



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Xochimilco

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

MAESTRÍA EN TRABAJO Y SALUD

**EXIGENCIAS LABORALES, DAÑOS A LA SALUD Y REPERCUSIONES EN LA VIDA
COTIDIANA Y TIEMPO LIBRE DE MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL
PÚBLICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

IDÓNEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

QUE PRESENTA

LIC. ARANTXA IZQUIERDO HERNÁNDEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN TRABAJO Y SALUD

DIRECTORA:

DRA. MARÍA ADRIANA CECILIA CRUZ FLORES

JULIO 2025

Agradecimientos

Agradezco a mi asesora, la Dra. María Adriana Cecilia Cruz Flores, por su guía y paciencia a lo largo de este proceso. Su mirada y acompañamiento me permitieron fortalecer mis capacidades.

A mis profesoras de la Maestría en Trabajo y Salud, por compartir sus saberes y experiencias, y por renovar en mí la esperanza en un futuro más justo para las personas trabajadoras. A mis lectores, por su tiempo y valiosa retroalimentación. A mis compañeras y compañeros, por la fortuna de haber coincidido en este camino; su compañía enriqueció este proceso académico y humano.

A las y los médicos residentes que participaron en este estudio, cuyo tiempo y disposición en medio de las exigencias de su formación fueron fundamentales para la realización de esta investigación. Este trabajo también busca reconocer su esfuerzo cotidiano.

A mis padres y hermana, por su presencia y apoyo a lo largo de este proceso. A Alejandro, por ser mi ancla durante esta etapa. A Camila, mi compañera de desvelos y a Thiana, siempre en mi memoria.

Expreso mi agradecimiento a la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco por brindarme esta oportunidad formativa, y a la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación, cuyo apoyo fue clave para la realización de mis estudios.

Índice

Resumen	3
Abstract	4
1. Introducción	5
2. Planteamiento del problema	8
3. Justificación	12
4. Objetivos	15
5. Marco teórico	16
5.1 Vida cotidiana	16
5.2 Reproducción social	18
5.3 Proceso de reproducción	20
5.3.1 Tiempo libre	21
5.4 Proceso de producción	23
5.4.1 Proceso de trabajo en el sector servicios	25
5.4.2 Médicos residentes	26
5.4.3 Clasificación de especialidades médicas	28
5.5 Riesgos laborales	30
5.6 Exigencias laborales	31
5.7 Componentes humanizantes en el trabajo	32
5.8 Perfil de salud-enfermedad	33
5.9 Daños a la salud	35
5.9.1 Daños físicos	35
5.9.2 Daños psíquicos	36
5.9.3 Daños psicosomáticos	40
6. Marco histórico	42
6.1 Sistema Nacional de Salud	42
6.2 Residencias médicas	47
6.3 Legislación	52
7. Marco referencial	54
8. Metodología	58
9. Resultados	67
8.1 Antecedentes del hospital de estudio	67
8.2 Proceso de trabajo de médicos residentes	68
8.2.1 Proceso laboral por área de servicio	69
8.3 Análisis descriptivo	72
9.4 Análisis bivariado	89
9.5 Análisis multivariado	110
10. Discusión y conclusión	114
11. Recomendaciones	131
12. Referencias	135
13. Anexos	148

Resumen. Los médicos residentes se integran al sistema de salud bajo un modelo de trabajo-escuela donde prestan sus servicios asistenciales mientras cumplen con su formación académica especializada. Aunque realizan funciones equiparables a las del personal adscrito, carecen de los mismos derechos y beneficios laborales. **Metodología:** Con el objetivo de explorar las exigencias laborales, los daños a la salud y las repercusiones en la vida cotidiana y tiempo libre de los médicos residentes de un hospital público de la Ciudad de México, se realizó un estudio observacional, descriptivo, analítico y transversal. Se elaboró un cuestionario electrónico basado en los instrumentos: PROESSAT, escala de depresión, ansiedad y estrés DASS adaptada a 12 reactivos y la prueba de síntomas subjetivos de fatiga Yoshitake. Se conformaron 240 reactivos sobre características sociodemográficas, trabajo doméstico, tiempo libre, condiciones de trabajo, exigencias laborales y daños a la salud. Se realizaron análisis descriptivos, bivariados y modelos de regresión logística. **Resultados:** La muestra final incluyó 105 médicos residentes, 56% mujeres y 44% hombres, con edad promedio de 30.6 años. El 67% presentó fatiga y más de la mitad reportó ansiedad, trastornos del sueño, distrés y cefalea tensional, con un promedio de seis padecimientos por participante. Dedicar tiempo libre a seres queridos redujo 30% la prevalencia de ansiedad y 50% de depresión. Realizar deporte se asoció con 40% menos prevalencia de trastornos del sueño, distrés, cefalea tensional y 30% menos fatiga. Tener tiempo suficiente para el cuidado personal redujo 40% la prevalencia de fatiga y ansiedad. La regresión logística mostró que la presión por cumplir con actividades académicas aumentó la posibilidad de desarrollar fatiga (OR 4.2, $p=0.018$), mientras que disponer de tiempo para el cuidado personal redujo 80% esta afección. Los residentes de especialidades clínicas presentaron seis veces más posibilidades de desarrollar ansiedad en comparación con otras especialidades. Dedicar tiempo libre a seres queridos disminuyó 80% la posibilidad de presentar ansiedad. Realizar trabajo repetitivo y la presión académica incrementaron seis veces la posibilidad de desarrollar trastornos del sueño, en contraste, percibir el desarrollo de habilidades y destrezas redujo 90% esta posibilidad. La presión académica se asoció con mayor posibilidad de distrés (OR 13.1, $p=0.001$), mientras que dormir seis horas o más lo disminuyó en 60%. **Conclusión:** Las exigencias laborales trastocan la vida cotidiana y el tiempo libre queda subordinado a los ritmos de la residencia. Es necesario reestructurar la organización laboral y académica para promover condiciones que protejan la salud de los futuros especialistas del país. **Palabras clave:** médicos residentes, exigencias laborales, vida cotidiana, tiempo libre, formación médica.

