



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA
.....

*Percepción de CyMAT y su relación con Burnout y Engagement.
El caso de los médicos residentes del H.I.G.A Dr. Oscar Alende.*

Licenciatura en Sociología

Tesis de grado

Alumna: María Emilia Rompato

Directora: Mg. María Inés Pacenza

2016

Este trabajo es el resumen de mi recorrido académico y, espero, puntapié a nuevas experiencias dentro de ese campo. Pero este recorrido hubiese sido imposible sin la ayuda de muchas personas; a ellos y ellas, les agradezco eternamente.

A mis padres, por darme alas. Por dejarme ser, y apoyar cada una de mis decisiones, fueran estas acertadas o no. A mi hermano y mi tía, gracias por ser dos pilares en mi vida.

A mis amigas del colegio, de la facultad, de la vida. Ana, Carla, Celeste, Agustina, Alfonsina, Gabriela, Sol. Porque cada una desde su lugar estuvo, está y sé que siempre que lo necesite así va a ser. Gracias por cada vez que me escucharon, aconsejaron, o simplemente se preocuparon por mi tesis. Son la familia que día a día elijo.

A mis sobrinos, Benjamín y Tiziana. Para ustedes no me alcanzan las palabras, son mi vida entera.

También desde lo académico resulta imperioso destacar a ciertas personas. Para empezar a mi directora, María Inés Pacenza, quien no solo me guio en esta investigación, sino que me deja una gran enseñanza: hay que estudiar/ investigar lo que a uno realmente le guste, porque eso es lo que te va a acompañar toda la vida. Gracias por alentarme a buscar aquello que me gusta, por brindarme tus conocimientos y herramientas, y por darme absoluta libertad durante este proceso.

A todas las personas que componen el H.I.G.A Dr. Oscar Alende, desde los más altos directivos hasta el personal de seguridad. Porque todo aquel que supo de esta investigación se brindo para colaborar. Gracias a todos los jefes de servicio, especialmente al Dr. Guillermo Rossi, jefes de residencia y, principalmente, a todos los residentes que participaron. Este trabajo es de ustedes y para ustedes; espero que algún día los ayude a mejorar su realidad laboral.

Por último mi eterno agradecimiento al Dr. Mario Tiscornia, Jefe de Docencia e Investigación del hospital, quien desinteresadamente presto su tiempo, consejos y conocimientos. Gracias por ser mi guía dentro del hospital. Este trabajo hubiese sido imposible sin vos.

Indice

<i>Introducción</i>	5
<i>Capítulo I: Revisión de conceptos y antecedentes y planteo del problema</i>	6
Revisión conceptual	12
<i>Salud y CyMAT</i>	13
<i>Salud y Burnout</i>	16
<i>Salud y Engagement</i>	18
Revisión de Antecedentes	20
<i>CyMAT</i>	20
<i>Burnout</i>	25
<i>Engagement</i>	30
<i>Capítulo II: Organización metodológica</i>	34
Diseño	34
Técnicas de recolección de datos	36
Población y muestra.....	40
Plan de análisis de resultados.....	40
Objetivos:.....	41
<i>Objetivo General</i>	41
<i>Objetivos particulares</i>	41
Hipótesis	41
<i>Capítulo III: Crónicas de un hospital colapsado</i>	42
CyMAT- Análisis descriptivo de áreas públicas y servicios	42
<i>Capítulo IV: Análisis socio demográfico y percepción de CyMAT</i>	71
Percepción de CyMAT por los médicos residentes	72
<i>Condiciones de trabajo</i>	72
<i>Medioambiente de Trabajo</i>	86

<i>Capítulo V: Cuando el trabajo duele</i>	92
Análisis de Burnout:	92
<i>Capítulo VI: La belleza del caos</i>	113
Análisis de Engagement.....	113
<i>Capítulo VII: Conclusiones</i>	136
Discusión de resultados.....	136
Reflexiones Finales	144
<i>Referencias</i>	148
<i>Anexos</i>	156
Anexos CyMAT.....	156
Anexos Burnout	167
Anexo Engagement	173
Anexo- Discusión de Resultados	181

Introducción

El presente trabajo intenta relacionar tres conceptos: CyMAT, Burnout y Engagement en los médicos residentes del H.I.G.A Dr. Oscar Alende, de la ciudad de Mar del Plata, Argentina.

Las perspectivas de análisis sufrieron transformaciones con el correr de la investigación, principalmente cuando abandonaron la teoría para adentrarse en la práctica, en el mismo hospital y con las voces de la población seleccionada. Pero el hilo conductor, el objetivo principal, siempre fue el mismo: conocer la percepción de los residentes sobre las CyMAT de su propio trabajo, y la asociación de las mismas con los niveles de Burnout y Engagement que estos pudieran mantener. Dos hipótesis fueron las que guiaron el presente trabajo: 1) la percepción de las CyMAT sería negativa, incidiendo en los niveles de Burnout, y 2) los altos niveles de Engagement permitirían sobrellevar aquellos aspectos negativos de las CyMAT y los altos valores de Burnout; en otras palabras permitirían transitar con éxito la residencia. Ciertamente, ambas hipótesis se corroboraron.

Para llevar a cabo dicho objetivo se hizo uso de encuestas, entrevistas y observaciones en el ambiente de trabajo. La conjugación de estos tres instrumentos posibilitó el cruce de datos objetivos con datos cargados de subjetividad. La riqueza de dicha conjugación radicó en que ambos tipos de datos se explican, necesariamente, a partir del otro. Hay una continua relación entre lo institucional y lo individual.

En el capítulo I se propone un recorrido por los componentes teóricos- metodológicos: Fundamentación, Marco teórico, Metodología, Objetivos e Hipótesis. Los capítulos II, III y IV corresponden al análisis de CyMAT, Burnout y Engagement, respectivamente. Además del análisis, cada capítulo consta de su propia conclusión; aún así las mismas son nuevamente tratadas, y con nuevos componentes, en el capítulo V, dentro de la “Discusión de Resultados”. Por último, dentro de este mismo capítulo, en las “Reflexiones Finales”, se lleva a cabo una síntesis del trabajo hecho, las implicaciones sociológicas del mismo, y se exponen recomendaciones para mejorar el puesto del médico residente.

La elección de dicha temática responde a una multiplicidad de pensamientos, opiniones y convicciones personales que, con el transcurrir de mi formación, se transformaron en profesionales. Pero fue principalmente dos convicciones aquello que lo guió. La primera en

referencia al Estado; la intervención estatal no solo es positiva para una sociedad, sino que es necesaria y justa. Bajo esta lógica la excelencia en salud pública pasa a ser un derecho de los/ las ciudadanos y una obligación del gobierno de turno. La segunda se encuentra en referencia al plano laboral; no existe el trabajo ideal, pero en la medida que sea posible, el trabajo no solo tiene que generar un rédito económico, sino mental, simbólico, social, etc. ¿Qué piensan los trabajadores sobre su propio trabajo?, ¿De qué forma se puede mejorar los aspectos negativos? La idea subyacente a estas preguntas es que aquellos trabajadores que se encuentren conformes y a gusto en su trabajo se desempeñaran mejor en el mismo. Y cuando este es un trabajo estatal el resultado es mayor aún, pues no solo se desempeñará mejor en su trabajo, sino que eso significara un aporte positivo al Estado, en este caso a la salud estatal.

Capítulo I: Revisión de conceptos y antecedentes y planteo del problema

En este capítulo se abordaran las principales ideas, conceptos y líneas investigativas que, no solo han servido como sustento de la presente investigación, sino que también han sido desarrollados a lo largo de la misma.

A continuación se presenta una sucinta descripción del puesto laboral de los médicos residentes y de la construcción de políticas públicas nacionales y provinciales sobre condiciones laborales de los trabajadores.

El trabajo es uno de los ejes principales de cualquier ser humano: estudiamos, nos perfeccionamos y, en general, articulamos el resto de nuestra vida en relación a este. El trabajo no es solamente un proveedor de recursos económicos, sino también de crecimiento profesional y personal, dotador de identidad, estructurante de la vida personal, eje de relaciones con terceras personas, entre otras cuestiones. Es decir, tiene grandes implicaciones sobre la vida de los sujetos. Estas pueden ser positivas como negativas, y dependen del trabajador como del ambiente en donde este se desarrolla. En lo que refiere al trabajador, se hace referencia a su capacidad para manejar su realidad laboral, los recursos y destrezas que le permiten sortear los posibles obstáculos. Las características del ambiente laboral demuestran si el mismo es capaz de generar un entorno propicio para llevar a cabo las tareas encomendadas, como así también responder de forma positiva ante las problemáticas de los trabajadores.

El puesto laboral de médico, como así también su ambiente, revisten de ciertas características y situaciones ajenas a la realidad de la mayoría los individuos. La confrontación a

la enfermedad, el sufrimiento y la muerte son tareas típicas de su cotidianeidad. A esto hay que sumarles las exigencias propias de la profesión, tales como prolongadas jornadas laborales, demanda excesiva de pacientes, turnos rotativos, guardias de 24hs que muchas veces no pueden ser libradas, actividades académicas, entre demás cuestiones. Tampoco hay que olvidar que en muchas ocasiones, estas realidades no presentan ningún tipo de apoyo institucional, reforzando la cotidianeidad vivida.

Las consecuencias de dichas situaciones pueden ser variadas. Están quienes aprenden a lidiar con ellas, reconociendo en las mismas la esencia de su profesión, como quienes no tienen los recursos necesarios para sobrellevarlos de forma satisfactoria, repercutiendo eventualmente en su vida profesional y personal.

Si se piensa en los médicos/as residentes estas situaciones solo pueden maximizarse. Pero... ¿quiénes son los/ las médicos/as residentes?

La figura legal de “residencias médicas” fue creada el 28 de Diciembre de 1979, mediante la Ley 22.127. A partir de ella se espera *complementar la formación integral del profesional ejercitándolo en el desempeño responsable, eficiente y ético de las disciplinas correspondientes mediante la adjudicación y ejecución personal supervisada de actos de progresiva complejidad y responsabilidad* (Art. I, Ley 22.127).

En otras palabras, la residencia médica es una instancia y requisito fundamental de cualquier estudiante de medicina que aspire a obtener un título habilitante en alguna especialidad médica.

Las vacantes de residencia deben ser cubiertas por concurso público y abierto, con una evaluación que dé lugar a un orden de mérito.

Una vez adjudicado el puesto, las residencias son remuneradas mediante lo que se considera una beca anual, no salario, y mantienen un régimen de actividad a tiempo completo y con dedicación exclusiva. La actividad a tiempo completo conlleva una jornada semanal no menor a 48hs, y con no más de 8 guardias mensuales, siendo de carácter obligatorio que una se desarrolle en día hábil y la restante sábado o domingo. Las 48 horas semanales deben distribuirse en 70% en actividades asistenciales y/o prácticas, con supervisión docente, y 30% en

actividades educativas como docencia, investigación y estudios supervisados. El tiempo estipulado para la realización de una residencia es de 4 años.

La formación consiste en prácticas profesionales, experiencias y actividades de formación, capacitación, docencia e investigación (presentaciones a congresos, búsquedas bibliográficas, monografías etc.).

Los directores de las residencias serán los denominados “jefes de servicio”, quienes deberán acreditar una adecuada trayectoria profesional y académica. También se prevé el cargo de “instructores de residencia” y “jefes de residentes”, quienes son elegidos entre los recién egresados del programa de residencia. Estos últimos duran un año en su cargo, siendo sus funciones las de organizar y coordinar las tareas de los residentes, cumplir y hacer cumplir los programas establecidos, reunirse diariamente con los residentes, promover el trabajo interdisciplinario durante la residencia.

Para que una institución sea considerada como válida para la realización de dichas prácticas médicas debe cumplir con ciertos requisitos, como lo son la adecuación al “Programa de Garantía de Calidad” dependiente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, debe contar con un Comité de Docencia e Investigación, un Comité de Ética y un Comité de Control de Infecciones.

Por último, dentro de esta realidad profesional resulta importante diferenciar la figura del médico concurrente. El mismo mantiene el mismo régimen laboral que el residente, con la diferencia que su ingreso a la institución en donde realizará su práctica médica es mediante la aprobación del jefe de servicio en el cual desee realizar dicha concurrencia, es decir sin un examen que valide dicho ingreso, siendo su figura legal la de “auxiliares”. Así también, mientras que las residencias duran 4 años, las concurrencias son de 5. Otra de las diferencias sustanciales es que el puesto de concurrente no contempla una beca anual o salario, por lo que el concurrente se ve obligado a mantener otro trabajo a la par o a percibir algún tipo de ayuda familiar.

El médico residente se encuentra en los comienzos de su vida profesional; como tal presenta todo el entusiasmo, la vitalidad y el deseo de conocimiento de cualquier joven profesional. Pero este comienzo no solamente conlleva las exigencias profesionales previamente nombradas, sino también características propias del puesto como bajo salario, incertidumbre

sobre el futuro laboral, falta de tiempo de estudio y actualización, falta de tiempo de ocio, y los mas importante: falta de herramientas y recursos personales para lidiar con una cotidianidad que tiene como eje al sufrimiento ajeno, un sufrimiento del que pacientes, familiares y colegas están esperando que él o ella pueda sanar.

En simples palabras las formas positivas y negativas en las que repercute el trabajo tienden a maximizarse en el joven trabajador, en este caso el/la médico residente, quien mantiene toda la vitalidad de quien recién comienza la aventura laboral, pero que también presenta los miedos naturales de cualquier comienzo, con la salvación que estos miedos tratan sobre la vida y la muerte.

Tener en cuenta la realidad de los médicos residentes ¹ lleva a considerar a los mismos como un grupo vulnerable, que tiene que ser especialmente tenido en cuenta dado que serán los futuros pilares de nuestro sistema sanitario. Se trata de reforzar y remarcar aquello que produce satisfacción laboral y transformar lo que produce un desgaste prematuro. Motivar a los jóvenes profesionales, dando lugar y haciéndose eco de sus necesidades, reconociendo que las mismas no solo son en términos económicos, solo puede dar como resultado una mejora en el sistema sanitario.

En otras palabras, dar lugar a la expansión de políticas públicas tendientes a mejorar la salud de los trabajadores de la salud significa profundizar no sólo en la calidad laboral de los mismos, sino en la forma en que esta repercute en las instituciones laborales y los clientes- en nuestro caso hospitales y pacientes-. Esto significa que mayor y mejor salud para nuestros trabajadores sanitarios redundará en un mejor sistema sanitario en términos cuantitativos y cualitativos.

Las malas condiciones laborales repercuten en los trabajadores presentándose disminución de la satisfacción e interés por el trabajo, disminución del rendimiento y la calidad de servicio prestado, aumento del ausentismo y accidentes laborales, incumplimiento de la tarea, abandono del puesto de trabajo, pedido anticipado de jubilación, etc. Estas consecuencias son graves para el sistema de salud público, incidiendo en el déficit de prestación dada. Por eso

¹ Dentro de la figura de la residencia se contempla también la carrera de “concurrancia”. Para facilitar la lectura se hará referencia únicamente a los “residentes”, contemplando ambos puestos.

analizar las condiciones laborales y sus consecuencias en los empleados es una necesidad dentro de cualquier plan que busque mejorar el sistema de salud público argentino. En definitiva el mismo vive y se reproduce a través de sus empleados, y cualquier cambio que se produzca tendiente a mejorar la vida laboral de ellos repercutirá no solo en el sistema en sí y en sus trabajadores, sino también en el paciente, pudiendo acelerar el objetivo ulterior de toda institución sanitaria: la pronta recuperación del paciente.

Resulta importante destacar la construcción de políticas públicas nacionales y provinciales sobre condiciones laborales de los trabajadores. Una de ellas es la creación de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo (SRT), organismo creado por la Ley N° 24.557 que depende de la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Su objetivo primordial es garantizar el efectivo cumplimiento del derecho a la salud y seguridad de la población cuando trabaja. Centraliza su tarea en lograr trabajos decentes, preservando la salud y seguridad de los trabajadores, promoviendo la cultura de la prevención y colaborando con los compromisos del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación y de los Estados Provinciales en la erradicación del Trabajo Infantil, en la regularización del empleo y en el combate al Trabajo no Registrado.

De la mano de la SRT, y mediante convenios con la OIT, se creó la “Política Nacional de Salud y Seguridad de los Trabajadores y del Medio Ambiente de Trabajo”, a implementarse entre 2011 y 2015. La misma tiene por objeto *“promover la mejora de las condiciones de trabajo con el fin de proteger la vida, preservar y mantener la integridad psicofísica de los trabajadores, prevenir los accidentes y los daños para la salud que sean consecuencia del trabajo, guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante el trabajo, reduciendo al mínimo, en la medida en que sea razonable y factible, las causas de los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo”* (SRT,2012).

Otros avances en materia de salud y seguridad en el trabajo fueron:

- firmas de acuerdos de cooperación con todas las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires unificando criterios en materia de fiscalización (2008).
- Argentina se convierte en el primer país en adherir a la “Estrategia Iberoamericana de Salud y Seguridad en el Trabajo 2010 – 2013” (2010).

- acuerdo tripartito de la “Estrategia Argentina de Salud y Seguridad en el Trabajo 2011 – 2015” cuyas metas, objetivos generales y específicos fueron cumplidos, en su gran mayoría, conforme lo establecido en el plan de acción de dicha estrategia (2011). (SRT)

Para dar continuidad a los objetivos propuestos para el período 2011-2015, la SRT desarrolló la “Estrategia Argentina de la Salud y Seguridad en el Trabajo – 2015/2019”. La misma se centra en tres ejes: mayor desarrollo de la prevención primaria; maximización del uso de herramientas digitales para el logro de los objetivos de la ley de riesgos del trabajo; y promoción de un enfoque de salud integral de los trabajadores. Se plantea como metas reducir en 20% los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y, a su vez, incrementar 20% la cobertura del sistema de riesgos del trabajo (SRT, 2015).

Asimismo en el 2010 se aprobó el "Programa de Regularización de las Condiciones de Salud y Seguridad en el Trabajo en Organismos Públicos", primer programa específico sobre las CyMAT en el ámbito público. A partir del programa se busca realizar un diagnóstico basado en el estado general del Organismo y en el grado de cumplimiento que registre respecto de la normativa vigente en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo; elaborar un Plan de Regularización que contenga entre otros aspectos cronograma de actividades y plazos de ejecución determinados; programar las actividades de inspección en los lugares de trabajo; fomentar la participación de las organizaciones gremiales que representen a los trabajadores del respectivo Organismo y de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (A.R.T.), que tuviese contratada; y fortalecer el tratamiento de la temática dentro de la Negociación Colectiva y la constitución de institutos paritarios en materia de Salud y Seguridad, en todos los ámbitos del sector público Nacional, Provincial, Municipal y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (SRT, 2010).

En el caso de la provincia de Buenos Aires, es posible decir que la misma se encuentra en sintonía con lo propuesto desde el gobierno nacional. Las políticas provinciales dedicadas a la salud ocupacional han avanzado sobre tres ejes prioritarios: la concientización de los actores sociales, el fortalecimiento de la capacidad inspectora, y el impulso de la participación de los trabajadores en las mejoras de las CyMAT. Para llevar a cabo este último eje, se ha creado en la provincia la Comisión Mixta de Salud y Seguridad en el Empleo Público (CoMiSaSEP), la consolidación de las Comisiones Mixtas en los distintos organismos provinciales, y la sanción de

la Ley 14.226, encargada de regular el funcionamiento del sistema de gestión participativo del Sector Público (Ríos, Tomasino, Vidal, Ciancio Costa, Rodríguez, 2011).

Revisión conceptual

En este apartado se propone realizar un recorrido por los principales conceptos que conforman la investigación. Así, después del análisis de la relación salud- trabajo, y las transformaciones que ha sufrido a lo largo del tiempo, se procederá a presentar las principales líneas teóricas y autores que componen a los conceptos de CyMAT, Burnout y Engagement.

De acuerdo a la OMS, la salud es un *“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Esta cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional y celebrada en 1946 (OMS, 1946).

La salud y el trabajo están estrechamente vinculados; el trabajo es una de las principales actividades de los seres humanos, como tal forma parte de la realidad social de cada sujeto, incidiendo indefectiblemente en la salud de los mismos, de forma positiva o negativa. El trabajo puede ser considerado como una fuente de salud en tanto permita satisfacer las necesidades básicas del trabajador y su familia, como así también sirva como eje para el desarrollo personal, profesional y social de los trabajadores/as. Asimismo puede ayudar a deteriorar la salud física, psíquica y mental de los trabajadores/as, en tanto las condiciones materiales, sociales y simbólicas en las que se lleve a cabo no sean las adecuadas. Resulta importante destacar que cuando se habla de su incidencia, no se hace alusión únicamente al espacio físico y la remuneración, sino también a su incidencia psicológica y simbólica.

A partir de 1950 la comisión directiva de la OIT/OMS delineó los objetivos de la Salud Ocupacional de la siguiente manera: *“Promover y mantener el más alto grado posible de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores de todas las profesiones, prevenir todo daño causado a la salud de estos por las condiciones de trabajo; protegerlos de su empleo contra los riesgos resultantes de la presencia de agentes perjudiciales para la salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y en suma adaptar el trabajo al hombre y el hombre al trabajo”*. En 1985 se propone la modificación de la última parte *“colocando al individuo por sobre la tarea y superando el concepto de adaptar al hombre al trabajo”* (OIT/OMS, 1985).

Siguiendo la misma línea de pensamiento la OMS habla de un Entorno Laboral Saludable, el cual no sólo tiene que ver con las buenas condiciones físicas y materiales del ambiente de trabajo, sino que es definido como *“un lugar donde todos trabajan unidos para alcanzar un visión conjunta de salud y bienestar para los trabajadores y la comunidad. Esto proporciona a todos los miembros de la fuerza de trabajo condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protegen y promueven la salud y la seguridad. Esto permite a los jefes y trabajadores tener cada vez mayor control sobre su propia salud, mejorarla y ser más energéticos, positivos y felices”* (OMS, 1999).

Salud y CyMAT

Las CyMAT puede ser definidas de múltiples formas; adhiriendo a Neffa diremos que se entiende por CyMAT a los factores socio- técnicos y factores organizacionales del proceso de producción implantado en las empresas, comprendiendo tanto factores de riesgo del ambiente de trabajo, como las condiciones en que este se efectúa. Ambos factores se constituyen como la carga global del trabajo, la cual es asumida o impuesta al trabajador. Esta carga global tiene, de manera mediata o inmediata, repercusiones positivas y/o negativas sobre la salud física, psíquica y mental del hombre, es decir, incide en su vida (Neffa, 1988).

Para comprender mejor de qué se habla cuando se hace referencia a las CyMAT resulta útil hacer referencia a las dos tipologías o concepciones utilizadas para analizarlas. La concepción “tradicional”, típica de los modelos taylorista y fordista. La misma entendía que los riesgos inherentes a cualquier actividad laboral eran los denominados de “higiene y seguridad”. Solo existía el riesgo físico, sin tomar en cuenta las condiciones laborales y la salud psíquica del trabajador. Una vez consumado el accidente y/o enfermedad la responsabilidad recaía pura y exclusivamente sobre el trabajador, quien tenía propensión natural a accidentarse o enfermarse; y la solución se encontraba a través de un seguro o indemnización monetaria. Esto deja entrever ciertos hechos importantes: la responsabilidad nunca era de quien organizaba los planes de trabajo, es decir de los ejecutivos, los accidentes eran considerados una fatalidad imprevisible y la solución siempre era monetaria, es decir a corto plazo, sin buscarse soluciones reales.

La concepción renovadora, surgida a partir de la crisis del fordismo, se orienta a la humanización del trabajo y a mejorar la calidad de vida laboral. El trabajo ya no es visto solamente como un espacio de reproducción de la fuerza de trabajo, sino como un espacio de

desarrollo del ser humano, de socialización, fuente de derechos, etc. Esta concepción toma en cuenta los contenidos y las consecuencias psíquicas y emocionales que el trabajo tiene para el trabajador, el cual se conforma como un colectivo de trabajadores/as heterogéneo. Esto significa que no existe el trabajador promedio, sino que cada uno tiene capacidades cognitivas, afectivas y relacionales diferentes. Otra diferencia con el modelo tradicional refiere a las medidas de prevención que esta concepción preconiza; los accidentes ya no son entendidos como fatalidades imprevistas, sino que se los analiza para no llegar a sufrirlos (Neffa, 1995).

La concepción renovadora toma como ejes de las CyMAT a las condiciones de trabajo, que incluyen la *carga del trabajo*, requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido el trabajador; organización temporal, jornada y ritmo de trabajo, y la organización de la tarea, que hace referencia a la automatización, comunicación con superiores, estabilidad laboral, participación, remuneración, entre otros.

Otro eje es el medioambiente de trabajo el cual hace referencia a las condiciones de seguridad, aquellas que pueden dar lugar a accidentes tales como caídas, golpes, quemaduras, etc.; las condiciones ambientales, comprenden el micro-clima del ambiente de trabajo, la iluminación y los contaminantes ambientales, pudiendo estos últimos ser químicos, biológicos o físicos; factores tecnológicos y de seguridad, etc.

La interrelación de todas estas variables determina el contexto particular de cada puesto de trabajo y su sumatoria configura la carga global del trabajo, la cual tiene repercusiones positivas o negativas en el trabajador a nivel físico, psíquico y mental.

Las CyMAT pueden ser estudiadas desde dos vertientes: la ergonomía y la psicodinámica.

La ergonomía es una ciencia interdisciplinaria que estudia la adaptación del hombre al trabajo y del trabajo al hombre, haciendo hincapié en el confort, seguridad y eficacia del trabajo. El confort remite a las buenas condiciones laborales, la seguridad refiere a la importancia de la buena salud del trabajador; la eficacia refiere a la necesidad de trabajar con calidad y rentabilidad.

Esta perspectiva diferencia entre la tarea prescrita, generada desde los superiores e incorporada como tarea impuesta, y la actividad, o tarea real, que es la que el trabajador realmente lleva a cabo. Asimismo las condiciones y medio ambiente de trabajo se analizan

mediante el estudio de los factores de carga físicos, psíquicos y cognitivos, las condiciones de ejecución y las características socio demográficas de los trabajadores. A partir del interjuego entre análisis estructural y la actividad del trabajador/a se intentará evaluar cuánto y cómo condiciona el contexto, de qué forma reaccionan los trabajadores/as y las consecuencias sobre su salud (Giraudó, Mendizábal & Korinfeld, 2002).

Una vez finalizado el análisis, la ergonomía propone efectuar recomendaciones de forma paulatina, elaborando un plan de reforma del ámbito de trabajo que contemple aquellas situaciones o características negativas del mismo.

Al hablar de CyMAT desde la psicodinamia se hace referencia a todos los factores que repercuten sobre los trabajadores/as, teniendo en cuenta que para la realización de tareas los mismos aportan su iniciativa, creatividad, experiencia, conocimientos; en simples palabras aportan su propia subjetividad. Teniendo como punto de partida esto es posible afirmar que hay un desfase entre el trabajo prescrito y el trabajo efectivamente realizado. Este desfase y la forma en que reaccionan los trabajadores/as es lo que se analiza desde esta corriente.

El enfoque de la Psicodinámica del Trabajo analiza los “procesos psíquicos intra e intersubjetivos movilizados por las presiones del trabajo” (Dejours, 1992). A través del trabajo el trabajador pone a prueba su propia subjetividad: sus conocimientos, experiencia, saber hacer, sensibilidad y torpezas. El trabajador pone en juego su propio mundo, experimentando la efectividad de su subjetividad, de su ser como individuo y profesional.

Todo trabajo conlleva sufrimiento; desde esta corriente el mismo se da cuando el trabajador/a percibe que su relación con la organización del trabajo no funciona bien, cuando tiene que someterse a un sistema de valores diferente u opuesto al propio.

Para superar dicha situación los trabajadores/as se relacionan, forman colectivos, establecen vínculos que les permitirán derribar dichos obstáculos mediante *las ideologías defensivas del oficio*, siendo estas un punto de análisis crucial dentro de la psicodinamia. Cuando el trabajador/a supera ese sufrimiento, no solo encuentra transformado el mundo, sino también a su propio ser: el trabajador/a ha adquirido una nueva herramienta de superación, un nuevo registro de sensibilidad que le permite desarrollarse mejor en su entorno laboral. Este recorrido de superación subjetiva se hace de forma colectiva, propiciando los espacios de discusión de los trabajadores (Dejours, op. cit.).

Salud y Burnout

El término Burnout fue acuñado por Freudenberger quien afirmó que el mismo es una forma particular de estrés laboral, un conjunto de síntomas médico- biológicos y psicosociales con características inespecíficas, que se desarrolla en la actividad laboral, fruto de una demanda excesiva de energía (Freudenberger, 1974). Fueron Maslach y Jackson quienes sistematizaron dicho concepto, con una definición que lo postula como “*una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: agotamiento físico y psicológico, actitud fría y despersonalizada con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas a realizar*” (Maslach & Jackson, 1982). La traducción literaria al español sería estar “quemado” o estar “agotado”, también se lo conoce como “Síndrome de Quemarse en el Trabajo” (SQT).

El Burnout es entendido como la enfermedad del agotamiento de los recursos físicos y mentales que sobreviene tras un esfuerzo desmesurado para alcanzar un fin irrealizable, que uno se había fijado o que los valores de la sociedad habían impuesto. Esta enfermedad afecta generalmente a las personas que alimentan un ideal elevado y que han puesto todo su empeño en alcanzarlo; se trata de la “enfermedad de la idealidad”. La enfermedad no consume rápidamente a quien la sufre, sino que los síntomas se van mostrando poco a poco (Gaulejac & Aubert, 1993).

Si bien la enfermedad puede surgir por valores altos que uno se impone, para Gaulejac el Burnout está guiado por los elevados ideales de excelencia que caracterizan a esta sociedad; algunos individuos intentan continuamente alcanzar esos ideales, esa excelencia, que a su vez continuamente se alejan más, hasta que eventualmente sus recursos físicos y mentales se agotan. A su vez, este agotamiento no sucede en un momento al azar, sino que se da cuando la actividad que motivaba a semejante esfuerzo deja de motivarnos de la manera que lo hacía antes (Gaulejac & Aubert, op. cit.)

Las fases del síndrome en cuestión son:

- *Agotamiento emocional (AE)*: el síndrome comienza a manifestarse bajo este síntoma que es la consecuencia de intentos fallidos por sopesar la situación estresante en cuestión. El sujeto se siente imposibilitado de brindar recursos emocionales a otras personas.
- *Despersonalización (DE)*: es el mecanismo mediante el cual el trabajador se defiende del proceso de cansancio emocional, generando un vínculo profesional deshumanizado, distante, en donde el otro es considerado un objeto.

- *Realización personal (RP)*: el Burnout se consolida con la pérdida de identidad profesional, en tanto que la persona no es capaz de identificarse con la labor que tiene a su cargo, y esta pierde el valor que tenía para el sujeto.

Si bien no existe una total claridad conceptual respecto al Burnout, es posible reconocer ciertas características comunes en las distintas definiciones utilizadas: se presenta agotamiento emocional, seguido de alteraciones en la conducta; es posible encontrar cansancio hasta el agotamiento, malestar generalizado, etc. También se encuentran técnicas paliativas reductoras de la ansiedad proporcionada por el trabajo, como son las conductas adictivas, las cuales inciden en el deterioro de la calidad de vida y en la inadecuada adaptación al trabajo, lo que conlleva un menor rendimiento laboral, desmotivación, entre otros.

En líneas generales se trata de una respuesta incorrecta hacia la inadecuación laboral, que puede darse en personas consideradas “normales”, manifestándose en un bajo rendimiento laboral, baja realización personal, insuficiencia e ineficiencia laboral y desmotivación (Ortega Ruiz & López Ríos, 2004). Suele encontrarse en profesionales que están en interacción con personas en situación de dependencia y necesidad (Gil & Monte, 2005).

Dentro de las variables que inciden en el análisis del Burnout se encuentran:

Variables personales

Las variables consideradas son sexo, edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, estrategias de afrontamiento, etc.

Variables organizacionales

Las variables organizacionales consideradas en este tipo de estudios son las referidas al clima laboral, el bienestar laboral, ejecución en el trabajo, grado de autonomía, apoyo social, ambigüedad del rol y reciprocidad.

Otras

Otros aspectos analizados en referencia al Burnout son el número de horas trabajadas, tipo de contrato, tipo de servicios, entre otros.

Se cree que el síndrome se presenta como un ciclo de cuatro etapas y fases:

Fase de entusiasmo: aparece durante los primeros años de profesión, en donde la energía y el entusiasmo hacen que todo parezca posible. El profesional ama su trabajo, sus compañeros y la organización.

Fase de estancamiento: los sujetos comienzan a notar que una excesiva implicación laboral puede ser perjudicial para su vida personal. El trabajador no siempre nota que se lo compense y reconozca por su labor, comienza a cuestionarse su capacidad y a perder la confianza en sí mismo. Va surgiendo el cansancio emocional que llevará al agotamiento.

Fase de frustración: se cuestiona el valor del trabajo en sí mismo, lo que provoca frustración, falta de atractivo, tedio y disgusto respecto a las tareas que debe desarrollarse en el trabajo. Disminuyen los logros personales y la autoestima, apareciendo episodios de ansiedad, angustia, sentimientos de irritabilidad, ira e impaciencia.

Fase de apatía: gradualmente aparece indiferencia y falta de interés frente al daño emocional generado en el trabajo. Se presenta un sentimiento de vacío que se expresa como distanciamiento emocional, desprecio, y cinismo hacia los clientes, dando lugar a una actitud de desilusión despreocupación por el otro (García, 2002).

Las consecuencias de dicho síndrome pueden darse en varios niveles. Entre ellos es posible destacar las consecuencias que inciden en la salud física, alteraciones cardiovasculares, fatiga, cefaleas y/o migrañas, alteraciones del sueño, alteraciones respiratorias, etc.; consecuencias que inciden en la salud psicológica, ansiedad, depresión, pánico, baja autoestima, baja satisfacción laboral, frustración personal, distanciamiento emocional, deseos de abandonar el trabajo, etc.; y por último, consecuencias relacionadas con el ámbito laboral, ausentismo, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, deterioro en la calidad del servicio, alteraciones en la conducta alimentaria, etc. (Ortega Ruiz & López Ríos, op. cit., Neira, 2006).

Salud y Engagement

El Engagement es un concepto trabajado desde la Psicología Organizacional Positiva y construido por Schaufeli en el 2000 (Schaufeli & van Dierendonk, 2000). Es definido como un “estado psicológico positivo relacionado con el vigor, la dedicación y la absorción” (Schaufeli, Salanova & González- Roma, 2002a), los cuales hacen referencia a un continuo compromiso,

satisfacción y dedicación, que le permite al empleado sentir una sensación de conexión y de realización en su labor (Arenas Ortiz & Andrade Jaramillo, 2013).

Se pueden encontrar dos corrientes de pensamiento del Engagement. Maslach y Leiter afirman que Burnout y Engagement son constructos opuestos: por un lado *cansancio emocional* y *despersonalización*, propias del Burnout, y como polo puesto a *vigor* y *dedicación*, propias del Engagement. Desde esta perspectiva es posible analizar el engagement a partir de la inversión de los valores obtenidos por el MBI (Maslach & Leiter, 1997).

Una segunda corriente de interpretación entiende al Engagement como un concepto contrario e independiente del de Burnout, mas no directamente opuesto, pues la presencia de uno no invalida la del otro, y viceversa (Demeuroti, Bakker & Janssen, 200; Schaufeli & Bakker, 2004a). Desde esta perspectiva el engagement presenta su propio instrumento de medición, la Utrecht Work Engagement Scale (UWES); un cuestionario que incluye las tres dimensiones del engagement:

- *Vigor (VI)*: caracterizado como altos niveles de energía y resiliencia, persistencia ante las dificultades y deseo de esfuerzo mientras se trabaja.
- *Dedicación (DE)*: se traduce como orgullo, compromiso y centralidad del trabajo para la persona.
- *Absorción (AB)*: se caracteriza por la concentración plena y aquella sensación de que “el tiempo no existe” dentro del ámbito del trabajo (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró & Grau, 2000).

El análisis del Engagement está asociado a la convicción de que la felicidad laboral produce éxito, no solo a nivel personal, sino en el ámbito profesional, hecho que redundará en un mayor desempeño y mayor deseo por permanecer en el trabajo. El Engagement también está asociado a una mayor satisfacción laboral, mayor compromiso organizacional y una mayor producción, ya que se afirma que un estado positivo dentro del trabajo significa más y mejor equipo en trabajo (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2009; Nerstad, Richardsen & Martinussen, 2010).

Este tipo de trabajadores resulta beneficioso para las organizaciones dado que cuando hay una demanda laboral elevada el trabajador/a responde a través de emociones positivas, siendo

proactivo, incorporando nuevos recursos laborales y personales, etc. Es decir que a mayor demanda laboral más se eleva el Engagement, resultando una mejora en el rendimiento laboral de dichos trabajadores y en la ganancia de las organizaciones (Salanova & Schaufeli, 2009).

La relación con los compañeros y superiores es considerada indispensable en la labor de generar compromiso laboral; actividades tales como la retroalimentación, el control, asesoría, variación de tareas y oportunidades de entrenamiento y aprendizaje son claves (Xanthopoulou et al, op. cit.). A su vez, los sujetos más comprometidos suelen ser aquellos propensos a apoyar a sus compañeros y trabajar una continua retroalimentación con ellos, lo que genera recursos laborales con mayor facilidad (Xanthopoulou et al, 2008).

Todos estos aspectos acaban por incidir no solo en la vida laboral del sujeto, sino también en su vida personal contribuyendo a una buena salud y bienestar general. El sujeto engaged o comprometido es caracterizado con una buena salud mental y psicosomática, proactivo, motivado, enérgico, dispuesto, eficaz y voluntarioso con su labor, es decir sumamente comprometido con su tarea. Se podría decir que el sujeto engaged es aquel que disfruta de llevar a cabo su tarea, encontrando en ella plenitud, placer y autorrealización (Salanova, Martínez & Llorens, 2005).

Revisión de Antecedentes

Un recorrido por ciertas investigaciones sobre los conceptos trabajados servirá para comprenderlos más acabadamente.

CyMAT

Es menester aclarar que no se han encontrado investigaciones sobre la temática en referencia al puesto de médico residente, por lo que las investigaciones que se analizan a continuación sirven como marco para comprender las CyMAT dentro de instituciones sanitarias provinciales, más no para reconocer las de dicho puesto.

Las diversas investigaciones sobre CyMAT ha revelado importantes datos a destacar. En cuanto a los factores socio- demográficos es posible hablar de una tendencia creciente a la feminización del sector salud. Según datos del Ministerio de Salud de la Nación estos valores se han ido acrecentando a partir de 1960, siendo que para el año 2007 un 68% de los trabajadores/as de la salud eran mujeres (MSAL, 2007). Dichos datos se cotejan con diversas investigaciones

referentes a instituciones de salud cordobesas que afirman que en los hospitales públicos provinciales de Córdoba el 75,1% de los trabajadores/as son mujeres (Acevedo, Farias, Sánchez, Astegiano, Buffa, Alvarez Loyaute, Demaria, & Fernández, 2007), mientras que en los Centros de Atención Primaria de dicha provincia el porcentaje llega al 75,8% de empleadas mujeres (Farias, 2011).

En lo que respecta a la distribución etárea es posible decir que el 65% de la población estudiada tiene entre 18 y 35 años y el 35% es mayor de 45, siendo la edad media de 41 años (Farias, op. cit.; Acevedo et al, op. cit.).

El análisis de las condiciones de trabajo ha determinado que la inmensa mayoría de los trabajadores de instituciones sanitarias provinciales forma parte de la planta permanente y cumple una jornada laboral de 36 horas semanales. Asimismo el 43,3% tiene otro empleo, en general en instituciones privadas (Farias, op. cit.; Demaria, 2011; Acevedo et al, op. cit.). El pluriempleo no solamente significa la exposición a diversas condiciones de trabajo, con el posible agotamiento físico y emocional que esto puede significar, sino también la falta de tiempo de ocio, necesario para evitar llegar a niveles de agotamiento o estrés preocupantes (Machado, 1996).

En cuanto a la organización del trabajo es posible decir que la mayoría de los empleados de instituciones sanitarias provinciales tiene horario de trabajo diurno, sin ser este rotativo. Se ha encontrado coincidencias también en lo que refiere a la posibilidad de tomarse pausas en la jornada laboral, siendo la categoría “a veces” la de mayor porcentaje. Esto responde a que el sistema de salud está caracterizado por urgencias y demandas espontáneas. Aun así alrededor del 66% de los empleados declaran hacer pausas aparte de las establecidas. Con valores que oscilan entre el 93% y 95% los empleados han declarado tener acceso a sanitarios. No se han encontrado datos sobre otros ambientes tales como cocina, sala de estar, etc.

Para analizar al trabajo como factor psicosocial estimulante o de riesgo se ha encontrado la evaluación de las habilidades puestas en juego en el mismo. Los resultados arrojan que la mayoría de los trabajadores/as consideran que su trabajo requiere aprender cosas nuevas y ser creativos, aunque a la vez consideran que el mismo es repetitivo. En relación a la misma temática también se analizó la autonomía y el rol del trabajador/a. Se ha llegado a la conclusión de que aunque se exigen altos niveles de habilidad, también se generan altas posibilidades de decidir por

cuenta propia y consideración en las opiniones del empleado/a, que se traducen en niveles altos de autonomía (Farias, op. cit.; Demaria, op. cit.). En cuanto al análisis de los roles se ha encontrado que no hay exceso de funciones o ambigüedad de rol (los valores consignados a dicha variable han sufrido variaciones de acuerdo a la investigación en cuestión). Mientras que en algunas instituciones se considera que hay que trabajar de forma rápida, dura y con un esfuerzo físico continuo (Demaria, op. cit.), en otras, si bien se requiere que se trabaje duro, no así se cree que haya que hacerlo rápidamente ni con esfuerzo físico (Farias, op. cit.).

Según Farías (Farias, op. cit.) las relaciones interpersonales en el trabajo pueden ser un factor psicosocial positivo o negativo, pudiendo generar un ambiente propicio para trabajar o consolidándose como fuente de estrés u hostigamiento. El análisis de las relaciones tiene que ser considerado en tres niveles: la relación con los superiores, con los compañeros y con los pacientes. El análisis de la relación con los superiores ha marcado que en líneas generales hay una visión positiva del supervisor o jefe/a a cargo, encontrando que la categoría “de acuerdo” es la de mayor porcentaje al analizar la preocupación del mismo por el bienestar del equipo, el trato respetuoso y la promoción del mismo en el trabajo en equipo. En cuanto a la relación con los compañeros, la misma categoría también fue la de mayor porcentaje, con valores que oscilan entre el 54% y 75%, declarando que las personas en el trabajo son amigables y respetuosas, se ayudan mutuamente y toman las decisiones democráticamente. En líneas generales se puede hablar de un sentimiento de unión entre las personas con las que se trabaja (Farias, op. cit.; Demaria, op. cit.).

De forma directa o indirecta, tratar y curar al paciente es la labor básica y principal de cualquier empleado/a de instituciones de salud. Por eso la relación que se establece con el mismo tendría que ser positiva, amena, dado que en muchas circunstancias la misma se prolonga en el tiempo. El mantener una relación negativa con el paciente podría ser una fuente de hostigamiento, de dejadez al momento de trabajar, hecho que podría traducirse en un mal desempeño laboral. No se han encontrado investigaciones que profundicen en la investigación del lazo médico- paciente.

