de procedimientos de quirófano a



realizar), los residentes comentaron que atienden alrededor de 50 pacientes –aproximadamente– durante las guardias, y entre 13 y 17 pacientes internados.

A partir del segundo año de Residencia (R2), también hacen consultorio, medio día, una o dos veces por semana, donde pueden llegar a atender 10 pacientes más, además de los ya asignados por jornada.

Por lo tanto, el número total de pacientes atendidos, a partir del segundo año de residencia, estaría entre 70 y 80 casos, aproximadamente. La mayoría de los casos que deben atender son complejos y difíciles de resolver.

Los residentes se sienten capacitados para atender los casos asignados, es decir, consideran que las calificaciones que poseen son suficientes para resolver las situaciones que su desempeño profesional implica. Cuando eso no sucede, por la variedad de casos y / o la complejidad de los mismos, consultan -con colegas y superiores- y/o investigan.

En cuanto a la responsabilidad, recae sobre todo el equipo, siempre y cuando los residentes actúen dentro de los marcos establecidos. Es decir, ellos no son directamente responsables, aunque *sienten* gran responsabilidad porque son los que ponen la firma y / o dan la cara ante los familiares.

Los residentes carecen de autonomía, es decir, deben consultar para tomar decisiones. Aunque esta imposición se flexibiliza frente a una urgencia: si no tienen con quien consultar pueden hacerlo, luego deben compartir con sus superiores la decisión tomada.

Esto se vincula con la estructura organizacional del Hospital, que es una estructura de tipo vertical (las decisiones se centralizan en los niveles superiores). En este sentido, los residentes dependen del Jefe de Residentes, y también dependiendo del año en que estén van a depender del “R” superior, “R1” de los “R2” y “R3”, “R2” depende de “R3”. A su vez, todos dependen del cuerpo médico y de la dirección de “Docencia e investigación”.

Reportan sus tareas al “R” superior y al Jefe de residentes de manera verbal, todos los días le cuentan lo que le practicaron a cada paciente durante la jornada y o guardia.

Las historias clínicas constituyen otro modo de reportar: se hacen por escrito y deben entregarse al Jefe de Residentes, quien las evalúa junto con los jefes de servicio y con el Departamento de docencia e investigación.

También se consideran reportes los *pases de sala*, que se hacen diariamente, ante los compañeros y jefe de residentes de forma oral.

La relación entre compañeros fue calificada como buena, existe mucha colaboración entre ellos. Ésta es necesaria cuando hay una urgencia y todo colapsa, no es difícil obtenerla, todos colaboran ante una urgencia, ya sea porque es su deber o porque es su modo de responder. El puesto de residente es un



puesto de carácter eminentemente individual, aunque se establecen relaciones de cooperación en los momentos necesarios, como lo testifican los entrevistados:

### **B) Jornada Laboral**

Según los marcos normativos, los residentes de Cirugía General tienen una carga horaria semanal de 48 hs. y los de Clínica Médica de 44 hs. semanales. A éstas deben sumarse un máximo de dos guardias por semana.

A la fecha de presentación de este trabajo (marzo 2016), el marco normativo de Traumatología no se encuentra explicitado. Sin embargo, se estima que la cantidad de horas semanales asignadas será similar a las otras especialidades mencionadas.

En su totalidad, los residentes entrevistados afirman permanecer en el hospital más de 12 horas por día. Aunque la exigencia depende del año de residencia en que estén: los de primer año (R1) llegan a estar más de 16 hs. en cada jornada, los de R2 permanecen entre 12 y 16 hs. y los de R3 tienen jornadas de entre 8 y 12 hs.

Para poder cumplir con todas sus actividades suelen quedarse más de 15 horas dentro del Hospital, sobre todo en los primeros años.

No hay pausas programadas durante la jornada, salvo para el almuerzo, que no es un horario fijo sino que va a depender del cúmulo de actividades. Pueden manejar los tiempos y hacerse algunas pausas, pero en general las actividades son muchas y eso les impide programar un descanso de antemano.

Están más de 24 hs. dentro del hospital los días que les toca hacer guardia, la cantidad de guardias mensuales que deben cumplir varían de acuerdo al año de residencia y la especialidad que se encuentren ejerciendo, dado que algunas especialidades cuentan con más personal que otras, hacen entre 2 y 4 guardias por semana. En términos de configuración de la jornada de trabajo, esto implica trabajo nocturno y trabajo por turnos, con rotaciones previamente especificadas.