Abstract. Resident physicians are integrated into the healthcare system under a work-school model, delivering clinical services while completing their specialized academic training. Although they perform functions equivalent to those of attending physicians, they lack the same labor rights and benefits. **Methods:** An observational, descriptive, analytical, and cross-sectional study was conducted to explore the work demands, health impacts, and repercussions on everyday life and leisure time among resident physicians at a public hospital in Mexico City. An electronic questionnaire was developed based on the following instruments: PROESSAT, the Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS) adapted to 12 items and the Yoshitake Subjective Symptoms of Fatigue Test. A total of 240 items were included, addressing sociodemographic characteristics, domestic work, leisure time, working conditions, work demands and health outcomes. Descriptive statistics, bivariate analyses and logistic regression models were applied. **Results:** The final sample included 105 resident physicians, 56% women and 44% men, with a mean age of 30.6 years. Sixty-seven percent reported fatigue and more than half presented anxiety, sleep disorders, distress and tension-type headaches, with an average of six health conditions per participant. Spending leisure time with loved ones reduced anxiety prevalence by 30% and depression by 50%. Engaging in sports was associated with a 40% lower prevalence of sleep disorders, distress, tension-type headaches and a 30% reduction in fatigue. Having sufficient time for personal care reduced the prevalence of fatigue and anxiety by 40%. The logistic regression showed that academic pressure increased the odds of developing fatigue (OR 4.2, $p=0.018$), while sufficient personal care time reduced this condition by 80%. Residents from clinical specialties had six times greater odds of developing anxiety compared to other specialties. Spending leisure time with loved ones reduced the odds of presenting anxiety by 80%. Performing repetitive work and academic pressure were associated with a sixfold increase in the odds of developing sleep disorders. In contrast, perceiving the development of skills and abilities reduced these odds by 90%. Academic pressure was associated with greater odds of distress (OR 13.2, $p=0.001$), while sleeping six or more hours reduced it by 60%. **Conclusion:** Work demands disrupt everyday life and subordinate leisure time to the rhythms of residency. Restructuring the labor and academic organization is necessary to ensure conditions that safeguard the health of the country's future medical specialists. **Keywords:** resident physicians, work demands, everyday life, leisure time, medical training.

1 Introducción

Los médicos residentes desempeñan un papel fundamental en el funcionamiento de los hospitales en México. Se insertan al sistema sanitario bajo un modelo de trabajo-escuela, por lo que prestan sus servicios asistenciales mientras cumplen con su formación académica especializada. Aunque realizan funciones equiparables a las del personal adscrito, no poseen los mismos derechos y beneficios laborales.

El sistema de salud mexicano carece de suficiente personal en salud para cubrir las necesidades de la población, esto no solo incrementa la carga de trabajo de los médicos residentes, sino que agudiza las exigencias laborales a las que podrían estar expuestos, a su vez, deben responder simultáneamente a las demandas académicas de su formación. Estas exigencias de su doble rol como trabajador-estudiante pueden trastocar la vida cotidiana y el disfrute del tiempo libre.

Este contexto, lejos de propiciar una formación integral y saludable, la especialización puede convertirse en un espacio que genera alteraciones en la salud física y mental. De no identificarse y prevenirse oportunamente, estos daños pueden evolucionar hacia padecimientos crónicos, lo que subraya la importancia de que su práctica clínica se desarrolle en condiciones laborales que favorezcan la conservación de su salud.

El presente estudio se centra en los/las médicos(as) residentes de un hospital público de la Ciudad de México. Se exploraron las exigencias laborales a las cuales están expuestos y las alteraciones que presentan en su salud, vida cotidiana y tiempo libre. Estos últimos aspectos han sido poco explorados en la literatura. La investigación se enmarca en la perspectiva de la salud de los trabajadores, enfoque que permite comprender cómo el proceso de trabajo, las condiciones de vida, las formas de reproducción y espacios de consumo de una población se configuran para conformar un perfil de salud-enfermedad.

Por ende, al querer investigar las exigencias laborales y las repercusiones en la vida cotidiana, tiempo libre e impacto en la salud de médicos residentes de un hospital público de México, surgen las siguientes preguntas:

1. ¿Las exigencias laborales se asocian con alteraciones en la salud de médicos residentes de un hospital público de la Ciudad de México?

2. ¿Cuál es el efecto de las exigencias laborales sobre la vida cotidiana y tiempo libre de los residentes médicos de un hospital público de la Ciudad de México?

Con la finalidad de dar respuesta a tales interrogantes, el presente estudio se estructura con los siguientes capítulos:

- Planteamiento del problema: En este apartado se profundiza en las condiciones laborales y académicas a las que están expuestos los médicos residentes. Se describen las principales deficiencias del sistema de salud que contribuyen a la sobrecarga laboral y con ello, se plantean las incógnitas de cómo las exigencias laborales impactan en la salud, vida cotidiana y tiempo libre de los médicos residentes de un hospital público de la Ciudad de México.
- Justificación: Este capítulo expone la importancia de estudiar las exigencias laborales, los daños a la salud, la vida cotidiana y el tiempo libre de los médicos residentes.
- Objetivos: Se plantean las metas que guían esta investigación.
- Marco teórico: En este capítulo se desarrollan los conceptos que dan fundamento a esta investigación. Se aborda desde la vida cotidiana, la reproducción social con su respectiva esfera reproductiva y productiva, el tiempo libre, las exigencias laborales, hasta el perfil de salud-enfermedad. Este marco se construyó desde una perspectiva crítica que integra aportes de la medicina social, la sociología, el materialismo histórico y principalmente la salud de los trabajadores.
- Marco histórico: Se presenta el desarrollo del sistema de salud mexicano, la creación y evolución de las residencias médicas y las transformaciones del marco normativo que regula a la población de estudio.
- Marco referencial: El apartado retoma estudios previos, internacionales y nacionales, relacionados con exigencias laborales y su relación con la salud, tiempo libre y vida cotidiana de los médicos(as) residentes.
- Metodología: Se describe el enfoque empleado, los instrumentos utilizados, la técnica de recolección de datos y los métodos estadísticos aplicados para el análisis de la información.

