

# **Las condiciones laborales de los médicos residentes en el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

Nicolás Manuel Viñas.

Cita:

Nicolás Manuel Viñas (2017). *Las condiciones laborales de los médicos residentes en el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-022/593>

**Las condiciones laborales de los médicos residentes en el sistema público  
de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

**Nicolás Manuel Viñas (IIGG – CIN)**

**vinasnicolasmanuel@hotmail.com**

**Eje: Sociología del Trabajo**

**Mesa: Sociología de las profesiones. Un sub campo poco desarrollado**

**RESUMEN**

En el presente trabajo se analizarán las actuales condiciones laborales de los médicos residentes en el sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El mismo forma parte de una investigación más general que busca explicar la proletarización, la fragmentación y la pauperización del sector. Se observarán sueldos bajos, jornadas extenuantes, polifuncionalidad, enfermedades y accidentes laborales abundantes y formas precarias de contratación. A su vez, se da cuenta del estado de deterioro de los hospitales públicos y de las dificultades de organización sindical que afectan al sector. Para el presente artículo se realizaron veinte entrevistas en profundidad y se analizó el marco legal que encuadra a estos trabajadores.

**Palabras clave:** residentes médicos – proletarización – deterioro hospitalario – condiciones laborales

+ + + + +

**1. Estado del conocimiento sobre el tema**

No son pocos los autores que trabajaron sobre las condiciones laborales de los médicos residentes. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, se trata de “estudios micro” que detienen su atención en tan sólo un aspecto de estas condiciones y no dan cuenta de una mirada global. Al respecto, se pueden mencionar los trabajos de Domínguez (2010), Ferré (2011) y Barrera Guío (2010), que analizan los efectos de la privación del sueño sobre el desempeño de estos trabajadores y el impacto sobre su salud. A su vez, Catsicaris (2007) estudia el impacto del síndrome de burnout en la persona del médico residente. Por su parte, Glorio y Carbia (2014) efectúan una breve descripción de las obligaciones y derechos legales que recubren a los médicos residentes en tanto que profesionales de la salud. En otros casos, el objetivo de los trabajos es dar un panorama más completo. Al respecto, se puede mencionar la encuesta realizada por Fonseca (2009) a 413 profesionales de la CABA, donde se evalúan la cantidad de horas trabajadas por día, la cantidad de guardias por mes y el promedio de horas que se duerme en cada una, la supervisión del trabajo, la cantidad de accidentes, entre otras variables. Por otra parte, un mismo esfuerzo hace Bendersky (2010), aunque reducido al ámbito de

los médicos de guardia. En el caso de Belmartino (1990), este trabajo forma parte de una línea de investigación inaugurada en 1978 en un estudio sobre la estructura y dinámica ocupacional del médico cuyo objetivo era formular un diagnóstico exhaustivo sobre las condiciones de trabajo profesional en la ciudad de Rosario. Otros trabajos hacen hincapié en el proceso de formación de los residentes, destacándose el de Borrel Bentz (2005).

## **2. La residencia**

Una vez finalizada la carrera de medicina, es común que los jóvenes profesionales busquen acceder a un título de posgrado que les permita especializarse en una rama particular. Para ello, la mayoría opta por las residencias o concurrencias. Bajo esta figura, distintos profesionales (médicos, odontólogos, trabajadores sociales, kinesiólogos, bioquímicos, enfermeros, psicólogos, entre otros) se insertan en el sistema de salud a través de una “capacitación en servicio”, lo que les permite especializarse en un área determinada. Según Belmartino, “desde el ángulo de la inserción en el mercado de trabajo, es necesario tener en cuenta que la complejización y tecnificación de la práctica médica y las notorias deficiencias de la carrera de grado, han convertido a la formación de posgrado en un requisito indispensable para completar el adiestramiento profesional” (Belmartino; 1990: 20). La ley 4.702 de la Ciudad de Buenos Aires, sancionada en 2013, los denomina como un agente contratado por el tiempo estipulado para cada residencia o concurrencia (de 3 a 5 años). Terminado este período, se hallan en condiciones de resolver los problemas de su especialidad.

Para el ingreso a la residencia se llama cada año a concurso para cubrir las vacantes disponibles en todo el sistema de salud. En el subsistema público se confecciona un ranking a partir de un puntaje que se obtiene de un examen de 100 preguntas con un valor de 0,5 cada una a lo que se suma el promedio de la carrera. De los que ingresan, quienes alcancen un mayor puntaje podrán acceder a las residencias, siendo su trabajo de tiempo completo y con dedicación exclusiva; y quienes obtengan uno menor deberán conformarse con ser concurrentes, es decir, trabajadores ad honorem. Esta modalidad de contratación incluye dentro de la jornada laboral una franja horaria donde se deben atender pacientes y otra franja dedicada a una actividad más académica. Ahora bien, no todas las profesiones y especialidades poseen concurrencias (por ejemplo, enfermería no las tiene), a la vez que algunas se caracterizan por un peso relativo mayor de las concurrencias por sobre las residencias, como psicología.