En cuanto al reconocimiento que los trabajadores hacen sobre el medioambiente de trabajo, aunque las investigación han utilizado distintas escalas de valoración, es posible decir que tanto la ventilación, la iluminación, el estado de los inmuebles, como así también los

recursos y equipamientos del lugar de trabajo han tenido valores positivos que oscilan entre “satisfactorios”, “razonables y “adecuados” (Farias, op. cit.; Demaria, op. cit.; Acevedo et al, op. cit.). Distintos resultan los valores del indicador “temperatura del ambiente”, que mientras que en ciertas investigaciones ha sido declarada como “satisfactoria” por el 58% de los encuestados (Demaria, op. cit.), en otra ha sido declarada como “inadecuada” por un 50,3% de la población estudiada (Farias, op. cit.). En cuanto a la relación entre las tareas llevadas a cabo y los recursos disponibles para llevarlas a cabo ha sido mayormente valorada como “razonable” y “regular” (Farias, op. cit.; Demaria, op. cit.).

Una especial mención merecen los estudios llevados a cabo dentro del propio H.I.G.A “Dr. Oscar Alende” de la ciudad de Mar del Plata, específicamente en los servicios de Salud Mental y la Guardia de día.

Las mismas han tenido un enfoque metodológico cuanti- cualitativo, a partir del cual se pudiera relevar y sistematizar las CyMAT, pero que también permitiese indagar sobre lo que genera o estimulan esas CyMAT en los trabajadores.

El enfoque cuantitativo fue llevado a cabo a partir de un cuestionario semi- estructurado que permitió analizar diversas variables tales como evolución salarial, medio ambiente de trabajo, trayectorias laborales, demanda de atención y clima de relaciones laborales (Pacenza, 2003).

En cuanto al medio ambiente de trabajo, los resultados hablan de las condiciones deficientes y los escasos recursos materiales. Se ha encontrado grandes deficiencias que responden principalmente a la ventilación y luz artificial, como así también a aquellos indicadores de las condiciones de infraestructura y de espacio, como lo son los enchufes mal ubicados, fichas de luz y sillas en mal estado, mala distribución de los elementos de trabajo y falta de espacio para circular. Además la falta de infraestructura en lo que refiere a cocina, comedor y áreas de interconsulta ha sido caracterizada como una gran carencia (Pacenza & Andriotti Romanín, 2000, 2005; Silva Peralta, 2006).

El nivel de ruido ha sido caracterizado como medio para un 64, 9% de la población estudiada, originado en un 58,4% de los casos por las voces de los pacientes y de las personas que se encuentran en el servicio (Pacenza & Andriotti Romanín, op. cit.)

En cuanto al riesgo físico, el mismo varía de acuerdo a la profesión. La totalidad de los enfermeros/as ha declarado una percepción del riesgo físico alta, mientras que en el caso de los psicólogos/as y psiquiatras solo lo han hecho en un 18% y 50%, respectivamente. Estas variaciones responden a la relación con pacientes internados con patologías graves. Mientras que el primer grupo tiene relación con estos, no así el segundo. Este hecho también deja entrever que el factor central que origina el riesgo físico es el comportamiento de los pacientes.

Asimismo se destacan la falta de personal, de capacitación y la falta de insumos como debilidades de la institución. Lo que se encuentra en consonancia con la capacidad regular o mala que el 58% de los trabajadores le adjudican a la institución para dar respuesta a las demandas (Pacenza & Andriotti Romanín, op. cit.; Silva Peralta, op. cit.; Pacenza, 2007; Pacenza & Cordero 2008).

Dentro de las condiciones de trabajo se encuentra la variable “salario”, indagada a partir de la relación del mismo con las tareas que se realizan. El 65% de la población estudiada cree que sus ingresos no se condicen con las tareas que llevan a cabo. Los valores más altos se han encontrado para los profesionales, no así para los administrativos y empleados de seguridad (Pacenza & Andriotti Romanín; op. cit., Silva Peralta, op. cit.).

En cuanto al clima organizacional se puede hablar de valores positivos en tanto que un 76% de los empleados cree que la cooperación entre profesionales es buena, un 41% cree que funcionan como equipo solo de forma ocasional, contra un 29% que considera que lo hace de forma permanente. Las consultas con otros profesionales se dan algunas veces, siendo la predisposición de los mismos “buena” en un 71% de los casos.

Las relaciones con los pares han sido caracterizadas como buenas en un 71% de los casos, y como muy buena en un 18%, siendo esta una de los pocos indicadores mediante el cual se ha hecho uso de la categoría “muy buena”. Un 76% de los encuestados mantiene una relación extralaboral con los compañeros de forma semanal y eventual. Asimismo un 41% de los encuestados creen que sus compañeros los respaldan siempre; mientras que para la misma categoría el valor desciende a un 24% si se refiere a los superiores (Pacenza & Andriotti Romanín; op. cit.).

Estas categorías han sido analizadas también a través de metodología cualitativa, más expresamente a partir de observación densa y entrevistas que permitiesen cotejar y profundizar sobre el ambiente de trabajo y sus falencias, como así también para analizar las consecuencias de

las condiciones laborales. Entre los datos más destacables resulta interesante mencionar aquellos que refieren al compromiso de los profesionales de la salud.

Pese a las paupérrimas condiciones, a la multitud de carencias, la Jefa de Servicio de Salud Mental toma dicha labor con sumo compromiso expresando y remarcando la “convivencia” entre la misma y los pacientes. Frases como “*viven acá conmigo*”, “*mueren acá conmigo*” remarcadas en las investigaciones, hablan de la identificación de la Jefa con su servicio, independientemente de la falta de apoyo institucional, en todos los niveles (Pacenza & Andriotti Romanín, op. cit.). También resulta interesante los lazos de compañerismo formados en el trabajo y que se remarcan como forma de luchar contra la situación vivida cotidianamente; “*pese a todo nos queremos*” es una de las frases que se remarca en las entrevistas realizadas a los trabajadores de la Guardia de día y que resalta los lazos afectivos y de compañerismo como uno de los ejes, si no el más importante, que permite atravesar la cotidianeidad labora (Silva Peralta op. cit.).

Burnout

Para hablar de Burnout es necesario que los valores de Despersonalización y Agotamiento Emocional sean altos, mientras que el de Realización Personal sea bajo (Peiró, 1992; Gil- Monte & Peiró, 1997). Las características laborales de los trabajadores de la salud hacen que los mismos se encuentren continuamente expuestos a circunstancias o situaciones ajenas a las que se pueden percibir en otro tipo de trabajo, aun así aquellos que conllevan mantener trato con la gente. El contacto continuo con la incertidumbre, la angustia, el dolor ajeno, la muerte son propios de la profesión. En determinadas circunstancias dejan de ser cotidianas para convertirse en estresores de la salud del trabajador. La complejidad de esta situación responde a una variedad de factores micro sociales, institucionales y coyunturales (Zaldúa, Lodieu & Koloditzky, 2000; Zaldúa, Bottinnelli, Nabergoi & Lenta, 2003; Neira, op. cit.).

Los resultados de las diversas investigaciones han variado, no sólo en los resultados obtenidos sino también en la incidencia de variables socio demográficas. Estas variaciones no sólo responden a diversas realidades, sino también a los diferentes instrumentos que existen para medir el Burnout. Si bien todos tienen esa finalidad, no todos toman las mismas variables para

hacerlo (Prins, Hoekstra- Weebers, Gazendam- Donofrio, Dillingh, Bakker, Huisman, Jacobs & van der Heijden, 2010).

A partir de una investigación cuyo objetivo fue la validación del MBI en Argentina, María del Carmen Neira realizó una encuesta a 1.152 empleados de diversos equipos de salud, entre ellos médicos/as, enfermeras/os, administrativos, etc. (Neira, op. cit.). Relevados los resultados se arribó a la conclusión que el agotamiento emocional y la despersonalización del paciente son más altos en los médicos/as que en el resto de los grupos. Un 43% de los médicos sufre de agotamiento emocional, un 45% de despersonalización, y un 34% presenta baja realización personal. En los restantes colectivos de trabajadores se encontraron menores niveles en las tres categorías, en comparación con los médicos.

Asimismo diversos resultados coinciden en que dentro de las categorías del Burnout despersonalización es la de mayor puntaje, seguida por cansancio emocional. Las mismas responden en general a la relación sobrecargada médico- paciente, generando distancia con el objeto en cuestión y repercutiendo en la calidad de atención. Algunas de las causas del Burnout son la desprotección social sufrida tanto por el paciente como por el médico, cuya raíz se encuentra en la falta de predisposición de las autoridades, compañeros o auxiliares de trabajo; hechos que inhiben al profesional de su quehacer. Otras causas son el riesgo de mala praxis, de maltrato, falta de recursos sanitarios, falta de reconocimiento a la actividad terapéutica, el llevar a cabo tareas repetitivas, el reconocimiento del padecimiento de consecuencias físicas, etc. (Maldonado, 2011; Zaldúa et al, op. cit.; Ferrer Dos Santos Campos, 2013; Neira, op. cit.). Asimismo se han encontrado altos niveles de agotamiento emocional y de realización personal que tienden a decrecer conforme se presenta mayor antigüedad y de acuerdo a la carga que plantea cada puesto (Silva Peralta, 2004; Silva Peralta, op. cit., Neira, op. cit.).

Los médicos que ejercen en grandes ciudades, como Buenos Aires o Córdoba, han presentado mayores niveles de Agotamiento Emocional, que sus colegas de localidades más chicas (39%- 23%, respectivamente). Se cree que el estilo de vida de las grandes ciudades, ritmo ágil, mayores distancias, menor tiempo para el ocio, mayor demanda laboral, entre otros, es un factor de incidencia en el desarrollo de Burnout (Neira, op. cit.)

Los médicos que trabajan en instituciones públicas presentan mayores niveles de Burnout que los que lo hacen en instituciones privadas. El nivel de exigencia es uno de los factores que

genera esta diferencia, en tanto que la relación de exigencia con la falta de recursos humanos, materiales, económicos, etc. termina por significar multiplicidad de intervenciones por parte de un mismo trabajador, polivalencia, decisiones tomadas bajo presión del tiempo, falta de empleados, entre otros (Ferrer Dos Santos Campos, op. cit.).

Otra variable diferenciable es la de rotación de turnos laborales. Se ha encontrado que los empleados de la salud que trabajan con turnos rotativos presentan niveles de Burnout más elevados que aquellos que no. Esto tiene que ver principalmente con la pérdida de organización social y doméstica, y con las consecuencias en la salud física, mental y social de los individuos (Iskra, Folkard, Marek & Noworol, 1996; Jamal- Baba, 1997; Ferrer Dos Santos Campos, op. cit.).

Asimismo se ha encontrado variaciones en cuanto a los valores encontrados en cada servicio, siendo los de Guardia, Obstetricia, Pediatría e Infectología, aquellos con mayores valores. Las diferencias entre servicios refuerzan la idea de que los niveles de exigencia, de toma de decisiones y las presiones sentidas varían de acuerdo a la especialidad que se trate (Zaldúa et al, op cit.; Zaldúa et al, op cit., 2010; Ferrer Dos Santos Campos, 2013).

Más allá de los valores encontrados sobre despersonalización y cansancio emocional, se ha encontrado que los médicos tienden a tener una alta realización personal, la cual oscila en un 70% (Ferrer Dos Santos Campos, op. cit.) A partir de estos valores se puede conjeturar que en ocasiones los médicos manifiestan despersonalización y cansancio emocional como una forma de combatir el estrés proporcionado por su profesión, como una instancia previa al síndrome, mas no como una característica del Burnout en cuestión. Asimismo los valores altos de realización personal podrían funcionar como paliativos para el estrés. La alta realización personal podría tener su justificativo no solo en la importancia de la tarea que lleva a cabo el médico, sino también por el prestigio social que la misma significa (Delle Donne, Oyarbide & Taboh Martínez, 2006; Ferrer Dos Santos Campos, op. cit.)

Es importante destacar a los residentes, dado que las características propias del puesto hacen que la forma en que se desarrolla el Burnout pueda variar.

El médico residente se encuentra en pleno proceso de formación profesional. Durante este proceso se producen las claves de adaptación y ajuste a nuevas tareas, o surge el fracaso ante la imposibilidad de afrontarlas con éxito; todo esto dentro de un contexto de inexperiencia. Es por

esto que la residencia suele estar asociada a altos niveles de estrés que tienen como ejes la falta de sueño, la inexperiencia, la falta de comunicación con superiores, la sobre exigencia, la competitividad, las quejas de los pacientes, entre otras cuestiones (Luthy, Perrier, Perrin, Cedraschi & Allaz, 2004; Prieto- Miranda, López- Benítez & Jiménez- Bernardino, 2009).

Todas estas características propias del puesto pueden generar ansiedad, irritabilidad, inestabilidad emocional, etc., lo cual obviamente genera repercusiones en la vida personal del residente que van desde problemas de salud físicos hasta depresión, abuso de drogas y suicidio.

Estudios sobre Burnout en residentes indican que la edad media oscila entre los 25 y 30 años, en la mayoría de los casos no tienen hijos y son solteros. En cuanto a las horas de trabajo, se encuentra que el 78,6% labora más de 18hs. en el hospital, incluidas guardias, y el 36,8% lo hace entre 6 y 14hs. Asimismo se ha encontrado que la especialidad resulta una variable a tener en cuenta, pues los valores difieren dependiendo de ella; no así las variables socio demográficas como edad, género y estado civil (Paredes & Sanabria Ferrand, 2008; Cáceres Pallavidino, Echevarría Avellaneda, Ghilarducci de Martínez & Pomares, 2010).

Se han encontrado diversos resultados al analizar los valores de Burnout. Los mismos van desde “bajos” y “medios” (Lemkau, Purdy, Rafferty & Rudisill, 1988; Belloch García, Renovell Farre, Calabuig Alborch & Gómez Salinas, 2000; Garza, Schneider, Promecene & Monga, 2004; Cáceres Pallavidino et al, op. cit.) hasta “altos” (Neira, op cit.), siendo el componente despersonalización el más afectado en el síndrome, en la totalidad de las investigaciones.

El extenso horario de trabajo, las guardias, el miedo al error, las responsabilidades para las cuales no se sienten preparados, el escaso tiempo para el estudio y el ocio, etc., han sido considerados como factores que los médicos residentes apuntan como generadores de estrés y eventual burnout. El 48% de los residentes presento alto agotamiento emocional, el 55% elevada despersonalización, y el 40% baja realización personal. Se ha encontrado que los valores más altos se presentan al comienzo de la residencia, y tienden a descender conforme se avanza (Neira, op. cit.).

Si se discrimina por especialidad se puede apreciar que en hospitales del NEA especialidades como Clínica Médica, Anestesiología, Cirugía General, Oncología y Otorrinolaringología muestran que el nivel de Burnout es medio, mas la forma en que este se

desarrolla presenta variaciones. Mientras que Clínica Médica presenta valores homogéneos en el primer año, en el resto de los años los valores “leve” y “moderado” tienden a acrecentarse en detrimento de los otros. Por su parte, los residentes de Anestesiología mantienen altos sus valores de burnout “moderado” a lo largo de todos los años de residencia. En el caso de Cirugía General se ha encontrado que mientras que en los dos primeros años los valores de burnout son “manifiestos”, en los últimos dos descienden llegando a “moderados”. Por último encontramos que los residentes de Anatomía Patológica sufren en el primer año de residencia de un nivel “grave” de Burnout, siendo que en el resto de los años desciende a “moderado” (Cáceres Pallavidino et al, op. cit.). Estos valores indican la importancia de indagar de forma individual cada especialidad, puesto que si el ambiente institucional es el mismo para todos los residentes, indudablemente hay realidades que remiten a lo subjetivo y relacional de cada especialidad que modifica, para bien o para mal, los niveles del síndrome.

También es importante discriminar aquellos residentes que mantienen contacto con la guardia de un hospital dado que los factores estresantes tienden a maximizarse en esta área. Se ha encontrado que un 93% de los residentes que realiza guardias sufre de burnout, siendo moderado en el 50% de los casos y alto en el 43%. De los mismos, el 60,3% presenta una alta despersonalización, el 74, 1% cansancio emocional alto, y un 70,7% registró baja realización personal. Todo indica que los valores de los residentes que realizan guardias tienden a ser superiores que aquellos que no las realizan, y que los residentes que mantienen mayores niveles de agotamiento emocional y despersonalización son aquellos que no pueden librar la guardia. Asimismo las investigaciones han demostrado que las variables socio demográficas poco se relacionan con el desgaste profesional (Goldberg, Boss, Chan, Goldberg, Mallond & Moradzadeh, 1996; Fernández Martínez, Hidalgo Cabrera, Tapia, Moreno Suárez, García del Río & García, 2007; Cáceres Pallavidino et al, op. cit.).

Por último, en relación a la guardia resulta pertinente destacar el análisis de la misma en el H.I.G.A. “Dr. Oscar Alende”, (Silva Peralta, op. cit.) dado que la población a investigar en la presente, los médicos residentes, desarrolla parte de su trabajo allí.

Las CyMAT de dicho lugar de trabajo han dejado una secuela en los trabajadores que allí se desempeñan, siendo estos médicos, médicos residentes, enfermeras, auxiliares de enfermería, cirujano, etc. Dado que el agotamiento emocional es alto y la realización personal comienza a

decrecer, pero los niveles de despersonalización no son altos, se habla de proceso de Burnout y no de Burnout en sí (Silva Peralta, op. cit.).

También se ha encontrado que los médicos residentes y los médicos clínicos son quienes presentan mayores niveles de agotamiento emocional, pero que al mismo tiempo son quienes presentan los mayores niveles de realización personal (Silva Peralta, op. cit.).

Es de destacar también los procesos de movilización subjetiva (Dejours, op. cit.) que los trabajadores de la Guardia establecen como método combativo de la situación vivida cotidianamente. Los procesos de movilización subjetiva actúan como “protectores”, en tanto los trabajadores eligen lugares privados, íntimos para aislarse de la realidad laboral. En el caso de la guardia el “estar” u “office” cumple esa función. Otros procesos actúan como “mitigadores”, como lo es el dialogo mediado por la ironía y el humor que permiten amortiguar las situación críticas vividas. Por último es posible hablar de procesos de carácter “transicional”, en donde se mezclan la diversión y las referencias al trabajo, surgiendo iniciativas de relaciones extra laborales entre compañeros (Silva Peralta, op. cit.).

Engagement

El concepto de Engagement es tratado como tal a partir del año 2000 (Schaufeli et al, op. cit.), es decir que es un concepto nuevo. Asimismo los trabajos desarrollados sobre dicha temática mantienen relación con demás constructos propios de la psicología. Esto deja como resultado no solo que sean bastante reducidos numéricamente sino también que el desarrollo sobre el Engagement en cuestión sea acotado, dado que no hay investigaciones dedicadas exclusivamente a este. Así también dicho concepto prácticamente no ha sido trabajado desde la relación con el puesto laboral de médico. Todo esto deja como resultado que la revisión teórica sobre el Engagement y las instituciones de salud sea mínima.

Diversos análisis sobre Engagement en los empleados del sector público de salud en Chile y Colombia han dejado como resultado valores altos, siendo los dominios de vigor y dedicación los de mayor puntaje medio con 5,12 y 5,26, respectivamente. Por su parte el dominio absorción obtuvo un valor medio de 4,39, lo cual equivale a una puntuación media. Los altos valores en vigor y dedicación permiten inferir que los empleados del sector público de salud mantienen compromiso, persistencia y entusiasmo relacionado con el trabajo. Al obtener un puntaje medio en absorción se puede inferir que medianamente los trabajadores se encuentran

satisfechos en el cumplimiento de sus actividades (Arenas Ortiz & Andrade Jaramillo, op. cit.; Pérez- Zapata, Peralt- Montecinos & Fernández- Dávila, 2013).

Estos hallazgos se correlacionan positivamente con la disponibilidad de recursos en el trabajo, especialmente con aquellos que logran reducir las demandas laborales y que permiten el cumplimiento de logros, permitiendo no solo la eficiencia y eficacia laboral, sino más importante crecimiento personal y profesional, satisfacción y aprendizaje. Como tal dejan entrever que el trabajo esta mediado por múltiples factores psicosociales que, dependiendo su desarrollo, pueden afectar de forma positiva o negativa el bienestar de los trabajadores (Xanthopoulou et al, op. cit.; Arenas Ortiz & Andrade Jaramillo, op. cit.; Pérez- Zapata et al, op. cit.).

También se han relevado diversos estudios cuya población es un cuerpo específico dentro de las instituciones de salud. Uno de ellos es el cuerpo de enfermeras de hospitales en Chile y México. Los resultados han arrojado que un 63, 2% del personal de enfermería mantiene niveles altos y muy altos de Engagement, seguido de un 31,6% del personal con un nivel moderado, y un 5,3% de enfermeras con Engagement leve. Opuesto a lo que podría inferirse, en el área de urgencias se encontró que un 83,02% de la población de enfermeras presenta algún grado de Engagement, contra un 61,9% de individuos que trabajan en otras áreas. Asimismo se ha encontrado que los años de antigüedad laboral son una variable importante, dado que el grupo con mayores niveles es el de 1 a 6 años de antigüedad, con un 80% de la población que presenta algún nivel de compromiso. A este le sigue el grupo de 14 años y más con un valor de 76,6%. Se cree que el grupo de 1 a 6 años de antigüedad presenta valores altos por estar más motivados ante la nueva experiencia laboral, los nuevos desafíos que la misma conlleva. Por su parte, los valores altos encontrados en el grupo de 14 años y más pueden hacer alusión a enfermeras/os que ya han vivido momentos o pasajes de estrés en su labor, han sabido superarlos, aprendiendo a convivir con lo positivo y negativo de su profesión (Viejo & González, 2013).

Resulta interesante destacar aquellas circunstancias o situaciones que generan los altos niveles de Engagement entre las enfermeras. La propia “labor asistencial”, el trabajar con los pacientes de forma directa es calificada como una de las motivaciones más importantes. Esta motivación tiene como ejes el deseo de ayuda al otro y la posibilidad de expresarlo a través de la enfermería. La “conducta motivada” es presentada como otra de las motivaciones, en tanto que la misma es coherente con la intención de ayuda al otro; se expresa través de la intención de

generar vínculos cercanos con los pacientes, la realización de su labor con compromiso y dedicación, y una gran responsabilidad profesional que se traduce en otorgar una atención de calidad que busque lo que el usuario necesita. Por último se ha evidenciado que las enfermeras/os encuentran que su profesión es una fuente de emociones y sentimientos muy intensos. Estas emociones son descritas como felicidad, pasión, satisfacción y orgullo por la tarea realizada, la cual presenta su punto máximo cuando los usuarios les presentan su gratitud y confianza, o cuando sus intervenciones son tomadas en cuenta. En simples palabras podría decirse que las enfermeras presentan altos valores de Engagement al hacer una diferencia positiva en la vida de un paciente, y más aun si este lo reconoce (Fernández Merino & Yáñez Gallardo, 2014).

No solamente las enfermeras/os se vinculan con los pacientes, como así también los médicos, sino que ambos grupos tienden a mantener una estrecha relación, por lo menos de forma temporal, que como se constató repercute en el compromiso laboral. Al compartir ciertas características de la labor, los resultados previamente expuestos pueden ser indicio de la forma en que afecta la relación con los pacientes en los niveles de engagement de los médicos residentes; relación que no ha sido analizada en el campo académico.

También se ha analizado el Engagement en los médicos brasileros, encontrando que un 69,02% de los médicos mantiene algún valor de engagement, y que en líneas generales estos valores suelen ser de medios a elevados. En cuanto a la variable “sexo” no se han encontrado grandes diferencias, 62,24% de las médicas mujeres presentan algún nivel de Engagement, contra el 61,7% de los médicos hombres. Así tampoco entre los médicos que trabajan en instituciones públicas y aquellos que trabajan en instituciones privadas, con valores de 61,85% y 62,84%, respectivamente (Ferrer Dos Santos Campos, op. cit.). Resulta interesante recordar que los valores de Burnout entre médicos de hospitales públicos y privados sí presentaban variaciones, con mayores valores en los médicos de hospitales públicos. La nula diferencia entre ambos valores demuestra que los conceptos no son antagónicos, dado que si así fuese el caso los médicos de hospitales públicos tendrían que mantener niveles de engagement más bajos que los de hospitales privados.

Tampoco se han encontrado grandes diferencias entre los médicos que trabajan por turnos y aquellos que no lo hacen. El 59,72% de los médicos que trabajan por turno presentan algún

nivel de Engagement, mientras que el 63, 14% que no trabaja por turnos lo hace. Si bien es una de las mayores diferencias encontradas, la misma no ha resultado estadísticamente significativa. En cuanto a las diferencias encontradas de acuerdo a la variable “especialidad”, se ha encontrado que la misma puede generar diferencias en cuanto a los valores encontrados. En lo referente a la edad y el engagement, se ha encontrado una correlación negativa que indica que a mayor edad menores valores de engagement presentados, principalmente en lo que a vigor y dedicación refiere, aunque no así sucede con absorción. En relación con esto es posible decir también que más años de servicio significa menores valores de engagement, aunque se ha encontrado que sus tres dimensiones se ven afectadas (Ferrer Dos Santos Campos, op. cit.).

En cuanto a la relación entre los valores de burnout y engagement, dicha investigación concluye que las correlación inversas y positivas encontradas demuestran que: cuanto más altos son los niveles de burnout, más bajos son los de vigor; cuanto mayor agotamiento emocional, menor engagement, vigor y dedicación en el trabajo; cuanto mayor despersonalización, menor dedicación en el trabajo; y cuanto mayor realización personal, más elevados son los niveles de engagement, vigor y dedicación (Ferrer Dos Santos Campos, op. cit.).

Los valores encontrados demuestran que ambos constructos presentan relación, siendo en muchas ocasiones opuesta, no así antagónica, pero que así también se puede dar cierta “compatibilización” entre ambos. Esto significaría que más allá de situaciones estresantes que le toque vivir al médico, el mismo no deja de sentir compromiso, satisfacción, dedicación y entrega hacia el trabajo; conceptos principales en el estudio del Engagement.

Se ha encontrado una sola investigación que analiza los niveles de Engagement en los médicos residentes, siendo esta de Holanda (Prins et al, op. cit.). La misma obtuvo como resultados que un 27% de los residentes presentan un nivel alto de engagement, 23% un nivel alto de vigor, 36% un alto nivel de dedicación, y 28% un nivel alto de absorción.

Tomando como referencia la muestra utilizada en el manual holandés de MBI (Schaufeli & van Dierendonk, 2000) de 10.552 empleados de la salud holandeses, los autores concluyen que los residentes presentan niveles considerablemente más altos de absorción, dedicación y Engagement que el grupo de referencia.

La única variable socio- demográfica que demuestra asociación en dicha investigación es “sexo”. Se ha encontrado que un mayor porcentaje de hombres (casi 30%) que de mujeres (25%)

presentan Engagement. La variable ocupacional “especialidad” ha demostrado ser de asociación. Los residentes de cirugía presentan mayores niveles que los de psiquiatría, neurología, ginecología, entre otras (Prins, Hoekstra- Weebers, Gazendam- Donofrio, Dillingh, Bakker, Huisman, Jacobs & van der Heijden, 2010).

En lo que respecta a las instituciones públicas de salud argentinas, y específicamente en el caso del H.I.G.A. Dr. Oscar Alende, si bien no se han hallado investigaciones que se especialicen, es interesante destacar que más allá del abandono estatal que han sufrido a lo largo de los años las instituciones sanitarias públicas, y lo que esto representa: bajos salarios, riesgos, falta de políticas claras, los trabajadores afirman sentirse satisfechos con su trabajo, considerado como un espacio de realización, aun cuando este no es reconocido por otros, ni por superiores. La satisfacción laboral se encuentra claramente ligada a la “vocación de servicio” del trabajador, por sobre las condiciones laborales que vive a diario (Pacenza & Andriotti Romanin, op. cit.). Esto significa que el trabajador hospitalario genera una identidad laboral y social que le permite atravesar con éxito situaciones propias de las condiciones laborales en las que se insertan; o dicho en otras palabras, reivindica la posibilidad de sentir “satisfacción con el trabajo”, pese a hechos o situaciones que, a simple vista, significarían lo contrario.

A partir de los conceptos previamente trabajados resulta pertinente destacar la forma en que se pretende trabajarlos. Es posible decir que el problema de investigación propuesto sería el siguiente:

¿Qué percepción tienen los médicos residentes sobre las CyMAT del H.I.G.A. Dr. Oscar Alende y qué tipo de asociación tienen las mismas con los niveles de Burnout y Engagement de los primeros?

Capítulo II: Organización metodológica

Diseño

De acuerdo a los objetivos propuestos la presente investigación es caracterizada como descriptiva- correlacional, de corte transversal (Hernández Sampieri, Fernández- Collado & Baptista, 2006). Pero también busca cumplir una serie de objetivos que hacen que su clasificación sea abarcativa. Ciertamente es una investigación exploratoria, en tanto que permitirá familiarizarnos con temas que tienen poca y nula investigación en nuestro país, como

lo son el burnout y el engagement en los médicos residentes, respectivamente. También puede ser considerada descriptiva dado que busca conocer recoger información sobre diversas variables, independientemente de la capacidad de relación que cada una de ellas tiene. Por último también puede ser considerada correlacional en cuanto busca analizar la existencia de una correlación entre las CyMAT del puesto de médico residente y los niveles de burnout y engagement de los mismos.

El enfoque elegido es cuanti- cualitativo, a partir del cual pueda converger la utilización de encuestas estandarizadas con entrevistas y observaciones. A partir de esta convergencia se espera poder obtener datos que remiten al orden de lo objetivo y estructural, y que pueden ser cuantificados, como así también datos que trascienden lo objetivo, que nacen a partir de ello pero que necesitan de otras formas de captación. Con esto se hace referencia a aquello subjetivo que nace a partir de su relación con lo objetivo, pero que también lo transforma en su relación dialéctica. A partir del análisis cualitativo se intentara aprehender la realidad laboral de los médicos residentes, la cual necesariamente tiene que ser captada a través de su propia voz, y en algunas circunstancias, corroborada a través de la del investigador/a.

La metodología cuantitativa es aquella que permite examinar los datos de forma numérica, objetivando y estandarizándolos. A partir de esto lo que se busca es la comprensión explicativa y predictiva de la realidad, como así también las posibilidades de comparación entre diversas poblaciones.

Teniendo como base dicha metodología, se propone la administración de tres instrumentos de recolección de datos, en forma de encuesta, que posibiliten el reconocimiento numérico y objetivo de las CyMAT y los niveles de burnout y engagement en los médicos residentes del H.I.G.A.

La metodología cualitativa tiene como eje la orientación hacia la acción humana y la subjetividad, destacando al propio sujeto como núcleo central del estudio, en tanto el propio entendimiento que los sujetos hacen de sus vidas y el mundo que los rodea (Mejía Navarrete, 2002).

A partir de esta metodología se espera poder cumplir con dos objetivos. El primero refiere al reconocimiento, en palabras del médico residente, de su propia realidad laboral; qué es

lo que perciben, cómo lo perciben, qué genera en él/ ella. No solamente basta con cuantificar las CyMAT y los niveles de Engagement y Burnout, sino que es importante reconocer la forma en que se vivencian, las diversas consecuencias que los mismos tienen en los profesionales en cuestión. Como segundo objetivo, y en lo que refiere particularmente a las CyMAT, se propone un análisis observacional exhaustivo que contemple, refuerce y complemente todo aquello que se intenta ver a través del instrumento cuantitativo.

Técnicas de recolección de datos

Dentro del orden de lo cuantitativo los datos serán obtenidos a través de tres instrumentos:

- Una encuesta semi- estructurada que evalúa las CyMAT creada por el Grupo de Investigación SOVIUC específicamente para instituciones sanitarias (Pacenza, 2003). Este instrumento recaba información sobre la carga global del trabajo, es decir aquellas cuestiones que conforman las condiciones de trabajo, tales como la organización temporal y de la tarea y el medioambiente de trabajo, haciendo alusión a las condiciones de seguridad, ambientales, etc. Las variables relevadas que permiten el análisis en cuestión son: evolución salarial, medio ambiente de trabajo, trayectorias laborales, demanda de atención y clima de relaciones.
- El Maslach Burnout Inventory (Maslach, Jackson & Leiter, 1981). El MBI es el instrumento validado más utilizado para evaluar y medir la presencia del síndrome de burnout. Fue construido originalmente para ser utilizado en profesionales de la salud y actualmente consta de 22 ítems en forma de afirmación, a partir de los cuales se mide cada una de las dimensiones del síndrome y que son respondidos a través de ítems pre-codificados que van desde “nunca” a “siempre”.

Las dimensiones analizadas son:

- Agotamiento emocional (AE): a partir de los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- Despersonalización (DP): a partir de los ítems 5, 10, 11, 15 y 22.
- Realización Personal (RP): a partir de los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

A partir de dichas dimensiones se pueden crear tres sub- escalas. Este instrumento no brinda un puntaje total que dé cuenta de la presencia o ausencia de burnout, sino que brinda puntajes individuales para cada una de las dimensiones del mismo. Altas

puntuaciones de agotamiento emocional y despersonalización, junto con bajas puntuaciones en la dimensión realización personal dan lugar a la presencia del síndrome. El puntaje de cada sub-escala se categoriza como “bajo”, “moderado” o “alto”, siendo esta la misma escala que se utiliza en caso de que se detecte el síndrome. El corte para determinar los niveles depende de cada cultura y grupo profesional. En el caso de la presente se tomará como “bajo” a aquellos valores por debajo del percentil 33, “moderado” a los que estén entre los percentiles 33 y 66, y “altos” a los valores que estén por encima del percentil 66.

Los puntajes han sido normalizados para el MBI tanto para USA como para la Argentina.

	Agotamiento Emocional		Despersonalización		Realización Personal	
	Arg.	USA	Arg.	USA	Arg.	USA
Bajo	<12	<19	<3	<6	<36	<34
Medio	12- 21	19- 26	3- 6	6- 9	36- 40	34- 39
Alto	>21	>26	>6	>9	>40	>39

- La Utrecht Work Engagement Scale- 17 (Schaufeli & Bakker, 2003). La UWES está compuesta por 17 ítems en forma de afirmación que analizan el estado psicológico de los sujetos en su lugar de trabajo. La escala de valores totales varía entre 0 puntos y un máximo de 102 puntos, siendo que cuanto mayor es la puntuación obtenida, mayor es el nivel de engagement con el trabajo. Las tres dimensiones analizadas son:
 - Vigor (VI): a través de los ítems 1, 4, 8, 12, 15 y 17.
 - Dedicación (DE): a través de los ítems 2, 5, 7, 10 y 13.
 - Absorción (AB): a través de los ítems 3, 6, 9, 11, 14 y 16.

Los participantes tienen que consignar con qué frecuencia se identifican con dichos ítems en una escala de 7 posiciones que varía entre 0 puntos, que equivale a “ninguna vez”, a 6 puntos, que equivale a “todos los días”. Al igual que con el MBI, la UWES puede arrojar tres puntajes parciales, correspondientes a cada sub-escala. Pero también,

este instrumento permite conocer el puntaje total del Engagement, dentro de un rango de 0 a 6.

Los puntajes normalizados para la UWES- 17 son los siguientes:

	Vigor	Dedicación	Absorción	Puntaje Total
Muy Bajo	$\leq 2,17$	$\leq 1,60$	$\leq 1,60$	$\leq 1,93$
Bajo	2,18- 3,20	1,61- 3,00	1,61- 2,75	1,94- 3,06
Promedio	3,21- 4,80	3,01- 4,90	2,76- 4,40	3,07- 4,66
Alto	4,81- 5,60	4,91- 5,79	4,41- 5,35	4,67- 5,53
Muy Alto	$\geq 5,61$	$\geq 5,80$	$\geq 5,36$	$\geq 5,54$

Los tres instrumentos cuantitativos fueron presentados como autollenado y en un solo bloque. Mediante el aval de los respectivos Jefes de Residencia se procedió a aclarar de qué trataba la encuesta en cuestión, haciendo hincapié en la opcionalidad de participación y el anonimato de la misma. Todos los residentes presentes optaron por participar pero debido a la extensión del instrumento los Jefes de Residencia pidieron que sea completado en los momentos libres fuera del trabajo. Se coordinó repartir las encuestas y buscarlas cuando el jefe lo considerara pertinente.

Dado que se encontraron bajos niveles de devolución de dichos instrumentos se procedió a una segunda entrega, en otros servicios. En esta segunda entrega se organizó una reunión con los residentes de dichos servicios, en la cual en un lapso de 20 a 25 minutos pudieran completar la encuesta, siendo la devolución de forma inmediata.

El instrumento cualitativo seleccionado fue el de entrevistas semi- estructuradas, acompañadas por observaciones en profundidad.

Mediante la entrevista se busca conocer las miradas, perspectivas y el marco de referencia a partir del cual las personas y actores organizan y comprenden sus entornos, orientando, a su vez, sus comportamientos. Este instrumento permite recolectar el testimonio del entrevistado en lo que refiere a sus comportamientos, las condiciones objetivas de existencia en las que se inscriben esos comportamientos, y sus opiniones y sentimientos, es decir, su experiencia

subjetiva Se optó por realizar entrevistas semi- estructuradas. Este tipo de entrevista se caracteriza por darle un margen de libertad al entrevistado que no es restringido ni tampoco amplio, sino lo estrictamente necesario por parte del investigador. Este se encuentra premunido de una pauta o guía de entrevista, y sus intervenciones tendrán lugar en la medida en que deba ceñirse a lo establecido en ella (Giroux & Trembley, 2004).

La organización de las entrevistas fue más “informal” dado que en la mayoría de los casos no hubo intervención de los Jefes de Servicio o de residencia, sino que se optó por pedirle su colaboración a ciertos residentes previamente encuestados, coordinando día y horario que al/la residente le fuera más cómodo, de acuerdo a sus actividades. En general fueron realizadas en el tiempo de guardia, aunque también algunas fueron realizadas en el tiempo libre de los mismos, tanto dentro como fuera del hospital.

A partir de la observación lo que se intenta hacer es reconstruir con los propios medios del investigador lo que otros socialmente construyen (Scribano, 2008). Lo que básicamente se busca es la deconstrucción y reconstrucción de la realidad para de esta forma imputarle sentido. Cuatro preguntas básicas deben guiar a toda observación: ¿Qué?, ¿Quién?, ¿Dónde? y ¿Cuándo? A partir de las mismas se intenta reconocer los comportamientos, las personas observadas y las situaciones en donde se producen (Giroux & Tremblay, 2004).

Se propone el uso de la observación no- participante y sistemática. La observación no participante es aquella que implica un posicionamiento del observador en un lugar discreto, sin mantener una interacción directa con los sujetos de estudio. Con la técnica de observación sistemática se propone observar ciertas cuestiones y otras dejarlas de lado. Es decir, se observa y registra sólo aquellos comportamientos que fueron seleccionados como relevantes. Para establecer este parámetro se utiliza una guía de observación a partir de la cual se puede determinar de antemano aquello que se quiere y aquello que se no quiere observar (Baeza, 2002).

Las observaciones fueron realizadas en áreas públicas y privadas del hospital. En cuanto a las primeras, se hace referencia específicamente al Hall, pasillos y áreas de espera de los diversos servicios y los servicios en cuestión. Con áreas privadas se hace referencia a aquellos sectores tales como baños, cocina, salas de estar de los servicios, a los que solo pueden ingresar los empleados, no así los pacientes.

Población y muestra

La población del presente estudio fueron los médicos residentes y concurrentes del H.I.G.A. “Dr. Oscar Alende” de la ciudad de Mar del Plata, Argentina. La misma está compuesta por 89 médicos residentes, distribuidos en los 4 años de residencia, de los cuales 29 son hombres (32,5%) y 60 son mujeres (67,4%), distribuidos en 14 residencias. No se ha podido acceder a estadísticas sobre los concurrentes, por lo que se carece de información sobre los mismos.

Debido a la complejidad de las instituciones sanitarias públicas, en tanto reticencia de los directivos, largos caminos burocráticos, acotado tiempo disponible de los residentes, etc., se optó por delimitar la muestra de acuerdo a procedimientos cualitativos.

El ingreso al campo estuvo dado mediante un informante clave quien colaboró en el trabajo de selección de los entrevistados de acuerdo a la estimación de las posibilidades de aceptación que la presente investigación pudiese tener. Como tal, la misma puede ser consignada como “bola de nieve”.

Dada la muestra es necesario afirmar que la misma no es estadísticamente representativa, por ende los resultados extraídos carecen de rigor estadístico y no son extrapolables.

Plan de análisis de resultados

Los datos surgidos de los tres instrumentos cuantitativos fueron procesados y analizados con el programa SPSS para Windows en su versión 16.0. Dicho programa posibilitó el análisis descriptivo de los datos, lo que permitió explorar el comportamiento de las variables en general, como así también realizar cruzamientos de las distintas variables, evaluando diversas posibles asociaciones, de acuerdo al interés o importancia.

El análisis de los datos cualitativos conlleva otro tipo de trabajo, no lineal. Las subjetividades del investigador y de quien es investigado están fuertemente implicadas en el desarrollo de la investigación en sí, es por eso que el proceso no puede ser definido como de *recolección* de datos, sino que es un proceso de *producción* de datos. La producción y el análisis comienzan desde el primer acercamiento al campo. Este proceso necesita de una continua vigilancia y flexibilidad; de la capacidad de hacerse y re- hacerse continuamente, de acuerdo a la realidad dinámica del campo (Mejía Navarrete, op. cit.; Scribano, 2008).

Paralelo al trabajo de campo se propuso la sistematización de la información obtenida, permitiendo la construcción de códigos y etiquetas que faciliten la comprensión de los diversos fenómenos a investigar.

Finalmente correlacionó la totalidad de los datos extraídos, imputando relaciones entre los conceptos trabajados y las subjetividades de los residentes implicados.

Objetivos:

Objetivo General

- Conocer la percepción de las Condiciones de Medio Ambiente y Trabajo (CyMAT) y su asociación con niveles de burnout y engagement en los residentes del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” (H.I.G.A.) de la ciudad de Mar del Plata, Argentina, en el año 2015.

Objetivos particulares

- Reconocer y observar las CyMAT del hospital H.I.G.A.
- Analizar la percepción de las CyMAT de los médicos residentes.
- Analizar el nivel de burnout en los médicos residentes.
- Analizar nivel de engagement en los médicos residentes.
- Indagar la asociación entre las CyMAT y los niveles de burnout y engagement
- Indagar el rol que cumple el engagement como medio que permite transitar la experiencia profesional en cuestión.

Hipótesis

- La percepción negativa de los residentes sobre las CyMAT del H.I.G.A incidirían en sus altos niveles de burnout.
- Altos niveles de engagement permitirían a los residentes sobrellevar la percepción negativa de las CyMAT y los altos valores de burnout.

Capítulo III: Crónicas de un hospital colapsado

CyMAT- Análisis descriptivo de áreas públicas y servicios

Las observaciones fueron realizadas en distintos sectores del hospital por un período de un mes aproximadamente, y estuvieron acompañadas por la producción de fotografías que evidenciaran aquello observado.

Para la realización de las mismas se optó por actuar como un paciente más, que simplemente estaba esperando a ser atendido. La decisión de tal forma de observación permitió que mi rol de investigadora pasara completamente inadvertido, lo que a su vez hizo que todos actuaran conmigo de forma natural. En el caso de los médicos esto significó mi clara invisibilidad para con ellos; en el caso de los pacientes significó principalmente su posibilidad de demostrar su descontento con diversas situaciones. En otras palabras el ser considerado un paciente más para los médicos y un par para los pacientes hizo que mi objeto de estudio no se viera alterado.

Dado la cantidad de veces que acudí al hospital, previamente a comenzar la investigación por cuestiones burocráticas de la misma, y para, justamente, realizarla, fue necesario mantener una continua vigilancia epistemológica (Bourdieu, Chamboredon & Passeron, 1973) en pos de no caer en presupuestos o prenociones, o simplemente no dar por sentado hechos o situaciones que comenzaban a naturalizarse.