- Resultados: En este capítulo se reconstruyó el proceso de trabajo de los médicos residentes de un hospital público de la Ciudad de México. Se describen sus características sociodemográficas, condiciones de trabajo y vida, tiempo libre, exigencias laborales, daños a la salud, así como las asociaciones estadísticamente significativas obtenidas en los análisis bivariados y multivariados.
- Discusión y conclusión: Se retoman los hallazgos obtenidos de la revisión bibliográfica y se compara con los resultados de la presente investigación. Se sintetizan las principales aportaciones del estudio y se ofrecen recomendaciones.
- Recomendaciones: En este apartado se ofrecen sugerencias dirigidas a las autoridades correspondientes y a los/las médicos(as) residentes.

2 Planteamiento del problema

De los 126 millones de habitantes del país, cerca del 74 por ciento se encuentra afiliado al Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual depende del presupuesto asignado por el gobierno federal conforme a la agenda política de cada sexenio presidencial. De acuerdo con datos recolectados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2023), desde el 2012 el SNS ha tenido disminuciones presupuestales y no fue hasta el 2020 que se gestionó un aumento económico a la salud, principalmente para la compra de vacunas por la contingencia sanitaria del Covid-19. Sin embargo, el sistema de salud continúa con deficiencias de equipos, insumos y recursos humanos para satisfacer las necesidades asistenciales de la población.

La Secretaría de Salud (SS) en el 2022 refirió contar con el 88 por ciento de médicos generales y 45 por ciento de médicos especialistas necesarios para cubrir las demandas sanitarias de acuerdo con las recomendaciones de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), por lo que no se cumplen las sugerencias internacionales de médicos necesarios para garantizar el derecho a la protección de la salud de la población.

Ante estas deficiencias, los y las médicos(as) residentes constituyen una parte esencial del sistema de salud debido a que prestan su fuerza de trabajo en un contexto de escasez nacional de personal médico. Los residentes médicos, son aquellos profesionales de la medicina que se encuentran en un programa de formación especializada. Posterior a la obtención de su título y cédula profesional, algunos médicos(as) continúan su formación mediante la residencia médica en búsqueda de mejores oportunidades, tanto económicas como laborales, así como desarrollo profesional y la certificación en alguna especialidad (Akaki y López, 2018).

La Ley Federal del Trabajo (LFT) y la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012 consideran al médico(a) residente como aquel profesional de la medicina con título expedido que ingresa a una Unidad Médica Receptora de Residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo. De igual manera definen la residencia médica como el conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente durante un tiempo estipulado.

El evento sanitario derivado de la pandemia del SARS-CoV-2, ocurrido entre 2019 y 2023, evidenció la necesidad de aumentar los recursos humanos en salud. En respuesta, las autoridades sanitarias incrementaron las contrataciones de personal de salud y aumentaron las vacantes para médicos(as) residentes de nueve mil a veinticuatro mil (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2020; Robledo, 2023). Sin embargo, este esfuerzo resultó insuficiente para dar solución a las demandas sanitarias de la población durante y después de la pandemia, ya que se ha documentado que del 18 al 43 por ciento de personas se les ha negado el servicio de salud por falta de disponibilidad de citas o de personal médico (CONEVAL, 2023).

Ante este panorama, las instituciones de salud suelen organizar su proceso de trabajo con el personal de salud disponible e intentan cubrir las deficiencias asistenciales con los médicos en formación, por lo que los(as) médicos(as) residentes pueden estar expuestos a un mayor número de exigencias laborales y en consecuencia, contraer mayor carga de trabajo, responsabilidad y funciones adicionales a las de su puesto de trabajo, como realizar actividades de enfermería, trabajo social, administración y archivo (Navinés et al., 2021), que los lleva a realizar un esfuerzo físico o mental adicional al cumplir también con el rol de estudiantes.

Se han reportado en la literatura académica algunas exigencias laborales a las que se exponen los residentes como atender un elevado número de pacientes, carecer de control sobre el ritmo de trabajo (Navinés et al., 2021), experimentar vigilancia excesiva, así como prácticas de sometimiento normalizadas por médicos de base, jefes de residencia y autoridades académicas (Acosta-Fernández et al., 2017; Palacio-Durán et al., 2022).

Principalmente, suelen estar expuestos a exigencias laborales en función del tiempo, las cuales se refieren a las formas en las que la institución de salud organiza la duración de la jornada (Noriega, 1989). Los residentes habitualmente realizan jornadas extensas, laboran de sesenta a más de ochenta horas a la semana, presentan elevada rotación de turnos y efectúan trabajo nocturno (Pinillos et al., 2022). También realizan guardias que consisten en desempeñar actividades fuera del horario laboral tradicional y estar disponibles para brindar atención de 24 a 36 horas (Derive et al., 2018).

Las exigencias pueden estar dadas por la necesidad social de prolongar y mantener una mano de obra y atención de servicios durante todo el día, lo que puede dificultar que los residentes realicen necesidades básicas fisiológicas durante la jornada de trabajo como beber, comer, descansar, asearse, evacuar. Según Grassetti (2018) cuando el individuo no puede satisfacer estas necesidades pone en peligro su salud y vida.