El origen del sistema de residencias médicas en nuestro país data del año 1944, con la creación de la primera residencia por parte del Dr. Tiburcio Padilla, aunque recién hacia fines de la década del '50 las residencias comienzan a multiplicarse en cátedras y hospitales y a organizarse de manera semejante a como se las conoce en la actualidad (Borrel Bentz; 2005). Este sistema vino a reemplazar

a los antiguos practicantados, donde el aprendizaje debía realizarse en medios hospitalarios, en contacto directo con pacientes y con supervisión continua de médicos de mayor experiencia. De esta forma, la formación en una especialidad concluía luego de atravesar 5 años en un servicio. En este marco, el sistema de residencias le otorga un mayor grado de formalidad y estructuración a la formación, incorpora un equipo docente conformado por el Coordinador de Programa, el Jefe de Residentes y/o el Instructor. (Ministerio de Salud; 2011).

La organización de las residencias como un sistema de doble función asistencial y formativa surgió como un medio idóneo para la formación del graduado. No obstante, bajo las relaciones sociales capitalistas, la formación de los médicos especialistas se encuentra regida por la formación y la explotación de la fuerza de trabajo y asume una forma concreta ligada a la especificidad que adoptan la acumulación de capital y la lucha de clases en un determinado espacio y tiempo histórico.

En la Ciudad de Buenos Aires, el sistema de residencias se encuentra altamente descentralizado. Según la Ordenanza N°40.997, el coordinador de cada residencia hospitalaria está a cargo de la confección del programa de acuerdo a “lineamientos generales” emanados de la Dirección de Capacitación. Como se verá más adelante, en un sistema de salud vaciado de recursos y de personal, este ordenamiento general permite el incremento de la jornada laboral y de las tareas que en muchos casos van en detrimento de la formación.

### **3. Jornada laboral**

La jornada laboral mínima de los residentes establecida por la ley 2.445 de la Ciudad de Buenos Aires sancionada en 2007 es de 8 a 17hs. de lunes a viernes. A su vez, una gran proporción de especialidades deben efectuar como mínimo 24 horas corridas de guardia por semana, pudiendo alcanzar hasta las 36 horas semanales de guardia. Este marco legal fue modificado en octubre de 2013 a través de la ley 4.702, estableciéndose una jornada de 9 horas diarias a ser cumplidas durante cuatro días hábiles, con un máximo de 28 horas semanales de guardia, es decir, hasta 55 horas semanales o 220 mensuales. En ambos casos, la legislación que enmarca a estos trabajadores se encuentra en contradicción con la Ley 11.544 de Jornada de Trabajo y la Ley 20.744 de Contrato de Trabajo, donde se estipula que la duración del trabajo no podrá exceder de 8 horas diarias o 48 horas semanales. De esta forma, la jornada laboral de los residentes se encuentra retrasada con respecto al marco legal que regula el trabajo de la mayor parte de la clase obrera argentina,

A pesar de lo establecido en estas reglamentaciones, de las entrevistas efectuadas se observa que en numerosas situaciones estos horarios no se cumplen y se extienden a requerimiento del trabajo pendiente o bien el día laboral comienza antes de lo estipulado. Por otra parte, si bien la última ley establece que al día siguiente de las guardias estos trabajadores debieran gozar de 12 horas de

descanso tras 24 de guardia, uno de los reclamos más extendidos entre los residentes es el derecho a este franco post-guardia, cuyo incumplimiento trae como consecuencia que algunos de ellos se vean en la situación de trabajar hasta 36 horas seguidas con escasas horas de descanso. A su vez, tampoco se implementó la reducción de la carga horaria a 4 días hábiles semanales y en varias especialidades (como cirugía) se realizan guardias los fines de semana.

De acuerdo con la descentralización del sistema, la carga horaria de estos trabajadores tiene una variabilidad relacionada con la especialidad elegida, con el hospital donde se realice la residencia o concurrencia y con el año de la misma, disminuyendo la cantidad de horas de guardia conforme aumenta la antigüedad laboral. En relación a esto último se destaca una construcción ideológica tendiente a descargar en los trabajadores más jóvenes la mayor parte de las tareas. Comenta una residente:

“La mayoría de los médicos sabe que desde que inicia su residencia y sobre todo en el primer año van a trabajar muchísimo, como si tuvieran que pagar un derecho de piso. Y cuando llegan al segundo año la cosa cambia y le pasan la bola a los de primero, ‘yo laburé el año pasado, ahora vas a laburar vos’.”<sup>1</sup>

La información recolectada en estas declaraciones se condice con los datos de la encuesta realizada por Fonseca en el año 2008 sobre un total de 380 casos, de los cuales 327 eran residentes, 35 concurrentes y 18 jefes de residentes, todos del ámbito médico. De los encuestados, 321 realizaban guardias (79,25%), con un promedio general de 5.4 guardias cada mes. Se observa que los residentes de primer año cargan con un promedio de 7.1 guardias por mes y bajan a 5.9 en el tercer año. A su vez, la cantidad de guardias y las horas que pueden utilizarse para dormir en las mismas varía desde el pico máximo de 8,4 guardias mensuales para los residentes de cirugía con un promedio de 3,4 horas de sueño hasta especialidades que no efectúan guardias, como fonoaudiología. Respecto al promedio de horas trabajadas (y sin contabilizar las horas de guardia), sobre el total de los residentes se llega a las 9.4 horas diarias. Se destacan entre las jornadas más extensas: traumatología 12 horas, urología 11.5 y cirugía 11.2. Las jornadas descienden para salud mental a 7.8 horas, 7.5 para neurocirugía y 7.4 para anestesiología. (Fonseca et. al.; 2009: 63-71).