El H.I.G.A. Dr. Oscar Alende se encuentra establecido sobre la avenida Juan B. Justo 6701, sobre un predio de 6 manzanas aproximadamente, y circundado por las calles Tres Arroyos, Rodríguez Peña y Estado de Israel. Al mismo se puede llegar mediante las líneas de colectivo 512, 542, 543, 563 y 571².

El terreno no sólo está compuesto por el edificio principal, el hospital en cuestión, sino también por el edificio de Hemoterapia, el de Salud Mental, la guardería y jardín de infantes para los hijos de empleados y vecinos de alrededor, y el edificio para el “Instituto de Investigación Criminal y Ciencias Forenses Judicial”, encontrándose este último en proceso de construcción³.

² Ver Anexo Imagen 1

³ Ver Anexo Imagen 2

Al ingresar al predio se hace notoria la cantidad de personas, empleados y pacientes que concurren al mismo. El ingreso en cuestión está organizado a través de un semáforo, pero una vez ahí adentro hay una gran congestión de autos, ambulancias, peatones, vendedores, etc. que dificultan el tránsito. El edificio principal se encuentra en pleno proceso de limpieza y pintura de sus paredes exteriores. Este hecho, sumado a los previamente descritos, dificulta el ingreso y egreso de personas.

Estando ya por ingresar al edificio central, sobre el cual se ciñó la observación, se hizo visible la cantidad de adultos, con y sin niños, abarrotados en las escaleras principales, al igual que una cantidad considerable de perros que utilizan el lugar para dormir. Sumado a los vendedores de facturas, alfajores, etc. que se encuentran ahí mismos, el resultado fue no solo de un bullicio constante y dificultad para el ingreso, sino también suciedad. Es para destacar un hecho por demás notorio y es que el ingreso al hospital es a través de una escalera larga, lo cual muchas veces dificulta el tránsito de personas con movilidad reducida.

El ingreso al hall principal se puede hacer a través de una puerta giratoria o a través de dos puertas clásicas que se encuentran una a cada costado de la giratoria. Lo primero que se siente al ingresar es el olor propio del hospital; pareciera ser la sumatoria entre la cantidad de gente, la falta de ventilación, muchas veces el estado de limpieza, o la falta de ella, así como también los remedios, los productos de limpieza, etc. Básicamente es una mezcla de olores particular, pero que con el correr del tiempo se hacen costumbre y se dejan de sentir.

La primera persona con la que se encuentra al entrar es, a la derecha, el guardia de seguridad del hospital, quien muchas veces funciona como administrativo de mesa de entradas, pues todas las personas acuden a él para disipar dudas básicas. Enfrentado a él se encuentra el área de Informes, un cubículo de vidrio pero cerrado con cortinas, en donde la gente no solo acude con dudas, sino que también es el lugar en donde se saca número para sacar turno para los distintos servicios. Haciendo unos metros más para adelante están los bancos para que la gente espere, y enfrentados a estos, el área para sacar los turnos. Más atrás se encuentran oficinas administrativas: seguridad, dirección, contaduría, personal, entre otras⁴.

⁴ Ver Anexo Imagen 3

La observación se realizó desde los bancos, como si fuese un paciente más. Ya sentada la primera percepción fue la de sentir frío; un rato antes habían comentado que la caldera todavía no estaba prendida, y que una vez que lo hicieran, las instalaciones del hospital tardarían tres días en llegar a una temperatura adecuada. Noté que la gente estaba casi tan abrigada como afuera y que de hecho algunas personas tenían puestas frazadas sobre ellas. Atrás mío se encontraba una puerta de ingreso lateral, comúnmente usada por los empleados, que no cerraba correctamente, lo cual hacía cada vez más notorio el frío.

La espera en los bancos se da principalmente para ser llamado para sacar turnos, y es lenta. Se percibe una sensación de tristeza, desgano, tanto en los pacientes como en los empleados administrativos, que son los que mayormente se encuentran en esta zona. A estos últimos habría que sumarles también la indiferencia para llevar a cabo su tarea. Así y todo no se nota que la gente se queje demasiado, simplemente espera para sacar su turno.

También se noto una cantidad importante de distintas placas de conmemoración, 2 grandes murales, posters sobre adicciones y logros del sindicato durante el corriente año. Pero poco se encontró sobre señalización del lugar. El primero cartel de señalización está al ingreso del hall e indica a cuáles sectores del hospital se puede acceder por ascensor y a cuáles por escaleras. Es decir que, por “descarte” indicaba qué había en cada piso, aunque esta no es la finalidad del mismo. Es importante destacar que recién en un segundo recorrido se pudo percibir la existencia del cartel en cuestión, dado que está en un rincón del ingreso que no lo hace muy visible. También se notaron otros dos carteles: el primero que demarcaba el área de turnos y el segundo que explicitaba todas las oficinas administrativas que se encuentran al final del hall, lo cual es curioso porque los pacientes en general no acuden a estas. Un cartel imprescindible, y que no se encontró, es alguno que explicita qué servicios se encuentran en cada ala del edificio, sin que la persona tenga realmente que acceder a estas para buscar.

Otro hecho importante fue que si bien estaba la señalización que indicaba a dónde se podía acceder a través del ascensor, los mismos no funcionaban. Se observó que solo uno de ellos lo hacía, siendo de uso exclusivo para traslado de pacientes internados; aunque más temprano habían estado funcionando el resto de ellos.

En cuanto a las condiciones estructurales del edificio, que hacen a la seguridad e higiene de los empleados, se registraron hechos interesantes. Como primer dato fue notoria la limpieza del hall. No solo no se encontró suciedad, sino que a medida que algo se ensuciaba, el personal de limpieza pasaba y limpiaba. Asimismo la amplitud del lugar, y por lo menos en esta ocasión la disponibilidad de bancos, hace que el mismo no se encuentre tan lleno, que todos los que lo deseen puedan sentarse y que la circulación de equipamiento y pacientes internados sea bastante fácil. En cuanto a estos últimos, durante el tiempo de observación, se llevó a cabo el traslado de 3 pacientes internados, trasladados por camilleros y, pareciera en algunos casos, por familiares. Estos pacientes, en su totalidad adultos mayores, parecían estar notoriamente desabrigados, considerando el frío que hacía en el lugar.

Así también se encontraron algunas fallencias, entre ellas las principales fueron de la instalación eléctrica. Aunque hay pocos, fue notable que algunos enchufes no se encontraran, dejando el “hueco” del mismo sin nada que lo recubriera, con los cables al alcance de cualquiera. También se noto que aunque toda la instalación eléctrica va por el techo, estimo para que la gente no pueda tocarla, muchos de los cables se encuentran desprendidos teniendo esto dos consecuencias: cables colgando y techos con la pintura descascarada, pues la misma seguramente ha caído con los cables.

En cuanto a la luminosidad, es posible decir que hay considerable luz natural que entra por las puertas principales, la lateral y las ventanas del anexo hacia la guardia. Si bien no es necesario durante esta época, es necesario remarcar que la ventilación no es suficiente en esta área, dado que se carece de ventanas propias del hall, esto genera un ambiente caluroso y húmedo durante los días de calor. Por último, un hecho notable es que no se encontraron cestos de basura en este sector, siendo que muchas veces la gente come o toma aquí.

Hacia ambos costados del hall se desprenden tres arterias o pasillos, una hacia la izquierda y dos hacia la derecha, de las cuales dos llevan a los distintos servicios de salud y la última es la conexión con la guardia.

El pasillo izquierdo da a los servicios de Odontología, Traumatología, Neurología, entre otros. La realidad en este pasillo es un tanto diferente de lo que se puede presenciar en el hall. La primera gran diferencia es la estrechez del mismo. Encontrándose casi la misma cantidad de

gente que en el hall, el pasillo no mide más de dos metros de ancho y tiene muchos menos bancos, por lo que hay más personas paradas. Todo esto dificulta considerablemente el tránsito de la gente⁵. Además hay que sumar que se encuentra al costado del sector de Informes del hall, por lo que la gente que quiere sacar número para sacar turno, hace cola en este pasillo, lo que deja como resultado que el comienzo del mismo esté continuamente congestionado, por lo menos en los días que se dan los turnos. También se noto que hay otras oficinas administrativas, como la “Secretaría de Rayos” a la cual tienen que acudir todos los pacientes que tengan que pasar por alguna instancia de estudio con rayos, sea mamografía, placas, placas odontológicas, etc. Esto hace que la demanda de esa oficina sea muy alta y las filas para ser atendidos muy largas.

Se pudo observar también que en el mismo pasillo son muchas veces dejados para esperar los pacientes en camilla, estén o no internados (durante una observación un paciente de aprox. 70 años estuvo 2hs esperando en el pasillo recostado en una camilla). La sumatoria de todos estos hechos hace que el pasillo del ala izquierda del hospital sea de difícil acceso y tránsito congestionado.

En cuanto a las condiciones de infraestructura es posible notar ciertas diferencias con la zona antes descrita. Una de las primeras cuestiones que se noto es que la limpieza no es tan detallada como en el hall; también que toda la luz que allí llega es artificial, generando un gran desgaste visual con el correr del tiempo. También se encontró falta de pintura en paredes y techos, puertas con sus terminaciones rotas, puertas que no cerraban o sin manija, y caños sueltos, que en algún momento tuvieron alguna conexión y hoy ya no. La falta de cestos para la basura fue marcada, al igual que en el hall.

Se hizo notoria la falta de señalización de los distintos servicios, muchas puertas no tenían carteles, por lo que no se sabían a qué servicio pertenecían o si realmente pertenecían a alguno. Una inmensa mayoría de los carteles encontrados estaban visiblemente hechos a mano, seguramente por los mismos empleados de servicio. También se hizo notoria la cantidad de carteles “prohibitivos”: “*no apoyarse en el vidrio*”, “*no tocar la puerta*”, “*tocar sólo una vez y esperar*”, “*no usar el baño (sin agua)*”.

⁵ Ver Anexo Imagen 4

Lo que refiere a este último cartel, particularmente importante, se puede decir que no solo se constato que uno de los tres baños del sector no funcionaba, sino que los otros estaban en condiciones deplorables: escritos, con agua derramada sobre el piso, entre otras cuestiones. Vale aclarar que estos baños son los que utilizan los pacientes, los empleados utilizan los baños de sus respectivos servicios⁶.

También se noto que las medidas básicas de higiene y seguridad, matafuego y manguera, no se encontraban. De hecho se pudo registrar la señalética correspondiente del matafuego, pero el mismo no estaba junto con ella. En cuanto a la manguera para utilizar en casos de incendio, se noto que no solo la misma no estaba, sino que el vidrio que la cubre estaba roto⁷.

En cuanto a la temperatura, particularmente en esta área hace más frio que en el resto de la planta baja, y esto es porque al final del pasillo se encuentra una ventana de aprox. un metro y medio de altura cuyo vidrio está roto hace casi un año. Cuanto más una se acerca a este sector el frio se hace cada vez más notorio. Esto hace que la calefacción sea aquí todavía más necesaria que en otros sectores. El día de la primera observación, unas horas después de finalizada la misma, se puso en el lugar del vidrio una madera.

Pero fueron las condiciones de la instalación eléctrica las que llamaron la atención dado que las mismas se encuentran considerablemente en peor condición que las del hall. Cables colgando desde los tubos fluorescentes del techo, cables sueltos en la pared, instalaciones para luces que no contienen a las mismas. Todo esto cerca de tapas de la cañería que no contenían las tapas en cuestión, por lo que el agua se encuentra a escasos metros de la corriente, sin la protección necesaria. Finalizando la observación se encontró al costado de un pasillo, accesible a todo el mundo, lo que hasta ahora ha sido el máximo exponente de las condiciones de la infraestructura. En dicho lugar hay un tablero de electricidad cuyas puertas están semi abiertas y sobre ellas hay un cartel hecho a mano, pegado con cinta, es decir sin mayores preocupaciones, que dice *“NO APOYARSE, RIESGO DE DESCARGA ELÉCTRICA”*^{8 9 10 11}.

⁶ Ver Anexo Imagen 5

⁷ Ver Anexo Imagen 6

⁸ Ver Anexo Imagen 7

⁹ Ver Anexo Imagen 8

¹⁰ Ver Anexo Imagen 9

¹¹ Ver Anexo Imagen 10

Siguiendo sobre el ala derecha del hospital, en el primer pasillo nos encontramos con los servicios de Ginecología, Clínica Médica, Neumonología, entre otros. La primera gran diferencia con el otro pasillo es que este es considerablemente más ancho, prácticamente tiene el doble de tamaño, con mas bancos y sin oficinas administrativas¹². Esto hace que el transito aquí sea mucho más fácil, sin tener prácticamente que detenerse, si hace no se desea. También deja como resultado que, al no haber tanta gente o la misma pueda estar mejor distribuida, el sonido sea mucho menor en esta área. Sin decir que el lugar era silencioso, es posible decir que era mucho más tranquilo, escuchándose principalmente a los empleados dirigirse hacia los pacientes, como así también se percibió muchos empleados saludándose entre ellos. También se notó una relación mucho más cordial con los pacientes que en el resto de las áreas, frases como “¿quién sigue?”, “buen día”, “¿en qué lo puedo ayudar?”, etc. fueron escuchadas varias veces. De la misma forma, no se encontró ninguna situación incómoda o de falta de comprensión entre empleados y pacientes. De forma automática se relaciono la mayor tranquilidad del lugar con la mejor predisposición de los empleados para atender, principalmente porque la cadencia es distinta que en el ala izquierda. La menor cantidad de gente, de sonido, mayor espacio, mayor capacidad de movilización, se traducen en una mayor comodidad con respecto al ambiente laboral, que evidentemente deja como resultado mejores tratos entre los empleados y para con los pacientes.

En cuanto a la composición del resto del área, la misma cuenta con una oficina del Anses, deshabilitada al momento de la observación, otra de “adultos mayores” y otra para “pacientes con problemas en el H.I.G.A y PAMI”. Estas dos últimas sí se encontraban en funcionamiento. Además cuenta con un teléfono público. En esta área también se encuentran escaleras y ascensores hacia los subsiguientes pisos, aunque los ascensores para los pacientes tampoco funcionaban, solo los de los camilleros.

Fue notoria también la señalización de los consultorios. Los mismos mantenían carteles más antiguos y bien dispuestos, indicando a qué número de consultorio se concurría, y al servicio perteneciente. También se encontraron tres cestos de basura a lo largo del pasillo, con sus correspondientes bolsas, y los pisos muy limpios. Al igual que en la otra ala, la luz es íntegramente artificial aunque un poco menos intensa, lo que dificulta y desgasta aún más la visión. Un punto totalmente diferente son los baños públicos, si bien se encontraron dos en el

¹² Ver Anexo Imagen 11

sector, los mismos estaban mucho más limpios y en mejor estado que los del ala izquierda. Otra vez fue un punto débil la instalación eléctrica del lugar, encontrándose principalmente cables colgados desde el techo y huecos en estos últimos, siendo el lugar donde tendría que estar el cable.

Pero a medida que se acerca el final del pasillo las falencias se hacían cada vez más agudas. El pasillo comenzó a hacerse cada vez más estrecho, hasta llegar a la última sala de espera, del servicio de Ginecología, donde había una cantidad considerable de gente que no tenía donde ubicarse. Aquí también se noto que había posibilidad de tener luz natural dado que hay grandes ventanales, pero en contraposición con lo que sucede en el pasillo opuesto, donde no hay vidrio, aquí no suben las cortinas de algunas ventanas, por lo que no se puede aprovechar esta luz. Por lo menos aquí no hace tanto frío.

Otra vez la instalación eléctrica fue la protagonista de la observación. En esta área se observo otra vez cables sueltos en el techo pero cubiertos de una gran cantidad de suciedad, más específicamente lo que parecía grasa propia del cúmulo de suciedad, siendo que esta combinación puede causar un comienzo de incendio. También se vieron gavetas de la conexión eléctrica con las puertas abiertas y a unos 30cm del piso; con lo cual no solamente está al alcance de los niños, sino que también estas gavetas abiertas se encuentran cerca de una rejilla de la cloaca que no tiene la rejilla en cuestión, dejando, otra vez, cables y agua muy cerca entre sí^{13 14}.

Pareciera que en ambos pasillos la realidad es diferente. La cantidad de oficinas administrativas y la estrechez hacen que el pasillo izquierdo sea más propenso a los problemas de movilización, a que la gente se quede “atascada”, pudiendo ser este uno de los factores por los cuales los pacientes se quejan, tanto entre ellos como con los empleados. Pareciera ser también que el mismo desborde de gente genera cierta rispidez entre los pacientes y los empleados. Este último se da de igual forma tanto en el hall como en el pasillo izquierdo. La falta de voluntad, el desgano, las malas contestaciones son frecuentes en estas áreas.

En cambio en el ala derecha de servicios se percibe otra realidad, de mayor tranquilidad, o menor intranquilidad, si se quiere. Los pasillos anchos, la mayor disponibilidad de bancos, la

¹³ Ver Anexo Imagen 12

¹⁴ Ver Anexo Imagen 13

señalización un tanto más correcta, el hecho de que no haya oficinas administrativas; todo redundante en que haya una mayor y mejor organización del área. Pareciera que esto, a su vez, redundante en mayor comodidad para trabajar, mejores tratos entre empleados y para con los pacientes; en otras palabras, esto hace en que el ambiente de trabajo sea más cálido.

También es posible notar que en ambos pasillos se presenta la misma situación: comienzan de una forma y a medida que más se adentra, llegando al final, las características de los mismos comienzan a decaer. En el caso del pasillo izquierdo hasta llegar al extremo de señalar una zona con peligro de descarga eléctrica. En el pasillo derecho, aunque los cambios son más sutiles, también se encuentran presentes; principalmente en el hecho de que el lugar comienza a hacerse cada vez más estrecho, dejando sin espacio a los pacientes, y porque es también aquí donde las fallas en la instalación eléctrica más se notan.

Siguiendo en el recorrido nos encontramos con el tercer pasillo, el último, que comunica con la guardia. A la misma se puede ingresar por dicho pasillo o a través del ingreso externo, utilizado cuando hay emergencias, que se encuentra al costado derecho del hospital más cercano a la calle Tres Arroyos. Desde el ingreso por el interior del hospital nos encontramos con un pasillo medianamente amplio, poco menos de 2 metros de ancho, iluminado con luz natural, con una temperatura agradable, y custodiado por seguridad. Por este pasillo se traslada a los pacientes de la guardia hacia el interior del hospital¹⁵. Un primer problema que se detectó fue que en el comienzo de dicho pasillo hay un kiosco, que en general tiene mucha demanda, por lo que la gente se dispone a hacer cola para ser atendido. Esto genera que la cola ocupe el lugar destinado al traslado de pacientes en camilla o silla de ruedas lo que conlleva que el tránsito no sea fluido¹⁶.

En tanto el ingreso desde el exterior del hospital es un tanto incómodo porque, al igual que el resto del hospital, se encuentra muy lejos desde donde dejan los colectivos que llevan hasta la zona. Esto hace que la gente tenga que caminar bastante para llegar, y al ser una zona que tiene pasto en algunos sectores, cuando llueve tiende a llenarse de barro, pozos con agua, etc. Además, no cuenta por una senda exclusiva de peatones, por lo que hay que ser cuidadoso con el tráfico de autos y ambulancias.

¹⁵ Ver Anexo Imagen 14

¹⁶ Ver Anexo Imagen 15

El ingreso en cuestión ha sido renovado, presentando una rampa amplia por donde pueden acceder pacientes en silla de ruedas, pero más importante, donde acceden las ambulancias dejando a los pacientes al lado del ingreso en cuestión. A su vez, el ingreso es a través de 3 amplias puertas de vidrio, las cuales presentan roturas, posiblemente por golpes; el vidrio todavía no se ha caído.

Una vez en el interior de la guardia, como en los otros sectores, se realizó observaciones desde los bancos para esperar. La guardia en cuestión tiene unos 30 metros de largo por 7-8 metros de ancho; está recubierta por dos grandes murales y diversos carteles que van desde el aviso al paciente su voluntad de negarse a abogados impuestos (o más conocidos como “caranchos”) hasta avisos sobre alquileres y venta de diferentes inmuebles y/o artefactos. También se notó que es uno de los pocos lugares en el hospital con un gran cartel que manifiesta qué hay en cada piso del hospital. Asimismo la guardia cuenta con un baño para hombres y otro para mujeres, una oficina de seguridad altamente poblada, alrededor de 3 y 4 guardias y policías; 4 bancos para esperar, con una capacidad para 4 personas cada uno de ellos; los distintos consultorios separados del resto de la guardia por una pared, y dos teléfonos públicos.

El sector no se encontraba muy lleno al momento de la observación, entre 20 y 25 personas esperaban para ser atendidas, por lo que estaba bastante tranquila¹⁷. Los pacientes hablaban entre ellos, sin escucharse grandes quejas por la atención o la demora, etc. Tampoco se escuchaba a los distintos empleados, administrativos y médicos. En el caso de los primeros porque atienden a través de una “ventana” con vidrios y rejas, y son llamados a través de un timbre¹⁸. Esto hace que la capacidad de audición entre el empleado y el paciente sea complicada. En el caso de los médicos porque prácticamente los mismos no salían de sus respectivos consultorios, solo para llamar al próximo paciente.

Con el correr del tiempo la guardia comenzó a llenarse de gente. La misma se disponía en el área de informes, esperando sacar un “turno” para ser atendida y una vez que tenían el turno esperaban muy cerca de los consultorios para ser llamados, generando un cúmulo innecesario, como así también por momentos un conjunto de voces que volvía ensordecedor al lugar.

¹⁷ Ver Anexo Imagen 16

¹⁸ Ver Anexo Imagen 17

Si bien no se notó grandes problemas, una señora que esperaba en el área de informes comenzó a quejarse de que atendían a personas que habían llegado después que ella. La respuesta del empleado no se escuchó pero la situación no pasó a mayores, en tanto no hubo gritos, insultos, etc. También se presenció una situación en donde una joven comenzó a insultar el lugar y los empleados, aunque a ninguno en particular, mientras que una mujer mayor intentaba calmarla.

Estas situaciones son sumamente pequeñas en comparación con las que se sabe que viven los empleados de la guardia cotidianamente (recordemos los hechos sucedidos el 17 de marzo del corriente año donde hubo un altercado que terminó en una balacera entre un grupo que intentó secuestrar a un joven y la familia de este último). Pero no por eso son menos perjudiciales para los médicos y administrativos que ahí se desempeñan. La posibilidad continua de sufrir estas situaciones genera un ambiente de tensión que al cabo de un tiempo resulta agotador. Es decir, el no saber si el hecho en cuestión va a quedar solamente en el insulto, si se prologará en el tiempo con otras medidas más violentas, genera una ansiedad y nerviosismo sentida por mi misma durante el tiempo de la observación.

En cuanto a las cuestiones edilicias propias de las CyMAT, se encontró que la guardia en cuestión tiene ciertas cuestiones a favor y ciertas falencias importantes. El espacio, si bien podría ser más amplio, alcanzaba para las personas presentes en ese momento. Los techos, opuesto al resto del hospital, están recubiertos por planchas de PVC por lo que no hay cables eléctricos sueltos y a la vista, ni pintura descascarándose. Las paredes están recubiertas por azulejos y si bien faltan algunos, las mismas están limpias y prácticamente sin escrituras. Asimismo los pisos no presentan baches ni están levantados y están limpios. También se encontraron dos tachos de basura con sus respectivas bolsas y, a diferencia de todas las otras áreas descriptas, se encontró un enchufe en un lugar público que está en buenas condiciones, es decir, apto para ser usado. Además, si bien no hay matafuegos ni manguera, desde el techo cuelgan aspersores para casos de incendio, aunque se desconoce si los mismos funcionan o no.

También se encontraron ciertas cuestiones edilicias que son importantes destacar. Ya se hizo mención a la puerta de ingreso externa que tiene sus vidrios astillados aunque todavía están en su lugar. Pero también es importante nombrar que la misma no tiene picaporte, por lo que si se cierra completamente es complicado abrirla desde afuera. Esto hace que la puerta esté

prácticamente abierta todo el tiempo, haciendo que el ambiente se enfríe continuamente. La misma también genera un ruido cada vez que es golpeada que al cabo de un rato se vuelve repetitivo y molesto. También se encontró que la única señalización referida a la guardia en cuestión es la de “salida”; no hay carteles que indiquen el área de informes, los consultorios, etc. Si bien no es muy compleja la organización ahí dentro es posible que quien acude por primera vez no sepa cómo manejarse correctamente.

Asimismo se encontró que los bancos para esperar se encuentran en condiciones deplorables. Los mismos tendrían que estar compuestos de cuatro varillas anchas de madera, pero en la mayoría de ellos no se encuentran las mismas, o están flojas. Esto hace que la gente no se pueda sentar, o tenga que acomodarse continuamente, con el riesgo de que las mismas se terminen de romper, lastimando a alguien.

En el resto del hospital se ha encontrado que la mayor falencia edilicia es la instalación eléctrica pero como ya se ha hecho mención, en la guardia se encuentra en mejores condiciones que en el resto del hospital. Aquí, en cambio, la mayor falencia son los baños. En la puerta del baño hay un cartel escrito a mano que dice *“CIUDE EL BAÑO COMO SI FUERA DE SU CASA”*; al ingresar al mismo se encontró un baño en terribles condiciones. No solo se encontraban las puertas y paredes escritas, algo que depende de la responsabilidad del paciente, sino más importante se encontró que las puertas estaban rotas, al igual que los espejos, y el piso y una de las piletas completamente inundados. Pero lo más notorio fue que muy cerca de la pileta y el piso inundados se encontraba el hueco de un enchufe vacío y con los cables hacia afuera^{19 20}.

Como se puede ver, la guardia mantiene ciertas condiciones aceptables, su limpieza, extensión, instalación eléctrica, menos en el baño obviamente, entre otros. Pero así también presenta grandes falencias como lo son las condiciones del área de espera, la temperatura, producto de las puertas rotas que no pueden cerrarse, y principalmente el baño, el cual no solo carece de higiene, sino que es un riesgo para cualquiera que intente hacer uso del mismo.

A continuación se exponen las observaciones realizadas en los servicios escogidos para la presente: Medicina Clínica, Neurología, Cardiología, Diagnóstico por Imágenes e Infectología.

¹⁹ Ver Anexo Imagen 18

²⁰ Ver Anexo Imagen 19

Neurología

Finalizando el pasillo izquierdo se encuentra el último servicio, el de Neurología. El mismo tiene una sala de espera bastante amplia, en tanto que no es parte del pasillo; sino que el mismo se abre terminando en la sala en cuestión²¹.

La sala posee un tamaño de 4x3 metros cuadrados aproximadamente, está compuesta por cuatro bancos y un revistero, este último hecho por una de las técnicas del servicio. Presenta ciertas cuestiones favorables, como así también otras que no lo son tanto.

Para comenzar resulta importante destacar el tamaño de la misma; al ser bastante amplia la gente no se encuentra hacinada, así y todo cuando los que esperen sean muchos. Otro factor importante es la cantidad de bancos para esperar sentados. Se contabilizaron 4, todos en buen estado, hecho que permite que muchas personas puedan sentarse y así desconcentrar el lugar. También se noto la limpieza del lugar, paredes que solo presentan escrituras, pero ningún otro tipo de suciedad, pisos limpios y sin roturas y un tacho de basura con su respectiva bolsa.

Si bien en muchas áreas se destacó la deficiencia de la instalación eléctrica, aquí se constató que aunque hay problemas, no son tan marcados como en otros sectores. Sin intentar minimizar, “solo” se encontraron huecos de enchufes vacíos y con cables hacia afuera. Pero no se constató luces rotas, cables colgando de tubos fluorescentes, ni gavetas de conexiones eléctricas con las puertas abiertas, como si se ha visto en otras zonas. También llamó la atención que los cables de diversas conexiones se encuentran dentro de tubos que los recubren y protegen.

En cuanto a problemáticas fue notable la falta de luz natural. Esto podría ser fácilmente solucionado en tanto que la zona posee dos ventanales de 2 metros de largo aproximadamente, por los cuales podría ingresar fácilmente este tipo de luz. El problema es que uno tiene roto su vidrio, y se lo recubrió con una plancha de cartón, por donde no solamente no entra luz sino que también entra frío. El otro ventanal tiene rota su persiana, así que no se puede levantar. Esto hace que la única luz sea artificial, generando un notable desgaste visual. También genera que no haya un buen uso de la calefacción, dado que la misma “se escapa” por la ventana rota, ni un correcto recambio de aire, como también humedad en los días calurosos, dado que las ventanas no se pueden abrir de forma correcta cuando así se necesita.

²¹ Ver Anexo Imagen 20

Asimismo, se notó que la puerta de ingreso hacia la sala se encuentra en un estado deplorable, no solamente está continuamente abierta, estimo por no tener su picaporte, sino que sus bordes de madera están totalmente rotos, humedecidos. La señalización del área a donde se llega, “Neurología” está hecha a mano, por los propios empleados, con cinta aisladora negra.

El nivel de ruido en el lugar en cuestión es bajo, dado que para el comienzo de la observación la gente era muy poca, 10 personas esperando aproximadamente, y hablaban muy bajo. Pero fue posible notar que en el resto del área, al funcionar como pasillo y sala de espera a la vez, la gente mantiene un tono de voz mucho más fuerte, que resulta molesto no solo para la espera, sino más importante, para escuchar a los médicos cuando salen a llamar o intentan responder consultas de los pacientes.

Ya en la puerta misma del servicio se notó la presencia de cartelera en referencia principalmente a la confección de recetas médicas, horarios y días en que se hacen. También hay carteles sobre los estudios que se realizan en este sector.

Una gran carencia de este servicio (aunque después se constato que de los restantes también) es que no posee secretario/a. Esto genera que por más que estén estos carteles, cada vez que los pacientes tienen alguna duda no tienen con quién evacuarla; hecho que conlleva que cada vez que la puerta es abierta para llamar a algún paciente, o para salir del servicio, los distintos empleados sean avasallados con preguntas tales como “¿se encuentra el médico X?”, “¿tengo turno para X médico, qué tengo que hacer?”, “¿le puede decir al médico X que lo estoy esperando?”. Preguntas básicas de cualquier paciente que llega a atenderse pero que se ven obligados a responder principalmente los residentes, que son quienes más entran y salen del servicio, y que inevitablemente resultan desgastantes y distractoras de sus tareas encomendadas.

Una vez dentro del servicio se encontró que el mismo está compuesto por un pasillo que distribuye seis recintos, de los cuales cinco funcionan como consultorios y uno como cocina; además de dos baños, separados para hombres y mujeres, que son de uso exclusivo de los empleados²².

²² Ver Anexo Imagen 21

Una de las primeras cosas más llamativas al ingresar al servicio fue la presencia de un matafuego, uno de los pocos que se vio en el hospital. Se constató que el mismo no sólo está cargado y en funcionamiento, sino que su carga no está todavía vencida.

Para comenzar resulta interesante describir la cocina, dado que esta es el punto de encuentro, el primer lugar a donde acude cada uno de los empleados, incluidos los residentes, cuando llegan a su trabajo. También porque en la misma se desarrollan tareas de tipo ociosas que, se cree, podrían complejizar el buen desarrollo laboral del residente.

La cocina en cuestión es muy pequeña, sin llegar a los 3x3 metros cuadrados de superficie, y está compuesta por una pc, estantes con libros, una pequeña mesa, dos o tres sillas, un banco y un sillón, todos estos rodeando a la mesa, un tacho de basura, una heladera bajo mesada, un microonda arriba de ella, y arriba de eso un estante con un pequeño horno eléctrico, y por último, una mesada con conexión a grifería, y arriba de esto, un estante en donde guardan alimentos y diversos productos de consumo como yerba, café, etc. Como se puede apreciar el lugar está muy lleno para el tamaño que tiene. En general siempre está cargado de personas y pertenencias de los empleados (carteras, abrigos, notebooks, etc.). Aunque muy cargada, también se encontró que la cocina estaba limpia, con dos grandes ventanales que proporcionan luz natural, aire fresco y desconcentración de la humedad. Tanto la instalación eléctrica, la pintura y los pisos se encontraron en buenas condiciones.

Un hecho importante a destacar es que la pc que allí se encuentra es utilizada para fines profesionales, entre ellos, cargar virtualmente las historias clínicas de los pacientes e informar los distintos estudios. El informe de los estudios está a cargo de los médicos de planta especializados en cada uno de ellos, mientras que los residentes aprenden a hacer no solo el estudio, sino su informe. Si tomamos en consideración la situación descripta previamente, resulta obvio pensar que el aprendizaje de la producción del informe se ve un tanto complejizada dado el ambiente en el que se desarrolla.

También es importante destacar el lugar que ocupa esta cocina, pese a su pequeñez y continuo movimiento de gente, la misma es un claro punto de encuentro entre compañeros de trabajo, los únicos que tienen acceso al lugar. Aquí se comparten mates, comida, charlas. Todos

limpian, ordenan y ayudan con la mantención del lugar; tanto médicos de planta como técnicas y residentes. Aquí desaparecen las jerarquías para que todos sean tratados de igual a igual.

En cuanto a los baños se encontró que los mismos están en buenas condiciones, limpios, con papel, jabón, toallas. Vale aclarar que la mayoría de estos productos son provistos por los mismos empleados, no por el hospital en sí.

De los cinco consultorios, cuatro son usados por los médicos de planta y residentes, tanto cuando practican con los primeros como cuando atienden solos. El restante consultorio es utilizado para hacer electroencefalogramas por dos técnicas, quienes también por un lapso de cuatro meses aprox. les enseñan a cada uno de los residentes a realizar dicho estudio. Se encontró que los consultorios están en líneas generales en buenas condiciones. Todos cuentan como mínimo con un escritorio, una silla, una camilla y una biblioteca. Asimismo todos están limpios, con luz natural y artificial, y algunos de ellos con ventilador de techo; los enchufes, las luces y los cables eléctricos se encuentran en buenas condiciones. También se encontró un poco de humedad en algunas paredes, principalmente en el único consultorio que no posee luz natural, el cual posee una mancha bastante amplia de humedad en el techo. La misma se encuentra exactamente arriba de la camilla donde los pacientes se recuestan para realizarles “electromiografías”; más específicamente la mancha, y la pintura que se descascara, se encuentra justo arriba de la cabeza de los pacientes.

Una de las cuestiones que más interesante resulta es la cantidad de cosas que se encuentran en el pasillo principal que conecta con todos los consultorios. El mismo está abarrotado de muebles y cajas que contienen papeles, libros, medicamentos, estudios antiguos, etc. y que en muchos casos hacen del pasillo un lugar más estrecho de lo que realmente es, obstaculizando el paso.

En cuanto a los medicamentos previamente nombrados, si bien se encuentra un mueble dedicado a contenerlos a todos, muchas veces el mismo está desbordado y los medicamentos terminan tirados en el piso cercano al mueble. Esto no solo es incómodo, sino peligroso en tanto que los mismos se encuentran al alcance de cualquiera, no sólo de los empleados sino también de los pacientes.

Por último se notó la presencia de un teléfono interno que comunica con el resto de los servicios. El mismo se encuentra justamente al lado del consultorio de encefalogramas, y al no haber secretarías, son las técnicas quienes muchas veces funcionan como tales atendiendo y haciendo llamadas para el resto del servicio.

En líneas generales se puede decir que el servicio cumple con las normas de higiene y seguridad que se cumplimentan, por lo menos de forma básica. Se encontró un servicio con luz natural y artificial, limpio, con tachos de basura, enchufes en buen estado, etc. Así también se encontró un poco de humedad en algunos sectores, y una movilización incomoda, producto de un pasillo abarrotado de múltiples cosas.

Pero lo que resulta más interesante es la polivalencia de los empleados, en particular de los residentes y las técnicas, quienes muchas veces actúan de secretario/a, a falta de uno. La puerta principal que es golpeada continuamente, pacientes que están constantemente haciendo preguntas, el teléfono que suena. Todos estos hechos son respondidos en general por los residentes y las técnicas. En el caso de los primeros, dado que son los que más salen afuera a llamar a los pacientes y para ir a los pisos, son los que principalmente responden las dudas de los pacientes en la sala de espera. Ya se nombró lo distractivo que esto puede resultar para los residentes, en tanto que ven ofuscada su tarea principal (sea hacer ingresar a un paciente para atenderlo, o ir a ver a un internado), como así también hace que los tiempos se retrasen, con lo importante que esto puede resultar en el área de salud.

Finalizada la observación en el servicio de Neurología se prosiguió al quinto piso donde se encuentra el área de estudio/ descanso de los residentes, o lo que ellos comúnmente denominan “residencia”. El lugar en cuestión es de uso exclusivo de los residentes; es un ambiente pequeño, de 3x4m aproximadamente, compuesto por una mesa con sillas, una cama, televisor, una pequeña cocina y una heladera. El mismo estuvo en desuso por varios años hasta que los residentes se decidieron a re acondicionarlo para poder utilizarlo. Por eso cuando se realizó la observación la residencia se encontraba en muy buenas condiciones; el único problema era el olor a pintura, dado que recientemente se había pintado, y lo incómodo que el mismo podía resultar en tan pequeño ambiente. La temperatura del lugar resultó agradable, aunque vale aclarar que cuando se rompe la calefacción (que suele suceder varias veces en el invierno) resulta muy frío, dada la altura en la que se encuentra. Asimismo el lugar resulta óptimo para estudiar y

descansar dado que no hay grandes distracciones sonoras, ni de empleados ni de pacientes. Y si bien es pequeño cuenta con las instalaciones necesarias y en buenas condiciones. Vale aclarar que si bien no cuenta con baño propio, como en otras residencias, hay un baño justo en la puerta de al lado, que es prácticamente de uso propio. Más allá de las buenas condiciones resulta importante recordar que las mismas fueron fruto del esfuerzo de los residentes, quienes pintaron, vendieron rifas para comprar el televisor, etc.

Cardiología

El segundo área que se relevó fue la sala de espera y el servicio de Cardiología. El mismo se encuentra en el primer piso del hospital, al fondo de un pasillo; se puede acceder únicamente mediante escaleras dado que el ascensor que dirige al área está roto. Debido a la cantidad de gente en el ambiente las observaciones fueron realizadas desde distintos lugares, de acuerdo se liberaran espacios que permitieran acercarme al servicio en cuestión^{23 24}.

En relación a lo específico de normas de higiene y seguridad del área se encontró que la misma tiene, en líneas generales, las mismas falencias que se presentan en el resto del hospital: instalaciones eléctricas deterioradas, falta de tachos de basura, paredes escritas o con falta de pintura, falta de espacio para circular, etc.

Pero lo que caracteriza a este servicio, junto con su área de espera, son otros factores que si bien remiten al orden de lo estructural, se cree podrían tener mayor incidencia en la subjetividad del médico residente que las previamente nombradas.

Lo primero que se observó, o mejor dicho se sintió, al llegar fue el calor abrumador que allí hace. La sala de espera, junto con el servicio en cuestión, se encuentra en un lugar donde originariamente se emplazaba un área de terapia intensiva. Es decir, el lugar cumplía funciones estrictamente de pasillo y los ahora consultorios externos eran habitaciones. En esa misma área hoy se encuentra no solo Cardiología, si no también Oncología, por lo que el afluente de pacientes es constante; se contabilizó aproximadamente 40 personas esperando, entre ambos servicios, en un sector que no supera los 10x3 metros cuadrados de superficie. En otras palabras

²³ Ver Anexo Imagen 22

²⁴ Ver Anexo Imagen 23

esto significa que el espacio que hay para que el lugar funcione como sala de espera para los dos servicios es mínimo.

A esto también hay que sumarle que el lugar no cuenta con ninguna ventana o conducto mediante el cual el aire se recambie. Es por eso que la sumatoria de gente y la falta de ventanas dejan como resultado calor abrumador, humedad, falta de aire, etc. En relación con la falta de ventanas, es de destacar la falta de luz natural y la poca luz artificial que hay, lo que se agudiza conforme más cerca se está de la puerta de Cardiología; de hecho una vez al lado de la puerta del servicio es prácticamente imposible leer los carteles del mismo, si no es gracias a la luz que proviene desde el interior del servicio.

Estas dos cuestiones hacen que el ambiente sea por momentos insostenible. No solo por el calor y la cantidad de gente. Sino que lo que más se notó fue que estos dos factores terminan por alterar a los pacientes, hecho que se demuestra en continuos comentarios, formas de actuar, cuestionamientos, etc. Si bien solo se presencio una persona que insultaba al personal del servicio, aunque sin la presencia de ellos, es constante la queja de los pacientes por la cantidad de gente que hay, por el calor que hace, porque no escuchan o entienden lo que dicen los médicos, porque no saben si los mismos están atendiendo o no, porque no saben cuándo o dónde se dan los turnos, se hacen los estudios y/o se entregan los resultados, entre otros.

De forma obvia, a todo esto hay que sumarle el altísimo nivel de sonido que hay en el lugar. Se observó que muchas veces los mismos pacientes pierden noción de estar dentro de un hospital y mantienen charlas a altos niveles de voz sea en persona, por celular, o bien mandando y escuchando audios de Whatsapp ante todo el mundo.

Es decir se está continuamente ante un ambiente hostil por parte de los pacientes, un ambiente que por momento pareciera ser un shopping en donde todos hablan fuerte sin considerar el lugar en donde están, y que por otros momentos parece el medio del caos, donde el que más fuerte habla, el que más interpela al médico será quien triunfe.

Así también es de destacar la percepción de hostilidad por parte de los médicos. Si bien no se noto la presencia de los residentes entrando o saliendo del servicio, como si se nota en Neurología, por ejemplo, fue notoria la poca paciencia de los médicos de planta que sí entraban y salían, quienes se limitaban a pedir permiso para pasar, intentando prácticamente no hacer

contacto visual con los pacientes, dado que muy probablemente estos preguntasen algo. También se noto una médica pidiendo silencio de mala forma al momento de llamar a los pacientes por atenderse.

Pero el problema más grande que tiene el servicio se encuentra justamente en su entrada, y es su puerta. La misma es de vidrio y solamente se apoya, no se cierra. Esto genera dos situaciones importantes a destacar que están íntimamente relacionadas: intromisión por parte de los pacientes y falta de privacidad de los médicos.

En cuanto a la primera situación, la intromisión por parte de los pacientes, se noto que muchas veces estos al no tener forma de evacuar sus dudas terminan decidiendo ingresar al servicio sin el permiso de nadie. Si bien nunca llegan demasiado lejos, dado que siempre hay algún médico cerca de la puerta que le pide que se retire, la realidad es que eso muy posiblemente sea sentido como una intromisión, una violación al espacio de trabajo. Además de que ciertamente es un lugar en donde se llevan a cabo estudios, análisis, etc. que requieren de cierta tranquilidad e intimidad. El tener que estar “echando” a la pacientes, la posibilidad continua de ser interrumpidos en su trabajo, el tener que explicar continuamente que por favor esperen afuera; todo esto puede proporcionarles a los médicos cierto agotamiento mental que se traduce en hostilidad en el trato con el paciente.

En cuanto a la falta de privacidad de los médicos, es un hecho evidente que una puerta de vidrio carece de su función principal: separar ambientes. En el caso de un hospital, o por lo menos en lo que refiere a la puerta principal de un servicio, separar aquellos ambientes públicos de los privados, poner una barrera entre aquellos lugares que el paciente no solo puede entrar, sino también en este caso ver. Con esto se hace explícita referencia a que los médicos no pueden ser vistos sin “hacer nada” que muy posiblemente sean criticados, dado que la demanda afuera es continua.

Resumiendo es posible decir que la situación en el área de espera de Cardiología es deplorable; calor, humedad, falta de luz, pacientes abarrotados quejándose. Y conforme uno se acerca al servicio se nota que la situación empeora. La falta de una puerta “real” hace que tampoco haya una división real del espacio, una diferenciación entre lo público y lo privado, un

lugar en donde los médicos puedan sentir cierto resguardo, sin sentirse continuamente observado desde un afuera que intenta devorárselos.