Estas exigencias pueden marcar ritmos acelerados que se trasladan a la vida cotidiana, por lo que cada vez es más generalizado el sentimiento de vivir agitado (Lindón, 2000). La vida cotidiana es el resultado del momento sociohistórico, está conformada por la vida privada y la vida pública. En el espacio privado, el individuo satisface sus necesidades básicas como asearse, comer, descansar y en lo público reproduce prácticas socialmente aceptadas como “normales” que le generan ingresos económicos y le dan identidad dentro de una sociedad (Heller, 1985; Mallardi, 2020).

Las formas en las que se organiza el sistema económico y el trabajo pueden transformar la vida cotidiana. Ante las demandas del capitalismo las personas tienden a cambiar sus rutinas para ser más productivos (Lindón, 2000). Esto puede generar que los individuos dividan su tiempo en momentos más especializados para disminuir los “tiempos muertos”, es decir, limitar el uso del tiempo libre.

El tiempo libre es un elemento fundamental de la vida cotidiana. Es aquel destinado a actividades de libre elección no relacionadas con el trabajo, incluye el descanso, la recreación y desarrollo personal (Dumazedier, 1968). Mediante estas actividades el individuo repone su fuerza de trabajo que le permite mantener la salud y seguir participando en el proceso productivo (García, 1998).

En este sentido, el perfil de salud-enfermedad de los y las residentes médicos(as) puede estar determinada por los elementos que conforman su vida cotidiana, la presencia o ausencia de tiempo libre, su proceso de trabajo y las exigencias laborales a las que están expuestos. La interrelación de dichos elementos puede explicar la presencia de daños psíquicos, físicos y psicosomáticos en esta población.

Los daños psíquicos más frecuentes que pueden presentar son el síndrome del trabajador quemado (burnout), el cual se ha reportado prevalencias de hasta el 76 por ciento (Navinés et al., 2021), así como irritabilidad, insomnio, ansiedad, fatiga y estrés

(Pinillos et al., 2022). También, suelen aumentar el consumo de sustancias psicoactivas y son una población considerada con alto riesgo de ideación suicida (Aldana et al., 2021).

Dentro de los daños físicos derivados de la actividad que realizan, se ha descrito que son una población susceptible a trastornos musculoesqueléticos (Pinillos et al., 2022), así como a alteraciones metabólicas derivadas de extensas jornadas laborales, entre ellas se encuentra el sobrepeso, obesidad, dislipidemia, riesgo cardiovascular por exceso de grasa corporal (Moreno-Pesquera et al., 2022; Meza-Miranda y Ovelar-Grance, 2022; Manzano-Jurado et al., 2021).

También presentan frecuentemente alteraciones psicosomáticas, entre ellas destacan las alteraciones gastrointestinales, cefaleas, trastornos de la conducta alimentaria e hipertensión arterial (Pinillos et al., 2022; Manzano-Jurado et al., 2021).

3 Justificación

Durante su formación académica los/las médicos(as) residentes se incorporan a instituciones de salud con la intención de afianzar y poner en práctica conocimientos teóricos adquiridos. No obstante, se insertan a un sistema de salud con carencias de infraestructura y de recursos humanos en salud, que los expone a una excesiva carga asistencial. Además, realizan funciones equiparables a las del personal adscrito o de base, pero sin los beneficios laborales ni de protección legal, al ser considerados personal de salud en formación.

En este sentido, los/las médicos(as) residentes se enfrentan a un modelo de trabajo-escuela; por un lado, prestan sus servicios para atender y restaurar la salud de las personas, y por el otro, cumplen con un proceso de formación académica especializada. Esta doble condición, como estudiantes y trabajadores, cuenta con un débil reconocimiento jurídico-legal, lo que los coloca en una posición de vulnerabilidad y complica el pleno ejercicio de sus derechos, así como el acceso a condiciones laborales dignas.

Durante su práctica médica en los hospitales, suelen estar expuestos a jornadas extensas de trabajo, rotación de turnos y guardias constantes, así como a exigencias laborales de sus superiores, que lejos de fomentar una formación agradable e integral, puede convertirse en un espacio que genere alteraciones en su cotidianidad, limitaciones en el tiempo para actividades de libre elección, así como el desarrollo de daños a la salud física y mental; que en caso de no identificarse y prevenirse, pueden evolucionar a padecimientos crónicos, por lo que es fundamental que su práctica clínica se desarrolle en un ambiente laboral agradable que les permita conservar su salud.

Pese a la importancia de su participación, en el Sistema Nacional de Salud (SNS), ante la carencia de médicos especialistas, esta población ha sido escasamente abordada desde la Salud de los Trabajadores, en parte por la ambigüedad de su estatus. Por lo que, resulta trascendente el estudio de sus condiciones laborales y de vida para dar cuenta de los daños a la salud que podrían presentar al ser sometidos a mayores responsabilidades y cargas laborales debido a su doble rol.

Se ha documentado que debido a la naturaleza del trabajo que desempeñan, los residentes, se perfilan como el personal de salud con mayor riesgo de desarrollar síndrome del trabajador quemado (burnout), con prevalencias reportadas de hasta el 76 % (Navinés et al., 2021). Lo que refleja la importancia del estudio del tiempo libre, ya que este síndrome puede ser prevenible con medidas adecuadas de sueño, descanso y tiempo para actividades recreativas.

Diversas investigaciones han documentado que los residentes presentan elevados niveles de distrés, ansiedad y agotamiento. Sin embargo, existe poca evidencia sobre estudios en médicos(as) residentes que aborden de manera integral cómo las exigencias laborales impactan no solo en la salud física y mental, sino también en la vida cotidiana y el tiempo libre, dimensiones esenciales para el sostenimiento de la fuerza de trabajo.