Analizando de forma diferente los datos que presentan estos autores, se puede arribar a la siguiente conclusión: si se toman los 22 días laborales del mes, con un promedio de 5.4 guardias mensuales y 9.4 horas diarias de trabajo regulares para el conjunto de los residentes, se alcanza un total promedio de 286 horas mensuales (que si fueran repartidas por igual cada día, serían 13 horas diarias). Si se le suma al día en concepto de transporte 1 hora (siendo generosos) y unas 3 horas para actividades elementales de la vida (comer, bañarse, limpiar, hacer compras y trámites, etc.), sólo se cuenta con

---

<sup>1</sup> Residente del Hospital Argerich. Buenos Aires, 11/09/17.

un remanente de 7 horas disponibles para dormir, si es que no se hace ninguna otra actividad y se aprovechan plenamente esas horas de sueño. De esta forma, se observa que estos profesionales transitan casi 2/3 de su día dentro del hospital, trabajando para “vivir”. Una vez fuera de él, el resto de su jornada la pasan “viviendo” para poder trabajar. Esta situación se agrava en el caso de algunas especialidades, como pediatría, donde la jornada laboral asciende a un promedio de unas 14 horas (304 horas mensuales), a la vez que mejora para otras que no cargan con guardias, como fonoaudiología, donde la labor se reduce a las 9 horas diarias (198 mensuales) (Fonseca et. al.; 2009: 63-71).

Los efectos que producen estas jornadas extenuantes fueron largamente analizados y contraindicados por varios estudios. Entre sus consecuencias pueden encontrarse aquellas que inciden sobre la salud mental (cambios de humor, depresión, estrés, riesgo de abuso de sustancias), repercusiones en la vida social y familiar, impacto negativo en la salud física (afecciones psicósomáticas, resultados ginecológicos adversos, accidentes de tránsito) y potenciales impedimentos para el aprendizaje (Ferré; 2011). El desempeño de los residentes puede ser afectado adversamente por la privación de sueño producto de las jornadas extendidas de trabajo. En este sentido, Barrera Guío cita un estudio donde se ha visto que la privación de sueño produce efectos similares a los de una intoxicación alcohólica, de tal forma que llevar a cabo una tarea tras 24 horas continuas de vigilia, equivale a realizarla bajo los efectos de una concentración de alcohol en sangre del 0.1 por ciento (Barrera Guío; 2010). No es de extrañar entonces que en la bibliografía consultada las jornadas extendidas se relacionen con un mayor número de accidentes laborales y un empeoramiento en las condiciones de atención que reciben los pacientes. Así, el 45% de los encuestados por Fonseca contestaron que han sufrido un accidente y un 86.8% afirma que alguna vez ha cometido algún error médico en su actividad atribuibles a la fatiga causada por el trabajo (Fonseca et. al.; 2009) Debe agregarse que los médicos residentes poseen una matrícula que los habilita para ejecutar el acto médico y por ello, en lo que refiere a la responsabilidad profesional, tienen la obligación de asumir los alcances del daño provocado como consecuencia de imprudencia, impericia o negligencia en sus deberes o falta de observación de los reglamentos a su cargo. A su vez, esta responsabilidad puede alcanzar a sus jefes y supervisores, encargados de formarlos (Glorio y Carbia; 2014).

En conclusión: mientras que otras actividades como los pilotos de avión o los choferes de ómnibus de larga distancia tienen una estricta regulación que les prohíbe conducir un vehículo por determinados lapsos de tiempo para impedir accidentes por falta de sueño, no existe tal cosa para los médicos residentes de los hospitales públicos.

Por último, hay que destacar el hecho de que la privación del sueño no sólo afecta el rendimiento laboral y la atención de los pacientes, sino la propia formación de los “profesionales en formación”.

De las entrevistas efectuadas se desprende que en algunos casos estos se quedan dormidos en las clases como consecuencia de la fatiga, situación que se presenta con mayor probabilidad si la noche anterior realizaron una guardia. En suma, los residentes tampoco gozan de licencias por días de estudio.

#### **4. Salarios y dedicación exclusiva**

El sueldo del conjunto de los residentes establecido legalmente en la Ordenanza 40.997/85 es el equivalente al de un médico asistente de 24 horas (actualmente, este cargo es de 30hs.) modificado por un coeficiente que varía según la especialidad y el año de la residencia. Sin embargo, como producto de los aumentos salariales otorgados a través de sumas fijas, las escalas de los médicos de planta y las de los residentes se distorsionaron con respecto a la carrera profesional. Para el año 2014 su monto era de \$10.500 para un residente de primer año, \$11.000 para uno de segundo y \$11.500 para los de tercero o más. Si se analiza este monto en relación a las horas trabajadas obtenemos que si un residente de primer año efectuaba el máximo de 55 horas semanales establecidas por la ley 4.702 de 2013 –que, como se dijo antes, no son el tope máximo real de horas trabajadas- percibe una suma de \$47,70 la hora. Es decir, un sueldo por hora equivalente a los \$45,83 la hora que ganaba un cajero *part-time* en el supermercado Coto, que cobraba alrededor de \$4400 mensuales por 24hs de trabajo semanales. El salario mejora para aquellas residencias que no realizan guardias, como fonoaudiología, donde el salario por hora es más elevado.