Una vez en el interior del servicio es posible percibir que el lugar no fue construido para un servicio. De hecho se hace notorio que era un solo ambiente grande dado que los ahora consultorios están divididos por paredes o paneles de durloc de poco más de 2mts., es decir que no llegan hasta el techo.

Siguiendo con las mismas características del piso, el lugar tiene una temperatura muy alta y falta de luz natural en algunos de sus consultorios. Se lo encontró limpio, pintado, con pisos y paredes en buenas condiciones.

Se encontraron cuatro consultorios en donde se atienden y se realizan distintos análisis. Es de especial mención que en uno de ellos, el más grande, no solo se atiende si no que se encuentra una gran mesa que los médicos y residentes utilizan con fines profesionales, completar diagnósticos, históricas clínicas, etc., como así también con fines ociosos. De hecho en el primer acercamiento al servicio se hablo con el jefe del mismo en ese consultorio, en esa mesa, mientras se atendía a pacientes a escasos metros y no había ningún tipo de división. Asimismo se pudo notar en las observaciones dos médicas que estaban sentadas propiamente en la mesa charlando. Esta idea vuelve a remitir sobre la falta de privacidad que se nota en ese servicio, tanto para el médico como para el paciente. El hecho de que los pacientes tengan que ser atendidos mientras hay gente alrededor hablando o haciendo diversas actividades puede resultarle molesto. Así también que los médicos no tengan un lugar en donde puedan momentáneamente distenderse sin estar siendo observados por los pacientes de afuera y los que están siendo atendidos también puede resultarlo.

Hay otra cuestión que llamó la atención y se podría conjeturar da indicios sobre una forma de combatir la situación antes descripta. Ella es que en la entrada del servicio se encuentra un vidrio esmerilado colgado en la pared en donde están escritos los nombres del staff de todo el servicio, incluidos los residentes, y un “logotipo” del servicio que es un corazón dibujado, que también lo tienen estampado todos los médicos en sus guardapolvos. Asimismo al lado de este vidrio se noto una serie de fotos de los médicos en una actitud amistosa, o por lo menos fuera del trabajo.

Ciertamente no es obligatorio poner un vidrio que contenga el nombre de todos los que conforman el servicio, menos aún la creación de un logotipo propio. Pero el hecho que se decida hacer todo eso remite a la idea de unión y formación de identidad del servicio como tal. No solo frente a los pacientes, muy probablemente también con el resto de los servicios, dado que no es algo que se vea con regularidad. Se puede percibir la idea de un “nosotros” por sobre un “ellos”. Lo que no significa una diferenciación en términos peyorativos, sino probablemente una diferenciación que permite generar identidad y unión como antídotos ante la cotidianeidad vivida.

Asimismo, el hecho de que todo esto sea expuesto justo frente a la puerta, principalmente un conjunto de fotos que probablemente remita al orden de lo privado, habla de un interés en querer demostrarle a este “otro” la unión e identidad que se conforma al interior de este grupo.

Es interesante que ante tal medida se decida incluir a los residentes, no solo con sus nombres en el vidrio, que año tras año tienen que ser cambiados, sino también con su logotipo en el guardapolvo. Ciertamente existe la intención de los médicos de planta de querer incluir y hacer sentir incluido al residente como parte del servicio, como un profesional que no solamente está haciendo la residencia en Cardiología, sino que está haciendo la residencia en Cardiología en el H.I.G.A. Dr. Oscar Alende

Dicho todo esto podría conjeturarse que ante las situaciones que viven cotidianamente, del orden de lo estructural que indudablemente repercuten tanto en el paciente como el médico, estos últimos han decidido combatir a través de la unión y la conformación de identidad como tales. Y que no solamente esta unión genera fuerzas y diferenciación, sino que hay una clara intención de demostrarle al otro la existencia de estas dos características.

Clínica Médica

El servicio de Clínica Médica cuenta con una característica que no se da en los otros dos servicios observados. Esto es que el servicio se encuentra dividido en distintas áreas del hospital. Mientras que los consultorios se encuentran en el ala derecha de plata baja, el lugar que funciona como punto de encuentro, sala de ateneos, etc. se encuentra en el cuarto piso; en este piso también, aunque en otro sector, se encuentra la oficina del jefe del servicio.

Sin ahondar demasiado en la observación es posible notar la desconexión que esta situación genera entre quienes conforman el servicio en cuestión. De hecho, una de las primeras cuestiones que se noto en el primer acercamiento fue que los residentes no sabían dónde se encontraba el jefe del servicio, dado que son múltiples los lugares donde el mismo puede estar, y cada uno de ellos carece de conexión con el otro.

En lo que refiere a las características de las CyMAT propias del servicio, es importante notar que las mismas varían de acuerdo el lugar que se observe.

En el caso de la sala de espera de los consultorios externos, las condiciones observadas son las propias del ala derecha del hospital, dado que es aquí donde se sitúan los mismos.

En el caso del área de reunión, la misma se encuentra en el cuarto piso del hospital. Este piso funciona como área de internaciones, por lo que sí o sí hay que pasar por sectores donde hay pacientes internados para llegar. Lo primero que se nota al ingresar al piso es el deterioro del mismo. Paredes y pisos grises faltos de pintura y mantenimiento, cables sueltos, entre otros. Al momento de realizar la primera aproximación al área no funcionaba la calefacción por lo que al ser un cuarto piso, con bastante descampado alrededor, el frío era notorio allí. La percepción es de enorme tristeza en el lugar, no solamente por los pacientes internados que ahí se encuentran, sino también por desidia, el abandono que se percibe, pese a que médicos, enfermeros y empleados de limpieza cumplan con su tarea con el mayor interés posible.

Una vez en el área de reunión la realidad es un tanto diferente. Lo primero que se noto al ingresar es la luminosidad y amplitud del sector. Como forma de comparación es posible decir que este sector tiene prácticamente el mismo tamaño que el consultorio de Cardiología antes descrito que condensa la sala de reunión y áreas de atención a pacientes, con la diferencia que en el caso de Clínica Médica el lugar es solamente usado con fines internos.

El lugar funciona principalmente para el estudio, el dictado de ateneos y con fines ociosos, por lo que su disposición está organizada para tales fines. Está compuesto por una gran mesa situada en el medio del ambiente, con varias sillas dispuestas alrededor de la misma. También se noto varios escritorios situados en las paredes, con libros dispuestos en ellos.

Siguiendo en el mismo piso se encuentra la oficina del jefe del servicio. Es interesante destacar que no solo la oficina se encuentra separada del resto del servicio, si no que aunque esté en el mismo piso que el área de reuniones y estudio, la realidad de ambos es completamente opuesta.

Mientras que para ingresar al área de reuniones hay que pasar por un área de internaciones previamente descripta, dentro del mismo piso se encuentra un ala que es totalmente opuesta. Construida con aportes del Ministerio de Desarrollo Social, se encuentra un sector nuevo de aproximadamente dos años, el cual tiene el ingreso restringido mediante una suerte de timbre que permite que quien se encuentra adentro decida si se puede ingresar o no al mismo.

Este sector tiene pisos de porcelanato blanco, techos blancos, paredes símil madera y habitaciones acondicionadas como si fuese una clínica privada. Una de las cosas que más llamó la atención fue que en cada una de ellas había televisores plasma, mientras que en el resto de las habitaciones convencionales no hay ni televisor.

Finalizando esta área se encuentra la oficina del jefe del servicio. La misma es pequeña pero confortable. Cuenta con un pequeño escritorio con pc, una silla que acompaña al mismo y una biblioteca, también pequeña. El lugar es luminoso y al igual que el resto del sector se encuentra sumamente limpio.

A los fines de la presente investigación no resulta de relevancia la descripción de esta oficina, dado que se encuentra separada de los lugares a los que comúnmente acuden los residentes, entendiéndose consultorios externos y el área de reuniones y estudio. Aun así resulta interesante destacar la división del servicio dado que muy probablemente resulte poco práctico para cada uno de los que forman parte del mismo. También puede resultar incómodo en términos operativos el tener que trasladarse continuamente entre el primer y cuarto piso. Esta división de ambientes entre un mismo servicio genera no solamente esta desconexión entre quienes forman parte del servicio en cuestión, sino también una falta de territorialidad, de un espacio que sea sentido como propio, al cual puedan acudir no solo ante una necesidad, sino también como parte de un momento ocioso, y más importante, un lugar en donde el servicio en su totalidad pueda reunirse, y por qué no, unirse.

Así también puede ser visto como una valoración positiva el hecho de que el área de reuniones, sean de estudio u ociosas esté separada de los consultorios externos, en tanto que saben que ningún paciente interrumpirá tocando la puerta, haciendo una pregunta, o simplemente interviniendo en su momento de descanso.

Diagnóstico por Imágenes

Yendo por el pasillo izquierdo del hospital nos encontramos con escaleras que llevan al subsuelo. En el mismo se encuentra el área del tomógrafo de Diagnostico por Imágenes, Laboratorio, y servicios que cumplen funciones intrahospitalarias, tales como Farmacia, Lavandería, etc.

Lo primero que se siente al bajar por las escaleras que llevan a dicho subsuelo es el frío del ambiente. Si bien la calefacción funciona el ambiente tiene puertas que llevan al exterior del edificio cuyos vidrios están rotos. La entrada de aire genera una ventisca hacia el interior del piso cuya máxima expresión se encuentra ni bien se ingresa.

A la derecha de dichas escaleras se encuentra el consultorio del tomógrafo de Diagnostico por Imágenes; vale aclarar que solo se tuvo la oportunidad de realizar observaciones allí y en la habitación de los residentes²⁵.

Al ingresar al consultorio había muy poco personal y un paciente en el tomógrafo. La mayoría de los residentes, menos uno, estaban almorzando y los médicos y técnicos que quedaban, que eran 3, estaban charlando diversas cuestiones, entremezclando trabajo y conversaciones ociosas. Se percibió una relación laboral amena, con un buen trato entre compañeros.

El consultorio está compuesto por un ambiente central, donde estar situadas las computadoras con las que se trabaja, otro a la derecha que tiene el tomógrafo, y finalmente un ambiente a la izquierda donde hay computadoras, y que pareciera ser un lugar de estudio y reunión. Cuando se ingresa al consultorio lo primero que se percibe es la gran diferencia de temperatura entre este ambiente y el de afuera. El mismo mantiene un calor que resulta abrumador, a esto se le suma el hecho de que al estar en un subsuelo no tiene ventanas, por lo

²⁵ Ver Anexo Imagen 24

que tampoco circula aire renovado. Al comentar la diferencia de temperatura una de las médicas de planta asintió diciendo que *“acá el calor es insoportable”*. Asimismo, otra consecuencia de estar en el subsuelo es la falta de luz natural. Más allá de dichas características, que no son menores, se percibió un estado aceptable del ambiente. El mismo estaba limpio, pintado, sin humedad (lo cual es raro dado la falta de circulación de aire), con fichas de luz en buen estado, suficientes sillas para todos los médicos y técnicos, etc. En una sola habitación del consultorio se encontró un cartel que decía *“por favor no apoyar cosas aquí, HAY UNA GOTERA”*. Asimismo fue notable que el instrumental utilizado, tomógrafo y computadoras, estaba en buen estado. Dentro del servicio no se percibe muchos ruidos, ni interrupciones, aunque vale aclarar que las observaciones fueron realizadas en el horario del mediodía (que fue cuando se dio permiso) y en este horario la demanda de atención merma considerablemente. Por último, en esta área del servicio, no se evidenció baños ni cocina.

Al terminar la observación en el área de tomografía, los residentes me acompañaron hasta su área de estudio/ habitación, o lo que comúnmente ellos denominan “residencia”. Esta área se encuentra en el primero piso del hospital y es de aproximadamente 6x6m.; contiene biblioteca, computadora, proyector, mesa y sillas, y un área para analizar diversos estudios. Un pequeño mueble sin uso sirve como divisor entre el “área de estudio” y la “habitación”. Esta última tiene una cama cucheta (que la utiliza el residente que esté de guardia), un baño y una pequeña cocina equipada con pava eléctrica, mates, vasos, etc. En comparación con otras “residencias” este ambiente es muy grande y espacioso, de unos 8x6 m aproximadamente, que es utilizado principalmente para realizar los ateneos y para descanso del residente de guardia. Al estar en un primer piso la residencia tiene luz natural y la posibilidad de recambiar el aire, asimismo la temperatura resulta agradable. Se puede apreciar que las paredes están pintadas, los pisos limpios, no hay basura, las persianas funcionan, etc. Es decir, en líneas generales es un ambiente con buenas características, y que permite desarrollar las tareas de forma apropiada, sean las de estudio o descanso. También resulta importante resaltar que, como en la inmensa mayoría de las observaciones realizadas, el déficit estuvo marcado por la instalación eléctrica. Al igual que en las áreas compartidas y los consultorios se encontraron instalaciones para luces que quedaron huecos, cables colgando de techos y paredes, arreglos manuales, que en su gran mayoría no dieron resultado, etc.

Por último, otra de las cuestiones que más notoria se hizo al observar fue la relación entre compañeros. Pareciera que una vez que no hay superiores la forma de actuar, de hablar y de relacionarse entre residentes se da de forma más “relajada”, en donde predomina las bromas hacia el otro, la aclaración de la superioridad en años de residencia de forma chistosa, las críticas hacia médicos, las charlas triviales, etc. Al igual que el resto de las residencias, los residentes de Diagnóstico por Imágenes, parecen mantener vínculos positivos entre ellos, que tienden a manifestarse bajo la ausencia de los superiores.

Infectología

Por el mismo pasillo izquierdo, casi finalizando, se encuentra otro sector del hospital, un ala derecha totalmente distinta a las restantes, construida durante la gobernación de Duhalde de la provincia de Buenos Aires (1991- 1990). En esta ala se encuentra Infectología.

El área es estéticamente diferente al resto del hospital, con sus paredes revestidas en azulejos, pintadas de amarillo y con varias ventanas de tipo “ojo de buey”, principalmente en planta baja y en los alrededores de las escaleras. Si bien hay bastante luminosidad natural, el área es bastante húmeda. Esto se destaca principalmente en el estado de las escaleras, en tanto que las mismas presentan roturas en su parte posterior, dejando entrever fierros y cemento. Este último tiene esa característica de húmedo y frío, típico de ambientes con humedad^{26 27}.

En lo que refiere a la limpieza, la zona cuenta con las mismas características que el resto del hospital: paredes escritas, suciedad que dejan los mismos pacientes (aunque poca), entre otras cuestiones. Como en el resto del hospital, este no es de los mayores problemas. Con la instalación eléctrica sucede lo mismo, los problemas se repiten: enchufes mal ubicados, luces que no andan, apliques cerca de sectores con agua al descubierto, etc.

La diferencia sustancial, y el mayor problema, se encuentra una vez que uno ingresa en los pisos correspondientes a dicha área. La observación fue realizada en el segundo piso, dado que aquí se encuentra el servicio de Infectología.

²⁶ Ver Anexo Imagen 25

²⁷ Ver Anexo Imagen 26

Una vez en el segundo piso se puede percibir una sensación de total abandono, un ambiente lúgubre. No solamente la zona es poco transitada por pacientes (aunque en ella funcionen varios servicios), sino que lo que sería la sala o hall principal del piso está abandonado: no hay luces; hay humedad; lo que pareciera en un momento era Informes ahora está vacío, con su esqueleto de hierro dejado ahí y sin nadie para disipar eventuales dudas; los bancos están rotos; los pasillos han sido utilizados para construir nuevos servicios, a los cuales se accede mediante timbre, lo que ha dejado incomunicado esta área con el resto del hospital para los pacientes. Si bien esta área es más nueva que la gran mayoría del hospital, su estado es de total dejadez y abandono, provocando una inminente tristeza en quien la circula^{28 29 30 31}.

Es en este sector que se encuentra Infectología. A medida que se acerca al servicio las cosas no parecen mejorar; la única diferencia positiva es que el pasillo en donde se encuentra posee ventanas, por lo que hay luz natural. Fuera de eso se encontró que, como bien se acaba de resaltar, el servicio se encuentra estrictamente en un pasillo. Es decir, no hay un pasillo que finaliza en el servicio, sino que el mismo pasillo en cuestión es la sala de estar, donde se hacen las recetas y donde, separado por una puerta, se reúnen los médicos de dicho servicio. Asimismo, el servicio está “separado” del resto del pasillo por una puerta reja. Durante las horas de consulta este pasillo se llena, dejando sin lugar para la circulación a las personas, sean médicos u otros pacientes³².

En cuanto a la forma en que se emplaza el servicio es posible hacer dos observaciones: la primera es que esta forma “chorizo” que tiene, junto con la puerta reja y la forma en que las personas se acumulan en la misma, hacen que de haber algún accidente en el mismo la salida ordenada y segura sea imposible. Esto remite a una falta de diseño del servicio en cuanto a sus medidas de seguridad. Otra de las cuestiones a destacar es la sobrecarga visual y auditiva que genera en los médicos residentes. Para ir de un consultorio a otro los médicos residentes tienen que, inevitablemente, salir por el pasillo. Esto genera que continuamente sean interceptados por pacientes, lo que posiblemente, complica el desenvolvimiento acertado de sus tareas. Así también, dada la nula separación de ambientes, desde el interior de los consultorios se escucha

²⁸ Ver Anexo Imagen 27

²⁹ Ver Anexo Imagen 28

³⁰ Ver Anexo Imagen 29

³¹ Ver Anexo Imagen 30

³² Ver Anexo Imagen 31

perfectamente lo que dicen los pacientes, y más cuando estos están enojados y levantan su tono de voz. De hecho, en la primera observación que se realizó se presenció cómo uno de los pacientes insultaba desde afuera a la jefa de servicio para que realizara las recetas pertinentes.

Al igual que lo que ocurre en Cardiología, con su puerta vidriada, estas situaciones no pueden ser más que estresores de la actividad laboral cotidiana, los cuales podrían mejorarse o paliarse si el servicio se encontrara emplazado en un área más resguardada, con mayor privacidad, como lo hacen la gran mayoría de los restantes servicios.

La forma en la que está emplazada este servicio hace que el mismo sea el máximo exponente de una situación que se presenta a lo largo de todo el hospital: la total falta de ergonomía en su diseño.

Resulta visible que el diseño del hospital no guarda relación con el crecimiento que ha sufrido la demanda de pacientes a lo largo de los años. Es por eso que se han ido anexando partes, sumando consultorios donde antes había pasillos, entre otras cuestiones. Esto es causa y consecuencia de una total falta de ergonomía en su diseño, que se traduce principalmente en un desgaste de los empleados hospitalarios, quienes no solo realizan sus tareas en lugares que no son los apropiados o destinados para tal fin, sino que encuentran condiciones edilicias que no le permiten desarrollar su tarea de la mejor forma posible.

Es posible observar que esta falta de ergonomía en el diseño del hospital tiende a encontrar su punto máximo en el servicio de Infectología. Pese a la buena predisposición que pareciera mantener los residentes para llevar a cabo su tarea, la desconexión de su servicio con prácticamente la totalidad del resto del hospital, el diseño del servicio, la falta de una puerta, etc. hace que inevitablemente su tarea, y posiblemente su cotidianeidad laboral, se vean marcadas por complicaciones que, de presentar un buen diseño ergonómico, no tendrían que presentarse.

En lo que refiere al servicio en cuestión, solo se pudo observar la sala donde se realizan las reuniones y ateneos. La misma es medianamente amplia, de 5x4m² aproximadamente, compuesto principalmente por una mesa, alrededor de 6 sillas, estantería con papeles y carpetas, 3 computadoras y dos pizarrones. Una de las mejores características a destacar es la luz natural que hay en la misma, como así también la falta de humedad y la temperatura correcta. Asimismo se encontró que el lugar en cuestión estaba limpio, con pisos, techo y paredes que, en líneas

generales, estaban en buen estado. La conexión eléctrica no presento a simple vista desperfectos, como sí se ha visto en el resto del hospital; de hecho este fue el único servicio en donde se constato que había una pantalla de proyección y un proyector. En el resto de los servicios estudiados no había, o las mismas eran precarias.

Así también se encontró que el lugar estaba considerablemente abarrotado de carpetas, papeles, pizarrones completamente escritos, folletos, carteles pegados en las paredes, comida, bebidas, etc. Si bien este desorden es resultado del propio accionar de los médicos y médicos residentes, el mismo genera inevitablemente un desgaste y cansancio visual innecesario.

Por último, durante la observación los residentes comenzaron a hacer lo que denominan “pase de sala”, en donde relatan resumidamente los pacientes que han tratado ese día. En el dialogo generado a partir de esta actividad se pudo cotejar una muy buena relación entre compañeros residentes, quienes mediaban la conversación profesional con temas personales y ociosos. Asimismo pareciera que gran parte de esta buena relación está mediada principalmente por la Jefa de residentes, quien expresa total libertad para dar lugar a este tipo de conversaciones, mostrando en todo momento una sensación de igualdad, respeto y afecto para con los residentes.

Capítulo IV- Análisis socio demográfico y percepción de CyMAT

A continuación se presentan brevemente los principales datos de los residentes en lo que concierne a características socio- demográficas y de trayectoria.

De los residentes encuestados, un 40,7% pertenecen a Medicina Clínica, 22,2% a Diagnóstico por Imágenes, un 14,8% a Infectología, un 11,1% a Neurología y un 11,1% a Cardiología.

De los encuestados un 55,6% son hombres, un 44,4% son mujeres. Un 66,7% tiene entre 24 y 30 años, seguido por un 25,9% que tiene entre 31 y 36 años y un 7,4% de 37 años y más.

Un 85,2% ha estudiado en universidades públicas, siendo UNLP, UNICEN, UNR y UBA las más mencionadas. Un 40% ha declarado tener experiencia en alguna institución pública, desarrollándose la amplia mayoría como ayudantes adscriptos a diversas cátedras durante su recorrido como estudiantes universitarios. En otras palabras, es factible decir que la actual

residencia es su primera experiencia laboral rentada y en relación a sus estudios. Asimismo solo un 18,5% ha rendido el examen de ingreso a la residencia en más de una ocasión, de allí que una cantidad considerable de residentes sean muy jóvenes.

Un 22,2% de los encuestados son residentes de primer año (R1), un 18,5% lo son de segundo año (R2), un 25,9% está realizando su tercer año de residencia (R3), y un 14,8% se encuentra en el cuarto año (R4). Un 18,5% son concurrentes (CO).

De los residentes un 85% afirmó tener interés por la residencia que realiza; así también un 55,6% dijo tener interés por otra residencia. La elección de la actual responde a diversas cuestiones, entre ellas podemos hablar de afirmaciones que responden al orden de lo profesional, como por ejemplo la atención integral al paciente, la posibilidad de sub-especializarse, la conexión con otras especialidades. También se han encontrado respuestas de índole más personal, entre ellas: “por ser mi otra opción”, “por darme mayor tiempo libre y no tener urgencias”, “por mi docente en la universidad”.

Por último, es interesante destacar que un 33,3% posee otro trabajo, siendo que de ese porcentaje, un 88% está vinculado al ámbito de la salud. Estos valores remiten a dos hechos destacables: pluriempleo y salario insuficiente. Conforme se avance serán analizados de forma pertinente.

Percepción de CyMAT por los médicos residentes

Condiciones de trabajo

Organización temporal- Demanda de atención

Tanto las condiciones de trabajo como el medioambiente en el cual se desarrolla fueron medidos a partir de una encuesta semi- estructurada creada por el grupo de investigación SOVIUC (Pacenza, op. cit.). Asimismo han sido cotejados y complementados con el uso de metodología cualitativa, más específicamente entrevistas y observaciones.

Dentro de las CyMAT encontramos lo que se denomina la **organización laboral o temporal** del puesto de trabajo. Esta remite principalmente a la jornada y el ritmo de la misma, por eso resulta clave reconocer las horas laboradas, las características principales de esa actividad laboral, la cadencia, entre otras cuestiones.

Los residentes declaran que su **jornada laboral** comienza entre las 6 y las 7 de la mañana, y suele finalizar entre las 18.30 y 19.30. Aunque con leves variaciones, todos mantienen una serie de actividades que incluyen recorrida de pacientes internados, pase de sala, atención en consultorios, almuerzo y actividades académicas. En los días que corresponde, una vez finalizada la jornada se ingresa en la guardia. Resulta interesante que al momento en que se pidió describir un día laboral cualquiera, algunos residentes optaron por no describir la actividad precisamente, sino adjetivarlo como *“largo”*, *“agotador”*, *“cansador”*, *“demandante”* y *“multifunción”*. Estas simples y acotadas palabras guardan un significado importante, demostrando de forma literal qué es lo que piensan y sienten sobre su jornada laboral. Asimismo se encuentran en estrecha vinculación con la apreciación que los residentes hacen sobre la **demanda de atención**, principalmente en lo que refiere a la variación cuantitativa de la misma. Un 81,5% de los residentes ha afirmado que la misma ha crecido en cantidad a lo largo de los últimos seis meses. Así también, un 55% afirma que la complejidad de dicha atención también ha crecido.

Pese a que todos los residentes han declarado mantener un horario similar en su jornada laboral, al re- preguntarse se han encontrado variaciones. Se ha encontrado que un 14,8% trabaja entre 36 y 48hs semanales, un 29,6% trabaja entre 49 y 60hs semanales, un 18,5% trabaja entre 61 y 72hs semanales, y un 29,6% trabaja más de 72hs semanales. Estos datos, diversos y heterogéneos, responden a ciertas cuestiones a destacar.

Las diferencias encontradas no tienen que ver con su contrato laboral, sino principalmente con dos hechos: el primero es la demanda laboral. Si bien la demanda de pacientes a atender es siempre amplia, dentro de esa amplitud hay matices, presentándose días en los cuales el residente está más ocupado y otros en donde no lo está tanto. Es de destacar que ante la pregunta *“¿cuántas horas trabaja por semana?”*, una de las encuestadas respondió *“las que tenga que trabajar”*; esto denota lo fluctuante y lo dependiente de la demanda que es su horario.

Asimismo otro hecho es digno de destacar dentro de estas diferencias en cuanto a la jornada laboral, y es que dentro de los años de residencia existe una suerte de *“cadena de mando”*, donde cuanto más cerca se está de finalizar la residencia, más libertades se tiene; opuesto a lo que sucede con el recién ingresante.

Desagregando aún más los datos es posible decir que todos los R1 trabajan entre 61 y 72hs, y más de 72hs. Conforme se avanza en los años de residencia se encuentra que los residentes descienden su jornada laboral, llegando la amplia mayoría a trabajar entre 49 y 60hs semanales. Asimismo es de destacar que las mayores fluctuaciones se presentan en los concurrentes, quienes han afirmado mantener jornadas laborales que van desde las 36hs, hasta más de 72hs semanales. Es posible conjeturar que al no cobrar un salario y ser legalmente considerados auxiliares, tienen mayores libertades horarias.

En este punto conviene recordar los datos expresados sobre pluriempleo, en donde se encontró un 33,3% de residentes que mantenía un segundo empleo a la par. No se han encontrado R1 y R2 que mantengan otros trabajos, solo R3, R4 y concurrentes. Es posible pensar que la reducción horaria que sufren con el correr de la residencia es la que, posiblemente, posibilite el tener un segundo trabajo.

Si bien tiende a haber una naturalización con respecto a la cantidad de horas trabajadas, resulta alarmante que un 29,6% trabaje más de 72hs semanales. Este valor arroja un promedio de 12hs diarias, mientras que legalmente corresponden 8hs diarias, lo que equivale a 48hs semanales. No es un dato menor, más aún cuando se piensa en la falta de tiempo libre que tienen los residentes para hacer lo que ellos deseen, y la forma en la que esto puede incidir en su quehacer profesional.

A partir de las entrevistas semi- estructuradas se indagó aquellas cuestiones que los/las residentes consideran negativas de su trabajo³³. Curiosamente, pese a que la mayoría de los residentes carece de una vida personal rica en actividades, debido justamente a que su vida profesional se lo impide, no se ha encontrado que esto sea fuente de críticas. Los residentes saben y reconocen que no pueden llevar a cabo mucha de las actividades extra laborales que quisieran, pero sin embargo no es algo que los preocupe. De hecho fue un tema de poca relevancia durante las entrevistas.

Por otro lado, todos los residentes concuerdan que, si bien no es de suma importancia la falta de una vida personal, las largas jornadas laborales sí inciden en su quehacer profesional. El automatismo que conlleva atender 10, 12 o 15 pacientes por día hace que, eventualmente, el/la

³³ Los aspectos negativos serán debidamente analizados en el Capítulo V.

residente pierda concentración, se ponga en *piloto automático*, siendo aquí cuando *surgen los errores más groseros, el peor humor y los accidentes más frecuentes*, según sus propias palabras.

En lo que respecta a las **guardias realizadas**, un 22,2% declara realizar 24hs de guardia semanal, un 18,5% realiza 36hs (en general divididas en 24hs y 12hs), un 40,7% declara realizar 48hs semanales de guardia y un 14,8% no realiza guardias. La totalidad de los R1 encuestados realiza 48hs de guardias semanales. Así también, la mayoría de los R2 realiza 48hs de guardia, aunque el valor desciende hasta el 60% de ellos. En lo que concierne a los R3, un 42% realiza guardias de 36hs semanales. Por último, un 50% de los R4 realiza 24hs de guardia. Solo los residentes del servicio de Infectología no realizan guardias. Una vez más, esta “cadena de mando” se encuentra presente, en tanto que a medida que se avanza en la residencia la cantidad de horas semanales de guardia tienden a decrecer.

También es de destacar las notables diferencias entre los residentes que realizan guardias y aquellos que no, es decir, entre la totalidad de los residentes y los de Infectología. Estos últimos son continuamente destacados por el resto de los residentes como claros ejemplos de residentes con mayor calidad de vida personal y profesional, como ejemplos de lo que debería ser una residencia. Asimismo, los mismos residentes de Infectología lo saben, destacando lo favorable que es no realizar guardias, la libertad que conlleva para llevar a cabo otras tareas profesionales, principalmente el dedicarle mayor tiempo al estudio.

Por último, se encontró que un 85,2% sufre **polivalencia** dentro de su trabajo. Además de las tareas antes descriptas, los residentes afirman realizar otras que exceden su función, y que se concentran principalmente en las que tendrían que llevar a cabo enfermeras y personal de maestría. Las actividades en cuestión son primordialmente el traslado de pacientes, llevar y traer interconsultas y estudios, completar historias clínicas, sacar sangre, buscar insumos, entre otras cuestiones. De forma lógica es posible decir que estas tareas obstruyen y dificultan la realización de las tareas que realmente le conciernen al residente.

Con respecto al **salario** se ha encontrado que un 40,7% percibe un salario que oscila entre los \$8.000 y \$10.000, y un 51,9% percibe más de \$10.000 de salario; vale aclarar que no se encontró ningún salario que superara los \$13.000. El porcentaje restante corresponde a los concurrentes, quienes trabajan ad honorem.

Asimismo un 85,2% cree que sus ingresos no son adecuados en referencia a la actividad que realiza. Un 33,3% los complementa con otro tipo de ingreso, entre los que se encuentran no solo otro trabajo, sino también ayuda familiar.

En líneas generales encontramos a un joven que ha hecho la carrera en tiempo y forma, y se encuentra en su primera experiencia laboral- profesional. Esta experiencia puede ser traducida como agotadora, extenuante; pero no hace falta, los propios residentes así la sienten y se encargan de asentarlos. En términos teóricos encontramos que el puesto de residente mantiene una “sobrecarga del trabajo” (Neira, op. cit.), en tanto que se encuentran altos valores de polivalencia, una carga horaria prolongada y un elevado número de consultas a atender.

Con jornadas que llegan a las doce horas, y muchas veces están antecedidas o precedidas por guardias de veinticuatro; realizando tareas que exceden las propias tales como sacar sangre, trasladar pacientes, etc.; y con salarios insuficientes que necesitan ser compensados por otros trabajos o ayuda familiar. Lo único que resta es esperar que la residencia avance y, así, encontrarse del otro lado de la cadena de mando.

Organización de la tarea- Clima organizacional

La organización de la tarea fue, como bien indica su nombre, hace referencia a las distintas formas que puede adoptar la tarea del residente; automatización, mandos que recibe, los tiempos para llevar a cabo las distintas actividades, entre otras cuestiones.

La organización de la tarea del residente está fuertemente supeditada a externalidades. Esto significa que, en líneas generales, no cuenta con la libertad de diagramar su jornada y la forma en que la quiere llevar a cabo, sino que depende de una serie de factores. Entre ellos se puede nombrar las exigencias de la institución, de sus superiores, las formas de organización previamente establecidas por el servicio del cual forma parte, las necesidades de otros profesionales, la voluntad de otros profesionales. Todo esto sin olvidar las demandas y necesidades de los pacientes.

En una suerte de análisis por niveles, resulta interesante comenzar destacando qué es lo que los residentes piensan sobre la capacidad de **respuesta institucional** del H.I.G.A. Dr. Oscar Alende, en tanto que primariamente toda forma de organización deviene de ella.

Mediante un cuestionario que expresa una serie de ítems a clasificar entre “debilidad” y “fortaleza” de la institución, los residentes han contestado, en líneas generales, de forma negativa.

Entre los valores a destacar se encuentra el del personal, el poco empeño puesto en llevar a cabo las distintas tareas, que es considerado una debilidad por un 88% de los residentes. A su vez, este valor se encuentra en estrecha relación con la insuficiencia de empleados del hospital que los residentes creen que hay. Principalmente creen que haya faltante de médicos, en tanto un 70,4% cree que hay insuficiencia de médicos; un 63% cree que hay faltante de psicólogos, seguidos por maestranza y administrativos, con valores de 51,9% cada uno. Esto se encuentra en estrecha relación con la polivalencia que sufre el residente, en tanto que menos personal significa más tareas concentradas en una sola persona. La capacidad del personal ha sido caracterizada como una debilidad por el 66,7% de los residentes. Esto arroja como conclusión que no solo alcanza con que el personal sea suficiente, sino que también tiene que ser idóneo para la tarea a llevar a cabo. A partir de los porcentajes recién descriptos, es posible afirmar la incapacidad del hospital para organizar de manera satisfactoria la tarea del residente.

Ante la falta de médicos que los residentes afirman percibir, resulta interesante remarcar que a partir de estadísticas realizadas por el hospital, y brindadas para complementar la presente investigación, se ha encontrado que el hospital realmente carece de médicos, por lo menos de médicos residentes. A partir del análisis de la estadística de planta de residentes 2014 se evidencio que el servicio que más residentes posee es Clínica Médica, con un promedio de 4 residentes por año de residencia, seguido por Clínica Quirúrgica, con un promedio de 3 residentes por año de residencia. De forma promedio encontramos que la amplia mayoría de los servicios tiene un residente por año o dos, pero en el caso de que sean dos por año, suele suceder que un año no tenga ningún residente. En el otro extremo nos encontramos con casos como el servicio de Terapia Intensiva, con un solo residente, perteneciente al 4to año de residencia. Estos valores demuestran que realmente el hospital tiene faltante de médicos, por lo menos médicos residentes.

Los valores tampoco son buenos cuando se trata del salario. Un 63% de los residentes cree que el mismo es una debilidad de la institución. Lo mismo sucede con la capacidad institucional de llevar a cabo políticas claras, un 70,4% cree que es una debilidad.

Los porcentajes tienden a aumentar cuando se trata de las condiciones bajo las que se trabaja. Un 92,6% cree que las condiciones materiales y edilicias del hospital son una debilidad³⁴. Un 88,9% cree que los insumos son una debilidad. Resulta curioso remarcar los dichos de una residente, quien al preguntarle qué tareas llevaba a cabo que excedieran su función respondió *“ir y venir, rogando por medicamentos para los pacientes”*. Esto es un claro ejemplo de por qué los residentes creen que los insumos son una debilidad, por lo menos uno de ellos, tan importante como un medicamento.

Los valores antes expuestos se traducen a palabras al preguntarle qué opinan de la salud pública en Mar del Plata. Las respuestas dadas no solo confirman los datos cuantitativos, sino que los refuerzan. La salud pública en Mar del Plata ha sido caracterizada de forma negativa. Algunas de las palabras que han utilizado para describirlas son *“saturada”, “colapsada”, “deficiente”* y *“pobre”*.

Para una mejor comprensión sobre la opinión institucional sobre el hospital de los residentes se optó por indagarlo también a través de metodología cualitativa.

A partir de una de las primeras entrevistas realizadas, y viendo las quejas que el entrevistado tenía, se procedió a preguntarle qué opinaba sobre el hospital en líneas generales, y principalmente porque él mismo tenía experiencia en otro hospital, en donde había ejercido como practicante³⁵. La respuesta brindada se convirtió en un nuevo núcleo a investigar:

“Se supone que la residencia tendría que ser algo que te ayude a formarte viendo pacientes, pero yo termino siendo haciendo más asistencialismo que formándome, o sea estoy cubriendo baches. Lo que sentía en Clínica ahora lo siento menos, pero se siente igual, estás cubriendo baches. Como que perdió su objetivo (...) el hospital vive de los residentes, el día que renuncien en masa los residentes, como paso en Traumatología, se empiezan a caer los servicios (...) Y a su vez como vive de los residentes, los desgasta.” (E2)

³⁴ Estos valores eran debidamente analizados en el apartado “Medio Ambiente de Trabajo”.

³⁵ Practicante es aquel estudiante de medicina que por iniciativa propia decide colaborar en algún servicio de un hospital, acompañando y ayudando a médicos de planta y residentes en sus actividades. Es una actividad ad honorem, en la cual se espera que la retribución sea que los mismos médicos les expliquen y enseñen la práctica profesional, llegando con más recursos a la instancia de residencia.

Lo concreto de la respuesta hizo que el núcleo sobre opinión institucional comenzara a estar dirigido hacia ese aspecto. Y las restantes respuestas estuvieron en clara consonancia con la primitiva. Todos los residentes creen que el hospital los usa para tapar las falencias que no pueden taparse de otra forma. Y como los residentes mantienen un claro entusiasmo y compromiso con su trabajo, típico de los primeros años de actividad profesional, aceptan estas actividades a las cuales no tendrían que someterse, pero principalmente no tendrían que existir.

Los residentes creen que el sistema de salud pública “no les da ningún tipo de respuesta (a los pacientes)” principalmente en lo que a insumos, infraestructura y personal refiere. Por tanto son los propios residentes lo que tienen que “luchar continuamente contra la corriente”, intentando dar esas respuestas que nunca llegan de quienes realmente tendrían que llegar; sea de otros empleados que se niegan a colaborar en la prestación de servicios, lidiar con faltante de medicamentos y, por ende, tener que elegir un sustituto no tan bueno, entre demás cuestiones, llevar a cabo guardias solos, sin médicos de planta y sin la experiencia que requiere tal cosa.

A su vez, la existencia de estas situaciones y el lidiar continuamente con las mismas genera un gravísimo problema, que también es detectado por la amplia mayoría de los residentes, y es que no logran formarse como ellos quisieran. Esto significa que mantienen una buena formación en lo que refiere el cuidado del paciente, aprenden a trabajar bajo condiciones que no son las óptimas, lo que significa que el día de mañana podrán trabajar bajo cualquier circunstancia. Pero en la actualidad no logran formarse académicamente como quisieran, en tanto y en cuanto el servicio al cual pertenecen no haga hincapié en dicha actividad.

Asimismo creen que pese al gran trabajo que hacen cubriendo estas falencias, el hospital no los retribuye de la forma que les gustaría. Con esto no se hace alusión a una retribución monetaria, sino simplemente a que no tienen el reconocimiento que creen merecer. En palabras de un entrevistado

“Le daría un poquito más de reconocimiento al laburo que hacen los residentes, porque fuera de joda, son mano de obra barata. Lamentablemente es eso, mano de obra barata.” (E6)

En líneas generales los residentes creen que el hospital esta así por una demanda excesiva de pacientes, que no puede ser absorbida correctamente. Señalan que la demanda excesiva tiene que ver principalmente con el total desaprovechamiento de otras instituciones sanitarias, como el

CEMA (Centro de Especialidades Medicas Ambulatorias) o las CAPS (Centro de Atención Primaria de Salud). Esto deja como resultado que todas las consultas de salud terciaras recaigan sobre el H.I.G.A y las primarias también, siendo que estas no tendrían que ser de su competencia. Pese a ser una problemática encontrada tiempo después de realizar la encuesta sobre CyMAT, se encontró que la UPA (Unidad de Pronta Atención) que se encuentra junto al hospital también es fuente de grandes críticas. En consonancia con lo que expresan previamente, los residentes, así como la totalidad de los empleados hospitalarios, creen que esta UPA no logra absorber la demanda para la cual fue creada (atención primaria), generando aún más desorganización hacia el interior del hospital.

Pero quienes realmente moldean la forma de **organización de la tarea** que tendrán los residentes son los superiores de cada servicio, principalmente el Jefe de Servicio y el Jefe de Residencia, dado que ellos son quienes viven y comparten la cotidianeidad de la tarea. Como se expresó previamente, la organización de la tarea del residente está enmarcada por una serie de externalidades. Los residentes expresan que estas externalidades se traducen en una poca capacidad de decisión. Los mismos afirman no tener mucha influencia sobre las decisiones laborales que los conciernen; un 44,4% cree que algunas veces puede decidir, y un 29,6% cree que raramente. Así tampoco tienen capacidad para elegir descansar cuando ellos lo deseen, un 48% cree que solo algunas veces lo puede hacer, un 14,8% cree que raramente y otro 14,8% cree que nunca. Pese a las restricciones que sufren, un 100% cree que aplica sus conocimientos y habilidades, un 33,3% cree que siempre lo hace, mientras que el 66,7% cree que lo hace aunque a veces. De forma lógica, esta poca capacidad de decisión no responde a una mala predisposición de los superiores, sino al carácter de aprendiz del residente.

Pese a las restricciones que les imponen sus superiores, son también estos mismos los que trabajan en pos de mejorar la organización de la tarea de los residentes. A partir de las entrevistas se ha encontrado que no todos los superiores están interesados en mejorar la calidad de vida profesional de sus residentes, pero en la medida que sí lo están, trabajan en pos de ellos. Esto significa que muchas veces existe una clara coordinación entre Jefe de Servicio y Jefe de Residente que no mantiene el aval de otros superiores, o simplemente lo desconoce, cuya finalidad es brindarle un cambio positivo al residente. Un claro ejemplo de esto es el servicio de Clínica Médica, en donde los Jefes de Residentes, han optado por diagramar una nueva

estructura de guardias, pese a la negativa de la Jefa de Guardia, para que sus residentes puedan descansar unas horas antes de comenzar nuevamente la jornada laboral.

Este hecho refuerza la idea de que la organización de la tarea es restrictiva simplemente por su condición de “todavía estudiantes”, y no por mala voluntad. Los residentes reconocen que parte de las restricciones son para su propio cuidado y que se enmarcan dentro de lo lógico. De hecho, en líneas generales, se ha encontrado que la relación entre superiores y residentes tiende a ser positiva, al igual que la totalidad de las **relaciones laborales**, las cuales han sido caracterizadas como uno de los mejores recursos con los que cuenta el hospital.

El 81,4% de los residentes cree que hay un buen ambiente laboral en su servicio. Asimismo, un 85,2% de los residentes cree que su servicio constituye un equipo de trabajo, siendo la relación de cooperación buena en un 51,9% y muy buena en un 29,6%. Las interconsultas han sido catalogadas como frecuentes en un 63% de los casos, encontrando una buena predisposición en el 63% de los casos.

En lo concerniente a los **superiores**, un 48,1% de los residentes cree que su trabajo es reconocido por ellos. Un 44,4% cree que es reconocido, aunque parcialmente. En caso de que haya alguna problemática, un 37% afirma que frecuentemente es respaldado por sus superiores, y un 33,3% afirma que siempre es respaldado.