La relación entre los elementos del proceso de trabajo de los médicos residentes, las exigencias laborales a las que son expuestos, así como su vida cotidiana y tiempo libre pueden influir en las formas de vivir y de enfermar de esta población. En este sentido, la presente investigación adquiere relevancia al contribuir al conocimiento sobre cómo los procesos laborales y reproductivos se articulan como determinantes del proceso salud-enfermedad de esta población.

La salud y bienestar de los médicos residentes puede impactar directamente en la atención que brindan a la población. Son una población con elevada responsabilidad al tratar con la vida de las personas. Los daños psicológicos y conductuales pueden afectar la concentración, toma de decisiones sobre tratamiento y generar iatrogenias o errores que empeoren la salud, generen muerte, adicionalmente puede disminuir la calidad y calidez de atención a las personas (Caminos et al., 2023; Aldana et al., 2021).

Los hallazgos del presente estudio podrán brindar información a los sujetos de estudio sobre sus condiciones laborales y posibles daños a su salud y con ello, fomentar la generación de estrategias colectivas para una nueva organización de trabajo que favorezca la salud de los médicos, así como contribuir a la reflexión colectiva sobre la estructura social, política y económica que permea al sistema de salud.

Este estudio puede aportar evidencia empírica que contribuya no solo en el diseño de políticas públicas en favor de los/las médicos(as) residentes, sino también visibilizar la

importancia de fortalecer su figura legal, de modo que las autoridades no puedan eludir las responsabilidades laborales que les corresponden. Es decir, este estudio podría incidir en la transformación de los marcos normativos y organizativos para evitar la precarización laboral.

Finalmente, es un estudio factible debido a que existen veinticuatro mil médicos residentes en el país (Robledo, 2023) y es viable al ser una investigación de carácter transversal con uso de encuestas, por lo que fue económico de realizar.

4 Objetivos

4.1 Objetivo general

Explorar las exigencias laborales, los daños a la salud y repercusiones en la vida cotidiana y tiempo libre de médicos residentes de un hospital público de la Ciudad de México.

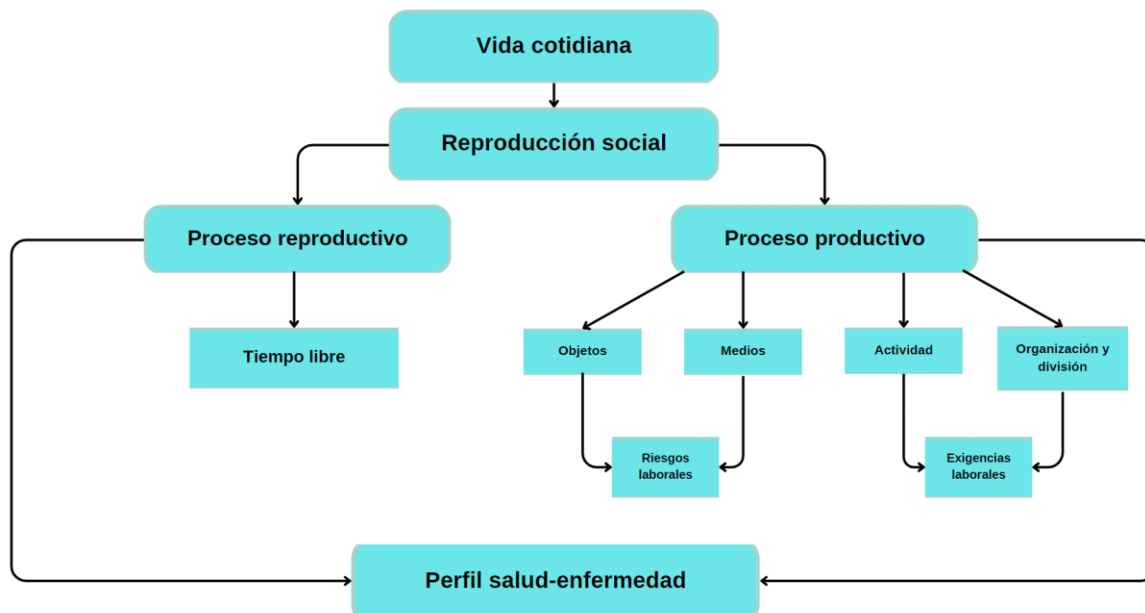
4.2 Objetivos específicos

- Describir el proceso de trabajo de los médicos residentes de un hospital público de la Ciudad de México.
- Identificar las exigencias laborales a las que se exponen los médicos residentes de un hospital público de la Ciudad de México.
- Describir los efectos de las exigencias de trabajo sobre la vida cotidiana y tiempo libre de los residentes de un hospital público de la Ciudad de México.
- Identificar los daños a la salud física y mental asociados a las exigencias laborales de médicos residentes de un hospital público de la Ciudad de México.
- Analizar la relación entre la vida cotidiana y la salud de los residentes de un hospital público de la Ciudad de México.
- Analizar la relación entre el tiempo libre y las condiciones de salud-enfermedad de los residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

5 Marco teórico

En este apartado se describen los conceptos que dan sustento al presente trabajo de investigación. Inicia con la explicación de la vida cotidiana como generadora de la reproducción social, continua con la descripción de la esfera reproductiva y productiva, de las cuales se puede conformar un perfil de salud-enfermedad.

Figura 1. Organización de conceptos teóricos



Nota: Elaboración propia

5.1 Vida cotidiana

El ser humano nace en un mundo ya constituido e independiente a él. Al pertenecer a una sociedad, adquiere competencias para desenvolverse en su cotidianidad de acuerdo con parámetros socialmente configurados. Al insertarse en sociedad, lo hace en un conjunto de hábitos, rutinas y relaciones sociales ya existentes y las reproduce (Heller, 1985).