En el caso de los residentes de primer año y los jefes de residentes, personal que recién ingresa al sistema de residencias, debe anotarse que padecen una demora de entre 3 y 4 meses para empezar a cobrar luego de iniciado su contrato, siendo esto un motivo de alza en la movilización del colectivo de residentes que se repite año tras año.

Dada esta composición salarial, y siendo que las residencias son trabajos con dedicación exclusiva, algunos de estos profesionales realizan reemplazos de guardia en negro, situación que comparten con los concurrentes. Al respecto, explica un residente:

“Muchos hacen reemplazos de guardia a nombre de otro, utilizando la matrícula de otro. Es un contrato en negro de persona a persona. En algunas guardias existen profesionales de planta que nunca van a trabajar, lo que habla un poco de la descomposición del sistema, y siempre entregan su matrícula a alguien que los reemplaza y se quedan con alguna diferencia: uno firma, el otro trabaja y se reparten la plata. Lo cierto es que después de hacer eso un tiempo el próximo cargo que se abre es para vos”.<sup>2</sup>

De estas declaraciones se puede percibir que estos profesionales se constituyen como el sector más atrasado en términos de conciencia política, ya que buscan una salida individual a un problema social:

---

<sup>2</sup> Residente de pediatría del Hospital de Niños de La Plata. La Plata, 31/05/13.

en lugar de organizarse y luchar para mejorar sus condiciones de vida, recurren a corruptelas que incluso ponen en juego su carrera profesional. Bajo este tipo de práctica se oculta la subexplotación de la fuerza de trabajo de residentes y concurrentes por parte de un colega a la vez que la complicidad del accionar estatal, que no realiza ni los mínimos controles que cualquier patrón ejerce sobre sus empleados, a costa de la atención de los pacientes. A su vez, se plantea un problema que afecta al conjunto de los residentes: una vez finalizado su contrato laboral, estos trabajadores no son absorbidos por el sistema público de salud como trabajadores de planta, sino que quedan desocupados; razón por la cual encuentran en la realización de estas guardias en negro una vía para una futura inserción laboral post-residencia.

## **5. Formación profesional y precarización laboral**

Si bien la normativa vigente establece que las residencias son una forma de “capacitación en servicio” y la palabra “trabajo” aparece en la descripción de las tareas, el gobierno y la Asociación de Médicos Municipales describen a los residentes y concurrentes no como *trabajadores* sino como “profesionales en formación”, es decir, algo parecido a un *estudiante rentado*. Sin embargo, diversos son los oficios y profesiones donde se realiza capacitación de la mano de obra en el transcurso del contrato y dentro del horario laboral. Ahora bien, que la formación de los residentes y concurrentes no sea una cuestión de días, sino de años, no los hace abandonar su condición de empleados, sino que los convierte, en todo caso, en *trabajadores altamente calificados*.

Esta construcción ideológica *oculta* la pertenencia de clase de esta fracción de los médicos y atenta contra sus condiciones laborales al impedirles el acceso a ciertos derechos reconocidos para otros obreros del sector. El ejemplo más grosero de la pérdida de conquistas laborales justificado en términos formativos refiere a la licencia por embarazo. La Ley 2.245 establece que “a los efectos de la promoción, la asistencia mínima anual será de 200 firmas. Las ausencias por licencias ordinarias y/o por maternidad no serán consideradas como tales a los efectos del total de firmas anuales”. Menciona otro de los entrevistados:

“El año pasado [se refiere a 2011], Médicos Municipales convino en la paritaria la licencia por estrés, que abarca solamente a los profesionales de planta y no a los residentes y concurrentes. Ante las quejas, nos respondieron que nosotros no éramos trabajadores, sino ‘profesionales en formación’. Es decir, que el sector de trabajadores más expuesto al estrés cotidiano, el que más horas y más intensamente trabaja, que además es el que menor salario percibe y que tiene una serie de responsabilidades por fuera del horario laboral, como preparar exámenes, no puede gozar de licencia por estrés”.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Residente N°1, Hospital Piñero. Buenos Aires, 23/11/12.



De la entrevista se desprende una situación de fragmentación al interior del colectivo profesional que perjudica a los concurrentes y residentes y que atenta contra sus condiciones de trabajo. A su vez, tiende a atomizar y a disminuir la capacidad de reacción del conjunto de los trabajadores contra su empleador. Por otra parte, la construcción ideológica del “profesional en formación” permite una mayor regimentación e intensidad en el uso de la fuerza de trabajo. En las especialidades quirúrgicas, por ejemplo, suele ocurrir que los residentes realizan más guardias que las correspondientes (hasta 15 por mes en algunos hospitales para los residentes de primer año), ya que de esta manera los profesionales tienen más posibilidades de efectuar intervenciones quirúrgicas que de otro modo no estarían disponibles. Por otra parte, en estas especialidades también se registraron “castigos” ante errores laborales o ante una “falta de disciplina”, tales como: impedimento para operar por determinado lapso de tiempo, extensión de la jornada laboral por sumatoria de tareas (como evolucionar una mayor cantidad de salas) y, en casos extremos, la imposición de una guarda en forma de castigo<sup>4</sup>. Por otra parte, sobre el régimen de estas especialidades indica uno de los residentes entrevistados:

“Es común que en estos casos no se goce del franco post-guardia. Esto puede ocurrir porque o bien esa posibilidad no existe, o bien por el temor a las represalias que pueden caer sobre aquél que decida tomarse el franco, como el cierre de los quirófanos, o bien porque tus compañeros no tendrían la posibilidad de afrontar todo el trabajo sin vos”.<sup>5</sup>

Por último, es preciso remarcar que allí donde más peso tiene esta construcción ideológica del “profesional en formación” es en el caso de los concurrentes. Al igual que los residentes, los concurrentes son profesionales que se insertan en el sistema de salud a través de una capacitación en servicio, lo que les permite especializarse en un área determinada. La diferencia radica en que los concurrentes no perciben un salario, no tienen acceso a ART, seguro médico, alimentación, tratamiento psicológico, obra social, aportes, ni beneficios por su trabajo. Estos trabajadores *ad honorem* predominan en las especialidades de salud mental y psicología. Por esta razón, las jornadas de los concurrentes son de medio tiempo (de 8 a 13hs.), para permitir el acceso a otro trabajo (generalmente en guardias, en ambulancias, en lo médico laboral de alguna empresa, en el ámbito privado o como franqueros).

## **6. Funciones del residente**

De acuerdo con el Documento Marco para las residencias del equipo de salud firmado por el Ministerio de Salud de nación del año 2011, el residente “participa de todas las actividades habituales

---

<sup>4</sup> Residente del Hospital Ramos Mejía. Buenos Aires, 25/04/17

<sup>5</sup> Residente N°2 del Hospital Piñero. Buenos Aires, 29/08/12.

del servicio o efector tanto asistenciales, como de intercambio o formación teórica tales como actividades comunitarias, atención en centro de salud, consultorios externos, salas de internación, guardia, interconsultas, pases de sala, pases de guardia, reuniones de equipo, ateneos, clases programadas, etc”. A su vez, en el programa se contemplan “momentos de intercambio y trabajo conjunto tanto con profesionales del propio servicio como de otras áreas o especialidades. El trabajo interdisciplinario y en equipo es parte de la formación del residente y debe tener un espacio en el transcurso de la formación a través de la realización de ateneos, interconsultas, clases conjuntas, actividades comunitarias, proyectos especiales u otras estrategias” (Ministerio de Salud; 2011). Por su parte, según la ordenanza 40.997/85 del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las funciones del residente consisten en registrar por escrito sus actividades de acuerdo a los objetivos y modalidades de cada residencia (historia clínica, parte quirúrgico, protocolos de laboratorio, informe psicológico, etc.); confeccionar, conjuntamente con el profesional de planta responsable, la epicrisis o el resumen final de la historia clínica, protocolo o informe correspondiente; asistir a las necropsias de los enfermos que hayan estado bajo su cuidado y a las actividades científicas y docentes que fijen los planes formativos correspondientes.

A pesar lo que dictamina la reglamentación, en los hechos la labor de estos profesionales se extiende mucho más allá de lo estipulado: los residentes y concurrentes realizan tareas propias de otros oficios y profesiones como hacer de camilleros, extraccionistas, o labores de tipo administrativo y de enfermería.

Aunque debieran ser supervisados en su labor, en muchas circunstancias ocurre que residentes y concurrentes quedan a cargo de puestos y tareas para los cuales no poseen formación suficiente. Los entrevistados afirman que estas situaciones van desde asumir la responsabilidad de una guardia o del área de trabajo durante un turno (generalmente, de noche) hasta el traslado de pacientes en ambulancias. Es decir, Como señala uno de ellos:

“Muchas veces queda uno de primer año a cargo de una sala de internación con 15 o 20 pacientes y no debería ser su responsabilidad. En mi centro de salud, al mediodía, desaparecen todos los médicos de planta, entonces si cae alguna urgencia, si hay que hacer alguna interurrencia con algún paciente nos encargamos nosotros. También suele ocurrir que en sus primeros tres meses el residente esté supervisado, pero después tiene que atender pacientes como pueda”.<sup>6</sup>

De esta manera, y como bien afirma Belmartino, “el sector público consigue ampliar su capacidad operativa por encima de las posibilidades ofrecidas por los recursos que se le destinan. Retribuyendo magramente el trabajo de los residentes o utilizando el trabajo *ad honorem* de los concurrentes,

---

<sup>6</sup> Residente N°3 del Hospital Piñero. Buenos Aires, 10/08/13.

consigue disponer de recursos que de otra manera no podría seguramente contratar.” (Belmartino; 1990: 17)

Esto no es más que otra muestra de cómo la precarización laboral de los profesionales de la salud afecta al conjunto de la población. El vaciamiento sanitario ha erosionado las condiciones laborales de sus trabajadores y, por ende, la atención de los pacientes. Por eso la lucha sindical por mejorar su situación no puede sino redundar en una mejora de calidad de atención: cuando estos trabajadores conquistan la designación de profesionales evitan el cierre de salas o logran su normal funcionamiento con el personal adecuado. Asimismo, la efectivización del franco post-guardia o el establecimiento de guardias de un máximo de 12 horas permitirían reducir los errores y accidentes. Develar esta relación permite enfrentar el sentido común que la burguesía pretende implantar ante los conflictos obreros en los sectores que se presentan como “servicios esenciales”. Para atacar a los trabajadores que luchan por sus condiciones de trabajo, se apela a la fragmentación de la clase obrera, es decir, producir una falsa división entre “productores” (médicos) y “consumidores” (pacientes) de un “servicio”. Lo mismo ocurre ante la lucha de docentes y ferroviarios, donde alumnos y pasajeros son presentados como “rehenes” de la lucha sindical.