Las guardias las realizan al finalizar la jornada, y muchas veces pasa que deben cumplir nuevamente su horario habitual al terminar la guardia, por lo que llegan a estar dentro del Hospital entre 48 a 52 horas de corrido. Uno de los residentes comentó que llegó a quedarse toda una semana completa porque no le convenía volver a su casa por tan pocas horas.

Durante las guardias descansan cuando se puede, mientras no haya nada que atender, no hay nada organizado al respecto, tratan de dormir pero ante una urgencia deben levantarse todos.



Si bien los marcos referenciales establecen como máximo 2 guardias semanales para todos los residentes, esto difiere de la realidad, porque la cantidad de guardias que realizan por semana supera lo establecido en los dos primeros años. Y dependiendo del año de residencia en que estén, varía la cantidad: los de R1 pueden llegar a hacer entre 3 y 4 guardias por semana, los R2 entre 2 y 3, y los R3 una o dos. En época de vacaciones deben cubrir las guardias de los que no están, lo cual les genera mayor cantidad de guardias que realizar, y los fines de semana y feriados también los cubren con guardias.

Al finalizar la guardia deben cumplir con su jornada y después recién pueden volver a su casa para descansar. Asimismo, la cantidad de horas de descanso que tengan va a depender del año de Residencia en que estén, ya que los de R1 tienen mayor carga horaria que los R2 y los R3, y entran más temprano al hospital y salen más tarde.

Los fines de semana y feriados deben cubrirlos con guardias, se van turnando, suelen tener un fin de semana / domingo libre al mes.

En cuanto al régimen de licencias, ninguno de los residentes demostró conocer bien del tema, saben de su existencia, pero desconocen motivos y plazos, a excepción de las vacaciones.

De acuerdo a la normativa, tienen asignadas 4 semanas de vacaciones en el año, que las distribuyen saliendo dos o tres semanas en verano, y el resto en invierno. Se van turnando para salir de vacaciones, los jefes de residentes y R3 son los primeros en elegir fechas, los que quedan deben cubrir las horas de los que salen.

### **C) Percepciones sobre los efectos del trabajo:**

#### **1) Sobre la salud del residente:**

La fatiga es uno de los primeros efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores, tal como se especificó en el marco teórico. Los residentes expresaron sentirse fatigados durante los primeros años, después de las guardias, porque duermen poco, tienen muchas tareas que realizar y en épocas de vacaciones deben cubrir las horas de los que se encuentran gozando del descanso anual.

Los residentes creen que las condiciones en las que trabajan afectan su salud psíquica y/o física. Tienen mucho sueño porque no se duerme bien, lo cual les genera agotamiento y estrés, les cambia la forma de pensar y de ver muchas cosas.



En la entrevista, se consultaba sobre los siguientes posibles efectos de las condiciones de trabajo sobre su salud: problemas de apetito y de digestión, asimilación de los alimentos, úlceras, problemas gástricos, perturbación del sueño, dolores de cabeza.

Cuando se consultaba si los habían sentido durante el periodo de la residencia, los más nombrados fueron: problemas gástricos (gastritis, epigastralgia, gastroenteritis), dolores de cabeza, migraña, perturbación del sueño, problemas de apetito (asimilación de los alimentos) y problemas de digestión.

Durante la época de residencia se duerme muy poco, sobre todo en los primeros años, porque tienen mayor carga horaria, entran temprano y salen tarde. Algunos residentes no llegan a dormir cinco horas de corrido los días que se van a su casa, durante las guardias duermen poco y nada, y pueden llegar a dormir varias horas de corrido los domingos que no les toca ir al hospital.

Los horarios de descanso cambian a partir de la residencia, dado que tienen pocas horas para dormir por la carga horaria a cumplir.

La calidad del sueño es un aspecto importante para lograr una correcta recuperación, sobre todo, para aquellos que trabajan por turnos. Hay afectaciones directas a su ritmo circadiano. Si les queda poco tiempo entre jornada y jornada no logran recuperarse, y los días que hacen guardia terminan agotados y les cuesta mucho recuperarse de dicho cansancio. Además, deben descansar en horarios que otros se encuentran en actividad.

En cuanto a la alimentación, expresan que comen mal, fuera de hora, muchas veces no llegan a hacer las cuatro comidas diarias, y admiten comer mucha comida chatarra.