Lo cotidiano es consecuencia del movimiento histórico-social de los grupos humanos y se encuentra en constante transformación, así como de las prácticas individuales y colectivas que una sociedad específica considera como lo “normal”, las actividades rutinarias como asearse, comer, trabajar son sancionadas o legitimadas por los actores

sociales (Reguillo, 2000). Estas rutinas van conformando una realidad social y la vida cotidiana.

En 1972, Henri Lefebvre comienza a explorar el concepto de vida cotidiana y menciona que en ella se encuentran las actividades o rutinas relacionadas con el ocio, el transporte, la sexualidad y la residencia. Dentro de la vida cotidiana, el ser humano satisface sus necesidades y pasiones; estas últimas las considera vitales para el desarrollo de sus potencialidades. Sin embargo, la lógica capitalista reduce y somete a los individuos a roles de productores y consumidores, por lo que las pasiones humanas quedan subordinadas a los intereses del sistema dominante. Lefebvre resalta que, aunque alienada, la cotidianidad contiene un potencial transformador, ya que en ella emergen resistencias y actos antagonistas que se realizan de forma individual o colectiva para modificar la realidad social.

Por su parte, Agnes Heller (1985), una de las principales exponentes sobre el tema, refiere que la vida cotidiana está conformada por la vida privada y la vida pública. En lo privado, el individuo satisface sus necesidades básicas inmediatas como dormir, comer, beber y en lo público, el sujeto se inserta a la actividad social sistematizada donde reproduce prácticas colectivas que le dan identidad dentro de una sociedad. Heller define a la vida cotidiana como el conjunto de actividades sujetas a procesos históricos que a su vez pueden generar cambios sociales. Estas acciones generan la reproducción de la sociedad y menciona que, con el desarrollo industrial el sujeto se integra al engranaje capitalista, se identifica con el sistema de hábitos que le permiten la autoconservación por lo que adopta nuevas formas de vida alienadas.

Años más tarde, Mallardi (2020) retoma algunos conceptos teóricos de Heller (1985) como enmarcar a la vida cotidiana dentro de un espacio familiar o privado y un espacio público. Refiere que en la familia se comparten prácticas orientadas a la obtención de recursos, socialización, aprendizaje y uso de tiempo libre, por lo que, a diferencia de Heller, considera que en lo privado no solo se satisfacen las necesidades básicas de descanso y alimentación, también se desarrollan las potencialidades humanas. Igualmente, menciona que la vida cotidiana se torna colectiva al salir de la unidad familiar y en lo público se materializan relaciones de poder, amistad, solidaridad.

Lindón (2020), por su parte, considera que la vida cotidiana está compuesta por los sujetos, espacios y tiempos vividos que se conectan entre sí mediante la trayectoria de vida de los individuos. Así mismo, está regida por las normas y expectativas sociales, así como intereses políticos, desigualdades económicas y de género; es decir, aquellas actividades, rutinas y prácticas que las personas realizan en su vida diaria dentro de un contexto social y cultural específico, el cual incluye la socialización y construcción de la realidad mediante las experiencias que generan la identidad y pertenencia del individuo en la sociedad.

Lindón (2000) también hace referencia a la influencia del capitalismo en la vida cotidiana, considera que los actores sociales gestionan sus actividades rutinarias para ser más productivos en función de la organización de trabajo capitalista. Los individuos dependen de los otros y del sistema ya establecido, por lo que al adaptarse a estas demandas suelen encontrarse cada vez más cansados, tensos, estresados y apurados.

En este sentido, el presente trabajo retoma las propuestas de Lefebvre (1972), Heller (1982) y Lindón (2000) y define a la vida cotidiana como un estado dinámico que es modificado por los procesos histórico-sociales que atraviesa la sociedad y que refleja tanto las condiciones estructurales de la misma como las experiencias individuales y colectivas que emergen en ella. Se considera que el sistema capitalista puede generar formas de vida cotidiana alienadas y por ello el individuo se vuelve sujeto a tiempos, espacios y prácticas destinadas a la satisfacción del capital, pero con la participación colectiva puede ser un espacio de resistencia y cambio.

5.2 Reproducción social

La reproducción social está configurada por procesos sociohistóricos, abarca la esfera reproductiva y productiva, con el objetivo de satisfacer las necesidades humanas (García, 1998); a través de un conjunto de actividades que realizan los individuos para preservar y reproducir la vida compartida con los demás actores que conforman una sociedad (Rizzo, 2012).

Desde la mirada marxista, la reproducción social se centra en la reproducción de la esfera productiva o material mediante procesos recurrentes o cíclicos de actividades que generan capital. Se basa en estructuras y relaciones de subordinación y dominio, limita

el desarrollo de las capacidades del ser humano y al quedar alienado, solo utiliza y repone su energía vital para insertarse nuevamente al proceso productivo con el mismo vigor y salud (Marx, 2002). A su vez, pierde la capacidad de decidir sobre su consumo, pues éste se enfoca únicamente a su autoconservación (Heller 1982). Adicionalmente, requiere de la reproducción de seres humanos para continuar con la generación de bienes necesarios para el mantenimiento de las sociedades (García, 1998).

Bajo esta visión se puede entender que el individuo se inserta en una sociedad previamente constituida y queda sujeto, sin libre albedrío, a reproducir la estructura de desigualdades sociales, es decir, el mundo social determina las formas de reproducirse. Sin embargo, Bordieu (2011) plantea que los individuos tienen cierta independencia puesto que la reproducción social es un proceso dinámico en el que las luchas sociales y los actos antagonistas que se realizan de forma individual o colectiva pueden imponer nuevas formas de vida y de reproducción más acorde a los intereses de los actores sociales.