## **7. Deterioro hospitalario y enfermedades laborales**

En los primeros tiempos de la industria, la cantidad de accidentes y enfermedades laborales era mayor, porque las máquinas y herramientas eran peores y tenían menor protección. A modo de ejemplo, se puede ver la evolución hacia los actuales termómetros digitales. Antes, los termómetros eran de mercurio y costaba mucho sacudirlos provocando daños en las manos o, en caso de romperse, podían afectar la salud ya que el mercurio es una sustancia tóxica<sup>7</sup>. Asimismo, el descubrimiento de nuevas enfermedades impulsó una modificación en el instrumental que utiliza el personal contribuyendo también a aumentar su protección. Con la difusión del HIV en los 80', se fueron cambiando muchos elementos de trabajo, como las jeringas de vidrio, que se reesterilizaban, por otras descartables<sup>8</sup>. El desarrollo científico y técnico puede potenciar hacia una mejora en las condiciones laborales. Sin embargo, como se probará en este acápite, el número de enfermedades y accidentes es todavía bastante grande, producto del estado defectuoso de los hospitales públicos.

Como bien afirma Belmartino, quedó atrás la época en que “los efectores del Estado eran el lugar de radicación de la tecnología de punta: actualmente el médico hospitalario carece de los elementos mínimos indispensables para la atención. En algunas especialidades críticas se ha llegado a contratar prestaciones con el subsector privado” (Belmartino; 1990: 17) De esta forma, por el mal estado o

---

<sup>7</sup> Secretario gremial de la Asociación de Licenciados de Enfermería. Hospital Álvarez, 27/09/12.

<sup>8</sup> Secretario gremial de la Asociación de Bioquímicos de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, 25/09/13.

ausencia de equipamiento los trabajadores y pacientes ven perjudicada su salud. En este sentido, se observa que mientras algunos sanatorios privados cuentan con sistemas mecánicos o hidráulicos para levantar a los pacientes de las camillas, por falta de inversión, los trabajadores del hospital público padecen de problemas en la columna. Situación similar padecen los odontólogos debido al pésimo estado de las sillas que utilizan para trabajar. Al respecto, refiere un residente de esta especialidad del Hospital Dueñas:

“En el hospital cada dos por tres los equipos no funcionan porque son viejos y escasean. En la guardia hay 3 sillones, funcionan 2. Las sillas donde uno se sienta para trabajar están totalmente destruidas, lo cual impacta en nuestra salud: la mayoría de los profesionales que trabajan 15 años terminan con problemas de la columna, artrosis, várices, problemas de la vista. Tenemos también el riesgo de quedar electrocutados porque muchas veces vos estás trabajando y tenés todo el sillón lleno de agua por el mal estado de las cañerías, no ocurre una desgracia de milagro”.<sup>9</sup>

De la misma forma, en algunos casos el estado de las instalaciones se torna en fuente de enfermedad. Hace unos años, en el Hospital Gutiérrez, por la incorrecta instalación de los equipos de rayos, sin las paredes plomadas pertinentes, médicos, residentes y técnicos contrajeron cáncer de tiroides y de piel y hubo casos de anemias. Cuenta una pediatra del hospital:

“Y también afectó a los pacientes. El cuarto caliente que se llama donde están las sustancias radioactivas de medicina nuclear no tenía protección hacia el pasillo de rayos. Osea que todos los chicos que estaban en la sala de espera estaban recibiendo. Ahora lo demolieron al servicio de medicina nuclear y lo están haciendo de vuelta, pero de esas fugas uno se entera cuando ya viene el chico con problemas y uno ni sabe quién es”.<sup>10</sup>

Por otra parte, puede agregarse a la lista de problemas edilicios que lesionan la salud del personal el estado de los ascensores, siendo que algunos incluso se cayeron con personas en su interior. La recurrente situación de ascensores que no funcionan no es una cuestión menor, ya que implica que en determinados casos sea necesario bajar el peso de una camilla por las escaleras y, en algunas situaciones, con un alto grado de estrés. Sobre este punto, y complementando otras declaraciones similares recogidas, un residente de un hospital de La Plata explica las inconveniencias que pueden llegar a producirse:

“Hemos bajo pacientes graves, corriendo a terapia intensiva o al quirófano. En el Hospital San Martín han muerto pacientes o se ha comprometido su vida por esto, es un hospital donde es muy difícil maniobrar por las escaleras, que son chiquitas”.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Residente de odontología del Hospital José Dueñas. Buenos Aires, 09/08/13.

<sup>10</sup> Pediatra del Hospital Gutiérrez. Buenos Aires, 13/10/13.

<sup>11</sup> Residente de pediatría del Hospital de Niños de La Plata. La Plata, 31/05/13.

De lo anterior se desprende la íntima relación que une a las condiciones laborales de los trabajadores de la salud con la calidad de la atención que reciben sus pacientes. Este vínculo puede observarse también en un medioambiente de trabajo en malas condiciones. En el transcurso de esta investigación se detectaron pabellones con inundaciones, goteras y derrumbes, matafuegos vencidos y mampostería que no es ignífuga, malos olores, entre otras manifestaciones de desidia. Este abandono de los hospitales públicos se termina de develar en la falta de higiene que vislumbran, siendo hogar de montones de cucarachas, gatos, roedores y hasta alacranes, los cuales son un factor de riesgo para las personas por las enfermedades que transmiten.