Se ha encontrado que los R1 afirman en la totalidad de los casos el ser siempre respaldado por sus superiores, mientras que para el resto de los años las respuestas están mayormente distribuidas entre algunas veces y frecuentemente. Es posible pensar que dada la condición de total inexperiencia que conlleva el primer año de residencia, los superiores no solo se encargan de enseñar la práctica médica, sino también de guiarlos y ayudarlos a enfrentar una realidad laboral colmada de múltiples problemáticas.

Si bien las realidades varían de acuerdo al servicio con el que se trate, es posible decir que el común denominador es el respeto hacia el otro, tanto del superior como del residente. No se han emitido quejas sobre los superiores en estos términos, aunque sí muchas veces se ha criticado el sistema “verticalista” de ciertos servicios. Así y todo, los residentes creen que sus superiores los acompañan, respaldan, y principalmente, que son profesionales con los que pueden contar en la medida que haya algún problema.

También se ha encontrado que las formas en las que pueden contar con los superiores varían de acuerdo a cada servicio; están aquellos en los cuales solo se puede contar desde lo profesional, y están los otros en donde los superiores se involucran de forma personal en tanto y en cuanto lo profesional haya perjudicado la vida personal del residente. En simples palabras, encontramos ciertos servicios en donde la relación se limita a la de enseñar y aprender sobre la especialidad, y otros en donde el superior se involucra y se preocupa no solo por enseñar lo referente a su especialidad, sino por ayudarlo a transitar la residencia de forma satisfactoria, brindando herramientas y recursos, es decir, dando a conocer las “reglas del juego”. En palabras de Bourdieu, ayudando al residente a incorporar no solo capital cultural, sino más importante, capital simbólico (Bourdieu, 1979).

Con respecto a la relación con los **compañeros**, los residentes afirman mantener estrechos vínculos, siendo relaciones catalogadas como muy buenas por el 66,7% de los residentes y buenas en un 29,6%. Ningún residente ha catalogado estas relaciones de forma negativa mediante las encuestas, aunque sí se han encontrado quejas a partir de las entrevistas³⁶. Un 92,6% afirma mantener una relación extra laboral con sus compañeros, siendo esta de frecuencia eventual en el 40,7% de los casos y semanal en el 37%. El respaldo de los compañeros ante eventuales conflictos resulta muy alto; un 48,1% cree que frecuentemente es respaldado, manteniéndose el mismo valor para la categoría siempre. Solo un residente ha afirmado no sentirse nunca respaldado por sus compañeros. Por último, un 63% de los residentes afirman que su trabajo es reconocido por colegas, otros residentes, mientras que un 25,9% cree que es reconocido parcialmente.

En lo que refiere a la relación médico- **paciente** se ha encontrado que son dos las variables que inciden al momento de establecer una relación. La primera es el tipo de servicio; en aquellos servicios en donde la relación no se prolonga en el tiempo, sea porque el médico no se encarga de la internación del paciente o porque trabaja de forma complementaria a otros servicios (como en el caso de Diagnóstico por Imágenes), la relación tiende a ser un tanto más impersonal. De forma opuesta, cuando la relación es estrecha y prolongada en el tiempo, los residentes suelen involucrarse con el/ la paciente.

³⁶ Estas se analizarán en el capítulo V.

La segunda variable remite a cuestiones personales del propio residente. Muchos de ellos han afirmado que hay pacientes con los que tienen empatía y otros con los que, simplemente, no la tienen. Esto no se encuentra relacionado con alguna actitud del paciente, si no que su capacidad de empatía varía.

Pero pese a estas diferencias es importante destacar que la totalidad de los residentes cree tener una buena relación con sus pacientes, así como también sabe que su tarea es mucho más simple en tanto y en cuanto logren empatizar con él. Más allá de su capacidad empática todos tienen en claro que la recuperación del mismo es el objetivo principal, y que muchas veces, fruto de las debilidades del hospital, esto se complica. Por eso intentan cumplir con tareas que exceden su función, tales como acompañarlos a ver otros médicos, conseguirles turnos, y hasta juntar plata para que se puedan comprar medicamentos³⁷.

Pero esta es una relación compleja. Los residentes tienen que aprender a relacionarse con el paciente de la forma más sana posible. Esto significa reconocer hasta qué punto es conveniente involucrarse e identificarse con sus pacientes, siendo que las distintas formas de involucramiento y relación van variando con el tiempo. Primariamente la relación tiende a ser muy estrecha, principalmente en aquellos residentes que realizaron su primer año en Clínica Médica, dado que allí se mantiene una relación con los pacientes que, en general, se prolonga en el tiempo. Pero es aquí cuando más sufren en caso de que los mismos fallezcan; de hecho la gran mayoría de los residentes entrevistados recuerdan “ese” paciente con el cual sufrieron su pérdida. Una vez que se genera esta situación, los residentes comienzan a adquirir recursos que les permiten diferenciar el trato correcto, amable y hasta cariñoso con el paciente, pero a sabiendas de que el mismo es solo eso, un paciente. Este recurso es sistemáticamente utilizado por los residentes para dejar de sufrir ante la muerte de los pacientes.

Cuando la situación es la opuesta, es decir, cuando el paciente tratado presenta una buena recuperación, los médicos residentes declaran sentir felicidad, satisfacción y motivación, es decir, momentáneamente se presenta nuevamente una vinculación desde lo afectivo y personal, en tanto que no solo están felices por haber realizado de forma correcta su labor, si no principalmente están felices por aquella persona que ha logrado recuperarse. Asimismo, esta

³⁷ Una de las residentes de Infectología relató haber juntado plata entre la totalidad de los integrantes del servicio para que una de sus pacientes pudiese comprarse Ventolín, medicamento para el asma.

sensación de felicidad, satisfacción y motivación es aún mayor cuando su trabajo es reconocido por los mismos pacientes. A partir de las encuestas los residentes han declarado casi en su totalidad sentirse reconocidos por sus pacientes, siendo que un 44% de los mismos se siente siempre reconocido, y un 48% lo siente frecuentemente.

La relación con el paciente no solo está dada de acuerdo a las actitudes y acciones del residente, sino también por aquellas propias del paciente. Los residentes declaran que son muchas las veces en que el propio paciente complica la relación, principalmente por no cumplir las órdenes que se les da, por no cumplir con lo que los médicos le aconsejan, por decidir darse el alta aún cuando todavía están en proceso de recuperación; básicamente por no respetar aquello que el médico le indica que es lo mejor para su pronta recuperación. Así y todo no los culpan, si no que comprenden que es el sistema sanitario el que, de la misma forma que no los cuida a ellos, tampoco lo hace con los pacientes. Esto significa principalmente la falta de respuestas y de explicaciones ante situaciones que, si bien pueden ser familiares para quien se desenvuelve en el ámbito de la salud, no tienen por qué serlo para los pacientes. Ejemplos claros de esto es la falta de explicación al paciente ante la necesidad de hacerse un estudio, la falta de agilidad en las internaciones, donde los pacientes tienen que quedarse en la guardia por dos o tres días hasta que se libere una cama, entre diversas cuestiones. Es por eso que los residentes no culpan a los pacientes, sino que tienden a sentir pena, lastima o verlos como un grupo vulnerable, trabajando así para aumentar sus esfuerzos en ayudarlos.

Finalmente y en líneas generales es posible decir que los residentes mantienen relaciones positivas con los profesionales y pacientes que los rodean. El hecho de no tener gran influencia en las decisiones laborales, incluyendo el descanso, responde principalmente a la demanda laboral que haya, principalmente a las urgencias que se presenten. Pero también tiene que ver con los superiores, y no con una mala predisposición de los mismos, sino con una forma de organización laboral en donde el residente no tiene que olvidar que todavía está en pleno proceso de formación laboral.

Resulta interesante e importante que los residentes afirmen que sus superiores se involucran en caso de que se presente alguna problemática. Más aún, resulta importante que los R1 crean que los superiores siempre se involucran. Esto habla de la buena relación entre los superiores y los residentes, en donde los segundos confían en los primeros, generando

posiblemente mayor tranquilidad para realizar su trabajo. También habla de la calidad humana de los superiores, del reconocimiento de que la residencia medica no solo es la práctica profesional, sino también aprehender todo aquello que conlleva, aprehender las reglas del juego, brindándole no solo herramientas profesionales sino capacidades para desenvolverse ante posibles problemas.

La relación con el paciente puede ser más o menos complicada, pero siempre está mediada por el respeto que este se merece y por la intención del residente de llevar a cabo su tarea de la mejor manera posible, siendo que a veces lo logra y otras no. Y si bien puede ser complejo reconocer hasta donde es sano involucrarse con el paciente, los residentes intentan siempre dar un poco más de sí, dar su costado humano, no solo profesional, intentando subsanar aquellas falencias propias del hospital. Así también, que los pacientes reconozcan la labor llevada a cabo por el residente significa un voto de confianza al mismo, un aliento a seguir esforzándose, mejorando.

Como se puede ver la organización laboral del residente está compuesta por una multiplicidad de factores que van desde lo institucional hasta lo relacional. Las características de cada uno de estos factores hacen que la realidad laboral sea sumamente heterogénea, con una institución que presenta serias debilidades y pocas fortalezas, pero con un conjunto humano profesional unido y muchas veces atento a las necesidades de este joven profesional.

El compañerismo que se da entre los residentes, y entre estos y sus respectivos jefes, es uno de los recursos más importantes con los que cuenta el H.I.G.A. “Dr. Oscar Alende”. No solo hace de la tarea laboral algo más ameno, sino que es uno de los factores que más trabaja contra las condiciones laborales negativas que más de una vez se presentan. Los residentes no solo saben que cuentan con el apoyo de los pares y de los superiores ante situaciones conflictivas, sino también que muchas veces las relaciones laborales se extienden, convirtiéndose en extra laborales. Esto hace que pese a los problemas que se puedan presentar, al cansancio que les provoque su trabajo, los residentes sepan que allí cuentan con una fuente de grandes vínculos emocionales, de amistad, con las cuales no solo compartir la vida profesional, sino la vida en sí misma.

Medioambiente de Trabajo

Condiciones ambientales

Las condiciones ambientales y materiales de cualquier trabajo hacen referencia al microclima de trabajo, la iluminación, ventilación, estado de las paredes, pisos y techos, los posibles contaminantes, etc. Es decir, todas aquellas cuestiones que podrían ser detonantes de accidentes laborales, incidiendo físicamente en el trabajador.

Las condiciones ambientales bajo las cuales los residentes desarrollan su tarea han sido caracterizadas de forma sistemática con serias fallas, tanto mediante las observaciones realizadas, como así también a partir de las encuestas. Con esto se quiere decir que, en líneas generales, se ha encontrado una gran convergencia entre las formas en las que los residentes perciben sus propias condiciones ambientales, y la forma en que estas han sido observadas.

Solo la **iluminación** del hospital ha sido caracterizada como positiva. Tanto para la luz natural como artificial, un 55,6% de los residentes cree que es correcta. A partir de las observaciones realizadas, es posible decir que pese a que en muchos sectores el hospital mantiene un nivel adecuado para llevar a cabo las tareas, en muchos otros, principalmente en espacio públicos, como los pasillos, la luz natural tiende a ser un claro faltante. Pese a que no era requerida esa diferenciación al momento de responder, es posible pensar que fue algo tenido en cuenta dado que, aunque positivo, es un porcentaje bajo.

Pero al referirse a aquellas cuestiones materiales inadecuadas, la lista tiende a engrosarse. La **temperatura** ha sido caracterizada como inadecuada tanto en invierno, para el 88,9% de los residentes, como en verano, para el 59,3%. Una de las causas de la inadecuada temperatura estival es la falta de **ventilación**, considerada como inadecuada por un 70,4%. De forma opuesta, la falta de **calefacción**, así percibida por un 88,9% de los residentes, es una de grandes causas de la incorrecta temperatura invernal. Por último, la **humedad** de pisos, paredes, etc. es considerada como inadecuada por el 44,4% de la muestra.

Asimismo se ha constatado la **disponibilidad de baños, áreas de descanso y comedor** en un 96,3%, 77,8% y 81,5%, respectivamente. El estado de los dos primeros es considerado de bueno a regular en un 50% y 60%, mientras que el estado del comedor es considerado de regular

a deficiente por más del 65% de los residentes. Resulta importante destacar también la **falta de áreas de cocina y de interconsultas**.

Si tomamos como ejemplo la experiencia vivida en Neurología, es posible decir que la falta de cocina no solo es importante como lugar en donde almorzar, sino principalmente como lugar de unión y reunión; como lugar en donde si no es todo el servicio, por lo menos algunos de los que lo componen, puedan distenderse y conectarse desde un lugar más humano que profesional. Se cree que estas faltas tienen más que ver con lo relacional, con lo simbólico, que con el uso para el que fue creada.

Aún así también resulta importante la falta de áreas de interconsultas, dado que en múltiples ocasiones se destinan lugares que no son para tal fin, como consultorios, cocinas cuando las hay, etc. Es decir, se presenta una reconfiguración del ambiente laboral que genera una clara desorganización. Un claro ejemplo de esta situación es el servicio de Clínica Médica, en donde los pasajes de sala en un pasillo, pues no poseen un lugar adecuado para tal fin.

Los valores tienden a ser un tanto más negativos cuando se trata de la percepción que los residentes tienen sobre las **condiciones de infraestructura y espacio**. Se ha encontrado que la totalidad de los indicadores analizados presentan altos porcentajes de deficiencias, lo que es indicativo de que los residentes son claramente conscientes del ambiente laboral que los rodea. Más del 80% de los residentes ha declarado trabajar en presencia de: enchufes mal ubicados (81,5%), cables sueltos (81,5%), fichas de luz en mal estado (88,9%), pisos con daños (85,2%), sillas en mal estado (85,2%), con una mala distribución de los elementos de trabajo (81,5%), y falta de comodidades para las visitas (92,6%) y de espacio para guardar objetos personales (85,2%). El único indicador con valores más bajos fue el que refiere al espacio para circular, el cual el 63% de los residentes catalogaron como una falta.

En cuanto al **nivel de ruidos** es considerado como medio para el 59,3% de los residentes y alto para el 40,7% restante. Se origina principalmente por las voces de las personas que se encuentran en el servicio o sala (81,5%) y por las voces de los pacientes (55,6%). Estas afirmaciones se encuentran en concordancia con lo analizado mediante las observaciones, en donde resultó por demás notorio un bullicio constante, no solo de las distintas personas que hablaban sino principalmente del indicador del avance de los números para turnos y de los

celulares de las personas. Estos dos sonidos fueron los más persistentes durante la estadía en el hall, y conforme se avanzó en los pasillos y salas de espera dieron lugar al ruido generado por los celulares y por las personas que conversan, pacientes o acompañantes.

Resulta también interesante remarcar que hacia el interior del hospital se encuentran lugares donde los sonidos resultan más marcados, más persistentes. En el ala izquierda del hospital el sonido es permanente. A los sonidos de llamado para sacar turno y celulares hay que sumar los médicos que llaman a los pacientes, lo cual es constante dado la cantidad de servicios, y los ruidos propios de las refacciones que se están llevando afuera. Durante las observaciones realizadas en este sector se percibió una sensación de malestar constante, sumada a la mala predisposición tanto de pacientes como empleados. Resulta factible pensar que la cadencia laboral en este sector se ve considerablemente afectada, lo que evidentemente genera este malestar antes mencionado. En cambio, como ya se ha expuesto, el ala derecha mantiene otra cadencia laboral que, posiblemente, responde al hecho de ser considerablemente más ancha y no tener tantas oficinas administrativas, lo que hace que este más descomprimida.

Por último nos encontramos con la percepción de **exposición al riesgo físico**. La totalidad de los residentes cree estar expuesto a riesgo físico, siendo que un 63% cree estar expuesto a mucho riesgo y el 37% cree estarlo, aunque no tanto. Se han encontrado ciertas diferencias de percepción entre los diversos residentes que son dignas de mención. Mientras que la mayoría de los R1 cree que se encuentra expuesto a riesgos aunque no tantos, estos valores tienden a ser opuestos para los R2 y R3, es decir creen que se encuentran expuestos a mucho riesgo. Por su parte, para los R4 los valores tienden a asentarse, quedando dividido en un 50% para ambas afirmaciones.

Estos valores podrían indicar que al transitar la residencia por mayor tiempo, los R2 y R3 han sufrido mayor cantidad de situaciones traumáticas que hacen que opine de esa forma. Opuesto a los R1 que recién comienzan³⁸ y en muchas ocasiones desconocen la realidad hospitalaria. Asimismo es interesante recordar el alto nivel de apoyo que los R1 sienten de sus superiores, pudiendo estos “cubrirlos” ante situaciones conflictivas que pudiesen conllevar cierto riesgo físico. Los valores encontrados en los R4 pueden indicar que ya han adquirido ciertos

³⁸ De hecho, los R1 de Clínica Médica llevaban solo 2 meses haciendo la residencia en el hospital al momento de realizar la encuesta.

recursos que les permiten percibir los riesgos físicos de otra forma, y posiblemente, manejarlos de forma más adecuada.

En concordancia con la percepción que tienen sobre el compañerismo, los residentes afirman en un 100% que los riesgos físicos no son el resultado de actitudes de compañeros. Pese a las grandes deficiencias materiales y de infraestructuras, un 44% de los residentes cree que el riesgo físico se origine en las instalaciones o en el instrumental que utilizan. De hecho, los residentes afirman en un 74,1% que el riesgo físico se origina en los pacientes y, en un 59,3%, en las actitudes de los familiares de los pacientes.

Al pedirle a los residentes que explicar el tipo de riesgo al que creían estar expuestos, los mismos respondieron mayormente a violencia física y verbal por parte de los pacientes y sus familiares. En algunos casos han afirmado que esta violencia se genera debido al tiempo que tienen que esperar a ser atendidos. Esta respuesta brindada está en clara consonancia con la creciente demanda de atención y la falta de médicos que los mismos residentes perciben; lo que a su vez demuestra las repercusiones personales e íntimas que puede tener cierta carencia estructural, como lo es la falta de médicos.

Si bien fueron las dos cuestiones más veces nombradas, la violencia física y verbal, no fueron las únicas formas de riesgo a los cuales los residentes declararon estar sometidos. Muchos de los residentes también hablaron de robos, no tanto en el interior del hospital, sino en las zonas aledañas a este, que muchas veces están desprotegidas. En menor medida se refirieron a riesgos por instalaciones deficientes, tales como enchufes mal ubicados, mamposterías que se caen, etc. También estuvieron presentes los riesgos por bioseguridad, aunque muchos de los residentes afirman que los mismos son riesgos inherentes a la profesión, es decir, no son mayores en este hospital justamente.

Por último resulta interesante destacar dentro de los riesgos a los accidentes laborales. Si bien estos no han sido especificados, en tanto correspondan a riesgos por instalaciones deficientes o de bioseguridad, los causantes de este riesgo han sido repetidos en reiteradas ocasiones. Muchos de los residentes afirman estar expuestos a accidentes laborales fruto del poco descanso, o si se quiere el gran cansancio, al que están expuestos. Asimismo afirman que esta situación tiende a magnificarse cuando salen de una guardia.

Este último punto, el cansancio post- guardia, resulta de suma importancia, dado que es uno de los principales puntos por lo que diversos sindicatos de sanidad han luchado a lo largo de los años, intentando disminuir la jornada a 12hs. Tomando en cuenta las consecuencias que tienen las guardias de 24hs, no solo para los residentes, sino para cualquiera que las ejerza, es que se puede comprender la importancia de la implementación de una política como tal. Así también, resulta importante destacar que durante el tiempo de producción de la presente, más precisamente el 5 de Noviembre de 2015, se fijaron nuevos derechos en el reglamento de residencias. Entre otros tantos resulta de interés señalar la reducción de horas de guardia consecutiva, pasando de 24hs a 12hs máximo, y contemplando 6hs de descanso posteriores.

A pesar de los datos expuestos, es posible decir que los residentes sienten satisfacción con su trabajo. Un 44,4% se encuentra satisfecho, mientras que un 48,1% se encuentra parcialmente satisfecho. Estos valores resultan considerablemente altos si se piensa las grandes falencias y problemáticas que los residentes afirman sufrir cotidianamente.

En líneas generales es factible decir que el medioambiente en el cual los residentes desarrollan su labor sufre de grandes carencias y problemáticas.

Los residentes están expuestos a condiciones ambientales deficitarias, tales como inadecuada temperatura, falta de calefacción y ventilación. Estas indudablemente pueden ejercer algún tipo de consecuencia sobre su desarrollo laboral, que si bien no han sido indagadas, contemplan la posibilidad de enfermarse, y por ende ausencia laboral, desgano para trabajar, entre otras cuestiones.

Asimismo podría decirse que el mayor déficit son las condiciones de infraestructura y edilicias. Es posible comprobar que la inmensa mayoría de los residentes lleva a cabo su trabajo rodeado de elementos que agudizan la posibilidad de sufrir un accidente laboral. Algunos de los más peligrosos, también evidenciados mediante observación, son los cables sueltos, enchufes mal ubicados, pisos con daños y la mala distribución de los elementos de trabajo. Todos estos elementos nombrados, sumados a la urgencia con la que en general se trabaja, pueden ser detonantes de accidentes laborales, en algunos casos de gran envergadura.

Pero los datos más interesantes son los referidos al peligro de riesgo físico. No solo es significativo que la totalidad de la muestra crea que está expuesta a riesgos físicos, sino que es

por demás relevante que este riesgo se desarrolle primariamente en los pacientes y secundariamente en los familiares de estos. Este dato resulta sumamente importante por dos cuestiones: el trabajo del residente, como de cualquier médico, es el de curar al individuo que se presente con una dolencia. Es factible pensar que posiblemente el residente no pueda llevar a cabo su tarea de la forma que tanto él como el paciente y familiares desearían, dado que este vínculo se encuentra necesariamente marcado por el miedo del primero hacia los segundos.

Otra cuestión a remarcar es la posible solución a esta problemática. Mientras que los problemas edilicios, ambientales y de infraestructura pueden ser solucionados mediante políticas públicas concretas, la posibilidad de que el paciente y sus familiares pongan bajo riesgo físico a los residentes no puede ser solucionada únicamente con mayor cantidad de personal de seguridad. De hecho esta problemática lejos está de ser erradicada únicamente con políticas sanitarias adecuadas, sino que necesita de un tratamiento holístico que, definitivamente, excede a la presente investigación.

Si bien no forma parte de los objetivos de la presente, resulta interesante comparar los valores encontrados con los previamente estudiados por Pacenza- Romanín en el año 2005 (Pacenza- Romanín, op. cit.). Si bien el análisis se centra en otro puesto laboral, los trabajadores de los servicios públicos de salud mental de Gral. Pueyrredón, este análisis también fue realizado en el H.I.G.A Dr. Oscar Alende, lo que permitirá vislumbrar la posibilidad de cambios, o no, en el mismo.

Vale aclarar que el estudio antes nombrado fue llevado a cabo en Salud Mental del H.I.G.A. Dr. Oscar Alende, que como ya fue dicho se encuentra por fuera del hospital. Resulta importante hacer esta aclaración puesto que técnicamente son edificios distintos; de todos modos la comparación mantiene plena vigencia dado que, en definitiva, el estudio versa sobre la misma institución.

Dos cuestiones son dignas de destacar, pues vislumbran cambios negativos ocurridos a lo largo de los años. La primera hace referencia con las condiciones ambientales. Si bien no se han encontrado grandes diferencias entre ambos estudios en lo que corresponde a luz natural, artificial, humedad y ventilación, las condiciones de infraestructura y espacio se han deteriorado con el correr de los años. Mientras que en aquella investigación las fallas y faltas en lo que a

infraestructura y espacio corresponden mantenían una media de aprox. 70%, los mismos indicadores han sido actualmente catalogados como negativos por el 85% de los residentes, aproximadamente. Estos valores dejan más que en claro que el deterioro lejos de mermar, se ha acrecentado a lo largo de los años.

Así también resultan interesante las percepciones sobre el riesgo físico, mientras que en dicho estudio el mismo no era percibido por el 53% de los trabajadores, en el presente encontramos que la totalidad de los residentes creen estar expuestos a riesgo físico, siendo para el 63% de la muestra mucho, y en el 37% no tanto. Esta es una de las diferencias más importantes encontradas, pues es un claro indicador de cómo en tan solo 10 años se ha profundizado de forma negativa la realidad laboral hospitalaria.

Capítulo V- Cuando el trabajo duele

Análisis de Burnout:

Como se mencionó en el capítulo I para que se presente el Síndrome de Burnout, el sujeto analizado tiene que desarrollar altos niveles de Agotamiento Emocional, considerándose alto a una media mayor a 21, junto con altos niveles de Despersonalización, con una media mayor a 6, y bajos niveles de Realización Personal, cuya media tiene que ser menor a 36. Los valores arrojados se agrupan en “Bajo”, “Moderado” y “Alto”.

Los valores encontrados en los médicos residentes del H.I.G.A. Dr. Oscar Alende resultan no solo interesantes, sino principalmente alarmantes. A continuación se exponen de manera sucinta:

Cuadro N° 1- Porcentaje de residentes afectados por el síndrome de Burnout

	<i>Burnout</i>
<i>Presenta Burnout</i>	51,9
<i>No presenta Burnout</i>	48,1

Cuadro N° 2- Medias de las fases del síndrome de Burnout

	<i>Agotamiento Emocional</i>	<i>Despersonalización</i>	<i>Realización Personal</i>
<i>Media</i>	27,29	9,74	23,62

Cuadro N° 3- Porcentajes de residentes afectados por las distintas fases del síndrome de Burnout.

	<i>Agotamiento Emocional</i>	<i>Despersonalización</i>	<i>Realización Personal</i>
<i>Bajo</i>	3,7	7,4	92,6
<i>Moderado</i>	14,8	22,2	3,7
<i>Alto</i>	81,5	70,4	3,7

El 51,9% de la población estudiada sufre de Burnout. El análisis de las medias demuestra que los residentes mantienen niveles altos de afectación para las categorías agotamiento emocional, con una media de 27,29, y despersonalización, con una media de 9,74. Asimismo, la media de la categoría RP es de 23,62, lo que es indicativo de una baja realización personal.

También se ha encontrado que la variable realización personal es la de mayor afectación, con un 92,6% de los residentes con bajos valores de la misma. Seguido se encuentran los valores de la categoría agotamiento emocional, con un 81,5% de residentes que sufren altos niveles; y por ultimo nos encontramos con los valores de despersonalización, que son altos en un 70,4% de los casos.

Los altos valores encontrados en la categoría agotamiento emocional nos indican que, después de intentar reiteradas oportunidades sopesar situaciones laborales estresantes, los residentes han sucumbido a ellas, perdiendo todo recurso que pudiesen tener para sobrellevar dichas situaciones. La despersonalización es el mecanismo a partir del cual el trabajador se defiende de dicho agotamiento emocional. Los altos valores encontrados para la categoría

despersonalización indican que uno de los mecanismos de defensa que más utilizan los residentes es el del trato despersonalizado, deshumanizado al paciente, considerándolo como un objeto. Esta realidad expuesta puede llevar eventualmente a un deterioro en la identidad profesional, junto con una escasa realización personal, en tanto que la profesión en cuestión deja de desarrollarse en un ambiente sano, productivo, para pasar a entretorse en uno donde la conflictividad reina. El altísimo valor encontrado para la realización personal indica que, como una consecuencia de la falta de recursos para sopesar situaciones estresantes y la objetivación de los pacientes, la amplia mayoría de los residentes sufre de una baja realización personal y profesional.

Los datos recién expuestos necesitan ser contextualizados, por eso han sido cruzados con datos analizados mediante la encuesta sobre CyMAT y con entrevistas. De esta forma se espera poder comprenderlos de forma más acabada, dotándolos de posibles causas y consecuencias. En simples palabras, se espera que este cruce permita la explicación de dichos valores encontrados. A continuación se exponen los cruces considerados relevantes no solo por la bibliografía pertinente a la temática, sino de acuerdo a las características del puesto de residente, previamente encontradas y expuestas.

Distribución de los valores de Burnout

Relación con variables socio- demográficas y de trayectoria

Se ha encontrado que la variable **sexo** es de incidencia en los valores de Burnout. Mientras que un 66% de la población masculina de residentes sufren del síndrome, solo un 33% de las mujeres lo sufren. También se han encontrado diferencias hacia el interior de las categorías de dicho síndrome. Tanto para las categorías agotamiento emocional y despersonalización los hombres son quienes mayor porcentaje de afectación presentan, inversamente son las mujeres quienes presentan un mayor porcentaje de afectación en la categoría realización personal. La mayor diferencia encontrada responde a la categoría despersonalización; mientras que un 50% de las residentes mujeres sufre de despersonalización, un 86% de los hombres también lo hace³⁹.

³⁹ Ver Anexo Tabla 1

A partir de las entrevistas realizadas se ha podido constatar que, en líneas generales, las residentes tienden a sentirse mayormente frustradas por no poder desempeñarse de la forma en que lo desearían; por trabajar en un ambiente que no ayuda, no coopera en la sanación del paciente. Esto es lo que se representa mediante un mayor porcentaje de afectación de la variable realización personal. A su vez, la gran diferencia en cuanto a la categoría despersonalización, también ha sido corroborada. Los residentes hombres no generan vínculos tan marcados con los pacientes, como sí lo hacen las mujeres. Ellos comprenden de forma mucho más rápida que los pacientes son simplemente eso, pacientes. Un claro ejemplo fue al preguntarle a un residente qué opinaba de los pacientes, qué le generaban, el mismo respondió “*los pacientes, nada. Van y vienen*”. Esto no significa que no les interesen, todo lo contrario, los tratan de forma correcta y respetuosa, pero sin pasar la barrera profesional; no porque tengan que frenarse, como sí en muchas ocasiones les sucede a las mujeres, sino porque simplemente no lo sienten.

El cruce con la variable **edad** ha demostrado que un 55% de los residentes que tienen entre 24 y 30 años sufre de Burnout, mientras que ese valor es del 44% para los residentes de 31 años o más. Las categorías despersonalización y realización personal mantienen la tendencia encontrada, es decir descienden conforme más edad se tiene; mientras que el agotamiento emocional aumenta con la edad. Pese a las diferencias encontradas, no se cree que para los residentes la edad introduzca alguna diferencia al hablar del Burnout. La diferencia la introduce los años de experiencia en dicho puesto, dado que es a partir de estos que adquieren los recursos necesarios para afrontar ciertas situaciones con éxito. Justamente se da que, al tener la inmensa mayoría una edad similar al momento de ingresar a la residencia, mayor edad significa estar más adelantado en la residencia⁴⁰.

La introducción de la variable **servicio** ha demostrado diferencias, aunque no tan marcadas, en los valores de Burnout encontrados entre los residentes. Entre un 44% y un 63% padece del síndrome, encontrándose en Neurología los menores valores, y en Clínica Médica los mayores. Las categorías agotamiento emocional y despersonalización también presentan variación entre servicios. Mientras que un 66% de los residentes pertenecientes a Neurología y Cardiología mantienen altos valores de agotamiento emocional, en Infectología esta categoría abarca a la totalidad de los residentes. Asimismo se ha encontrado que el servicio de Neurología

⁴⁰ Ver Anexo Tabla 2

es el de menor porcentaje de residentes con alta despersonalización, un 33%, mientras que un 83% de los residentes de Diagnóstico por Imágenes mantiene una alta despersonalización, siendo el servicio más afectado. Por último, en cuanto a la realización personal encontramos que el 100% de los residentes de todos los servicios mantiene un alto valor, a excepción de Diagnóstico por Imágenes, con un 66% de residentes que la padecen⁴¹.

Resulta interesante recordar ciertas características de los servicios, que pueden ayudar a comprender mejor los motivos de estas diferenciaciones en cuanto a los valores encontrados de Burnout.

No parece ser casualidad que justamente Neurología sea de los servicios con menor porcentaje de afectación. Cabe destacar que a partir de las observaciones se pudo reconocer que Neurología contaba con una característica particular: su cocina, ese lugar en donde lo que menos importa es hacer uso de la heladera o almorzar, sino que su función es la de juntarse a desayunar, a charlar, a festejar cumpleaños, etc. entre todos los compañeros del servicio. Este tipo de relación, que supera lo profesional para ser personal, hace que por momentos se borren las jerarquías, generando un trato de igual a igual y facilitando el diálogo. Por eso no es de sorprender que este servicio sea uno de los que menos Burnout posee; el compañerismo, no sólo entre residentes, sino más importante, con los superiores, incluyendo el Jefe de Servicio, seguramente ayuda como forma de mitigar cualquier estresor que se genere en el ámbito laboral.

En cuanto a Clínica Médica, se han encontrado ciertas características dignas de mención, pues a través de las mismas se puede comprender por qué es uno de los servicios con mayor afectación.

Todos los residentes que rinden examen de residencia para alguna especialidad clínica pasan su primer año de residencia en el servicio de Clínica Médica; una vez finalizado comienzan como R2 en lo que será su especialidad. Es por esto que la inmensa mayoría de los entrevistados tiene una noción de cómo es dicho servicio. Los mismos afirman que el paso por ese servicio es necesario, no sólo desde lo profesional, sino también desde lo humano, pero que no por esto deja de ser complejo.

⁴¹ Ver Anexo Tabla 3

Clínica Médica es un servicio que conlleva largas jornadas laborales, en general más largas que en el resto de los servicios. Al preguntarle por la misma a los residentes de otras especialidades, todos han remarcado que por suerte es menor que la que hacían estando en Clínica. Asimismo, como forma de aprendizaje, y debido a la gran demanda de atención, los R1 y R2 estén divididos por piso, habiendo aproximadamente 3 pisos, en donde hay entre 30 y 34 pacientes. Cada uno de ellos tiene bajo su cuidado entre 6 y 10 pacientes. Los R3 también están divididos por pisos y están encargados de supervisar a los R1. Es decir, si bien no son pacientes propios, los R3 tienen bajo su responsabilidad el supervisar el desempeño del residente y la correcta evolución de 30 a 34 pacientes. En cuanto a los pacientes, los residentes afirman que la relación con ellos suele prolongarse en el tiempo, siendo que muchas veces llegan a formar vínculos afectivos. Por la tarde los R1 mantienen distintas actividades académicas, mientras que los R2 y R3 además de la actividad académica, dos veces por semana atienden consultorio. A todo esto hay que sumarle las guardias, que también son de gran demanda para los Clínicos.

En simples palabras desempeñarse en el servicio de Clínica Médica conlleva un gran esfuerzo; las jornadas son muy largas y están cargadas de actividades. La cantidad de pacientes que manejan es muy alta, principalmente para quienes recién comienzan, dado que no tienen noción de muchos aspectos. Así también la responsabilidad de quienes están encargados de supervisar a los más jóvenes, en tanto que si bien no son sus pacientes, existe una gran responsabilidad por ellos. No sorprende que Clínica Médica sea el servicio con mayor porcentaje de afectados por Burnout; las largas jornadas, las responsabilidades, los vínculos estrechos que suelen formarse con los pacientes, dan lugar a que así sea.

Asimismo, resultan interesantes los datos sobre agotamiento emocional encontrados en Infectología. Como ya se estableció previamente, este servicio se emplaza en un sector del edificio que no fue construido con dicha finalidad, es simples palabras, se sitúa en un pasillo. Como tal, los residentes, al igual que la totalidad de quienes componen el servicio, se encuentran continuamente expuestos a los pacientes, quienes, se ha podido presenciar que en el afán de recibir una pronta atención, gritan e insultan a quienes forman parte del servicio. A partir de vivenciar esta situación no resulta sorprendente que los residentes de dicho servicio mantengan unos de los valores de agotamiento emocional más altos. El estar continuamente expuestos a los pacientes y que prácticamente sea “normal” que estos los insulten, genera un ambiente laboral en

donde lo menos que se puede esperar es la imposibilidad de brindar recursos emocionales al otro, en este caso a los mismos pacientes que los insultan.

Sin poder afirmarlo, los altos valores de agotamiento emocional en este servicio podrían estar vinculados a la particular relación que se establece con los pacientes, principalmente los internados. El infectólogo interviene en el paciente internado cuando este se encuentra en una situación delicada, con HIV sin tratar, leucemia avanzada, meningitis, etc. Dicho servicio sabe que los pacientes que tratan tienen amplias posibilidades de fallecer. Es por esto que podría conjeturarse que los altos valores de agotamiento emocional se encuentran estrechamente vinculados a esta situación, a lo estresante de tener que aceptar que, en muchas ocasiones, la intervención del infectólogo es para ayudar a transitar lo mejor posible la internación, no para sanarlo.

Aún así, es interesante remarcar que los niveles de despersonalización, obvio correlato de un alto agotamiento emocional, no son más altos en este servicio que en otros.

Por último, los altos valores de la variable despersonalización encontrados en el servicio Diagnóstico por Imágenes tienen una clara relación con la forma en que se describió que los distintos servicios se relacionan con los pacientes.

Cabe recordar que los mismos residentes reconocen diferencias en el trato con los pacientes entre aquellos servicios que mantienen una relación prolongada en el tiempo y aquellos que no. Así también encuentran diferencias entre aquellos residentes que pese a que hoy se encuentran en un servicio con poco trato, han pasado su primer año de residencia en Clínica Médica, donde el trato es muy marcado.

El servicio de Diagnóstico por Imágenes es una especialidad diagnóstica, por lo que sus R1 comienzan su residencia en el servicio en sí, no en Clínica Médica. Otra característica a destacar es que trabajan de forma complementaria con otras especialidades. Esto significa que no tienen “sus propios” pacientes, sino que son aquellos derivados por otros servicios. La sumatoria de estos dos hechos hace que los residentes de dicho servicio no estén acostumbrados a mantener una relación estrecha con los mismos, sino que son simplemente personas a las que se les hace un estudio, se les entrega y se vuelve a ir al médico que lo derivó. Esta situación hace que no sea sorprendente el hecho de que sea uno de los servicios con mayor porcentaje de residentes

despersonalizados. No significa que mantengan la intención de tratar de forma despersonalizada o deshumanizada a los pacientes; simplemente no los sienten como propios, no han tenido la experiencia de conectar con ese individuo, de la forma en que si han aprendido el resto de las especialidades.

La valores encontrados en la variable **cargo** no demuestran grandes variaciones por sí mismos. Pero una vez que fueron cruzados con la voz de los entrevistados, fue posible comprender que si bien las diferencias numéricas podían ser sutiles, la experiencia vivida a lo largo de la residencia no lo es.

Recordando las fases del burnout, encontramos que son cuatro. La *fase de entusiasmo*, que se da en los primeros años de profesión, donde abunda la energía y entusiasmo. La *fase de estancamiento*, donde los sujetos comienzan a hacer consciente una excesiva implicación en su vida profesional, lo cual incide en su vida personal. Aquí comienza a surgir el cansancio emocional, fruto de cuestionarse su capacidad y perder confianza en sí mismo. La tercera es la *fase de frustración*, la tarea comienza a sentirse pesada, tediosa, generando una disminución en los logros personales y la aparición de episodios de angustia, ansiedad, entre otros. La cuarta y última es la *fase de apatía*, hay indiferencia tanto hacia el daño emocional propio como hacia el propio paciente.

Los valores encontrados a partir del uso del MBI muestran las formas que adquieren estas distintas fases los residentes del H.I.G.A. Dr. Oscar Alende.

Los R1, en general esos jóvenes recién egresados, son los que menores niveles de afectación presentan, con un 50% de ellos que sufren de Burnout. Hacia el segundo año de residencia se presenta el pico más grande, con un 60% de afectación de R2 que sufren dicho síntoma, junto con los R3 cuyos nivel desciende en 3 puntos, llegando a 57% de afectación. Por último, hacia el cuarto año de residencia, el valor de afectación vuelve a descender hasta el 50%.

Cuadro N° 4- Distribución de porcentajes de residentes afectados por síndrome de Burnout según cargo.

		Cargo				
		R1	R2	R3	R4	Concurrente
Burnout	Presenta Burnout	50%	60%	57%	50%	40%
	No presenta Burnout	50%	40%	42%	50%	60%
Total		100%	100%	100%	100%	100%

Si bien estos valores por si solos no demuestran muchas diferencias, resulta interesante ver cómo se correlacionan con las fases antes descritas.

Los R1 son aquellos jóvenes que mantienen toda la voluntad, compromiso y empeño, típicos del joven profesional. Pero esta situación no dura mucho. La totalidad de los residentes entrevistados ha concordado que es finalizando el primer año y en el segundo año de residencia en donde se sienten mayormente abrumados con su profesión, principalmente por dos cuestiones. La primera de ellas es el exceso de responsabilidades, el sentir que nunca es suficiente con lo que hacen, que podrían haber hecho otra cosa mejor, que nada los conforma. Esto hace que reconozcan que las expectativas laborales que tenían ciertamente no se están cumpliendo, o no por lo menos de la forma en que lo anhelaban. Dicha sensación hace que se sufra una pérdida de la realización personal, pues sienten que su profesión perdió sentido, perdió su objetivo. Vale aclarar que se percibió que dicha sensación es más común en aquellos residentes más idealistas y perfeccionistas con su profesión; aquellos residentes que se involucran al 100% en cualquiera de las situaciones que les toque vivir, sea con pacientes, colegas o superiores. Por ende, una vez que fracasan es mayormente percibido que por aquellos otros que optan por no involucrarse de forma tan marcada. Casualmente, si bien son los hombres quienes están porcentualmente mayor afectados, son las mujeres residentes quienes cualitativamente más lo sufren, o por lo menos quienes lo demuestran con menos tapujos.

La segunda cuestión, aquella que más incide en su “quiebre” es la incapacidad para lidiar correctamente con los pacientes. Como bien fue expresado con anterioridad, la mayoría de los

residentes han tenido “ese” paciente que *se les murió* en su guardia, bajo su cuidado, etc. En simples palabras, es ese paciente con el cual habían generado una relación estrecha, de demasiada implicación, por lo cual su muerte los repercutió de forma personal, no profesional. Ese paciente suele ser el detonante a partir del cual se crea una crisis o se sucumbe ante una que venía gestándose. A continuación se presenta una extracción de una entrevista realizada que explica claramente aquella situación de quiebre.

“(…) Ahora no tanto pero cuando estaba en clínica tratábamos muchos pacientes con cáncer, y con cáncer terminal, y yo siempre me acuerdo de una chica, una piba joven de 20 años que se termino muriendo. Creo que de ahí fue como que cambie. La verdad que, se había internado tantas veces, la habíamos visto tantas veces, que la queríamos. Y se me murió en una guardia y vino la madre y llorando me decía “bueno gracias por todo lo que hicieron” y no sabés para donde salir corriendo, se le acaba de morir la hija y te viene a decir gracias (...).” (E6)

A partir de este momento el residente comienza a sentirse a disgusto, mal en su trabajo, mal con los pacientes. Lo que se traduce en desgano para trabajar, mala cara y malas contestaciones tanto a sus compañeros como a los pacientes. En palabras de otro residente que afirmó estar sufriendo esa crisis en el preciso momento de la entrevista:

“(…) en estos días no está nada bueno. Del congreso, que estuvo bárbaro, del congreso en adelante fueron todos días de mierda. Es como que volvimos y todos los pacientes que no vinieron antes estaban esperando para armar quilombo y para que los atendieran, las guardias llenas y complicadas. Y como que antes, lo que no me parecía tan malo, que por ahí era ver algún paciente de más, ahora me parece terrible. Sobre todo porque venía pensando en “uy mira esto, me voy a poner a leer esto” y no podía, no podía, no podía. Llegaba a mi casa y me tiraba a dormir y me despertaba al otro día pensando “uh, tengo que ir de vuelta”. Terrible.”