No tienen un horario fijo para almorzar, lo hacen al término de sus actividades. Suelen llevarles comida del Hospital (de la que se brinda a los pacientes internados), pero deben reforzar con sándwiches, empanadas, etc. porque no resulta suficiente.

Comen en la sala de residentes o en la de reuniones, porque el hospital no cuenta con un comedor; a medida que se van desocupando se van juntando pero no hay nada organizado. Manifestaron que les gustaría poder contar con un lugar específico para comer.

Las dimensiones principales del síndrome de burnout son: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización y sensación de reducido logro personal; y se acompaña de aspectos como trastornos físicos, conductuales y problemas de relación interpersonal. Una de las preguntas de la entrevista consultó con qué frecuencia los residentes sentían cada una de ellas (siempre, generalmente, muy poco o nunca).



Manifestaron sentir agotamiento y cansancio generalmente, sobre todo después de las guardias. Muy pocas veces o nunca, el resto de las dimensiones.

## **2) Sobre su vida social:**

También las condiciones de trabajo de los residentes tienen impacto sobre este aspecto. Las preguntas de la entrevista se orientaron a indagar sobre sus relaciones afectivas (que comprenden su grupo familiar, amigos más cercanos y parejas, en caso de tenerla).

El relevamiento indicó que se ve afectada la relación de los médicos con su grupo social, ya que se alejan de sus familiares y amigos, se pierden de eventos especiales como cumpleaños, fiestas, etc. La causa de ello son sus horarios laborales: muchas horas dentro del hospital, cumpliendo con su jornada y / o con las guardias, cubriendo los fines de semana y feriados. Al llegar a su casa lo único que quieren hacer es dormir, suelen estar de mal humor por el cansancio, lo que a veces ocasiona discusiones familiares.

Tienen poca relación con los amigos y con sus familiares quienes viven solos; se ven muy poco, ya sea por los horarios en que se manejan o por las distancias a que se encuentran.

Quienes conviven con sus padres o parejas coincidieron en que los ven muy poco, ya que no tienen los mismos horarios y cuando están en la casa aprovechan para dormir.

El medio que más utilizan para poder comunicarse es el celular, a través de WhatsApp.

En su tiempo libre (al salir del Hospital) la mayoría no realiza ninguna actividad física, algunos porque aprovechan para dormir, otros porque nos les da el tiempo. Muy pocos son los que sí hacen algún tipo de ejercicio

Mediante la observación, mientras hacía las entrevistas, pude corroborar varias cosas que ellos comentaron, como ser el espacio que tienen para descansar y / o comer, las caras de cansancio, etc.

Tienen una habitación con dos camas, una heladera, una cocina y una computadora por cada especialidad, comen y duermen ahí, suelen tirar los colchones al piso para dormir durante las guardias, mientras no tienen que atender a los pacientes.

## **f- Conclusiones**

Entre los efectos percibidos por los residentes el primero mencionado ha sido la fatiga casi permanente. Además, manifestaron sentir a nivel físico: dolores de cabeza, cansancio, problemas de apetito y/o digestivos. Y a nivel psicológico: estrés, agotamiento, cansancio psíquico, perturbación del sueño, malestares nerviosos o cambios de humor.





También manifestaron efectos en su vida social: la pérdida de contacto y relación con sus familiares, amigos y pareja (en caso de tenerla). No participan de eventos sociales, como ser cumpleaños, actos, las fiestas de fin de año, etc. Esto se debe a que cuando llegan a sus casas sólo desean descansar, los horarios son muy diferentes a los del común de la población, es decir, a veces ni se encuentran dentro de la casa, o si se encuentran suelen estar tan cansados y con mal humor terminando muchas veces en discusiones por cualquier motivo.

Las causas directas de estos efectos son la *duración y configuración de sus jornadas de trabajo*, y la *tarea realizada*.

En el primer aspecto, el médico residente permanece unas 70 u 80 horas semanalmente dentro del Hospital, incluyendo guardias, fines de semana, feriados; en época de vacaciones los que quedan deben cubrir las horas y guardias de los que salen; ante una baja de personal, ya sea por renuncia u otro motivo, ésta no se reemplaza con un ingreso sino que los residentes deben cubrir la vacante.

La carga horaria diaria en el primer año es mayor, los residentes pueden llegar a estar en actividad más de 16 horas corridas, y realizan guardias de 24 hs. dos veces a la semana, como mínimo.