Por otra parte, se registraron varios incendios producidos en los últimos años como producto de las malas condiciones en que se encuentra la infraestructura de los hospitales. Se destaca principalmente el que tuvo lugar en el llamado *sector histórico* del Hospital Álvarez, que desde este suceso en enero del 2012 no cuenta con un espacio adecuado para varios servicios, reduciendo su funcionamiento. Un entrevistado relata una de las consecuencias de esta situación:

“Al pasar la guardia al pabellón de clínica médica, las ambulancias tenían que entrar por las callecitas internas del hospital porque la guardia no da a la calle, lo que resulta muy perjudicial cuando ingresan casos graves”.<sup>12</sup>

Otro caso ejemplificador de la falta de mantenimiento que padecen algunos hospitales porteños fue la intoxicación por monóxido de carbono que padecieron 43 personas, entre ellas 13 neonatos, que tuvo lugar en el Hospital Gutiérrez. Esto ocurrió debido a la deficiente instalación del sistema de ventilación de gases de unos termotanques y que debía ser controlado, paradójicamente, por el sistema privatizado de mantenimiento a cargo de la empresa “Mejores Hospitales”.

Este breve cuadro de situación no significa que todos los hospitales estén derruidos. El estado edilicio de los hospitales públicos porteños no presenta la misma condición en todos los casos ni en todos los sectores al interior de los mismos. Algunos se encuentran en una situación “privilegiada” con respecto de otros. Lo mismo puede decirse de la aparatología, siendo óptima en algunos casos, pero obsoleta en otros. Lo importante a tener en cuenta es que los médicos se ven afectados por un proceso de deterioro a largo plazo de los hospitales públicos que perjudica su salud.

Ahora bien, lo que sí puede mencionarse como un factor negativo generalizado en el desarrollo de la labor de los profesionales de la salud es el hecho de verse inmersos en un clima laboral hostil. Los médicos pasaron de ser un actor revestido del más alto respeto y consideración en razón de su saber, a conformarse como uno de los sectores más afectados por la violencia social. No sólo las relaciones entre pares presentan altos niveles de agresividad en ciertas ocasiones, sino que absorben de manera directa de todo el entramado social una fuerte dosis de violencia. No sólo por la recepción de pacientes

---

<sup>12</sup> Cardiólogo del Hospital Álvarez. Buenos Aires, 20/11/13.

en un estado cada vez más agudo, sino por la relación que entablan con ellos y sus familiares. Abundan los gritos, los malos tratos, la violencia verbal e incluso física. Según un estudio publicado por la Asociación de Médicos Municipales, sobre un total de 271 médicos de guardia encuestados el 59.9% afirmó haber recibido alguna forma de violencia en el 2009. De estos, el 91.8% fue agredido en el hospital, 39.9% en auxilios en la vía pública y un 34.7% en auxilios domiciliarios. Con respecto a la forma de violencia el 97.4% fue agredido verbalmente, el 20.4% físicamente y el 56.7% psicológicamente (Bendersky et. al., 2010). Esta situación se acentúa en la guardia de algunos hospitales, como el Zubizarreta o el Santojanni. En este último establecimiento, puede mencionarse un caso que tuvo amplia repercusión en enero de 2012, cuando fracciones de la barra brava del Club Atlético Nueva Chicago irrumpieron en la guardia de la institución.

Como consecuencia de todo el cuadro de situación descrito hasta aquí se observa un deterioro psicofísico del conjunto de los médicos. Según la bibliografía consultada, las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) a las que se someten estos profesionales impactan directamente en la probabilidad de contraer enfermedades o sufrir accidentes en el lugar de trabajo. En este sentido, juegan un papel importante la sobrecarga asistencial, las jornadas extenuantes, las guardias, la escasez de tiempo de consulta, las urgencias, entre otros. No es casualidad que este grupo profesional sea el que padece y desarrolle más enfermedades directamente relacionadas con el estrés, que afecta a más del 10% de los médicos. (Bendersky, et al.; 2010). Puede entenderse entonces que uno de los padecimientos más extendidos sea el *síndrome de burnout*<sup>13</sup> o "agotarse por el trabajo". Este estrés crónico puede acarrear desde problemas gastrointestinales, pasando a otros más serios como hipertensión, depresión -que algunas veces lleva al suicidio-, o al uso indebido de antidepresivos y sedantes para tratar de sobrellevar una situación insostenible. A su vez, en esta labor de alto esfuerzo y baja recompensa, se destaca la población automedicada, existe una alta incidencia de trastornos mentales y una masa significativa de trabajadores son empujados hacia la drogadicción y el alcoholismo. En este contexto, es importante remarcar que los residentes y concurrentes, es decir, la fracción más vulnerable dadas sus peores condiciones laborales, no goza de licencias por estrés.