(E2)

Analizándolo en retrospectiva, los residentes entienden que son dos los grandes problemas que le produjeron dicha crisis, que se encuentran en estrecha vinculación. El primero es que a partir de esa situación el médico residente termina de comprender que ser médico no significa ser súper héroe, que no siempre se puede salvar a todos los pacientes, si no que la grandeza como profesionales está en poner todo lo mejor de sí para intentarlo. Asimismo, la

realidad hospitalaria con la que conviven ayuda a extremar la situación, pues los mismos tienen que redoblar sus esfuerzos en un ambiente que, si bien destinado a la recuperación del paciente, muchas veces lo complica sea por faltante de médicos, de medicamento, de insumos, etc. El otro problema, fuertemente conectado, es que reconocen que en ese momento, el preciso momento de la crisis y el tiempo previo, no contaban con los recursos suficientes para manejar situaciones de dolor, enfermedad y muerte. Dichas situaciones son parte de la vida cotidiana de un médico, pero todos coinciden que no las enseñan a transitar, si no que hay que aprenderlas sobre el momento.

“(…) Ir a verla y decirle a la familia que su tratamiento no le iba a hacer más efecto, a menos que consigamos tal droga, que no había. Estábamos esperando una biopsia que tardaba en llegar el resultado, y ellos me dijeron que no iba a tener cura. Ya el primer día que vi la tomografía, me puse mal y el día que falleció, que ya estaba muy hablado con la familia, no podía salir a hablar con los familiares de lo que lloraba; estaba adentro de la habitación con la enfermera y no podía parar de llorar, y tenía que ir a decirle a la familia que se había muerto. Y eso ahora ya no me pasa. Ahora veo una paciente con linfoma y ya me imagino lo que puede llegar a pasar (…)” (E3)

Este quiebre resulta un antes y un después en la vida del residente. Si bien ha habido quienes no han soportado tal realidad laboral, en general todos coinciden en que se han fortalecido como profesionales, han aprehendido mayores y mejores recursos para lidiar de la forma correcta con los pacientes y con su realidad laboral. A su vez, esta reconversión hace que el residente comience a aceptar las falencias, propias y del sistema, y no que sean dejadas de lado, sino que entiende que simplemente tiene que convivir con ellas, poniendo lo mejor de sí para poder superarlas.

“Si, estas muy vulnerado el primer tiempo, porque no sabes que se te presenta. Es como muy fluctuante, ahora siento más recursos para manejarme yo dentro de este lugar como persona, y como profesional van surgiendo cada vez más dudas porque a pesar de que sabes mas te das cuenta de la cantidad de cosas que pueden venir, digamos como que sos más consciente del riesgo.” (E1)

De forma clara encontramos como las tres primeras fases del Burnout se presentan en la experiencia laboral de los residentes. Resulta alentador también ver que la amplia mayoría opta

por no estancarse en la apatía, en el destrato y la despersonalización, sino que, una vez que han podido superar la experiencia, la reconvierten a su favor, sacando lo mejor de ella.

Así también resulta importante destacar que, si bien estas crisis son superadas, no sin primero intervenir en la vida personal del residente, dejando en muchas ocasiones secuelas. El presentar mal humor, irritabilidad, malos tratos hacia compañeros o pacientes han sido presentados como algunas de las formas en que los residentes demuestran su desgano laboral. Pero una vez que la crisis ha estallado, que el Burnout se encuentra maximizado, los y las residentes entrevistados han coincidido en afirmar que dicha crisis comienza a manifestarse de otra forma, con ataques de ansiedad, palpitaciones, llanto, insomnio, tabaquismo, ausentismo laboral, etc. Esto nos deja dos claras conclusiones. La primera es la capacidad y la fuerza con la que cierto hecho profesional puede intervenir e instalarse en la vida personal. La segunda hace alusión principalmente a la necesidad que han tenido algunos residentes de tomarse días para poder tranquilizarse, siempre con el aval de sus respectivos Jefes de Servicio. Este claro ejemplo demuestra las conexiones y repercusiones sociales que un “hecho individual”, como lo es el Burnout, puede tener. Justamente aquí radica la importancia de reconocer que no son hechos individuales o particulares, sino que responden a falencias institucionales y sus consecuencias son tanto individuales como institucionales.

En relación al **interés por al actual residencia**, se ha encontrado que un 47,82% de los/las residentes que sienten interés por su actual residencia padecen de Burnout. Este porcentaje se acrecienta hasta un 75% para quienes no sienten interés por su actual residencia. En general la falta de interés no significa que nunca estuvo interesado por realizar dicha especialización. Claramente eso no tendría sentido, dado que rinde un examen específico para la misma. La falta de interés se produce porque el/ la residente siente que su formación profesional está perdiendo su rumbo, algo en su experiencia cotidiana está generando dicha situación. Y en general, ese “algo” es el mismo sistema; ese sistema que no les da respuestas y los obliga a enfocarse en cuestiones que no tendrían que ser de su preocupación, tales como llevar y traer pacientes, hacer tareas que no les compete, suplir a médicos de planta, entre otros⁴².

⁴² Ver Anexo Tabla 4

La falta de interés por la propia residencia suele darse a la par que el momento de crisis más grande, en el segundo año de la residencia. Esto nos deja como conclusión que la falta de interés como tal no suele darse, lo que hay es un ofuscamiento por parte del residente que hace que sus objetivos, sus expectativas momentáneamente se nublen.

Relación con organización laboral

Salario y horas trabajadas

Se han encontrado diferencias interesantes en lo que concierne a la relación **Burnout-salario**. De aquellos residentes que perciben un salario entre \$8.000 y \$10.000, un 45% sufre de Burnout. Por otra parte, de la totalidad que cobra más de \$10.000, un 64% padece de dicho síntoma.

Esto deja entrever una importante, aunque apresurada, conclusión. Sin negarle la importancia que se merece, el factor económico no es el más importante con el que cuenta un empleado; si así lo fuese, los valores presentados tendrían que estar invertidos. Resulta evidente que, por más que el sueldo crece a lo largo de la residencia, sin ser de un exponencial crecimiento, este no logra contrarrestar las diversas situaciones a las que se exponen los residentes, causantes eventuales del Burnout encontrado.

En relación a las **horas semanales trabajadas**, se ha encontrado diferencias directamente proporcionales. Esto significa que a medida que aumenta la cantidad de horas semanales trabajadas, también lo hace el porcentaje de residentes que sufre de Burnout. El crecimiento en cuestión va desde en 25% de residentes que laboran entre 36 y 48hs y sufren de dicho síntoma, llegando hasta el 100% para quienes lo hacen más de 72hs semanales. Justamente, quienes laboran una mayor cantidad de horas semanales son los residentes más jóvenes, los R1 y R2⁴³.

Por último, en cuanto a la cantidad de **horas de guardia por semana** se ha encontrado un dato destacable. No hay diferencias entre quienes realizan guardias, con un porcentaje aprox. de 60% de afectados por el síndrome, sean estas guardias de 24hs, 36hs y 48hs. Pero sí se han encontrado diferencias con quienes no realizan guardias, es decir con el servicio de Infectología. Solo un 25% de los residentes de este servicio sufre de Burnout. Esta diferencia demuestra que la

⁴³ Ver Anexo Tabla 5

realización de guardias es una gran variable de incidencia en el síndrome. Los residentes afirman que resulta agotador y traumático tener que empezar el día de nuevo después de haber realizado una guardia desde la tarde anterior y que, de hecho, es en ese momento que suelen cometer los errores más groseros, puesto que el cansancio y mal humor los invade⁴⁴.

Esta diferencia demuestra que la realización de guardias es una gran variable de incidencia en el síndrome. Asimismo, dicho resultado se encuentra en directa relación con bibliografía que afirma que la realización de guardias, especialmente de aquellas que no pueden ser libradas, es un factor de importancia a la hora de medir el Burnout en los trabajadores de la salud (Fernandez Martinez et al, op. cit.).

Pluriempleo y polivalencia

El análisis de la relación entre **pluriempleo** y Burnout ha demostrado que un 66% de los residentes que poseen otro trabajo sufre de Burnout. Como contrapartida, un 44% de los residentes que no poseen otro trabajo sufren de dicho síntoma. Estos valores son indicativos del desgaste mental y físico que puede producir la tenencia de múltiples trabajos, particularmente cuando uno de ellos demanda un promedio de 10hs. diarias⁴⁵.

En relación a la **polivalencia** o ambigüedad del rol, se ha encontrado que de la totalidad de los residentes que creen realizar tareas que exceden su cargo y función un 56% sufre de Burnout. Este valor desciende hasta el 25% para aquellos residentes que no creen realizar tareas que exceden su cargo y función. Resulta claro que la polivalencia, entendida como el desempeño de varias funciones, resulta una variable importante al analizar el Burnout. Más aún, el puesto de residente incluye la capacidad de desempeñarse de forma polivalente; pero específicamente la problemática aquí encontrada radica en que los residentes llevan a cabo tareas que no son propias de su cargo. Es decir, a la polivalencia propia de su puesto tienen que sumarle otro tipo de polivalencia, una que excede sus propias obligaciones. Es posible pensar que el resultado de esta sumatoria es una multiplicidad de tareas y actividades que exceden sus posibilidades temporales, llevándolos al límite, y eventualmente superándolos⁴⁶.

⁴⁴ Ver Anexo Tabla 6

⁴⁵ Ver Anexo Tabla 7

⁴⁶ Ver Anexo Tabla 8

El hecho de tener que realizar tareas que exceden su cargo y función se encuentra, una vez más, en vinculación con la no- respuesta que brinda el sistema de salud. La falta de insumos, empleados, etc. hace que los residentes tengan que cumplir con tareas que no son de su responsabilidad. La queja más grande de esta situación es que, debido a esto, no logran formarse como ellos desearían, dado que sienten estar realizando mayormente tareas de asistencialismo que formándose como médicos. Los residentes denuncian que al *vivir emparchando situaciones* no pueden enfocarse en lo que consideran que es primordial, que es su formación.

Relación de Burnout con clima organizacional

Considerando las formas positivas bajo las cuales es percibido el clima organizacional del hospital, principalmente en lo que concierne a las relaciones laborales que la rodean, resulta interesante analizar si esta apreciación positiva tiene incidencia con los valores de Burnout.

Se ha encontrado que quienes consideran que el **ambiente laboral** es bueno tienden a sufrir menos de Burnout. Un 40,9% de los que consideran al ambiente como bueno y propicio para la realización de tarea sufre de Burnout. Contrario a estos valores encontramos que un 100% de los que no se sienten a gusto con el ambiente, aunque “se tolera”, sufren de Burnout.

La totalidad de los residentes creen que las tareas son mucho más complejas cuando sienten que del otro lado, en general los médicos superiores, de planta, los observan y critican desde la descalificación. Cuando se presenta hostigamiento y falta de aliento es cuando más se sufre, pues sienten que no solo tienen que cumplir con sus expectativas, sino también se sienten en la necesidad de continuamente satisfacer al otro. De hecho, una de las entrevistadas afirma que el exponerse a un ambiente laboral en donde no la alentaban, no la motivaban, le generó una crisis que, entendida en retrospectiva, fue su punto más álgido de Burnout:

“(...) es que ese es un gran problema que yo tengo. En mi servicio no hay refuerzo positivo.. Mi problema principal en todo este año y pico, y porque termine yo desgastada fue porque no me sentí... me sentí sola y sentí que todo lo que hacía era, a mi no me conformaba, pero porque no conformaba a un tercero, que era mi servicio. O no me lo mostraban, ¿entendés? Y no hay refuerzo positivo en mi servicio, en el mío.” (E1)

Así también, quienes creen que su servicio se comporta como un **equipo de trabajo**, tienden a sufrir menos Burnout, en comparación con los que creen lo contrario. Los valores encontrados arrojan que un 47% de los residentes que creen trabajar en equipo sufre de Burnout, contra un 75% que lo sufre de los que creen que no funcionan como equipo. Dentro de lo que es el trabajo en equipo encontramos que los valores de la variable “**cooperación entre profesionales**” es también proporcional a los valores de Burnout. Un 37% de quienes creen que la relación de cooperación es muy buena sufren de Burnout, siendo que este valor se acrecienta, llegando al 100% para quienes creen que la relación de cooperación es mala. La misma tendencia se ha encontrado en relación a la **predisposición** que los residentes encuentran para hacer interconsultas, con valores que comienzan en un 25% para quienes creen que la predisposición es muy buena, y se magnifican hasta el 100% para quienes creen que es mala^{47 48 49}.

Relaciones laborales- respaldo y reconocimiento de superiores, compañeros y pacientes

Así también se cree que la percepción de relaciones positivas establecidas entre los residentes y superiores, compañeros y colegas, puede también funcionar como una defensa ante las situaciones que viven cotidianamente. De esta forma podrían llegar a incidir en los valores de Burnout.

Se ha encontrado que el **reconocimiento** que pueda tener el residente de sus superiores, compañeros y pacientes puede ser un paliativo ante el sufrimiento de Burnout. En líneas generales un 34% de los residentes que se sienten reconocidos sufre de Burnout. Contrario, un 71% de los que se consideran parcialmente reconocidos sufre de dicho síntoma. A continuación se analizan de manera desagregada los valores encontrados^{50 51 52}.

Sólo un 30% de los residentes que creen ser reconocidos por sus superiores sufre de Burnout, contra un valor que se eleva hasta un 66% para quienes creen sentirse parcialmente reconocidos. Lo mismo sucede para quienes creen sentirse reconocidos por sus colegas, es decir los otros residentes. Los valores arrojados demuestran que un 35% de los residentes que se

⁴⁷ Ver Anexo Tabla 10

⁴⁸ Ver Anexo Tabla 11

⁴⁹ Ver Anexo Tabla 12

⁵⁰ Ver Anexo Tabla 13

⁵¹ Ver Anexo Tabla 14

⁵² Ver Anexo Tabla 15

sienten reconocidos por sus colegas sufre de Burnout, contra un 71% que también lo sufre, entre los que se sienten parcialmente reconocidos.

El reconocimiento y compañerismo dentro del trabajo no significa simplemente poder disfrutar, encontrar un momento de ocio o la posibilidad de distenderse dentro del trabajo; si no que se extiende hacia el propio ámbito laboral. Aquellos residentes que han confiado no ser cercanos a sus compañeros, los otros residentes, afirman sentirse a disgusto en su trabajo. Esta situación se agrava al punto de incidir en su desenvolvimiento profesional, pues no encuentran la confianza suficiente para realizar preguntas o consultas básicas de la profesión. Considerando que la inmensa mayoría del tiempo los residentes trabajan juntos, y no con los médicos de planta, el no sentirse con la comodidad necesaria para disipar dudas significa que esta retroalimentación, básica en la formación profesional, se pierde. Es decir, uno de los ejes principales del aprendizaje de la residencia, el generado con los pares, se pierde.

Por último nos encontramos con el reconocimiento que los pacientes puedan hacer de la tarea del residente. Un 37,5% de los que se sienten reconocidos por sus pacientes presenta Burnout, contra un 77% que lo sufre, de entre los que se sienten parcialmente reconocidos. A medida que avanza el tiempo, y como parte de los nuevos recursos que captan sobre la relación con el paciente, los residentes comienzan a aceptar que el paciente puede o no reconocer y agradecerles la labor llevada a cabo, como así también pueden optar por aceptar lo que le indica el residente, en términos de tratamientos o recomendaciones, o no aceptarlo, haciendo lo que deseen. La aceptación de la individualidad del paciente, como ser humano con disposiciones y decisiones propias, conlleva todo un proceso. Pero hasta que dicho proceso es llevado a cabo muchos de los residentes han afirmado que les genera o ha generado irritabilidad la falta de compromiso y agradecimiento en el paciente. Una vez más, esta situación se encuentra en vinculación con la capacidad de aprender a lidiar correctamente con ellos, tarea que es aprendida en el camino, y solo a partir de los errores.

En cuanto al **respaldo ante conflictos** que puedan brindar compañeros, superiores, y otros profesionales, se ha encontrado que, si bien puede mermar los valores de Burnout, no lo hace de la misma forma que el reconocimiento brindado^{53 54 55}.

⁵³ Ver Anexo Tabla 16

Entre quienes se consideran siempre respaldados por sus compañeros, un 46% presenta Burnout, este valor aumenta hasta un 53% para quienes creen estar frecuentemente respaldados. Valores similares son encontrados para quienes se sienten respaldados por sus superiores; el 44% de aquellos que se sienten respaldados sufre del síndrome en cuestión, este porcentaje aumenta hasta el 50% para quienes creen estar frecuentemente respaldados. La mayor diferencia encontrada es en el respaldo que puedan brindar otros profesionales. Un 63% de los que creen frecuentemente sentirse respaldados por otros profesionales sufre de Burnout, mientras que un 71% de aquellos que raramente se sienten respaldados lo sufre.

Aspectos negativos de la residencia

A modo de resumen, se les pidió a los residentes que relataran aquellas cuestiones que consideraban negativas de la residencia. Muchas de las respuestas fueron similares, y la raíz, el motivo ulterior de sus quejas, ciertamente también lo fue.

La primera gran queja radica, una vez más, en la no respuesta del sistema de salud, en los serios faltantes que cotidianamente se presentan y que son los residentes quienes tienen que cargar con ellos. Otra de las quejas fue la organización de las guardias. Si bien en algunos servicios se está dando paulatinamente una nueva organización, en general son los residentes quienes les ponen el cuerpo, llegando a estar 24hs de guardia, manteniendo al día siguiente su jornada normalmente. La necesidad de pos guardia es un hecho, los residentes saben que no pueden desempeñarse normalmente cuando pasan más de un día despiertos. La organización del consultorio también fue motivo de críticas. Consideran que habría un mejor desempeño si la atención en el mismo fuese más espaciada, y no hubiese que atender a 8 o 10 pacientes en una sola tarde. Peor aún cuando esa tarde es un pos guardia. En todos los casos también se habló del estilo de servicio en el cual se desempeñan. Los residentes afirman que un servicio verticalista, en donde las jerarquías están fuertemente marcadas, no los hace sentir cómodos. El respeto por el puesto, la jerarquía siempre está presente pero creen que el destrato por estar recién comenzando esta carrera no suma, de hecho resta, pues no les permite desarrollarse con tranquilidad. Por último se criticó la mala predisposición por el trabajo que presentan algunos empleados

⁵⁴ Ver Anexo Tabla 17

⁵⁵ Ver Anexo Tabla 18

hospitalarios; los residentes creen que este tipo de empleados hace que sus propias tareas sean más difíciles de llevar a cabo.

Todos estos problemas encontrados conllevan a otro, uno mayor, la real preocupación de los residentes. Este es su propia formación. Ellos comprenden que trabajar en un hospital con falencias es parte de lo que eligieron, pero estos problemas puntualmente hacen que, por momentos, sientan que están poniendo su propia formación en juego, pues más de una vez tiene que ser momentáneamente dejada de lado para poder sortear estas dificultades. Estos jóvenes profesionales cuentan con entusiasmo, motivación y ganas de superarse. La queja de los residentes no es infundada; su preocupación no es en vano, entienden que son futuros médicos, y quieren trabajar día a día lo mejor posible, aprendiendo y perfeccionándose. Para eso necesitan de un sistema que los acompañe, que en la mayoría de las ocasiones no lo encuentran.

Relación de Burnout con Satisfacción Laboral

Por último, de forma obvia, resulta la posible relación entre Burnout y Satisfacción laboral, pudiendo conjeturar que quienes se encuentran satisfechos laboralmente sufrirán menos de Burnout.

Los valores encontrados reafirman lo antes expuesto. Solo un 25% de quienes sienten **satisfacción** con su trabajo sufren de Burnout. Este valor llega al 69% para quienes se encuentran parcialmente satisfechos⁵⁶.

Nuestros resultados arrojan un alto índice de burnout, lo que se encuentra en coincidencia con la bibliografía analizada (Zaldúa, op. cit.; Ferrer dos Santos, op. cit.; Silva Peralta, op. cit., Neira, op. cit., Goldberg et al, op. cit.; Fernández Martínez et al, op. cit.; Cáceres Pallavidino et al, op. cit.)

La variable de mayor afectación es la de la Realización Personal, seguida por el Agotamiento Emocional y posteriormente la Despersonalización. Este resultado también es contrario al encontrado en la bibliografía analizada, en las cuales la Despersonalización se presenta como la variable de mayor afectación, seguida por el Agotamiento Emocional. Asimismo, en las investigaciones antes nombradas, pese a los valores de AE y DE, se

⁵⁶ Ver Anexo Tabla 19

encontraron altos valores de RP (Maldonado, op. cit.; Zaldúa, op. cit., Ferrer dos Santos, op. cit., Neira, op. cit., Delle Donne, op. cit.).

En cuanto a las variables socio- demográficas encontradas, se puede afirmar que el sexo es de incidencia y la edad, aunque a simple vista pareciese que también, no lo es. Por su parte, las variables de trayectoria, servicio, cargo, interés por la actual residencia, e interés por otra residencia, han introducido interesantes diferencias. Opuesto a investigaciones que afirman las diferencias entre los servicios, es posible decir que estas existen, aunque no son tan marcadas (Zaldúa et al, op. cit., Ferrer dos Campos, op. cit., Cáceres Pallavidino et al, op. cit.). En cuanto al cargo, se ha encontrado que la variación es similar a la encontrada por Neira, (Neira, op. cit.), aunque los valores de la presente son considerablemente más altos. En lo referente al interés por la actual residencia y por otra residencia, es posible decir que, si bien en todos los casos los porcentajes de residentes que padecen Burnout son altos, los mismos tienden a descender cuando el/ la residente está interesado por la residencia que realiza y/o no mantiene interés por otra residencia.

Asimismo el salario ha demostrado ser una variable que no funciona de la forma en la que se podría esperar, es decir, no tiene la incidencia que socialmente se le adjudica, en tanto que quienes más cobran son quienes presentan proporcionalmente mayor porcentaje de Burnout. Este cruce no significa que el cobrar más represente algún cambio en relación a los niveles de Burnout encontrados; sino significa principalmente la falta de relación que hay entre ambos.

Así también se ha encontrado que las horas semanales trabajadas resultan de gran incidencia en el padecimiento de Burnout; quienes más horas trabajan son quienes más sufren de Burnout. En relación a la cantidad de horas de guardia por semana, se ha encontrado que si bien no hay grandes diferencias en el porcentaje de la población que sufre de Burnout de acuerdo a la cantidad de horas de guardia que realiza semanalmente, sí hay diferencias entre quienes realizan guardias y quiénes no. Quienes no realizan guardias tienden a sufrir considerablemente menos Burnout que quienes las realizan.

En cuanto al pluriempleo y la polivalencia los valores son directamente proporcionales, lo que significa que quienes mantienen otro trabajo y/o sienten que realizan tareas que exceden su

puesto, tienden a mantener mayores porcentajes de Burnout que aquellos que no cumplen con estas dos características.

En líneas generales encontramos un residente que comienza su experiencia profesional con grandes expectativas y altamente motivado; pero a medida que la misma transcurre, la realidad los comienza a chocar. El quiebre más grande tiende a darse entre el primer y el segundo año de la residencia, allí cuando aceptan que la realidad no es eso que los libros explican, y que desenvolverse en un hospital con grandes falencias hace que todo cueste el doble. Pero no todo es tan malo, es a partir de esta crisis que los residentes la reconvierten en los recursos necesarios para fortalecerse. Esto no significa que una vez superada la crisis todo vuelva a estar bien, los residentes encuentran serios aspectos negativos en su trabajo, aquellos que hacen sentir que, en más de una ocasión, su propia formación es puesta en riesgo.

No resulta novedoso plantear los altos niveles de Burnout encontrados. Desde la percepción de sus propios residentes, el H.I.G.A. Dr. Oscar Alende es caracterizado como un hospital en donde hay falta de políticas claras, de insumos, de salarios dignos, de personal, de seguridad, malas condiciones edilicias, miedo al comportamiento de los pacientes y sus familiares; sumado todo esto a un continuo crecimiento en la demanda de atención, a partir del cual los mismos catalogan al hospital como colapsado. Pareciera ser que las faltas y las problemáticas de ellas devenidas son el común denominador en el discurso de los residentes. Citando a Zaldúa (Zaldúa, op. cit.) es posible decir que *“el profesional en un hospital desmantelado, desgastado, se desgasta”*. Las amplias carencias encontradas en el hospital repercuten tanto en sus empleados como en quienes allí se atienden. Los residentes tienen que desarrollar su tarea sobre una vastedad de problemáticas, tales como problemas edilicios, polivalencia, pluriempleo, falta de salarios dignos, etc. Estas cuestiones devienen en claros estresores para el desarrollo de su tarea. Pero así también los pacientes sufren aquellas carencias edilicias, la falta de mayor cantidad de médicos, largas esperas; cuestiones que eventualmente se traducen en aquellos malos tratos que los residentes denuncian. Podría decirse que las consecuencias sufridas por los residentes son por partida doble.

Pero tal como se esperaba, el buen clima organizacional que los residentes perciben en su trabajo ayuda a contrarrestar los altos valores de Burnout. Este hecho se da principalmente a partir de las buenas relaciones laborales que los residentes afirman tener. En relación con la

bibliografía consultada estas relaciones pueden ser consideradas como procesos de movilización subjetiva (Dejours, op. cit., Silva Peralta, op. cit.) mediante los cuales los residentes combaten la situación vivida.

Un estudio previo al presente llevado a cabo en la guardia del H.I.G.A por Silva Peralta (Silva Peralta, op. cit.) ha demostrado que los empleados que allí trabajaban no sufrían de Burnout, sino que se encontraban “en proceso” de padecerlo. Si bien dicha investigación abarcó una población más amplia que solo los residentes, 9 años más tarde puede decirse que el proceso ha terminado, el síndrome se ha instalado entre los residentes.

Las formas de mitigarlo remiten principalmente a los vínculos humanos que los residentes encuentran dentro de su trabajo, en sus compañeros y superiores principalmente, como así también a la satisfacción laboral que dicen sentir. Pero evidentemente estos recursos no son suficientes; los altos valores de Burnout dan cuenta de esto.

Capítulo VI- La belleza del caos

Análisis de Engagement

Contrario a lo que sucede con el Burnout, no puede decirse que un individuo posee o no Engagement, sino que el mismo es medido en una escala de tipo Likert, cuyos niveles son: “Muy Bajo”, “Bajo”, “Promedio”, “Alto” y “Muy Alto”. Asimismo, no solo se puede analizar los resultados individuales de cada categoría del Engagement, sino también un puntaje total sobre dicho constructo.

A continuación se presentan los datos sobre Engagement de los médicos residentes del Hospital H.I.G.A. Dr. Oscar Alende:

Cuadro N° 5- Medias de las dimensiones del Engagement en los médicos residentes

	<i>Vigor</i>	<i>Dedicación</i>	<i>Absorción</i>	<i>Puntaje Total (Engagement)</i>
<i>Media</i>	3,94	4,20	4,08	4,05

Cuadro N° 6- Distribución porcentual de residentes según dimensiones de Engagement

	<i>Vigor</i>	<i>Dedicación</i>	<i>Absorción</i>	<i>Puntaje Total</i> <i>(Engagement)</i>
<i>Muy Bajo</i>	7,4	3,7	3,7	3,7
<i>Bajo</i>	11,1	7,4	7,4	11,1
<i>Promedio</i>	66,7	55,6	55,6	59,3
<i>Alto</i>	7,4	29,6	25,9	25,9
<i>Muy Alto</i>	7,4	3,7	7,4	-

A partir del análisis de las medias resulta posible decir que los/ las residentes mantienen un Engagement promedio, con una media de 4,05. Todas las categorías analizadas han presentado también valores promedios, siendo Dedicación el dominio de mayor puntaje medio, 4,20, seguido por Absorción, 4,08, y Vigor, con un puntaje medio de 3,94.

En concordancia con los valores encontrados, es posible afirmar que un 59,3% de los/las médicos residentes tienen un nivel de Engagement promedio. Este nivel promedio se mantiene para todas las categorías que lo componen, siendo que un 55,6% mantiene niveles promedio de dedicación y absorción; para la categoría vigor se encuentra que el porcentaje se eleva, en tanto un 66,7% presenta valores promedio.

Los valores expuestos arrojan que los residentes del H.I.G.A mantienen un compromiso, satisfacción y dedicación promedio con su trabajo. Lo mismo sucede con las categorías que componen al Engagement. Es decir, en cuanto al vigor es posible decir que los residentes mantienen niveles promedio de resiliencia y energía; los valores de dedicación nos indican que el orgullo, compromiso y la centralidad del trabajo para los residentes es promedio; y los de absorción nos indican que la concentración dentro del ámbito de trabajo es promedio.

Como segunda medida de fuerza encontramos que estos resultados se traducen a Altos para la totalidad de las categorías que componen al Engagement, a excepción del vigor. Tanto para el puntaje total como para las categorías dedicación y absorción, la categoría alto es la

segunda de mayor porcentaje, con valores del 25,9%, 29,6% y 25,9%, respectivamente. Para la categoría vigor encontramos que la segunda categoría de mayor valor es Bajo, con un 11,1% de residentes que la componen.

Si bien son porcentajes menores a los encontrados para la categoría Promedio, estos valores son sumamente interesantes, pues nos dicen que aproximadamente un cuarto del plantel de residentes mantiene niveles de Engagement, dedicación y absorción altos.

Al igual que con el análisis del Burnout, los valores recién arrojados necesitan de una contextualización que los dote de sentido. Por eso a continuación se propone un análisis del Engagement a partir del cruce con los valores encontrados en la encuesta sobre CyMAT. Al igual que con el análisis de Burnout, se espera que el mismo evidencie mayores relaciones entre ambos conceptos, brindando mayores posibilidades de comprensión. Los cruces aquí analizados son aquellos que, de forma positiva o negativa, han presentado algún tipo de relación entre Engagement y CyMAT.

Asimismo el análisis estará centrado en los valores que han presentado mayores porcentajes, es decir aquellos Promedio y Alto. Sin embargo no se desatenderá al resto de las categorías, en la medida que se presenten cambios destacables.

Distribución de los valores de Engagement

Relación con variables socio- demográficas y de trayectoria

En relación a la variable **sexo**, se ha encontrado que tanto hombres como mujeres mantienen niveles promedio de Engagement, aunque con diferencias interesantes. Mientras que ellos mantienen en un 53% un Engagement promedio, un 66% del plantel femenino mantiene el Engagement en dicha categoría. Asimismo se ha encontrado que mientras que un 33% de los hombres tiene un nivel alto de Engagement, solo un 16% de las mujeres también lo hace. Hacia el interior de este concepto encontramos que la única categoría que ha presentado variación en relación al sexo es la de absorción, siendo que las mujeres mantienen valores considerablemente más altos que los hombres, con un 41,6% de mujeres que mantienen una absorción alta, por

sobre un 13,3% de hombres que también lo hacen. El resto de las categorías no presenta diferencias en relación a esta variable⁵⁷.

En simples palabras, encontramos que porcentualmente hay mayor cantidad de residentes mujeres que presentan un compromiso, satisfacción y dedicación promedio, aunque para la categoría alto, hay mayor porcentaje de residentes hombres comprometidos, satisfechos y dedicados. A su vez, son las mujeres, las que presentan mayores niveles de absorción; es decir que mantienen mayores niveles de concentración en el trabajo que los hombres.

En cuanto a la **edad** se ha encontrado que la misma no introduce grandes variaciones en los niveles de Engagement, como así tampoco para la categoría vigor. Pero sí se han encontrado diferencias relevantes en lo que a absorción y dedicación corresponde. Para ambas categorías se ha encontrado que a mayor edad, mayores niveles de absorción y dedicación. Mientras que entre los 24 y 30 años un 61,11% presenta valores promedios de absorción, entre los 31 y 36 años un 57,14% presenta niveles altos. Lo mismo sucede con la categoría dedicación, con un 72% de dedicación promedio para los residentes entre 24 y 30 años, pasando a un 57,14% de dedicación alta para los residentes entre 31 y 36 años. Al igual que con el análisis de Burnout, no se cree que en el caso del puesto de médico residente la relación sea directa, sino que encontramos otra variable que es la que realmente intercede: la experiencia. Esta hace que con el tiempo los residentes logren amoldarse a su trabajo, logrando sentirse a gusto. Al mantener la mayoría edades similares, mayor edad significa mayor tiempo en el puesto de residente y por ende mayor experiencia⁵⁸.

De acuerdo al **cargo**, se ha encontrado que el 50% de los R1 mantiene niveles bajos de Engagement, el 100% de los R2 mantiene niveles promedio y los R3 y R4 mantienen valores similares al global, con un 71,42% de R3 con valores promedios y un 28,57% con valores altos; un 50% de R4 con valores promedios y un 25% con valores altos. Inverso a los valores globales encontrados, un 40% de los CO presentan un nivel promedio de Engagement, contra un 60% que presentan niveles altos.

Cuadro N° 7- Distribución de valores de Engagement según cargo

⁵⁷ Ver Anexo Tabla 20

⁵⁸ Ver Anexo Tabla 21

		Cargo				
		R1	R2	R3	R4	Concurrente
Engagement	Muy Bajo	0%	0%	0%	25%	0%
	Bajo	50%	0%	0%	0%	0%
	Promedio	33,3%	100%	71,4%	50%	40%
	Alto	16,6%	0%	28,5%	25%	60%
Total		100%	100%	100%	100%	100%

Analizando estos valores es posible decir que conforme se avanza en la residencia los valores de Engagement tienden a aumentar, pasando de una amplia mayoría de R1 con niveles bajos, a la totalidad de R2 con un porcentaje promedio, y en los R3 y R4 valores que tienden a asentarse y mantenerse dentro de las categorías promedio y alto. Al momento de analizar estos valores se creyó posible que la inexperiencia laboral, sumada a una realidad hospitalaria compleja, podía hacer que en un comienzo los residentes se sintieran superados por su nueva realidad laboral. Por eso, con el correr de la residencia y por ende una mayor experiencia, los valores tendían a aumentar. Pero para una mejor explicación fue necesario el cruce con la voz de los residentes, escuchar desde su propia perspectiva qué era aquello que los hacía comprometerse con el trabajo después de un tiempo.

Los residentes contaron en su totalidad que no es fácil la adaptación en un hospital y a una residencia. Es principalmente la inexperiencia, el no saber qué es lo que iban a encontrar lo que los incomodaba en un principio. La polivalencia también fue descrita como un hecho por demás estresante, y el no saber manejarla, la empeora. Todos los residentes han descrito lo complejo que es tener que realizar más de una actividad a la vez, sentir que ninguna está bien hecha, y saber que debido a eso pierden uno de los pilares más importantes, que es el estudio en sus hogares. Así también, como ya fue analizado en el capítulo sobre Burnout, la inexperiencia

hace que en más de una oportunidad se impliquen por demás con el paciente, lo que conlleva problemas a posteriori. Todas estas cuestiones hacen que, en un primer momento, el residente no se sienta a gusto en su puesto, y por ende, no pueda comprometerse como creía que lo iba a hacer. Eventualmente, estos sentimientos llevan hacia el momento más álgido del síndrome de Burnout, esa crisis que suele darse entre la finalización del primer año y el comienzo del segundo⁵⁹.

Pero una vez que sucumben ante la crisis no queda más que rearmarse. Este es el momento en donde los residentes no solo generan vínculos fuertes, si no que gracias a esos vínculos crean recursos para comprender de una mejor forma su realidad profesional. Recordemos que esta crisis, el punto más álgido del Burnout, suele darse finalizando el primer año o en el segundo año de residencia; mientras que comienzan a sentirse realmente fortalecidos a partir del tercer año.

A medida que pasa la residencia los residentes vuelven a reencontrarse con su eje, con sus propios objetivos. Comienzan a desnaturalizar aquellas cuestiones que les generaban, o generan, sufrimiento dentro de su trabajo, para volver a naturalizarlas desde otra perspectiva. Así, entienden que no siempre tendrán tiempo para estudiar, que no pueden vincularse tanto con un paciente porque sufrirán, y que pese a que pongan su mejor voluntad, no podrán solucionar los problemas institucionales de la salud pública.

Es en este momento que dejan de ofuscarse por todo lo que los rodea y comienzan a recordar que su formación es lo principal, que es el objetivo por el cual optaron hacer una residencia. El resultado de dicha revelación es que comienzan a disfrutar su experiencia profesional, dejan de sentir que tienen que sobrellevar el día a día, sino que pueden llevarlo, y en muchas ocasiones de buena forma. Pero el resultado más importante es que a partir de este momento pueden comprometerse con su trabajo, puede realmente ser residentes engaged.

“(…) Yo me siento, como decirte, no me vería trabajando en otro lugar que no sea este ahora. No me veo, no sé, con otra profesión, no. Y es un lugar donde te dan formación académica y en cierta forma tenés un sueldo que te permite vivir normal, darte algunos gustos, y encima estar

⁵⁹ Dicha crisis ha sido analizada en el capítulo V.

aprendiendo, el producto final, más allá de la pesadez, es que venís con ganas. Y lo sigo eligiendo.” (E1)

Pero no solamente resulta importante el Engagement del residente por él o ella, para que él/ ella disfrute; sino que sus consecuencias se trasladan a todos los ámbitos de su vida profesional, repercutiendo en sus pacientes, en el trato con sus compañeros y superiores, en la forma que afronta las problemáticas que se le presentan, etc. Un residente engaged es un residente comprometido con su trabajo, que se siente a gusto en el mismo y que intentará dar lo mejor de sí. Esto significa que será proactivo, eficiente, eficaz; lo cual se traducirá de forma positiva para el hospital.

“Influye en cómo te sentís vos, primero y principal, y de ahí como vos te sientas, si vos estas bien predispueto podés aprender más, podés atender más pacientes, podés atenderlos mejor, con mejor cara y brindar un mejor servicio y tener una mejor formación. Yo no creo que nadie pueda formarse bien, ni trabajar bien, en un lugar donde se siente mal, donde lo hostigan, donde lo molestan.” (E4)

La variable **servicio** ha demostrado que tampoco es de gran incidencia con respecto al valor del Engagement. Esto significa que la totalidad de los servicios presentan niveles similares al global, y entre sí. Lo mismo sucede con las categorías que componen al Engagement⁶⁰.

En cuanto al **interés por la actual residencia**, se ha encontrado que la misma no mantiene relación con los valores de Engagement. Aquellos residentes que están interesados por su residencia como los que no, mantienen valores de Engagement similares al global, siendo la primera fuerza el valor promedio, seguido por alto. Lo mismo sucede con las categorías absorción y dedicación. Pero en referencia al vigor se ha encontrado que mientras que los residentes que afirman estar interesados en su residencia mantienen mayormente niveles de vigor promedios y altos, con un 69% y 8,7%, respectivamente, aquellos que no sienten interés por su residencia mantienen niveles promedio y bajo, con valores del 50% y 25%, respectivamente⁶¹.

Los resultados encontrados afirman que los residentes que no sienten interés por la residencia que están llevando a cabo trabajan con el mismo compromiso, orgullo, concentración,

⁶⁰ Ver Anexo Tabla 22

⁶¹ Ver Anexo Tabla 23

etc. Que los que sí están interesados, un compromiso en mayor medida promedio. De forma contraria, la energía con la que se trabaja, medida a través del vigor, sí tiende a ser menor en aquellos residentes que no están interesados por su actual residencia.

Una vez más, vale aclarar que la falta de interés no significa una falta real, si no que es así sentido cuando el residente se encuentra en una crisis, cuando olvida por qué es que eligió lo que eligió. Esta diferenciación podría explicar por qué es que no hay diferencias sustanciales entre quienes “sienten” interés y quiénes no. De una forma u otra todos sienten interés, por eso que trabajan de la misma manera.

Por último, ante el cruce entre Engagement y la variable “**interés por otra especialidad**” se ha encontrado que quienes no presentan interés por otra especialidad mantienen un 75% de Engagement promedio y un 25% de Engagement alto. Pero quienes sí presentan interés por realizar otra especialización mantienen un Engagement promedio en un 46% y un nivel de Engagement bajo en un 26%⁶².

Estos valores remarcan la incidencia que tiene para los residentes el hecho de haber tomado la decisión correcta en cuanto a la especialidad elegida. Quienes creen que han elegido la especialidad a la que quieren dedicarse y no están interesados en otra, presentan un mayor compromiso con la misma; contrario a lo que sucede con aquellos residentes que han elegido una especialidad pero tienen su interés y atención puesta en otra.

Relación con organización laboral

Salario y horas trabajadas

A partir de la introducción de la variable **salario** es posible afirmar que el factor económico no es de gran incidencia en los valores de Engagement de los médicos residentes. Con valores muy similares se ha encontrado que tanto aquellos que cobran entre \$8.000 y \$10.000, como los que cobran más de \$10.000 mantienen un Engagement promedio, con valores del 63% y 64%, respectivamente. Así también, el nivel alto de Engagement es la segunda categoría con mayor porcentaje, con 18% y 21,42%, respectivamente⁶³.

⁶² Ver Anexo Tabla 24

⁶³ Ver Anexo Tabla 25

Al igual que los resultados encontrados con el Burnout, es posible decir que el salario no es una variable de incidencia en el nivel de Engagement que puedan presentar los residentes. Esto significa que la tarea que llevan a cabo resulta gratificante o no por sí misma, no por las consecuencias económicas.

En cuanto a las **horas semanales trabajadas**, se ha encontrado que a medida que se labora más cantidad de horas los valores de Engagement tienden a descender. Quienes trabajan entre 36 y 48hs, y entre 49 y 60hs mantienen niveles promedios y altos de Engagement, pero conforme se agudiza el horario laboral los valores promedio y altos tienden a descender para dar lugar a un Engagement bajo. Una vez más encontramos que son los R1, y en menor medida, los R2 quienes trabajan mayor cantidad de horas. Asimismo, son estos dos grupos los que mantienen los niveles más bajos de Engagement. Todo indicaría que es en el comienzo del proceso que se da el menor compromiso, por todo lo que conlleva dicho momento⁶⁴.

Por último, en referencia a las **horas de guardia por semana** es posible decir que a medida que se realiza mayor cantidad de horas de guardia el Engagement tiende a decrecer. Quienes realizan 24hs y 36hs de guardia mantienen niveles de Engagement similares al global, siendo mayormente un Engagement promedio y alto; aun así dentro de estas dos jornadas de guardia se encuentran diferencias. Quienes realizan guardias de 24hs mantienen un Engagement promedio en el 66% de los casos, y un Engagement alto en un 33%; pero estos valores comienzan a descender para quienes realizan 36hs de guardia, en tanto un 80% mantiene valores promedios y un 20% valores altos. Por su parte, quienes realizan 48hs de guardia semanales, los R1 en general, si bien mantienen un Engagement promedio, este desciende a un 45%, dando lugar a la expansión de la categoría bajo, que crece hasta llegar a un 27% de los residentes⁶⁵.

Los valores encontrados de acuerdo a la cantidad de horas trabajadas y a las horas de guardia por semana indican que el Engagement tiende a descender conforme se realizan jornadas laborales más extensas. Esto significa que más allá del compromiso que el residente pueda tener con su trabajo, el mismo desciende cuando el residente es sometido a jornadas interminables. Así también, este resultado deja entrever que si bien una de las grandes características del Engagement es la sensación de que “el tiempo no existe”, dicha afirmación posiblemente sea

⁶⁴ Ver Anexo Tabla 26

⁶⁵ Ver Anexo Tabla 27

solo contemplativa de jornadas laborales “normales”, o dentro del marco de la ley, no extensible a jornadas interminables que privan al residente de una vida personal además de profesional.

Pluriempleo y polivalencia

Los resultados encontrados a partir del cruce con las variables que analizan el pluriempleo y la polivalencia resultan curiosamente interesantes.

En relación al **pluriempleo** se ha encontrado que tanto los que tienen otro trabajo, como los que no lo tienen, mantienen mayormente un Engagement promedio, con un porcentaje del 44% y 66%, respectivamente. Pero inversamente a lo que podría suponerse, el 44% de quienes han afirmado tener otro empleo mantienen un Engagement alto, contra el 16% de la misma categoría para quienes no tienen otro trabajo⁶⁶.