La jornada diaria en el segundo año es de 12 horas y pueden llegar a permanecer hasta 15 horas en actividad en caso de tener trabajos pendientes, realizan dos o tres guardias semanales.

Los residentes del tercer año tienen jornadas de 8 hs. y pueden llegar a estar hasta 12 horas dependiendo de las actividades, tienen una o dos guardias semanales. Todos los residentes por lo general, al finalizar la guardia, deben cumplir con su jornada antes de retirarse.

No tienen descansos programados dentro de la jornada, lo hacen cuando pueden, si la actividad lo permite. Durante las guardias pueden dormir, después de hacer los pases de sala. Duermen en la sala de residentes, donde cuentan con dos camas. Pero ante una emergencia deben levantarse. En consecuencia, duermen pocas horas, entrecortadas y, a veces, nada.

Los de primer año y segundo tienen muy pocas horas para descansar entre jornada y jornada, dado que ingresan al hospital a las 4 am y salen entre las 18 y las 20hs.

Las vacaciones son de cuatro semanas al año, pero deben repartirlas entre verano e invierno, se organizan para salir según la jerarquía, y los que quedan deben cubrir las horas de los que están de vacaciones.

Cuentan con un régimen de licencias por causales como: maternidad, enfermedad, matrimonio, razones particulares, pero la mayoría lo desconoce, no saben exactamente cuáles son los motivos por los que pueden tomarse licencia, ni cuantos días les corresponde por cada uno.



Con el nuevo Reglamento General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud, se está tratando de disminuir la cantidad de guardias semanales y aumentar la cantidad de horas de descanso luego de finalizadas las mismas, pero dado que la cantidad de residentes es poca y la demanda de trabajo es mucha, se hace difícil lograrlo.

La segunda causa de los efectos manifestados se vincula con las tareas que realizan, dado que las tareas prescriptas son diferentes a las reales. Los relatos dan mayor significación a las actividades de tipo operativo. Tal vez, por la cantidad de tiempo que éstas demandan y ser las primordialmente desarrolladas por los residentes.

La realización de estas tareas requiere de gran concentración y asigna alta responsabilidad por el hecho de trabajar con la salud de personas.

Al ser el Ferrando un hospital muy importante en la región, se atienden pacientes no solo de Resistencia sino también de muchas localidades y provincias cercanas. Esto incrementa la cantidad de pacientes que deben atender: por guardia llegan a ser 50 pacientes, y durante las jornadas tienen asignados entre 10 y 20 pacientes, con los cuales realizan los pases de salas, las historias clínicas, los chequeos generales y las altas médicas.

Muchas de las personas allí internadas / atendidas revisten cuadros de gravedad, lo que incrementa la responsabilidad en las decisiones. Por ello, una práctica establecida es la búsqueda de consenso con todo el equipo de residencia (siempre que el cuadro lo permita), aunque muchas veces, el residente debe tomar las decisiones solitariamente, dada la urgencia, y luego, simplemente reportarla al superior.

En cuanto a la organización del trabajo, el sistema de Residencias es definido como un sistema vertical, R1 depende de R2, R3 y Jefe de Residentes, a su vez, éstos dependen de los médicos de planta.

Todo lo que realizan deben reportarlo al Jefe de Residentes, lo hacen de manera oral (comentando todo lo que hicieron) y también de manera escrita (a través de las historias clínicas).

La relación entre compañeros es buena y se verifica cooperación entre ellos, principalmente durante las guardias y / o ante una emergencia. No es difícil obtenerla ya sea por compañerismo o porque es su deber hacerlo.

Se sienten capacitados para las tareas requeridas, pero muchas veces no saben cómo resolver algo más que nada por la complejidad del caso, o porque es algo raro o muy avanzado, por lo que deben recurrir a consultar e investigar.