El presente trabajo retoma a Marx (2002) y Bordieu (2011) para explicar la reproducción social como un proceso en constante movimiento determinado por eventos históricos, políticos, económicos, así como por las acciones de los actores que conforman una sociedad. Se reconoce que los individuos se insertan en un sistema que los condiciona a reproducirlo, pero también se plantea la posibilidad de participación social para modificarlo, un ejemplo de ello puede ser la lucha organizada de los trabajadores italianos que llevó a la conformación del Modelo Obrero, el cual es una estrategia y lucha colectiva caracterizada por la participación de los trabajadores en favor de su salud. Si bien este modelo se centra en modificar las condiciones nocivas de la esfera productiva, este tipo de resistencia también se puede trasladar a las formas en las que las personas se reproducen socialmente.

Desde la medicina social sobresalen los planteamientos teóricos de Blanco y colaboradores (1997) de dividir la reproducción social en dos componentes esenciales: proceso reproductivo o momento de consumo donde se obtiene la reproducción de la fuerza de trabajo en el espacio doméstico y el proceso productivo a través del trabajo. El presente trabajo no prioriza o jerarquiza la reproducción del capital sobre la reproducción

de la vida social, puesto que reconoce que estos procesos son dependientes entre ellos, es decir, no hay producción sin consumo y viceversa.

5.3 Proceso de reproducción

Este proceso se realiza principalmente en el espacio doméstico. La familia y el hogar son un eje central de la reproducción social al conformar un espacio donde los individuos nacen, crecen y reponen su fuerza de trabajo mediante el descanso, tiempo libre, alimentación, vivienda y otras necesidades materiales para mantener su salud y vida (Carbonero, 1996). Mallardi (2020), también considera al ocio y esparcimiento como necesidades indispensables para la reproducción.

Dicho proceso se centra tradicionalmente en el consumo y en la reproducción de la fuerza de trabajo, es decir, al mantenimiento y reemplazo de la fuerza de los trabajadores para seguir participando en el proceso de producción. Sin embargo, la inserción del individuo en la esfera social y económica repercute en las posibilidades que tiene de apropiarse o no de los bienes o servicios que le permiten cubrir sus necesidades de reproducción (Mallardi, 2020).

En las sociedades capitalistas, la mayoría de la población se ve coaccionada a vender su fuerza de trabajo por un salario que solo satisface las necesidades de autoconservación y reproducción de la fuerza de trabajo para continuar con la producción y acumulación para el capital (Mallardi, 2020). Bajo esta visión, el consumo queda ajeno al control del sujeto, ya que la finalidad no es la reproducción de la vida y la satisfacción de las necesidades básicas, sino el consumo de necesidades creadas por el capitalista (Massa, 2007).

En la esfera reproductiva, se presentan contradicciones desde la lógica mercantil, dado que ésta se considera necesaria para reponer la fuerza de trabajo para seguir produciendo, pero se invisibiliza el trabajo doméstico y el cuidado no remunerado, que son indispensables para reproducir y mantener la vida, salud y fuerza de los trabajadores (Borrego, 2018). Esta desvalorización de las actividades reproductivas puede generar que el tiempo destinado a la vida privada y familiar quede subordinado a las exigencias de la esfera productiva.

5.3.1 Tiempo libre

El tiempo es la experiencia del transcurrir y del movimiento de la vida, así como de organizar el *hábitus* o rutinas de los individuos que pertenecen a un grupo social (Lindón, 2020; Mc Phail, 2006). La imposición mundial del concepto del tiempo como lo conocemos surge a partir del siglo XVIII de la necesidad de orientación y sincronización como sociedad debido al aumento de intercambios comerciales internacionales. Cada cultura tiene su propia concepción del tiempo, pero en las sociedades occidentales suele definirse como aquella dimensión lineal y sucesiva de eventos que pueden medirse en segundos, minutos u horas (Mc Phail, 2006).

Mc Phail (2006) en su obra *Voy atropellando tiempos*, refiere un cambio en la concepción social del tiempo a partir de la revolución industrial debido a la modificación de los procesos de trabajo. Previamente se teorizaba que el tiempo podía dividirse en el que se utilizaba para el trabajo y el que se destinaba a “la vida”, ambos se consideraban de igual importancia. Sin embargo, con la industrialización, se privilegió el uso del tiempo para actividades productivas y éste quedó sometido a los ritmos de la cadena de producción y de las máquinas. Prevalece la visión anglosajona de “tiempo es dinero”, por lo que la sociedad misma legitima y apremia el uso efectivo del tiempo. Para asegurar la productividad, el sujeto conscientemente sacrifica su tiempo libre y sus pasiones humanas para asegurar su supervivencia e integración en la sociedad.

El uso efectivo del tiempo no solo permea en los procesos productivos, también atraviesa la esfera reproductiva y favorece el sentimiento generalizado de no tener tiempo más allá del dedicado al trabajo. La sociedad privilegia el uso del tiempo para actividades productivas y castiga el “tiempo muerto” dedicado a la nada, al ocio o a mantener contactos sociales (Lindón, 2000).

Debido a los cambios histórico-sociales, diversos autores han abordado el estudio del tiempo libre en relación con el proceso productivo. Bajo la mirada marxista, el tiempo libre tiene el objetivo de recuperar la fuerza física y mental utilizada durante el trabajo, de esta forma el individuo puede seguir produciendo (Reguillo, 2000). Es decir, el tiempo libre queda limitado a solo reponer la fuerza suficiente para seguir trabajando y no contempla la realización de actividades que brinden o mantengan el placer o la salud física y mental

del actor social como descansar sin realizar otras actividades, comer mientras saborea los alimentos, charlar o compartir tiempo con amistades, familia y compañeros, participar en actividades religiosas o espirituales (Hodgkinson, 2004).