En cuanto a la **polivalencia**, es posible decir que el 100% de quienes no creen realizar tareas que exceden su cargo y función mantienen un Engagement promedio. Pero los residentes que sí creen realizar tareas que exceden su cargo y función tienden a mantener mayores niveles de Engagement. Mientras que un 52% de ellos mantiene un Engagement promedio, un 30,43% mantiene un Engagement alto⁶⁷.

Estos resultados son contrarios a lo que “normalmente” podría esperarse. Es de suponer que mantener dos trabajos, cuando por lo menos uno de ellos es de gran demanda, y realizar tareas que exceden su cargo y función, haría que el compromiso laboral de los residentes mermara, dado que estos dos hechos restan concentración en su actividad primaria, es decir su residencia. Pero contrario a esto, se ha encontrado que tanto quienes mantienen dos trabajos, como quienes realizan tareas ajenas a su puesto tienden a mantener mayores niveles de Engagement que aquellos que no tienen otro trabajo ni creen realizar tareas que exceden su cargo y función. ¿Será posible que parte de aquello que alimenta el compromiso laboral de los médicos residentes sea la presión que ejerce dicha profesión? La mayoría de los residentes cree que así lo es, que hay una relación entre la presión y el compromiso, pero una de las entrevistadas lo demostró claramente:

⁶⁶ Ver Anexo Tabla 28

⁶⁷ Ver Anexo Tabla 29

“Podría meterme alguien a un manicomio por decirlo, pero la pasamos bien, no se pasa tan terrible. Hay algo de la complejidad que te imprime desafíos, o que se yo... pero lo vivimos bien (...) como que hay algo de exigencia y algo de que le encontramos un sentido a estar exigidos.”

(E1)

Los residentes son conscientes que tienen trabajos que exceden aquellas actividades consideradas “normales”; el trato con la enfermedad, con el dolor ajeno y con la muerte son naturalmente hechos difíciles de sobrellevar. Pero a su vez, son esos mismos hechos por los cuales eligen una y otra vez su profesión. Por la complejidad, el esfuerzo y la exigencia que conlleva soportar diariamente dosis de situaciones que resultarían traumáticas para la mayoría de la población. Al preguntarle a un residente cuales eran las cosas que más le gustaban de su trabajo, el mismo respondió la Unidad Coronaria y la guardia. Ambos lugares son extremadamente delicados. En el primero porque todos los pacientes a tratar son cardíacos severos, y en el segundo porque es a donde ingresan todas las urgencias. Al preguntarle por qué le gustaban esos lugares tan estresantes, el residente respondió:

“No sé, creo que... sentís una cosa rara cuando tenés que resolver algo ya. Muchas veces es cuestión de que haces algo y al tipo lo salvas, lo hiciste dos minutos después y no lo salvaste. Y esa presión, jugar con ese tiempo, no se...es hasta más divertido que estar sentado “¿tomo la aspirina hoy?”(...) A mí me encanta, me parece mucho más interesante ver un tipo que está hecho pedazos, empezar hacer mil cosas a la vez para tratar de ayudarlo, que, ya te digo, estar sentado charlando en un consultorio.” (E6)

Relación del Engagement con clima organizacional

A partir del cruce del Engagement con el **ambiente y clima laboral** se han encontrado resultados que hablan de una relación que aunque existente no es tan marcada, como sí sucede entre estas variables y el Burnout.

Tanto los residentes que creen que el ambiente laboral es correcto para llevar a cabo sus tareas, como quienes creen lo contrario, han demostrado mantener un nivel promedio de

Engagement, en un 54% y 75%, respectivamente. Así también, un 23% y 25% de ellos mantienen niveles altos de Engagement⁶⁸.

Se ha comprobado que quienes creen que su servicio funciona como un **equipo de trabajo** tienden a mantener mayores niveles de Engagement que quienes no lo creen. Mientras que un 65% de los residentes que creen que su servicio funciona como un equipo mantiene un Engagement promedio, este valor desciende hasta el 25% de los residentes que creen lo contrario. Este descenso da lugar al crecimiento de un Engagement bajo, siendo que el 50% de los residentes que no creen funcionar como equipo, lo padece⁶⁹. Asimismo, la **cooperación con otros profesionales**, muestra que cuanto mejor se percibe esta relación, mayores son los niveles de Engagement. Aquellos residentes que creen mantener una buena cooperación tienden a mostrar niveles de Engagement de promedio a altos, con valores que oscilan entre el 60% y 30% respectivamente. Pero a medida que la percepción de la cooperación comienza a ser negativa, lo mismo sucede con el Engagement, dando lugar a un Engagement de promedio a bajo, con un 75% y 25%, respectivamente, de residentes con dichos valores⁷⁰.

Por último, en lo que refiere a la **predisposición para interconsultas**, el patrón de comportamiento se mantiene. Cuanto mejor se perciben la predisposición de otros profesionales, mayores son los niveles de Engagement encontrados. Un 50% de los residentes que creen que la predisposición es muy buena mantiene un Engagement alto. Este valor comienza a descender, dando lugar a valores promedios, cuando la predisposición es percibida como buena o regular⁷¹.

Relaciones laborales- respaldo y reconocimiento de superiores, compañeros y pacientes

Dado que los recursos humanos han sido caracterizados como uno de los pilares sobre los que más se apoyan los residentes, es posible conjeturar que pueden mantener cierta incidencia sobre su nivel de Engagement. De hecho, así lo fue, pero el contenido más rico de dichas relaciones se encontró a través de las entrevistas. En simples palabras: los residentes soportan la residencia gracias a los fuertes lazos que generan. A continuación se procede a explicar dicha relación de forma más acabada.

⁶⁸ Ver Anexo Tabla 30

⁶⁹ Ver Anexo Tabla 31

⁷⁰ Ver Anexo Tabla 32

⁷¹ Ver Anexo Tabla 33

Se ha encontrado que el **respaldo ante situaciones conflictivas**, proporcionado por compañeros, superiores y otros profesionales, es importante para el nivel de Engagement del/ la residente. En líneas generales es posible decir que cuanto mayor es el respaldo que el residente recibe, mayores son los valores de Engagement. Asimismo, hacia el interior de estos distintos tipos de respaldo se encuentran diferencias^{72 73 74}.

En cuanto al respaldo recibido por parte de sus compañeros, se ha encontrado que un 38% de quienes creen ser siempre respaldados mantienen un Engagement alto. Este nivel desciende hasta el 15%, dando lugar a un Engagement promedio, para quienes solo a veces creen estar respaldados.

En lo que refiere al respaldo brindado por los superiores, se ha encontrado que las máximas variaciones tienden a darse con los niveles promedio de Engagement. El mismo asciende de un 33% a un 75% entre aquellos que creen ser solo a veces respaldados y aquellos que siempre lo sienten así. Este ascenso en los niveles de Engagement está principalmente relacionado con la seguridad que pueden sentir los residentes. Quienes se sienten respaldados creen tener más seguridad para realizar su tarea, no porque la misma no vaya a ser criticada, si no porque saben que la crítica es positiva, desde el aprendizaje y no desde la descalificación.

Por último encontramos el respaldo de otros profesionales. Mientras que quienes creen ser siempre respaldados por otros profesionales mantienen un Engagement alto en el 100% de los casos, el mismo desciende a promedio para quienes a veces se sienten respaldados, con un 54% de residentes que así lo sienten, y para quienes no se sienten respaldados, con un porcentaje del 57% de los residentes.

En líneas generales encontramos una variación, que aunque con diferencias, responde a la misma lógica: cuanto mayor es el respaldo que sienten, mayores son los niveles de Engagement encontrados.

También resulta menester hablar del **reconocimiento** que otras personas le pueden brindar al residente.

⁷² Ver Anexo Tabla 34

⁷³ Ver Anexo Tabla 35

⁷⁴ Ver Anexo Tabla 36

A partir del análisis cuantitativo se ha encontrado que el Engagement puede variar de acuerdo al reconocimiento brindado por colegas, es decir otros residentes⁷⁵. Pero solo a través del análisis cualitativo pudo ser comprendida la forma en la que el reconocimiento de superiores y pacientes afecta al Engagement del residente.

Siguiendo con la lógica encontrada es posible decir que cuanto mayor es el reconocimiento brindado, mayores son los niveles de Engagement. El 70% de quienes creen ser reconocidos por sus colegas mantienen un Engagement promedio, el restante 30% mantiene un Engagement alto. Ambos porcentajes descienden para quienes creen ser reconocidos parcialmente, a un 57% y 14% respectivamente.

En cuanto al reconocimiento brindado por los superiores encontramos que cuanto mayor es este, más cómodo se siente y mejor se desempeña el residente. Hablar de reconocimiento no significa la exacerbada aprobación a las tareas llevadas a cabo por el residente, ni las felicitaciones por algo que no merece. Los residentes creen que el reconocimiento tiene que ver con que el superior comprenda la posición de aprendizaje en la que el primero se encuentra y lo aliente a dar lo mejor de sí continuamente, acompañándolo tanto en los aciertos como desaciertos. Así también creen que, cuando las cosas están bien hechas, es estimulador que sea reconocido. Se ha comprobado que este tipo de relaciones entre superiores y residentes se presentan en los servicios en donde se preserva la horizontalidad, la paridad y el trabajo de igual a igual. En aquellos otros servicios en donde el eje es la verticalidad, las jerarquías marcadas, los residentes presentan graves problemas para desempeñarse dado que en general tienen miedo de preguntar, y las consecuencias que esto puede acarrear⁷⁶.

En cuanto al reconocimiento brindado por los pacientes, los residentes coinciden en afirmar que el mismo no es básico, no es aquello que más esperan, pues su objetivo está puesto en curar al paciente, no en que este o su familia se lo reconozca. Aún así, creen que es enriquecedor y motivador cuando la familia y el paciente le reconocen la labor hecha.

⁷⁵ Ver Anexo Tabla 37

⁷⁶ Varios residentes han contado sobre las “guardias castigo” llevadas a cabo por parte del servicio de Cirugía. Las mismas se dan cuando algún residente pregunta algo que es considerado básico y consisten en agregarle más guardias mensuales al residente, como castigo por haber hecho esa pregunta.

Compañerismo

Si bien este apartado no se encuentra en el análisis del Burnout, se encontró que el mismo es uno de los pilares, si no el más importante, del Engagement que el residente pueda mantener con su trabajo. Todos los residentes entrevistados han afirmado, sin ninguna duda, que el compañerismo es la esencia de la residencia, para bien o para mal. Por eso se ha optado por tratarlo de forma separada en el presente capítulo.

El compañerismo puede trabajar tanto de forma negativa como positiva sobre el residente, y por ende sobre el Engagement. De forma obvia, incide negativamente en aquellos casos donde el mismo no existe. Pese a que es la minoría, se ha encontrado casos en donde los residentes no mantienen vínculos con sus compañeros, o los mismos son negativos. En aquellos casos el residente tiende a sentirse incómodo dentro de su propio ambiente laboral debido, principalmente, a que no puede exponer o disipar dudas, pues no tiene con quién. Asimismo, afirman que se tiende a generar una relación desigual para con ese residente que no mantiene trato con el resto. Estas situaciones nombradas hacen que se trabaje de forma individual, sin poder retroalimentarse con sus compañeros.

Cuando el compañerismo es negativo el residente suele mantener vínculos poco estrechos con su trabajo; se mantiene ahí pues desea finalizar su formación, pero no hay una motivación ajena a esa, ni encuentra una grupalidad que lo ayude y motive a superarse. Asimismo pierde todo posible vínculo social creado a través del mismo, no encuentra en quien apoyarse, con quien mantener un momento de ocio. En otras palabras, aquel residente que no mantenga vínculos positivos con sus compañeros, carecerá de uno de los recursos más importantes que tiene para desarrollarse profesionalmente.

Pero lo que se da en la inmensa mayoría de las situaciones es que la relación entre compañeros es positiva, siendo este uno de los pilares del Engagement.

Los entrevistados afirman que estar en un hospital, hacer una residencia es muy duro, no solamente por las largas jornadas, si no por todas las cosas que se viven ahí dentro, por el continuo trato con el dolor, la enfermedad y la muerte. Pero el compartir, escucharse y aconsejarse hace que todo sea mucho más fácil y llevadero.

Todos los residentes creen que en el momento que han padecido una crisis sus compañeros los han ayudado y contenido. Asimismo, a modo de círculo virtuoso, uno de los recursos que más rápido los hace recuperarse es saber que tienen a sus compañeros, a sus amigos ahí dentro. A continuación se presentan fragmentos de distintas entrevistas. Es posible ver que, de forma notoria, todos opinan y sienten lo mismo.

“Necesitas el apoyo de alguien que esté ahí con vos, que sepa lo que te está pasando, lo que estás viviendo (...) y que este ahí.” (E3)

“Si no tuviera los amigos que tengo ahí adentro ya me hubiese ido del hospital (...) cuando no tenés ese compañerismo, esa amistad todo te cuesta 100 veces más (...).” (E6)

“Ese es el verdadero valor de la residencia. Creo que la gente termina la residencia porque tiene otro al lado que le dice “dale”, porque es así, es muy estresante, es muy estresante. Y con tu compañero que te entiende lo que te está pasando.” (E1)

Los lazos más fuertes suelen ser entre compañeros de cohorte, es decir aquellos que hicieron el primer año juntos pero ahora, debido a la elección de distintas especialidades, se encuentran en distintos servicios. Así también es importante el compañerismo entre residentes y sus propios residentes de años superiores. Es a través de estos que los más jóvenes descubren que las cosas que les pasan, o aquello que sienten, no es raro. Todos han pasado por situaciones similares, y el saber que es así los tranquiliza, pues no se sienten ajenos, raros, sino todo lo contrario: forman parte de una grupalidad en donde hay sucesos que tienden a repetirse una y otra vez.

“Las veces que te dicen (los residentes superiores) “uh no sabes las veces que me ha pasado lo mismo”, ya esta, listo, alcanza. Me parece que sí, que el compañerismo sirve, y que entre residentes se nota más.” (E2)

El compañerismo que se transforma en amistad no solamente permite poder identificarse con un par que está en igualdad de condiciones, sino también significa poder entremezclar y unir la vida personal, pequeños momentos de ocio y distensión con el trabajo. Es uno de los motivos, si no el más importante, por el cual los residentes van motivados a trabajar.

Pero así también incide en su vida profesional. Es solo en la tranquilidad de desarrollarse en un ambiente donde el residente se siente a gusto que puede formarse adecuadamente, que puede sentirse valorado y lo suficientemente cómodo como para darse el lugar a equivocarse y aprender, camino lógico de todo aprendiz.

Resumiendo, encontramos que el compañerismo es un pilar fundamental del Engagement. Los motivos son dos, uno personal y otro profesional, aunque fuertemente ligados entre sí. El primero, aquel personal, es que los residentes afirman que en los estrechos vínculos que se forman es que se encuentra la esencia de la residencia. Compañeros que se transforman en amigos, con quienes compartir no solo momentos dentro del hospital, si no también afuera. Principalmente compañeros que estarán ante cualquier eventualidad, ante cualquier problema ayudando, acompañando y escuchando.

Esta tipo de relación incide, sin lugar a dudas, sobre lo profesional. Y este es el otro motivo por el cual el compañerismo es clave. Un residente que se siente a gusto y acompañado en su ambiente laboral, es un residente que no solo maneja mayores y mejores recursos para sortear diversos problemas, pues cuenta con la palabra del otro. Si no que también es un residente que está mejor predispuesto a trabajar, más cómodo y tranquilo.

“En líneas generales es un grupo muy bueno, muy compañero, que para mí eso es fundamental para vos sentirte tranquila, yo vengo bien a trabajar. Vos venís con ganas de venir a trabajar, por lo menos en mi es raro el día que no quiero ir.” (E3)

Relación con pacientes

Al igual que con la relación entre compañeros, con el correr de las entrevistas se descubrió que el trato con los pacientes es de suma importancia para el residente, por tanto se optó por tratarlo en un apartado.

Los residentes afirman que el trato con el paciente es enriquecedor y motivador, principalmente con aquellos pacientes cuya evolución es positiva.

Como ya ha sido explicada, la relación con el paciente tiende a ser compleja en el primer tiempo de la residencia. Durante toda su carrera como estudiante el/ la residente ha aprendido los

mecanismos mediante los cuales curar a una persona, pero en general no ha aprendido a tratar con esa persona desde lo humano y lo emocional.

Con el paso del tiempo, y la experiencia adquirida, los residentes logran sentir empatía, no solo desde lo profesional, sino también desde lo personal, por el paciente. La línea es muy delicada, declaran. Si se involucran de más, sufren, pues la generalidad es que los pacientes fallezcan. Pero también saben que si no logran involucrarse e identificarse con el paciente son pocas las cosas que realmente harán para intentar ayudarlo, pues en definitiva no estarán viendo un humano, sino un problema a resolver.

Cuando el residente logra ese equilibrio de justa empatía es cuando se logran los mejores avances médicos, dado que no está sesgado de una forma u otra. Así también es cuando se entabla una relación sana, pues no sufre y a su vez puede trabajar de la mejor manera posible.

Llegados a este punto, en donde el paciente es comprendido como un humano, no un mero problema, la relación es entendida como cualquier otra relación humana. Hay algunos con los que los residentes se sienten mejor, les caen mejor, y hay otros que no tanto. Pese a esta diferenciación a nivel personal, a nivel profesional el respeto y compromiso se encuentra siempre presente.

Pero la realidad es que esta no es una relación humana cualquiera. La relación se genera a partir de un momento crítico del paciente, como lo es un momento de enfermedad. Dada esta situación, ciertamente el paciente tratará al residente de forma distinta que al resto de sus allegados, pues es quien, ni más ni menos, lo está sanando. Por el otro lado, el/ la residente, en caso de que haya conseguido ese punto justo de empatía, inevitablemente se sentirá implicado con el paciente. Los resultados de dicha implicación son, en general, dos.

Pese a que con el paso del tiempo los/ las residentes han adquirido recursos para tratar de forma correcta con el paciente, en caso de que este fallezca, la situación es dolorosa. Este dolor, y la forma en que se expresa, varían a partir de la experiencia, pero no deja de existir.

“Y ahí se forma una relación bastante conflictuada desde el punto de vista tuyo emocional, porque la mayoría de nuestros pacientes están graves (...) Después si pasa algo malo, cuando fallecen, cuesta recuperarse de esas situaciones.” (E5)

La otra posibilidad es que el paciente evolucione de forma positiva, hasta eventualmente sanar. Es en este momento que se logra la mejor conexión con el paciente, esa conexión que es declarada como motivadora. Los residentes han declarado que gran parte de aquello que los alienta a seguir en este camino profesional, y a intentar mejorar día a día, es ver cuando un paciente va mejorando, fruto de su intervención. Esta situación tiende a intensificarse cuando del otro lado, es decir el paciente y su familia, hay un momento de gratitud. Si bien no es lo único que esperan o lo más importante, los residentes creen que es un apoyo importante.

“Y esto de ver el paciente como llega en un momento complicado y mejora o se va bien, eso es muy motivador.” (E5)

“Una vez que te cae una persona, te cae un tipo que no puede respirar, esta azul, y a los 10 minutos el tipo, porque le hiciste algo, te dice gracias, y si, te sentís re bien. Obviamente que es muy gratificante hacer eso.” (E6)

Es este punto que se logra la relación más sana con el paciente y con su familia, porque en este momento el/ la residente puede mostrar tanto su lado profesional como humano.

Su lado profesional es continuamente puesto en juego, la gran diferencia es que cuando el paciente sana, significa que el residente se ha desempeñado de forma correcta. Obviamente esto no solo es positivo para el paciente, sino también para el residente, quien siente que su desempeño, sus decisiones y acciones han sido las correctas, por eso es que se motiva a seguir mejorando día a día.

Pero su desempeño positivo no solo significa algo desde lo profesional, sino también desde lo humano. Este es el único momento en donde el residente puede mostrar de mayor forma, sin tapujos, la implicación humana que indefectiblemente conlleva el tratar con, justamente, seres humanos, y más aún cuando se trata de hacer que una persona sane, recupere su salud.

Resulta claro que el rol del residente, como podría asumirse que el de cualquier médico, implica una vinculación emocional. En muchas circunstancias esto tiene que ser dejado de lado, para que no sufra el residente, y el paciente pueda recibir el mejor tratamiento posible. Pero hay

un momento en donde esa línea entre lo profesional y lo emocional se borra, y es cuando el paciente ha sanado.

Por eso es que la relación con el paciente es tan importante para el compromiso laboral que el residente pueda tener. Si bien varía de acuerdo al servicio, la realidad es que son pocos los pacientes que evolucionan satisfactoriamente. Aun así, esa cantidad alcanza para que por un momento el/ la residente pueda ser intervenido desde lo personal, obteniendo gratificación y motivación para seguir intentando superarse a sí mismo.

Relación del Engagement con Satisfacción Laboral

Si bien de forma apresurada sería posible decir que la **satisfacción laboral** y el Engagement funcionan a modo de sinónimo, es posible decir que este último es de tipo más abarcativo, contemplando no solo la satisfacción laboral, sino también otros conceptos.

Resulta posible pensar que quienes se sientan satisfechos con su trabajo van a presentar mayores niveles de Engagement. Y de hecho, esto es lo que sucede. Un 41% de los residentes que se sienten satisfechos con su trabajo mantiene un nivel alto de Engagement. Este valor desciende hasta un 15% para quienes están satisfechos, pero solo de manera parcial. Asimismo encontramos que la categoría “promedio” del Engagement tiende a engrosarse, pasando de un 41% para quienes se encuentran satisfechos, a un 76% para quienes se encuentran parcialmente satisfechos⁷⁷.

Aspectos positivos de la residencia

Al igual que con los aspectos considerados negativos, en las entrevistas se les pidió a los residentes que contaran todas aquellos hechos o cuestiones que consideran positivos de su trabajo; aquellas cuestiones que, pese a todo lo negativo, hacen que siga volviendo a su trabajo día tras día.

Las respuestas fueron cuantitativamente menores que aquellas dadas sobre los aspectos negativos, pero viendo que son pocos los casos de los residentes que abandonan o renuncia, las mismas son de mayor importancia cualitativa que las negativas.

⁷⁷ Ver Anexo Tabla 38

En líneas generales aquellas cuestiones consideradas positivas son los recursos humanos, es decir el compañerismo y, en caso de que exista, el compromiso de los superiores. El compañerismo no merece mayores indagaciones, pues ha sido analizado previamente. En cuanto al compromiso de los superiores se ha encontrado que los residentes rescatan y valoran aquellos casos en donde los superiores se ponen en igualdad de condiciones que ellos, trabajando codo a codo en los pisos y haciendo guardias. Esto hace que no solamente se sientan acompañados, si no que sientan que hay un interés compartido en subsanar las falencias institucionales, principalmente aquellas que refieren a la falta de médicos para los pisos y para las guardias.

Asimismo se ha encontrado que la sensación de ayudar al otro es también considerada un aspecto positivo. La residencia es la forma de expresión de la vocación de servicio que muchos residentes declaran sentir.

La formación académica también ha sido caracterizada como positiva. Todos los servicios estudiados, aunque con matices, hacen hincapié en la excelencia de la formación académica. Por eso fomentan momentos de aprendizaje como lo son las clases, lectura de casos, presentación a congresos, etc. Los residentes saben que este es uno de los pilares más importantes en la formación y el aprendizaje, es por eso que valoran que se desarrolle.

Por último, se ha nombrado la situación del hospital, los severos faltantes que presentan. Esta respuesta resulto por demás interesante. No significa que los residentes estén contentos con la situación que diariamente viven, de hecho la misma es fuente continua de críticas, como bien fue expuesto en el capítulo sobre Burnout. Pero una vez que comprenden que no tienen los recursos necesarios para subsanar tales fallas, los residentes comprenden también su virtud. Así, han declarado que el hecho de que falten tantas cosas, insumos, medicamentos, que tengan que llevar a cabo tareas que no son de su competencia, etc. Significa que adquieren muchos más recursos para desempeñarse de forma positiva que aquel residente que no padece estas situaciones, que “tiene todo”. Trabajar bajo las circunstancias en las que trabajan hace que, el día de mañana, puedan desempeñarse satisfactoriamente en cualquier institución, no solo en aquella en donde todo se encuentra al alcance.

“Ese es el beneficio de este hospital, yo me voy a ir a cualquier parte del país y en un lugar de alta complejidad voy a saber trabajar, pero en uno de baja complejidad también. Y eso como

que es la impresión que tenemos la mayoría acá, te tiran al medio del campo y sabes laburar, y te tiran a un lugar privado y lo vas a saber pilotear porque somos personas que manejamos desde lo más básico hasta lo más complejo, en ese orden.” (E1)

En definitiva, y como contraposición a los aspectos negativos encontrados, los aspectos positivos relatados funcionan como tales porque cooperan con la formación del residente. Sus compañeros, la implicación de los superiores, la formación académica, todas estas cuestiones son consideradas como positivas porque ayudan a que día a día el residente pueda desarrollarse de forma positiva, dejando como resultado en el tiempo una formación exitosa. Y este es el objetivo ulterior del residente; el motivo a partir del cual caracteriza como negativos ciertos aspectos y positivos a ciertos otros.

Finalmente y en líneas generales encontramos un residente que se encuentra engaged- o comprometido- de manera promedio a alta, siendo las categorías de absorción y dedicación aquellas que presentan un mayor porcentaje, y presentando la categoría vigor valores que oscilan entre promedio a bajo. Asimismo la categoría absorción es la que mayores transformaciones sufre a partir del cruce con variables socio- demográficas y de trayectoria.

Esto significa que el compromiso, la satisfacción y la dedicación que el residente tiene para con su trabajo se manifiesta de forma promedio. Se han registrado transformaciones en todas las categorías del Engagement de acuerdo a su cruce con diversas variables, pero la concentración y la forma en la que se percibe el tiempo en el trabajo, medidas a través de la absorción, las cuestiones que mayor transformación sufren.

A partir de la comparación entre los resultados encontrados y la bibliografía propuesta encontramos una vastedad de diferencias y similitudes.

Se han encontrado diferencias con diversas investigaciones mediante las cuales se han registrado medias en las categorías de vigor y dedicación que corresponden a un nivel alto de Engagement, y medias en la absorción que corresponden a un nivel promedio (Arenas Ortiz-Andrade Jaramillo, op. cit.; Pérez- Zapata, op. cit.; Viejo- González, op. cit.). Pero a su vez, se presenta correspondencia con aquellas a partir de las cuales se han manifestado valores de Engagement de medios a elevados (Ferrer Dos Santos Campos, op. cit.). Así también, el porcentaje encontrado de residentes con un nivel alto de Engagement se condice con el

encontrado en otras investigaciones, aunque encontrando diferencias en la categoría vigor (Prins et al, op. cit.).

En cuanto a la incidencia de las variables socio- demográficas y de trayectoria, encontramos que en lo que refiere a la variable sexo, porcentualmente los hombres mantienen menores niveles de Engagement promedio, aunque mayores de Engagement alto, en comparación con las mujeres; pero ellas mantienen niveles de absorción más altos que ellos. Aun así, estas diferencias se encuentran en consonancia con previas investigaciones que demuestran que, pese a que existen diferencias entre hombres y mujeres, las mismas no son tan marcadas (Ferrer Dos Santos Campos, op. cit.; Prins et al, op. cit.) En lo referente a la edad, si bien se han encontrado diferencias, se cree que las mismas responden a una tercera variable de incidencia, que es la experiencia.

Dentro de las variables de trayectoria encontramos que el cargo resulta importante en los valores de Engagement que pueda presentar el/ la residente. En un primer momento, generalmente en todo el trascurso del primer año de residencia, el residente no logra aprehender los recursos necesarios para desempeñarse de forma correcta en su trabajo; por tal situación, tampoco logra comprometerse. Una vez que esta situación se vuelve intolerable comienza la crisis, aquel momento más álgido del Burnout. Y es a partir de este momento, en el tercer y cuarto año de la residencia, que el residente conoce y pone en práctica los recursos antes nombrados, logrando ese punto justo en donde se compromete con su trabajo, intentando que el mismo le afecte lo menos posible a su persona. No se han encontrado investigaciones que analicen dicha relación, por lo que no existe una medida de comparación.

Por último, el servicio de pertenencia ha demostrado no generar grandes diferencias en lo que es el Engagement en general. Estos resultados son opuestos a aquellos que afirman lo contrario (Ferrer Dos Santos Campos, op. cit., Prins et al, op. cit.).

Al igual que lo sucedido con el Burnout, se ha demostrado que el factor económico, es decir el salario, no es algo que produzca compromiso laboral por sí mismo. Asimismo se ha encontrado que aquellos residentes que mayor demanda laboral mantienen, sea por polivalencia o pluriempleo, son los mismos que mayores niveles de Engagement presentan. Pero son los residentes más avanzados los que mantienen otro trabajo, no todos. A partir del cruce de dichas

variables se indagó de forma cualitativa, llegando a la conclusión de que la presión, la exigencia trabaja de forma adictiva. Cuando más exigidos se encuentran es cuando mejor funcionan. Una vez más, solo aquellos que saben manejar la presión es que la sienten de forma adictiva. Los más chicos, quienes no saben lidiar con semejante presión, ciertamente no la sienten así.

Así también se ha demostrado que las relaciones humanas generadas hacia el interior del hospital, son destacables. Los compañeros son el pilar fundamental a través del cual los residentes pueden sobrellevar los momentos de crisis, angustia o malestar. Estos compañeros logran consolidarse como amigos, pudiendo así entremezclar la vida profesional con la personal, encontrando momentos de goce dentro del mismo trabajo.

La relación con los pacientes no es de menor importancia, de hecho, es fundamental, pues es con los mismos que se encuentran en continua interacción. Pese a tener momentos delicados, los residentes afirman lo motivador que se siente cuando los pacientes evolucionan de forma satisfactoria, cuando los pueden ver irse sanados. Esta experiencia hace que sientan que toda la tarea llevada a cabo tiene sentido, que todo sacrificio valió la pena.

Resumiendo, el compromiso o Engagement se genera en el residente cuando el mismo ha logrado entender cómo es que funciona la residencia, con sus aspectos positivos y negativos. Y tiene que ver básicamente con las oportunidades de formación que su trabajo le da. Esta es la clave a partir de la cual remarcaran aquellas cuestiones positivas, que ayudan a su formación, y aquellas negativas, que creen que la retrasa.

Pero para llegar a esta instancia tiene que haber estado comprometido, pues el paso previo es una crisis. Y no hay una crisis profesional, sin que antes haya una interpelación personal, un cuestionamiento de aquellas decisiones personales tomadas sobre, justamente, la profesión. Esta es la clave para comprender cómo es que el Engagement funciona como medio para transitar la residencia; cuestión a analizar en el siguiente capítulo.

Capítulo VII- Conclusiones

Discusión de resultados

Durante toda la investigación se han analizado los datos referidos a CyMAT, Burnout y Engagement de los médicos residentes del H.I.G.A Dr. Oscar Alende. Por eso, de acuerdo a los

objetivos específicos propuestos y al problema planteado, en este capítulo se propone realizar un análisis que relacione dichos conceptos, interpretando la relación que hay entre los tres constructos analizados a lo largo de la presente y haciendo hincapié en el análisis de la forma en la que el Engagement funciona como medio para transitar la residencia. A si también, se intentará relacionar Burnout y Engagement, entendiendo que no son constructos opuestos, si no complementarios y que, de hecho, necesitan de una retroalimentación para poder construirse como tales.

Relación entre CyMAT, Burnout y Engagement

Resulta posible afirmar que muchas de las cuestiones que conforman las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo son las que dotan de agotamiento y/o compromiso laboral al residente.

Manteniendo altísimos niveles de Burnout es posible decir que entre aquellas cuestiones que repercuten de forma negativa entre los residentes resaltan las largas jornadas laborales, las guardias, el pluriempleo y la polivalencia. Asimismo, es posible afirmar que el clima organizacional y las relaciones laborales funcionan como mitigadores del Burnout. No solo a partir de las encuestas, sino también a partir de entrevistas, se ha confirmado que el recurso humano, el compañerismo, es uno de los principales factores con el que cuentan los residentes para transitar estos años de aprendizaje/ profesión. Este compañerismo se traduce en el respaldo y reconocimiento que los residentes sienten principalmente de sus colegas, otros residentes, aunque así también de superiores. Pero la relación entre CyMAT y Burnout no es estática, si no que varía de acuerdo a la experiencia, a la posibilidad de aprehender recursos que el residente tenga. Lo que cambia no son las CyMAT, si no a forma en la que el residente las comprende.

Por otro lado, resulta importante destacar las relaciones encontradas entre las CyMAT y el Engagement o compromiso de los residentes.

Siendo un Engagement que oscila entre promedio y alto es posible decir que el mismo tiende a decrecer conforme se elevan las horas semanales trabajadas y la cantidad de horas de guardia. Estas dos variables nos indicarían que ambos constructos trabajan de forma opuesta, en tanto que la cantidad de horas trabajadas y horas de guardia semanales hacen que el Burnout ascienda y el Engagement descienda.

Pero algo distinto sucede con el pluriempleo y la polivalencia. Mientras que estas variables hacen que los valores de Burnout aumenten, generan también la misma tendencia con el Engagement. Es decir, se ha encontrado que aquellos/as residentes que declaran mantener más de un empleo y/o sufrir de polivalencia son quienes mayores niveles de Engagement mantienen.

El uso de metodología cualitativa permitió comprender de mejor forma dichos datos, reconociendo aquellas cuestiones que dotan de compromiso laboral a los residentes.

Son dos los factores que más inciden en el compromiso laboral del residente: el compañerismo y el trato con el paciente. El compañerismo es el sostén de la residencia, aquello que permite soportar crisis y que brinda continuamente herramientas para tales situaciones. Los pacientes, aunque con matices propios de la individualidad del residente y del paciente, resultan ejes de motivación. Un paciente que ha evolucionado positivamente es la prueba de un buen desempeño.

Pero otro factor ha surgido a lo largo de las entrevistas, aunque solo en aquellos residentes con mayor experiencia, avanzados dentro de la residencia. Este tiene que ver con la forma en la que se desarrolla la actividad laboral en el H.I.G.A. Dr. Oscar Alende. Pese a todas las dificultades, trabas burocráticas, falta de voluntad de otros empleados, etc. los residentes afirman que las herramientas que este tipo de hospital brinda son únicas. Un hospital que enseña a trabajar *con* las falencias, no *más allá* de las falencias.

La relación entre los tres conceptos resulta clara. Condiciones laborales que lejos están de ser las mejores, sino todo lo contrario. Condiciones que repercuten en el residente, plegándose en su cotidianeidad laboral e incidiendo en un desgaste laboral prematuro. Pero así también hay otras condiciones laborales que son de gran ayuda para que el residente trascorra su nueva experiencia laboral. Esto es principalmente el recurso humano, los fuertes lazos que se crean entre compañeros residentes y en menor medida con sus superiores. Estos lazos ayudan a mantener la línea, los objetivos laborales y la fuerza mental necesaria para resultar exitoso en esta experiencia.

Asimismo, por irónico que resulte, las condiciones en las que se desarrolla su labor pueden llegar a funcionar como motivadoras o dotadoras de compromiso. Solo quienes han sabido reconvertir su realidad laboral, extrayendo lo mejor de ella, creen que en las grandes

falencias también hay virtudes. Estas falencias obligan a mantener un amplio espectro de posibles situaciones y soluciones; obligan a “salirse del manual”. El resultado es claro, su capacidad de desenvolvimiento es superlativa. El día de mañana podrán desempeñarse de forma satisfactoria en un lugar de alta complejidad como así también en uno de bajos recursos.

El compromiso laboral del residente resulta intervenido por los lazos de compañerismo que el mismo pueda percibir; pero el trabajo per se, con todas sus falencias, también genera Engagement.

Esto nos deja dos conclusiones. La primera es que todo lo que es considerado positivo, dotador de Engagement, supera cualitativamente aquellas cuestiones negativas. El residente se siente intervenido por ellas, opta por darle un lugar privilegiado, destacándolas por sobre lo negativo. Es de esta forma que el Engagement funciona como el recurso que hace que transcurran la residencia. Esto no significa que la misma no esté colmada de problemas ni cuestionamientos, todo lo contrario. Pero a medida que transcurre la residencia, y con la experiencia que se gana, el residente opta por aferrarse a lo positivo y, por qué no, encontrar virtudes en lo negativo.

La segunda conclusión es que ciertas condiciones laborales que generan Burnout generan también Engagement. A partir de esta interpretación resulta clara la afirmación que lejos de ser opuestos, estos constructos trabajan de forma recíproca, complementaria y dialéctica. Por eso, aunque fuera de los objetivos primariamente trazados, resulta de suma importancia retener la afirmación antes mencionada y llevar a cabo un análisis de ambos conceptos y sus categorías, como una forma de destacar los planos de convergencia y divergencia entre ambos. Este análisis no solo permitirá ver la forma dialéctica en la que ambos conceptos se relacionan, sino también permitirá comprender una idea subyacente y clave en la presente investigación: aquello que produce Engagement produce también Burnout; la fuente es la misma.

Dicho esto, se propone un análisis que contemple la relación entre ambos conceptos y entre estos y las categorías que lo componen, analizando la incidencia de uno sobre otro, es decir, la forma en que el Engagement incide sobre el Burnout y viceversa.

Incidencia de Engagement sobre Burnout

A partir del cruce entre Engagement y Burnout, y de las categorías Vigor, Absorción y Dedicación con Burnout, se ha podido encontrar que los valores son inversamente proporcionales. Esto significa que a medida que el Engagement aumenta, los valores de Burnout tienden a descender.

Desagregando las categorías del Engagement encontramos que el 80% de quienes mantienen un vigor de bajo a muy bajo, sufren de Burnout; este porcentaje desciende a un 50% para quienes mantienen un vigor promedio. En el caso de aquellos residentes que han presentado un vigor de alto a muy alto, se ha encontrado que los niveles de Burnout son nulos en el 100% de los casos. Siendo que la capacidad de resiliencia es una de las principales características del vigor, es lógico que a medida que este ascienda, el Burnout descienda⁷⁸.

En lo que atañe a la categoría dedicación es posible notar la misma tendencia. Mientras que el 100% de los residentes que poseen una dedicación de baja a muy baja sufren de Burnout, el 46% de quienes mantienen una dedicación promedio lo sufre también. Pero también encontramos que el 45% de los residentes cuya dedicación es alta a muy alta sufre de Burnout. La escasa diferencia porcentual entre quienes mantienen una dedicación promedio y de alta a muy alta y sus niveles de Burnout, indica que por más que el residente mantenga un alto o muy alto compromiso, centralidad y orgullo de su trabajo, esto no hace que los niveles de Burnout desciendan. De hecho, resulta lógico pensar que cuanto más central resulte el trabajo en su vida, sumado a las falencias que este pueda tener, y que ciertamente hay en el H.I.G.A. Dr. Oscar Alende, más fácil y rápido será el desgaste mental del residente⁷⁹.

En cuanto a la categoría absorción y su relación con el Burnout, es posible decir que el 100% de los residentes que mantienen una absorción de baja a muy baja, han sido catalogados con Burnout. Este valor desciende al 60% para quienes mantienen una absorción promedio, y se traduce a negativo, es decir que no posee Burnout, en el 77% de los residentes que mantienen

⁷⁸ Ver Anexo Tabla 39

⁷⁹ Ver Anexo Tabla 40

una absorción de alta a muy alta. Estos valores indican que a medida que la concentración en el trabajo crece, los valores de Burnout tienden a descender⁸⁰.

Por último encontramos la relación entre Engagement, como constructo independiente de sus categorías, y Burnout. Se ha encontrado que el 100% de los residente cuyo Engagement es bajo a muy bajo, sufren de Burnout. El 50% de los residentes con un Engagement promedio también lo sufre. El 29% de los residentes con un Engagement alto padece Burnout⁸¹.

A partir de los valores encontrados a través del cruce Engagement- Burnout es posible decir que el primero funciona como un mitigador del segundo. Esto significa que en la medida que el residente genere un vínculo positivo con su trabajo, tendrá mayores posibilidades de combatir las formas negativas del mismo. El compromiso, la energía, el orgullo, la sensación de que el tiempo no existe, todas estas formas no solo generan la posibilidad de que el residente se desarrolle de forma exitosa, sino que también combaten a aquellos estresores que conforman el Burnout, haciendo que el mismo descienda.

Incidencia de Burnout sobre Engagement

El cruce entre Burnout, sus categorías Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal, y Engagement ha dejado entrever la compleja relación que hay entre ambos constructos. Como primera interpretación es posible decir que los valores encontrados han arrojado una relación inversamente proporcional. Pero a partir del análisis resulta posible observar que esta relación presenta matices en su interior que hablan de una relación directamente proporcional.

A medida que descienden los valores de las categorías de Burnout, ascienden los de Engagement; pero este tipo de relación se da solo para las categorías “bajo” y “moderado” del Burnout. En el caso de la categoría “alto” se ha encontrado una relación que sistemáticamente se repite: el Engagement también es alto. Es decir, se ha encontrado un amplio porcentaje de personas que mantienen un Burnout alto junto con un Engagement alto. Los resultados encontrados dejan entrever que, aunque el residente mantenga un compromiso, satisfacción y

⁸⁰ Ver Anexo Tabla 41

⁸¹ Ver Anexo Tabla 42

orgullo altos con su trabajo, también tendrá Burnout, pero este no hace descender los niveles del primero.

Tomando las categorías de Burnout, encontramos que el 100% de los residentes que mantiene un bajo agotamiento emocional mantiene también un Engagement alto; en el caso de aquellos residentes con moderado agotamiento emocional este porcentaje se traslada a la categoría promedio, con un 100% de residentes con Engagement promedio. Pero así también, para la categoría alto agotamiento emocional encontramos que el 81% de los residentes mantiene un Engagement de promedio- alto. En otras palabras es factible decir que más allá de que el residente haya intentado sopesar situaciones, perdiendo los recursos necesarios para tal fin, si el mismo siente y mantiene compromiso laboral, esta situación no hará que lo pierda⁸².

La misma tendencia se da en el cruce entre despersonalización y Engagement. El 100% de los residentes con baja despersonalización mantiene un Engagement promedio- alto; lo mismo sucede con los residentes cuya despersonalización ha sido catalogada como moderada, su Engagement es promedio- alto en el 100% de los casos. En el caso de los residentes con una alta despersonalización encontramos que el 78% de ellos mantiene un Engagement promedio- alto. Estos valores indican que pese a que la relación con los pacientes sea compleja, por momentos difícil, el Engagement sigue siendo considerablemente alto⁸³.

En cuanto a la realización personal, la única categoría de Burnout que tiene que ser baja para completar dicho síndrome, encontramos que el 100% de los residentes que mantiene una alta o moderada realización personal, mantiene un Engagement alto. En el caso de aquellos residentes con una baja realización personal, encontramos que el 84% de ellos mantiene un Engagement promedio- alto. Esto significa que por más que la persona no pueda sentirse identificada con la labor que está llevando a cabo, si en ella existe un compromiso laboral, el mismo no desciende de forma significativa⁸⁴.

⁸² Ver Anexo Tabla 43

⁸³ Ver Anexo Tabla 44

⁸⁴ Ver Anexo Tabla 45

Por último, a partir de la relación entre Burnout y Engagement encontramos que el 100% de los residentes que no presentan Burnout mantienen un Engagement promedio a alto. El 71% de los residentes que sufren dicho síndrome mantiene también un Engagement promedio a alto⁸⁵.