***Bibliografía:***

- Clerc, J. M. - Comp. (1987). *Introducción a las condiciones y medio ambiente de trabajo*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo (OIT).
- Corella, J. M. (2006). *La gestión de Servicios de salud*. Ed. Diaz de Santos. S.A. Madrid España.
- Curti, A., Alós, B., Salomón, S., Carena, J. (2007). *¿Es Diferente El Estrés Laboral Entre Médicos En Formación Del Área Clínica y Quirúrgica?* Hospital Luis Lagomaggiore. Mendoza Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Cuyo. Investigación. Mendoza.
- Degásperi, S. C., (2002). *El estrés en las organizaciones empresarias*. Trabajo Final Licenciatura en Psicología. Universidad de Belgrano. Bs. As.
- HernandezSampieri, R., Fernandez Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1998). *Metodología de la investigación*. Ed. Mc Graw-Hill, 2º Edición. Buenos Aires.
- Garnés Ros A. (2001) *Estudio de las fuentes de estrés laboral en médicos residentes*. Hospital General Universitario de Alicante. Monografía.
- Kees, A. (2006). *Jornadas sobre Responsabilidad Civil del Medico, en homenaje al Dr. Jorge MossetIturraspe, Comision N° 3, La Responsabilidad Civil del Medico Residente*. Disponible en:  
[http://www.justiciachaco.gov.ar/contenido/ponencias/RESPONSABILIDAD%20DEL%20MEDICO%20RESIDENTE1\(kess\).doc](http://www.justiciachaco.gov.ar/contenido/ponencias/RESPONSABILIDAD%20DEL%20MEDICO%20RESIDENTE1(kess).doc)
- Keith, D. y Newstrom, J. W. (1995). *El comportamiento humano en el trabajo: Comportamiento Organizacional*. Ed. Mc Graw-Hill; Octava edición.
- Martinez Navarro, F., Antó, J. M., Castellanos, P. L., et al (1998). *“Salud Pública”*; Ed. MC Graw Hill. Interamericana.
- Mendicoa, G. E. (2003). *“Sobre Tesis y Tesistas. Lecciones de enseñanza – aprendizaje”*. 1º Edic.. Bs. As. Espacio edit.
- Mera, J. A. (1995). *“Los Servicios de Salud en Argentina; III Actividades y Servicios Específicos”*. Bs. As.
- Neffa, J. C. (1988). *¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva*. SECyT – CONICET – Ed. Hvmanitas



- Neffa, J. C. (2016) *Los riesgos psicosociales en el trabajo. Contribución a su estudio*. Universidad Nacional de Moreno Editora, 1ª ed, Moreno (BA).
- O'Donnell, J. C. (1995). “*Administración de servicios de salud*”. Copyright. C B y editorial docencia Bs. As.
- Pawliszyn, A. H.. (2003). *Burnout*. Trabajo Final Licenciatura en Psicología. Universidad de Belgrano. Bs. As.
- Sabas, M. y Neiff, N. (2009). *Salud y Trabajo*. Documento de Cátedra CyMAT (Nro. 1). Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes.
- Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Enfermedades y accidentes laborales*. Ed. AbeledoPerrot S.A. Bs. As. Argentina.

#### ***Otras fuentes consultadas***

- Apuntes de la cátedra: Metodología de la investigación año 2003 de la Carrera de Relaciones Laborales.

#### ***Leyes y Decretos***

- Ley 5086. *Régimen de formación y capacitación de los recursos Humanos en salud*. Cámara de diputados de la provincia del Chaco. 04 de Septiembre de 2002.
- Ley 22.127/79 Sistema nacional de residencias en salud
- Decreto 303/08 Reglamento Básico para el sistema de residencias
- Decreto 1310/03 Reglamenta parcialmente ley 5086. Resistencia, 8 de julio 2003.
- Anexo II al decreto 1310. *Régimen de formación y capacitación de los Recursos Humanos en salud; Programas de Residencias de salud*. Reglamentación provincial. 08 de Julio de 2003.

#### ***Información en línea***

- Misión, Visión y Objetivos (2006). Art. 3º del Decreto N° 828/2006 B. O. 10/07/2006. Disponible en:<http://www.msal.gov.ar/index.php/home/mision-vision-y-objetivos>
- Paredes Aguirre, A. (2006). *Bases Teóricas de la investigación*. Disponible en: <http://alfpa.upeu.edu.pe/tesis/marco-teorico.html>
- Hospital Perrando. Historia. Disponible en: <http://www.chaco.gov.ar/ministeriosalud/hperrando/index.htm>.



ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ESPECIALISTAS EN ESTUDIOS DEL TRABAJO

**CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIOS DEL TRABAJO**

**EL TRABAJO EN CONFLICTO. Dinámicas y expresiones en el contexto actual**

**BUENOS AIRES, 2, 3 Y 4 DE AGOSTO DE 2017**

- Marco de Referencia de Especialidades (2015). Disponible en:  
<http://www.msal.gov.ar/residencias/index.php/la-acreditacion/documentos-marco-de-referencia-de-especialidades>
- Nuevo Reglamento de Residencias para profesionales en formación, 06/11/2015. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=88065>