## 8. Conclusiones

Como se intentó demostrar en este artículo, hace tiempo que Medicina dejó de ser una carrera que aseguraba un bienestar económico y la permanencia dentro del universo burgués y pequeño burgués. La proletarización de un sector mayoritario de los profesionales de la salud acompañó la degradación de sus condiciones de trabajo. Esto se manifiesta de manera aguda entre quienes son empleados por

---

<sup>13</sup> El término fue tomado de la física de los metales para referirse a la forma en que un material, aun estando quemado (o fundido), puede continuar con la función de transmisión de energía. El traslado de este concepto al mundo laboral da cuenta de un desgaste en la fuerza de trabajo (Catsicaris; 2007: 236).

el Estado. En la medida en que en el sistema público de salud se atiende la sobrepoblación relativa para el capital, el Estado capitalista no invierte en una salud de calidad para esta población, impulsando el deterioro en las condiciones laborales del personal que allí se desempeña (el crecimiento constante del ejército industrial de reserva es parte del sustrato material del vaciamiento sanitario). Por ello, como sucede con otras fracciones de la clase obrera, las enfermedades y accidentes laborales proliferan.

Este trabajo se detuvo en los médicos residentes que trabajan en los hospitales públicos de la Capital Federal, es decir, los que gozan de las mejores condiciones laborales del país dentro de la esfera estatal. En ese sentido, se puede afirmar que las tendencias aquí descritas se encuentran más desarrolladas para el resto de sus pares argentinos.

Los médicos residentes son trabajadores calificados que se constituyen como mano de obra abaratada para el Estado. Esta situación se oculta bajo la construcción ideológica que los caracteriza como “profesionales en formación”, como estudiantes, que justifica su exclusión de derechos laborales que gozan otros profesionales de la salud (como las licencias por estrés) o derechos ganados por el conjunto de la clase obrera argentina (como la jornada laboral estipulada en la Ley de Contrato de Trabajo). A su vez, esta caracterización sirve para incrementar la jornada laboral y la cantidad de tareas realizadas argumentando “objetivos de formación” y establecer castigos como no permitir que el residente de cirugía opere pacientes por un tiempo determinado o imponerle guardias impagas. La descentralización del sistema deja a criterio de cada coordinador la formación de los residentes, los cuales actúan en algunas circunstancias bajo las necesidades operativas en detrimento del tiempo de formación. Por otra parte, la falta de personal hace que en algunas residencias nuevas no haya un jefe de residentes designado a cargo y que un instructor o un residente con más antigüedad trate de reemplazarlo.

Esta fracción de los médicos cumplen con un régimen laboral de jornadas extenuantes que atentan no sólo contra sus condiciones laborales y de vida, sino que, secundariamente, pueden comprometer la seguridad de los pacientes: como producto de las pocas horas de sueño con que cuentan los residentes se incrementan no sólo los accidentes y las enfermedades laborales, sino también los errores médicos. A su vez, estos “profesionales en formación” no pueden formarse correctamente: algunos se quedan dormidos en las clases por la falta de sueño, todos carecen de licencias por días de estudio.

En lo que refiere a sus ingresos, se vio que los salarios bajos y su contratación mediante la modalidad de dedicación exclusiva empujan a una fracción de este conjunto a realizar reemplazos de guardia en negro. Finalmente, se observa que la labor efectuada por los residentes excede lo estipulado: no solamente realizan tareas propias de otros oficios y profesiones, sino que muchas veces no son

supervisados en su actividad por un médico de planta y quedan a cargo de puestos para los cuales no poseen formación suficiente.

## 9. Bibliografía

Barrera Guío, Nohora Lucía. (2010): “Alteraciones en el desempeño cognitivo y clínico asociadas a la privación de sueño en residentes de especialidades médicas”, Tesis de grado, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Belmartino, Susana (2005), *La atención médica argentina en el siglo XX*, Buenos aires: Siglo XXI.

-, et. al. (1990): Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación, Argentina, Organización Panamericana de la Salud, Publicación N°14.

Bendersky, Marcelo, et. al. (2010), “Vulnerabilidad de los médicos de guardia en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires”, *Mundo Hospitalario*, Año XIX, N°162, julio. *Boletín Científico*, Año 15, N°67.

Borrel Bentz, María Rosa (2005), *La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*, Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS.

Catsicaris, Cristina, et. al. (2007), “La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (*burnout*). Un modelo de prevención en la formación médica”, *Archivos Argentinos de Pediatría*, Vol. 105, N°3, pp.236-240.

Domínguez, Paula, et. al, (2010), “Efectos de la privación de sueño en el desempeño de los médicos residentes de pediatría”, *Revista Argentina de Pediatría*, 107 (3), pp. 241-245

Ferré, Juan Cruz, (2011), “Evalúan los efectos de la privación de sueño en los médicos residentes”, *Medicina Para y Por Residentes*, Vol. 2, N°2, Septiembre, pp. 5-8

Fonseca, Matías, et. al. (2009), “Análisis de las condiciones laborales de los profesionales en formación del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires”, *Clepios*, Vol. XV, N°2.

Glorio Roberto; Carbia, Sergio, (2014), “Análisis histórico legal de las residencias médicas y el residente”, *Revista Dermatología Argentina*, Vol 20, N°1, p.67-71.

## 10. Fuentes

Entrevistas en profundidad realizadas entre los años 2011 y 2014 a 30 trabajadores de la salud, activistas y representantes gremiales.

Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. (2011): “Residencias del Equipo de Salud. Documento Marco”. En línea: [http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento\\_Marco\\_Residencias\\_OK.pdf](http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento_Marco_Residencias_OK.pdf) F/c: 23/08/2014

Revista MH Mundo Hospitalario, Asociación de Médicos Municipales, 2004-2014