A partir de los valores encontrados es que resulta clara la relación que hay entre ambos, Burnout y Engagement. Mientras que se encontró que el Engagement funciona como un mitigador del Burnout, en tanto que a medida que el primero asciende el segundo tiende a descender, en el caso inverso se ha encontrado que el Burnout no logra afectar de forma marcada a aquellos residentes que mantienen un Engagement promedio a alto. Es decir, si bien los valores de Engagement tienden a descender en aquellos residentes que manifiestan alguna de las categorías del Burnout, este descenso no es inversamente proporcional, en tanto que siguen manteniendo un amplio porcentaje de residentes con Engagement promedio- alto. En otras palabras, esto significa que si el residente siente un compromiso laboral promedio- alto, puede padecer Burnout, pero este no hará que dicho compromiso descienda significativamente.

Así también resulta importante destacar que esta relación dialéctica y recíproca entre Burnout Engagement, y viceversa, lejos está de ser estática. De hecho, está fuertemente intervenida por la experiencia del residente, por sus años en dicho cargo. Esta temática fue subyacente a todo el análisis de la presente, por eso es importante destacarlo en esta instancia.

El residente que recién comienza se encuentra en pleno proceso de adaptación, aprendiendo qué significa ser médico. Son tantas las cosas a aprender, tanta demanda, tantas carencias, que difícilmente un R1 pueda realmente internalizar todo aquello. A medida que avanza el residente aprende lo que es ser médico, lo que es una residencia. Pero lo que no aprende con facilidad es lo difícil de dicha experiencia, no solo por la exigencia que conlleva, sino también el sufrimiento que puede causar el dolor, la enfermedad y la muerte ajena.

Este es un momento bisagra, no solo para el residente, sino para sus niveles de Engagement y Burnout. A partir de tales experiencias y sensaciones el residente entiende que su trabajo conlleva no solo una implicación profesional, sino también una implicación personal.

Es por eso que en los comienzos de la residencia sus niveles de Burnout y Engagement son bajos, porque en la marea de información que recibe, se olvida de su propia persona, de

⁸⁵ Ver Anexo Tabla 46

aquello que puede sentir sobre la situación. El R1 está aprendiendo a sobrevivir dentro de una residencia, está aprendiendo a ser un profesional, y la implicación personal no ocupa un lugar privilegiado en dicha actividad. Se trata simplemente de “ir con la marea”.

Con el tiempo, la experiencia y a fuerza de sufrimiento, el residente deja de ser solamente un profesional para comenzar a sentir como persona. Este sentir es en un primer momento puro agotamiento, pareciera que todo es negativo dentro del trabajo. Pero con el tiempo, y principalmente la ayuda de los compañeros, esta sensación merma y da lugar a sentir, no solo agotamiento, sino también compromiso y satisfacción. De ahí que los valores tanto de Burnout como de Engagement aumenten con el correr del tiempo.

La implicación personal es clave en este proceso. Mientras que el residente se comporta solo como un profesional no logra implicarse realmente con su trabajo, no logra sentir, ni lo bueno ni lo malo. Es solo cuando parte de su persona se expone a dicha situación que puede verdaderamente sentirla. Esto no significa que deja de ser objetivo y neutral, sino que inevitablemente estará trasvasado por su ocupación, estará implicado personalmente pues a partir de su trabajo, no solamente aprenderá, sino que también sentirá.

Burnout y Engagement, ambos conceptos están íntimamente relacionados; pero primeramente para que existan, ambos necesitan de la implicación personal del residente, de su capacidad de sentir, en un primer momento todo aquello negativo, dando lugar posteriormente también a lo positivo. La relación entre estos conceptos no solo es recíproca, sino que es fluctuante y dinámica a lo largo de la residencia.

Reflexiones Finales

Todo el recorrido hecho deja nuevos conocimientos y nuevas herramientas para comprender los conceptos aquí trabajados. Pero más importante, es que este trabajo deja abierta las puertas hacia nuevos objetivos, nuevas conclusiones y nuevos interrogantes.

Dos de los tres conceptos, Burnout y Engagement, fueron creados y son trabajados desde la Psicología. Ese fue uno de los primeros desafíos, enmarcar dentro de lo social e institucional problemáticas que no suelen analizarse desde ese contexto. Pero aquí radica una de las riquezas: comprender la transdisciplinariedad en las ciencias sociales, reconocer la riqueza multifacética de conceptos creados desde la Psicología pero conjugados con un concepto sociológico, como lo

son las CyMAT. Y es que el objetivo ulterior del presente trabajo radica en encontrar la forma de mejorar la salud pública, ¿y qué mejor forma que analizando a quienes la viven y la moldean día a día? Solo escuchando las voces de los participantes es que se puede comprender el juego.

¿Y por qué los residentes? ¿Por qué no todos los médicos, o los técnicos, o todo los empleados hospitalarios? Más allá de toda implicación personal que obligatoriamente conlleva una decisión teórica, los residentes no solo son el presente, esa “*mano de obra barata*” que muy bien definió uno de los entrevistados, sino que son quienes tienen en sus manos la posibilidad de generar cambios, de ayudar a transformar su realidad laboral. Y esta continua relación entre lo micro y lo macrosocial nos dice que un cambio positivo para ellos significa un cambio positivo en el paciente, y que esa sumatoria nos deja como resultado un hospital mejorado.

Pero con la voluntad de los residentes no alcanza. Y es aquí donde se genera la intervención del sociólogo. Resulta de suma importancia volver al campo, volver a escuchar las voces de los partícipes, recordando que la Sociología no es una entelequia con vida propia, sino una disciplina que se deconstruye y construye con el otro y a partir de la necesidad del otro.

Intentando seguir con lo previamente expresado, a continuación se exponen una serie de posibles mejoras en la vida laboral de los residentes. Algunas de ellas fueron planteadas por los residentes en cuestión, otras nacieron a partir de la reflexión investigativa. No son las únicas medidas y probablemente tampoco sean las más importantes. Sino que son posibles y necesarias:

- Reorganización de las guardias. En muchas ocasiones, las guardias se mantienen gracias a los residentes y sin médicos de planta. Resulta importante revertir esta situación, no sólo para aliviar la carga de los residentes, sino para contenerlos ante eventuales problemáticas. Aunque esta tarea en general la cumple el R4, acompañando al R1 en sus guardias, es necesaria la intervención de un médico de planta, con experiencia suficiente como para lidiar con diversas situaciones.
- Guardias no mayores a 12hs. Otra forma de reorganización responde a la finalización de guardias de 24hs. A lo extensible de este tipo de jornada, se le suma la falta de posguardía.

- Necesidad de pos guardia. Los residentes destacan lo agotador que resulta no tener un pos guardia. Así también mediante estudios se ha comprobado que la falta de pos guardia aumenta las posibilidades de quedarse dormido, sufrir accidentes laborales, etc. en la jornada posterior (Ferré, et al; 2011). Es de destacar que durante la producción de la presente, precisamente el 5 de Noviembre, el Ministerio de Salud presentó el nuevo reglamento de residencias que contempla el pos guardia. Hasta el momento de redacción dicha política no fue puesta en práctica, por lo menos en el H.I.G.A. Dr. Oscar Alende.
- Reorganización de consultorios. La atención de consultorios suele concentrarse en uno o dos días, con una demanda de 8 a 10 pacientes. Los residentes han hecho notar que para los últimos pacientes, se pierde el poder de concentración y por ende la capacidad de diagnóstico y tratamiento. Dicha situación se agudiza después de una guardia. Por tal motivo sería beneficioso reorganizar el desarrollo de los consultorios, con mayor cantidad de días de atención aunque la misma cantidad de pacientes.
- Reorganización del servicio de Clínica Médica. De acuerdo a la especialidad elegida cada residente pasara su primer año en Clínica Médica, y los restantes en la especialidad elegida, o la totalidad en la residencia elegida. Dada la alta demanda de atención que sufre el servicio de Clínica Médica se propone que la totalidad de los residentes realicen su primer año de residencia en dicho servicio, o al menos roten cierta cantidad de meses. Esto no solo alivianara la carga del servicio, sino también que el trato que dicho servicio tiene con sus pacientes brindará nuevas herramientas para tratarlos de forma correcta, principalmente para aquellas residencias que mantienen un trato despersonalizado, como lo es el caso de Diagnóstico por Imágenes.
- Nuevos recursos para el trato con el paciente. Como se ha dicho, el residente no aprende a tratar correctamente con el paciente si no es a través de varios intentos fallidos. Así también, a partir de las entrevistas han surgido las clases del Dr. Jorge Ditch como una gran fuente de recursos para tratar dicha situación. Pero dichas clases son solo para el servicio de Clínica Médica, por eso es que se propone la creación de talleres extensivos a la totalidad de los servicios, dedicados principalmente para los R1 y R2, en donde se exponga dicha temática.

- Gabinete/ taller de contención. Dadas las nuevas experiencias que sufre el residente, muchas de ellas traumáticas, se propone la creación de un gabinete que exponga dichas situaciones, trabajando y analizándolas. Así también se propone que dicha experiencia se desarrolle en forma individual, de acuerdo a que así lo desee cada residente, y de forma grupal, como taller de intercambio de ideas, experiencias, necesidades, etc.
- Grupo de análisis sobre CyMAT. Se propone un grupo transdisciplinario propio del hospital dedicado a analizar continuamente las CyMAT del mismo, focalizando en el continuo mejoramiento de la experiencia laboral no solo de los residentes, sino de la totalidad de los empleados hospitalarios.

Referencias

- Acevedo, G. E., Farias, M. A., Sánchez, J. M., Astegiano, C., Buffa, G., Álvarez Loyaute, G., Demaria, M. J. & Fernández, A. R. (2007). Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo en hospitales públicos provinciales de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de Salud Pública*, 4, 8- 20.
- Arenas Ortiz, F.; Andrade Jaramillo, V. (2013). Factores de riesgo psicosocial y compromiso (engagement) con el trabajo en una organización del sector salud de la ciudad de Cali, Colombia. *Acta colombiana de Psicología*, 16, 43- 56.
- Baeza Rodríguez, M. A. (2002). Utilizar los instrumentos de investigación. En M. A. Baeza Rodríguez (Ed.) *De las Metodologías Cualitativas en investigación científico- social. Diseño y uso de instrumentos en la producción de sentido*, (pp. 85- 108), Chile.
- Belloch García, SL, Renovell Farre V, Calabuig Alborch JR & Gomez Salinas L. (2000). The professional burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialties. *An Med Interna*; 17, 118-122.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*, Madrid: Ed. Taurus.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J. C. & Passeron, J. C. (1973). *El oficio del sociólogo*, Paris: Ecole Pratique des Hautes Etudes.
- Cáceres Pallavidino, G.H., Echevarría Avellaneda, M.F., Ghilarducci de Martinez, C. & Pomares, J. (2010). Síndrome de burnout en médicos residentes del NEA: ¿Cuánto afecta a nuestros futuros especialistas? IIº Cátedra de Clínica Ginecológica, Facultad de Medicina, UNNE.
- Consejo Federal de Salud. *Política de Recursos Humanos en Salud. Plan Federal de Salud*. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2007.
- Dejours, C. (1992). *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo*. Traducción: Ed. PRONATTE- SECYT, PIETTE- CONICET, CEIL- CONICET, CREDAL- CNRS; Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires: Humanitas.

- Delle Donne, M. S., de Oyarbide, J. J. & Taboh Martínez, M. J. (2006). *Expectativas de trabajo y estrés laboral en personal de servicio de emergencias*. (Tesis de grado) Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.
- Demaria, M. J. (2011). *Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo de los trabajadores del Hospital referente de área Vicente Agüero de Jesús María*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Salud Pública.
- Demerouti, E., Bakker, A. B. & Janssen, P. (2001). Burnout and Engagement at work as a function of demands and control. *Scand. J. Work Environ. Health*, 27, 279- 286.
- Farias, M. A. (2011). *Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo de los trabajadores de Centros de Atención Primaria de Córdoba*. (Informe Académico Final- Beca “Ramon Carrillo-Arturo Onativia”); Universidad Nacional de Córdoba, Escuela de Salud Publica.
- Fernández Martínez, O., Hidalgo Cabrera, C., Martín Tapia, A., Moreno Suárez, S., García del Río & García, B. (2001). “Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias”. *Emergencias*, 19, 116- 121.
- Fernández Merino, C., Yáñez Gallardo, R. (2014). Describiendo el *engagement* en profesionales de enfermería de atención primaria de salud. *Ciencia y Enfermería*; 20 (3), 131- 140.
- Ferre, J. C., Della Croce, J. P., Bernardino, E. D., Maier, M., Dávalos, W., Marzewski, V., & Sverljuga, S. (2011). Analizan el impacto de la privación de sueño en los médicos residentes. *Salud y ciencia*; 18(7), 623-626.
- Ferrer dos Santos Campos, G. (2013). *Burnout e Engagement nos Médicos dos Hospitais do Grande Porto*. (Tesis de maestría) Instituto Politécnico de Porto, Brasil.
- Frendenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-166.
- García, O., (2002). Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas. *Jornada Técnica de Actualización*. Centro Nacional de Nuevas Tecnologías-INSHT, Madrid.

- Garza J.A., Schneider K.M., Promecene P. & Monga M. (2004). Burnout in residency: a statewide study. *South Med J*, 97, 1171-3.
- Gaulejac, V. de, Aubert, N., (1993). *El coste de la excelencia. ¿Del caos a la lógica o de la lógica al caos?* México: Ediciones Paidós.
- Gestal, J., Acevedo, G. (2009). Aplicación al sector salud en la Republica Argentina. *Salud Laboral- Prevención de Riesgos en el Trabajo*, Universidad de Santiago de Compostela, España: Unidixtal.
- Gil- Monte, P., Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*; Madrid: Síntesis.
- Giraudó, E., Mendizábal, N. & Korinfeld, S. (2002): "Trabajo y salud: un campo permanente de reflexión e intervención". En H. Dei, N. Menna (Ed.) *De los recursos humanos a la gestión con el personal. Una nueva mirada de los vínculos en las organizaciones*. Buenos. Aires: Docecia.
- Giroux, S., Tremblay, G. (2004). La entrevista. Aguce el oído!. En S. Giroux, G. Tremblay, *Metodología de las Ciencias Humanas* (pp. 161- 178). México: Fondo de Cultura Económica.
- Giroux, S., Tremblay, G. (2004). La observación. Más allá de las apariencias. En S. Giroux, G. Tremblay, *Metodología de las Ciencias Humanas*, (pp. 179- 194). México: Fondo de Cultura Económica.
- Goldberg, R., Boss, R., Chan, L., Golberg, J., Mallond, W.K. & Moradzadeh. D. (1996). Burnout and its correlates in emergency physicians: four years experience with a wellness booth. *Acad. Emerg. Med.*, 3, 1156-64.
- Hernández Sampieri, R., Fernández- Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México D. F.: McGraw Hill Interamericana
- Iskra, G., Folkard, S., Marek, T. & Noworol, C. (1996). Health, well- being and burnout of ICU nurses on 12 an 8 hours shift. *Work and Stress*, 10 (4), 251- 556.

- Jamal, M., Baba, V. (1997); Shiftwork, burnout and well-being: a study of Canadian nurses. *International Journal of Stress Management*, 4(3) 197- 204.
- Lemkau, J.P., Purdy, R.P., Rafferty, J.P. & Rudisill, J.R. (1988). Correlates of burnout among family practice residents. *J Med Educ*, 63, 682- 691.
- Luthy, C., Perrier, A., Perrin, E., Cedraschi, C. & Allaz, A. F. (2004). Exploring the major difficulties perceived by residents in training: a pilot study. *Swiss Med Wkly*, 134, 612- 617.
- Machado, M.H. (1996). As profissões e sus: arenas conflitivas; *Divulg Saúde Debate*, 14, 44-70.
- Maldonado, C. R. (2011); *Prevalencia del Síndrome de Burnout en un hospital público del conurbano bonaerense*. (Tesis de grado). Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Psicología y Relaciones Humanas, Buenos Aires.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1982). *Burnout in health professions*.
- Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M. P., (1981). *Maslach Burnout Inventory: MBI*. Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Leiter, M. (1997) *The truth about burnout*; New York: Jossey Bass Publishers.
- Mejía Navarrete, J. (2002). *Problemas Metodológicos de las Ciencias Sociales en Perú*. Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Mayor de San Marcos, Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales.
- Neffa J.C. (1995). *Las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT); Presentación de la concepción dominante y de una visión alternativa*. Presentado en el Seminario organizado por el Programa del Área de Investigación sobre Trabajo y empleo. Buenos Aires.
- Neffa, J. C. (1988). *¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva*; Buenos Aires: Ed. Área de Estudios e Investigaciones Laborales de la SECYT, CEIL- CONICET, CREDAL- CNRS; Humanitas.

- Nerstad, C., Richardsen, A. & Martinussen, M. (2010). Factorial validity of the Utrecht Work Engagement Scale (UWES) across occupational groups in Norway. *Scandinavian journal of psychology*, 51, 326-333.
- Pacenza, M. I., Cordero, S. (2008). Trabajadores de Salud y Educación: Condiciones de trabajo y construcción de identidades profesionales. El caso de General Pueyrredón. *Perspectivas en Psicología*, 5, 58-67.
- Pacenza, M.I. (2007). *Más allá de las condiciones de trabajo. Trabajadores de la salud y Educación. Construcción de identidades profesionales*. IIX Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, Buenos Aires.
- Pacenza, M.I., Andriotti Romanin, E. (2000). *La identidad laboral frente a los tiempos difíciles. Un análisis comparado de distintos grupos profesionales en dos Servicios Públicos de salud mental del Partido de General Pueyrredón*. V Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo.
- Pacenza, M.I., Andriotti Romanin, E. (2005). *Condiciones y medio ambiente de trabajo de distintos grupos profesionales: psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales en los servicios públicos de salud mental de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón*. VII Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, ASET, Buenos Aires.
- Paredes, G., Sanabria- Ferrand, P. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en especialidades médico- quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables socio demográficas y laborales. En *Revista Med.*, 16 (1), 25- 32.
- Peiro, J. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*; Madrid: Eudema.
- Pérez- Zapata, D., Peralta- Montecinos, J. & Fernández- Dávila, P. (2014). Influencia de variables organizaciones en la calidad de vida laboral de funcionarios del sector público de salud en el extremo norte de Chile. *Universitas Psychologica*, 13 (2), 541- 551.
- Superintendencia de Riesgos del Trabajo. *Política Nacional de Salud y Seguridad de los Trabajadores y del Medioambiente de Trabajo*, (s/f), recuperado el 24 de Junio de 2015 de <http://www.srt.gob.ar/>

- Prieto- Miranda, S. E., López- Benítez, W. & Jiménez- Bernardino, C. A. (2009). Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *Revista Educ Med*, 12(3), 169- 177.
- Prins, J., Hoekstra-Weebers, J., Gazendam-Donofrio, S., Dillingh, G., Bakker, A., Huisman, M., Jacobs, B., & van der Heijden, F. (2010). Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: A national study. *Medical Education*, 44 (3), 236-247.
- Prins' J., van der Heijden, F. M.M.A., Hoekstra-Weebers, J. E.H.M., Bakker, A. B., van de Wiel, H. B.M., Jacobs, B. & Gazendam-Donofrio, S. M. (2009). Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychology, Health & Medicine*, 14 (6), 654-666.
- Resolución 1068/ 2010, (23/07/2010), recuperado el 24 de Junio de 2015, de <http://www.infoleg.gob.ar/>
- Ríos, C. & López, R. (2004). El Burnout o Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectiva. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Ríos, C.; Tomasino, R.; Vidal, A.; Ciancio Costa, F. & Rodríguez, A. (2011). *La política de Salud y Seguridad en el Trabajo de la Provincia de Buenos Aires*; Buenos Aires, AAEAP.
- Salanova, M., Martínez, I.M. & Llorens, S. (2005). Psicología organizacional positiva. En F. Palací, F. (Coord.), *Psicología de la Organización*, 349-376. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Salanova, M., Schaufeli, W., Llorens, S., Peiró, J.M. & Grau, R. (2000). Desde el “Burnout” al “Engagement”: ¿Una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 117-134.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B. (2003). *UWES- Utrecht Work Engagement Scale, Preliminary Manual*. Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University, Holanda.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B. (2004a). Job demands, job resources and their relationship with Burnout and Engagement: a multisample study. *Job Organizational Behavior*, 25, 209-238.

- Schaufeli, W. B., van Dierendonk, D. (2000). *Utrecht Burnout Scale (UBOS), manual*. Utrecht: Swets & Zeitlinger.
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V. & Bakker, A.B. (2002a). The measurement of engagement and burnout and: A confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Scribano, A. (2008). El proceso metodológico de la investigación cualitativa. En A. Scribano, *El proceso de investigación social cualitativo*, (pp. 23- 44), Buenos Aires: Ed. Prometeo.
- Silva Peralta, Y. (2004). Procesos de movilización subjetiva que influyen en el desarrollo del Síndrome de Burnout en Psiquiatras y Psicólogos de Hospital Materno Infantil de Mar del Plata. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*, pp. 145-150.
- Silva Peralta, Y. (2006). ¿Están de guardia o están en guardia los trabajadores de la salud? Estudio psicodinámico-exploratorio-descriptivo sobre el síndrome de Burnout. *Perspectivas en Psicología*, 3, 61-69.
- Viejo, S., González, M. (2013). Presencia de estrés laboral, síndrome de burnout y engagement en personal de enfermería del Hospital del Niño Morelense y su relación con determinados factores laborales. *European Scientific Journal*, 9 (12), 112- 119.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A., Demerouti, E. & Schaufeli, W. (2008). Reciprocal relationships between job resources, personal resources, and work engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 235-244.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A., Demerouti, E. & Schaufeli, W. (2009). Work engagement and financial returns: A diary study on the role of job and personal resources. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82, 183-200.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M., Nabergoi, M. 0026 Lenta, M. (2010). *Burnout en profesionales de la salud y de la educación*. (Informe final, Premio Nacional de Convocatoria a Universidades Públicas de proyectos de investigación sobre riesgos de trabajo). Buenos Aires.

Zaldúa, G., Lodieu, M. T., Bottinelli, M., Gaillard & Pawlowicz, M. P. P. (2003). *Prácticas de salud en el sector público*. I “Congreso Marplatense de Psicología”.

Zaldúa, G., Lodieu, M. T., Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19 (4), 167- 172.

Páginas Web consultadas:

<http://www.ilo.org/>

<http://www.infojus.gob.ar/>

<http://www.msal.gob.ar/>

<http://www.srt.gob.ar/>

<http://www.who.int>

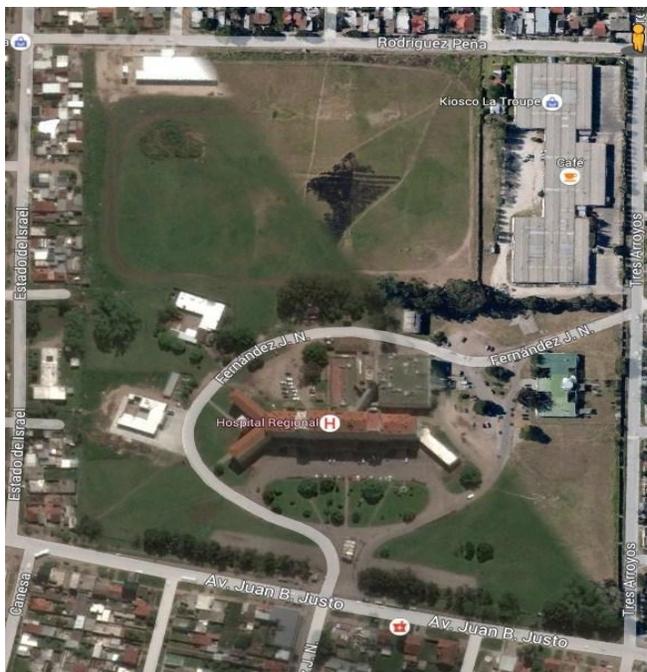
Anexos

Anexos CyMAT

1- Entrada principal del hospital



2- Imagen satelital del terreno del hospital junto con los edificios complementarios



3- Hall- área de Informes



4- Ala Izquierda



5- Baños públicos



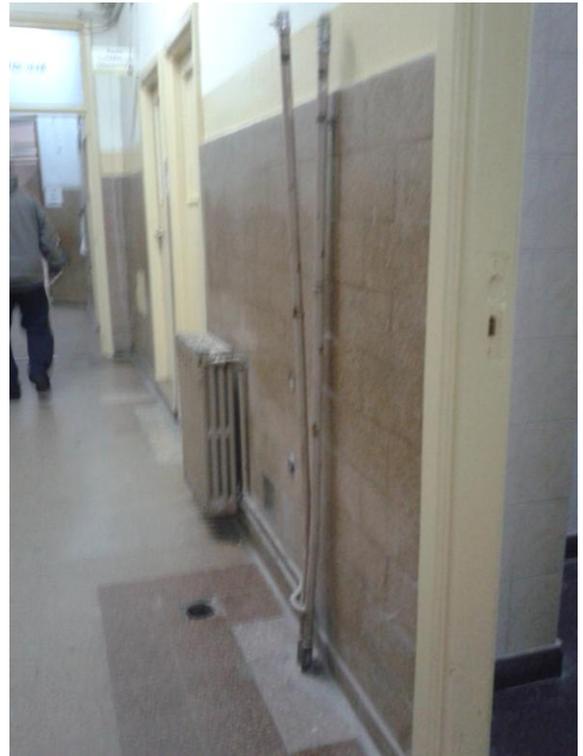
6- Matafuego Ala Izquierda



7/8- Conexión Eléctrica Ala Izquierda



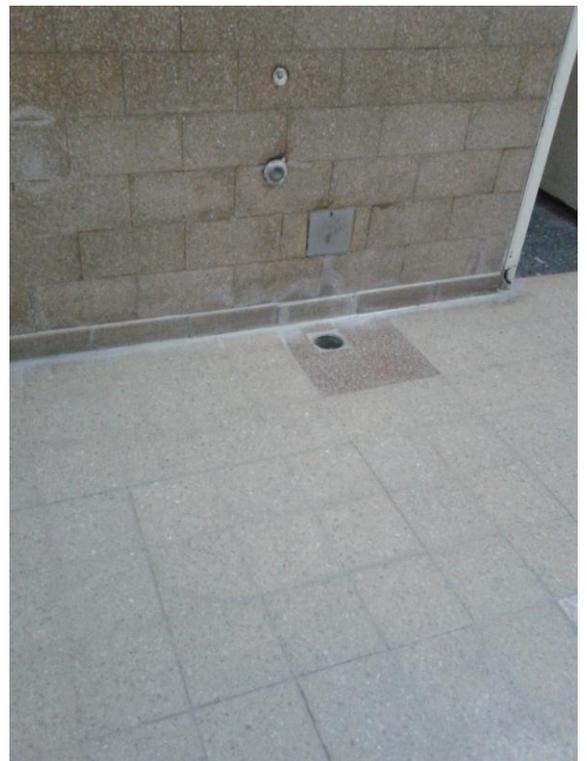
9/10- Conexión de Agua Ala Izquierda



11- Pasillo Ala Derecha



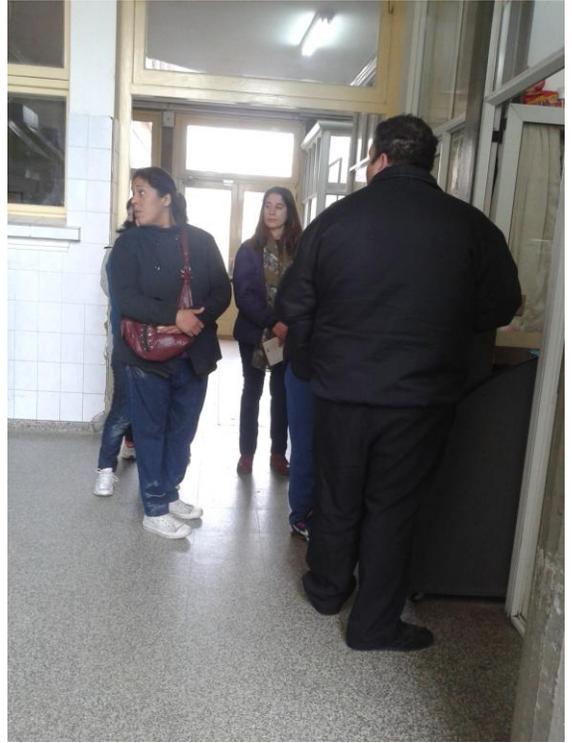
12/13- Conexión Eléctrica Ala Derecha



14- Pasillo interior hacia la Guardia
Guardia



15- Kiosko sobre el pasillo de la



16- Guardia



17- Área de turnos de la Guardia



18/19- Baños dama de la Guardia



20- Entrada de Neurología



21- Neurología



22- Entrada Cardiología



23- Pasillo Cardiología



24- Entrada de Diagnóstico por Imágenes



26/27- Escaleras hacia Infectología



28- Informes del Área de Infectología



29/30- Pasillo de Infectología



31- Techo del pasillo de Infectología



32- Infectología



Anexos Burnout

Tabla 1- Incidencia del sexo sobre síndrome de Burnout

		Sexo	
		Masculino	Femenino
Burnout	Presenta Burnout	66,6%	33,3%
	No presenta Burnout	33,3%	66,6%
Total		100%	100%

Tabla 2- Incidencia de la edad sobre síndrome de Burnout

		Edad		
		24-30 años	31-36 años	37- más
Burnout	Presenta Burnout	55,5%	42,8%	50%
	No presenta Burnout	44,4%	57,1%	50%
Total		100%	100%	100%

Tabla 3 Incidencia del servicio donde se desempeña el residente sobre el síndrome de Burnout

		Servicio				
		Clínica	Neurología	Cardiología	Diagnóstico por Imágenes	Infectología
Burnout	Presenta Burnout	63,6%	44,4%	44,4%	50%	50%
	No presenta Burnout	36,3%	66,6%	66,6%	50%	50%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 4- Incidencia del interés del residente en su actual residencia sobre el síndrome de Burnout

		Interés en residencia actual	
		Si	No
Burnout	Presenta Burnout	47,8%	75%
	No presenta Burnout	52,1%	25%
Total		100%	100%

Tabla 5- Incidencia de la cantidad de horas trabajadas sobre la presencia del síndrome de Burnout

		Horas semanales trabajadas				
		Entre 36hs y 48hs	Entre 49hs y 60hs	Entre 61hs y 72hs	Más de 72hs	NS/NC
Burnout	Presenta Burnout	25%	50%	20%	100%	0
	No presenta Burnout	75%	50%	80%	0	100%
Total		100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 6- Incidencia de la cantidad de horas semanales de guardia sobre el síndrome de Burnout

		Horas de guardia por semana				
		24hs	36hs	48hs	No Realiza	NS/NC
Burnout	Presenta Burnout	66,6%	60%	54%	25%	0
	No presenta Burnout	33,3%	40%	46%	75%	100%
Total		100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 7- Incidencia de pluriempleo sobre síndrome de Burnout

		Otro trabajo	
		Si	No
Burnout	Presenta Burnout	66,6%	44,4%
	No presenta Burnout	33,3%	55,6%
Total		100%	100

Tabla 8- Incidencia de polivalencia sobre síndrome de Burnout

		Realiza tareas que exceden cargo y función	
		Si	No
Burnout	Presenta Burnout	56,5%	25%
	No presenta Burnout	43,5%	75%
Total		100%	100%

Tabla 9- Incidencia del ambiente y clima laboral sobre síndrome de Burnout

		Ambiente y clima laboral		
		Si, es muy agradable	No, pero se tolera	NS/NC
Burnout	Presenta Burnout	40,9%	100%	100%
	No presenta Burnout	59,1%	0	0
Total		100%	100%	100%

Tabla 10- Incidencia del funcionamiento del grupo de trabajo sobre síndrome de Burnout

		Funciona como equipo de trabajo	
		Si	No
Burnout	Presenta Burnout	47%	75%
	No presenta Burnout	53%	25%
Total		100%	100%

Tabla 11- Incidencia de cooperación con otros profesionales sobre síndrome de Burnout

		Cooperación con otros profesionales			
		Muy Buena	Buena	Regular	Mala
Burnout	Presenta Burnout	37%	50%	75%	100%
	No presenta Burnout	63%	50%	25%	0
Total		100%	100%	100%	100%

Tabla 12- Incidencia de la predisposición de otros profesionales en síndrome de Burnout

		Predisposición para interconsultas			
		Muy Buena	Buena	Regular	Mala
Burnout	Presenta Burnout	25%	52%	60%	100%
	No presenta Burnout	75%	48%	40%	0
Total		100%	100%	100%	100%

Tabla 13- Incidencia del reconocimiento de otros profesionales en síndrome de Burnout

		Reconocimiento de superiores		
		Si	No	Parcialmente
Burnout	Presenta Burnout	30,7%	100%	66,6%
	No presenta Burnout	69,2%	0	33,3%
Total		100%	100%	100%

Tabla 14- Incidencia del reconocimiento de colegas en síndrome de Burnout

		Reconocimiento de colegas			
		Si	No	Parcialmente	NS/NC
Burnout	Presenta Burnout	35,2%	100%	71,4%	100%
	No presenta Burnout	64,7%	0	28,5%	0
Total		100%	100%	100%	100%

Tabla 15- Incidencia del reconocimiento de pacientes en síndrome de Burnout

		Reconocimiento de pacientes		
		Si	No	Parcialmente
Burnout	Presenta Burnout	37,5%	100%	77,7%
	No presenta Burnout	62,5%	100%	22,2%
Total		100%	100%	100%

Tabla 16- Incidencia del respaldo de compañeros en síndrome de Burnout

		Respaldo de compañeros ante conflicto		
		Nunca	Frecuentemente	Siempre
Burnout	Presenta Burnout	100%	53,8%	46%
	No presenta Burnout	0	46,1%	54%
Total		100%	100%	100%

Tabla 17- Incidencia del respaldo de superiores en síndrome de Burnout

		Respaldo de superiores ante conflicto		
		Nunca	Frecuentemente	Siempre
Burnout	Presenta Burnout	100%	50%	44%
	No presenta Burnout	0	50%	66%
Total		100%	100%	100%

Tabla 18- Incidencia del respaldo de otros profesionales en síndrome de Burnout

		Respaldo de otros profesionales ante conflicto		
		Nunca	Frecuentemente	Siempre
Burnout	Presenta Burnout	71%	63%%	44%
	No presenta Burnout	29%	37%%	66%
Total		100%	100%	100%

Tabla 19- Incidencia de satisfacción laboral sobre síndrome de Burnout

		Satisfacción con trabajo		
		Si	No	Parcialmente
Burnout	Presenta Burnout	25%	100%	69%
	No presenta Burnout	75%	0	31%
Total		100%	100%	100%

Anexo Engagement

Tabla 20- Incidencia de sexo sobre Engagement

		Sexo	
		Masculino	Femenino
Engagement	Muy Bajo	0%	8,3%
	Bajo	13%	8,3%
	Promedio	53%	66,6%
	Alto	33%	16,66%
Total		100%	100%

Tabla 21- Incidencia de edad sobre Engagement

		Edad		
		24-30 años	31-36 años	37- más
Engagement	Muy Bajo	0%	14,2%	0
	Bajo	16,6%	0%	0
	Promedio	66%	42,8%	50%

	Alto	16%	42,8%	50%
Total		100%	100%	100%

Tabla 22- Incidencia del servicio donde el residente se desempeña sobre niveles de Engagement.

		Servicio				
		Clínica	Neurología	Cardiología	Diagnóstico por Imágenes	Infectología
Engagement	Muy Bajo	0%	0%	0%	16,6%	0%
	Bajo	27,7%	0%	0%	0%	0%
	Promedio	54%	66%	66%	40%	75%
	Alto	18%	33%	33%	33%	25%
Total		100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 23- Incidencia del interés en la residencia sobre niveles de Engagement.

		Interés en residencia	
		Si	No
Engagement	Muy Bajo	4,34%	0%
	Bajo	13,04%	0%
	Promedio	56,52%	75%
	Alto	26,08%	25%
Total		100%	100%

Tabla 24- Incidencia del interés por otra especialidad sobre niveles de Engagement.

		Interés en otra especialidad	
		Si	No
Engagement	Muy Bajo	6,66%	0%
	Bajo	20%	0%
	Promedio	46,6%	75%
	Alto	26,6%	25%
Total		100%	100%

Tabla 25- Incidencia del salario sobre niveles de Engagement

		Salario		
		No percibe	Entre \$8.000 y \$10.000	Más de \$10.000
Engagement	Muy Bajo	0	0%	7,1%
	Bajo	0	18,1%	7,1%
	Promedio	0	63,6%	64,2%
	Alto	100%	18%	21,4%
Total		100%	100%	100%

Tabla 26- Incidencia de cantidad de horas trabajadas sobre niveles de Engagement

		Horas semanales trabajadas				
		Entre 36hs y 48hs	Entre 49hs y 60hs	Entre 61hs y 72hs	Más de 72hs	NS/NC

Engagement	Muy Bajo	0%	12,5%	0%	0%	0%
	Bajo	0%	0%	20%	25%	0%
	Promedio	50%	62,5%	40%	62,5%	100%
	Alto	50%	25%	40%	12,5%	0%
Total		100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 27- Incidencia de horas de guardia semanales sobre niveles de Engagement

		Horas de guardia por semana				
		24hs	36hs	48hs	No Realiza	NS/NC
Engagement	Muy Bajo	0%	0%	9%	0%	0%
	Bajo	0%	0%	27,2%	0%	0%
	Promedio	66,6%	80%	45,4%	50%	100%
	Alto	33,3%	20%	18,1%	50%	0%
Total		100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 28- Incidencia de pluriempleo sobre Engagement

		Mantiene otro trabajo	
		Si	No
Engagement	Muy Bajo	11,1%	0%
	Bajo	0%	16,6%
	Promedio	44%	66,6%
	Alto	44%	16,6%
Total		100%	100%

Tabla 29- Incidencia de polivalencia sobre niveles de Engagement

		Realiza tareas que exceden cargo y función	
		Si	No
Engagement	Muy Bajo	4,3%	0%
	Bajo	13%	0%
	Promedio	52,1%	100%
	Alto	30,4%	0%
Total		100%	100%

Tabla 30- Incidencia del clima laboral sobre niveles de Engagement

		Ambiente y clima laboral		
		Si, es muy agradable	No, pero se tolera	NS/NC
Engagement	Muy Bajo	4,54%	0%	0%
	Bajo	13,63%	0%	0%
	Promedio	54%	75%	100%
	Alto	27%	25%	0%
Total		100%	100%	100%

Tabla 31- Incidencia del trabajo en equipo sobre niveles de Engagement

	Trabajo en equipo

		Si, actuamos como equipo	No, pocas veces actuamos en equipo
Engagement	Muy Bajo	0%	25%
	Bajo	8,6%	25%
	Promedio	65%	25%
	Alto	26%	25%
Total		100%	100%

Tabla 32- Incidencia de la cooperación con otros profesionales sobre niveles de Engagement

		Cooperación con otros profesionales			
		Muy Buena	Buena	Regular	Mala
Engagement	Muy Bajo	0%	0%	0%	100%
	Bajo	12,5%	7%	25%	0%
	Promedio	62,5%	57%	75%	0%
	Alto	25%	35,7%	0%	0%
Total		100%	100%	100%	100%

Tabla 33- Incidencia de la predisposición para interconsultas sobre niveles de Engagement

		Predisposición para interconsultas			
		Muy Buena	Buena	Regular	Mala
Engagement	Muy Bajo	0%	5,8%	0%	0%
	Bajo	25%	5,8%	20%	0%

	Promedio	25%	70,5%	40%	100%
	Alto	50%	17,6%	40%	0%
Total		100%	100%	100%	100%

Tabla 34- Incidencia del respaldo de compañeros sobre niveles de Engagement

		Respaldo de compañeros ante conflicto		
		Nunca	Frecuentemente	Siempre
Engagement	Muy Bajo	100%	0%	0%
	Bajo	0%	15,3%	7,6%
	Promedio	0%	69,2%	53,8%
	Alto	0%	15,3%	38,4%
Total		100%	100%	100%

Tabla 35- Incidencia del respaldo de colegas sobre niveles de Engagement

		Respaldo de colegas ante conflicto		
		Nunca	Frecuentemente	Siempre
Engagement	Muy Bajo	50%	0%	0%
	Bajo	0%	0%	33%
	Promedio	50%	75%	33%
	Alto	0%	25%	33%
Total		100%	100%	100%

Tabla 36- Incidencia del respaldo de otros superiores sobre niveles de Engagement

		Respaldo de otros superiores ante conflicto		
		Nunca	Frecuentemente	Siempre
Engagement	Muy Bajo	33%	0%	0%
	Bajo	0%	18%	0%
	Promedio	57%	54%	0%
	Alto	28%	27%	100%
Total		100%	100%	100%

Tabla 37- Incidencia del reconocimiento de colegas sobre niveles de Engagement

		Reconocimiento de colegas			
		Si	No	Parcialmente	NS/NC
Engagement	Muy Bajo	0%	0%	14,2%	0%
	Bajo	0%	50%	14,2%	100%
	Promedio	70,5%	0%	57,1%	0%
	Alto	29,4%	50%	14,2%	0%
Total		100%	100%	100%	100%

Tabla 38- Incidencia de satisfacción laboral sobre niveles de Engagement

		Satisfacción con trabajo		
		Si	No	Parcialmente
Engagement	Muy Bajo	0%	50%	0%
	Bajo	16,6%	0%	7,6%
	Promedio	41,6%	50%	76,9%

	Alto	41,6%	0%	15,3%
Total		100%	100%	100%

Anexo- Discusión de Resultados

Tabla 39- Relación entre Vigor y presencia del síndrome de Burnout

		Vigor		
		Muy Bajo- Bajo VI	Promedio VI	Alto- Muy Alto VI
Burnout	Presenta Burnout	80%	50%	0%
	No presenta Burnout	20%	50%	100%
Total		100%	100%	100%

Tabla 40- Relación entre Dedicación y presencia del síndrome de Burnout

		Dedicación		
		Muy Baja- Baja DE	Promedio DE	Alta- Muy Alta DE
Burnout	Presenta Burnout	100%	46%	45%
	No presenta Burnout	0%	54%	55%
Total		100%	100%	100%

Tabla 40- Relación entre Absorción y presencia del síndrome de Burnout

		Absorción		
		Muy Bajo- Bajo AB	Promedio AB	Alto- Muy Alto AB
Burnout	Presenta Burnout	100%	60%	23%

	No presenta Burnout	0%	40%	77%
Total		100%	100%	100%

Tabla 42- Relación entre Engagement y presencia del síndrome de Burnout

		Engagement			
		Muy Bajo	Bajo	Promedio	Alto
Burnout	Presenta Burnout	100%	100%	50%	28%
	No presenta Burnout	0%	0%	50%	71%
Total		100%	100%	100%	100%

Tabla 43- Relación entre Agotamiento Emocional y niveles de Engagement

		Agotamiento Emocional		
		Bajo AE	Moderado AE	Alto AE
Engagement	Muy Bajo	0%	0%	4,5%
	Bajo	0%	0%	13,6%
	Promedio	0%	100%	54,5%
	Alto	100%	0%	27%
Total		100%	100%	100%

Tabla 44- Relación entre Despersonalización y niveles de Engagement

		Despersonalización		
		Bajo DP	Moderado DP	Alto DP
Engagement	Muy Bajo	0%	0%	5,2%

	Bajo	0%	0%	15,7%
	Promedio- Alto	100%	100%	78%
Total		100%	100%	100%

Tabla 45- Relación entre Realización Personal y niveles de Engagement

		Realización Personal		
		Bajo DP	Moderado DP	Alto DP
Engagement	Muy Bajo	4%	0%	5,2%
	Bajo	12%	0%	15,7%
	Promedio- Alto	84%	100%	78%
Total		100%	100%	100%

Tabla 46- Relación entre Burnout y niveles de Engagement.

		Burnout	
		Presenta Burnout	No presenta Burnout
Engagement	Muy Bajo	7,1%	0%
	Bajo	21,4%	0%
	Promedio- Alto	71%	100%
Total		100%	100%