Hodgkinson (2004) hace una crítica a esta visión al mencionar que en las sociedades modernas el individuo duerme lo mínimo suficiente para quitarse lo agotado, come solo para inhibir el hambre y mantiene conversaciones únicamente enfocadas a cumplir responsabilidades laborales, es decir, sus actividades cotidianas quedan sujetas y cronometradas a los intereses del capital.

Hiernaux (2000) por su parte, propone dividir el tiempo en tres partes: En aquel destinado para cubrir las necesidades diarias como dormir, comer, transportarse; el tiempo de trabajo y el tiempo libre, es decir, el remanente que queda al sustraer los momentos de trabajo y de actividades obligadas. El autor considera que en las sociedades capitalistas predomina el tiempo para el trabajo, en segundo lugar, el tiempo para las actividades obligadas debido a que son las que permiten reponer la fuerza de trabajo a través del consumo. Por tanto, el tiempo libre es aquel que se destina libremente a actividades que dan satisfacción y permiten escapar a los individuos de las obligaciones cotidianas.

Dumazedier desde 1968 comienza a explorar el tiempo libre como aquel destinado a la libre elección, descanso, recreación y desarrollo personal, pero no fue hasta cuatro décadas después que otros autores como Hodgkinson (2004) integran la importancia del placer en el uso del tiempo libre y Mc Phail (2006) hace una reflexión teórica sobre la importancia de la gratificación para el bienestar y desarrollo de las potencialidades humanas, por lo que dentro del tiempo libre incluye al ocio, asueto, diversión, esparcimiento y el pasar del tiempo sin realizar otras actividades.

El tiempo libre, o la ausencia de él, puede influir en la vida de las personas, en su salud, en sus actividades recreativas y la participación en la sociedad (Sánchez el al., 2013). Con la participación societaria, el individuo reafirma sus relaciones sociales mediante conmemoraciones, rituales paganos o religiosos, así como acciones gratificantes que favorecen su bienestar individual y pertenencia grupal (Mc Phail, 2006).

Bajo estas conceptualizaciones teóricas, la presente investigación retoma la propuesta de Hiernaux (2000) de dividir el tiempo en aquel destinado a actividades obligadas, tiempo de trabajo y tiempo libre. Se parte del supuesto que las actividades básicas como dormir, alimentarse y desplazarse, aunque necesarias para el sostenimiento de la vida, pueden estar determinadas por el proceso productivo. En estos casos, tales actividades dejan de ser de libre elección o una fuente de placer y se convierten en funciones subordinadas a la lógica del rendimiento y la eficiencia. En este sentido, el tiempo libre será asumido como aquel segmento temporal exento de actividades obligadas y tiempo de trabajo. Es aquel destinado a actividades de libre elección que brindan satisfacción y bienestar al individuo.

5.4 Proceso de producción

En el proceso de producción el ser humano genera bienes con la finalidad de satisfacer sus necesidades y las del capital. La producción de la vida material interviene en la vida social, política y espiritual. Es el resultado de un esfuerzo colectivo de muchas generaciones (Marx, s/f).

El proceso de trabajo bajo la visión de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores ha adoptado algunos aspectos del materialismo histórico. Este proceso tiene como aspectos esenciales: El trabajo como actividad, el objeto, los medios, la organización y división del trabajo.

Para la generación de un producto se actúa sobre los objetos de trabajo, los cuáles también se les conoce como materias brutas cuando son obtenidas directamente de la naturaleza sin la participación previa del humano. Cuando el objeto ha sido modificado previamente por el hombre, se le conoce como materia prima. En algunos procesos laborales se actúa sobre individuos, por lo que se habla de sujetos de trabajo.

Para actuar sobre los objetos son necesarios los medios de trabajo. Definidos como aquellas herramientas mecánicas, físicas o químicas que el trabajador utiliza de manera estratégica para transformar un objeto en un producto. Inicia desde el uso de las manos, palas y martillos, hasta máquinas más elaboradas como computadoras, robots o equipos automatizados. También incluye todo el mobiliario del centro de trabajo.

El elemento fundamental del proceso productivo es el trabajo, y es la actividad mediante la cual el individuo se crea, se produce y se reproduce. El sujeto se relaciona con la naturaleza para generar productos o bienes que permitan satisfacer las necesidades humanas. Al transformar la naturaleza, el individuo es transformado a sí mismo física y mentalmente. El humano realiza una actividad social, compleja y dinámica, ejercida de forma individual o colectiva (Noriega, 1989).

Los animales también transforman a la naturaleza, pero el trabajo humano se distingue de otras actividades animales al requerir habilidades estratégicas y de reflexión que permitan elaborar y utilizar instrumentos para llevar a cabo una acción organizada y sistematizada con la finalidad de satisfacer las necesidades físicas o espirituales (Pérez, 2010 y Blanch, 2003).

El trabajo puede tener diferentes significados para cada individuo, puede ser dimensionado como castigo, coerción y esfuerzo; pero también puede ser visto como un medio para la supervivencia; o puede producir satisfacción, autorrealización y valor (Blanch, 2003). Esto dependerá, en gran parte, de la organización y división del trabajo.

La organización y división del trabajo son las formas en que se sistematizan las actividades y se regula el funcionamiento de los objetos y medios de trabajo. Se refiere a la duración de la jornada, los ritmos de producción, el tipo de supervisión, la complejidad de la tarea a realizar. Este proceso puede determinar la carga física y mental a la que es sometido el trabajador.

En las sociedades capitalistas el objetivo del proceso de trabajo ya no es la satisfacción humana, sino la producción de mercancías para la generación de ganancias (Pérez, 2010). Esto se logra a través del proceso de valorización, donde el capitalista extrae más valor del invertido mediante la utilización de la fuerza de trabajo. En este proceso el humano pierde el control sobre los medios y los bienes que produce. El trabajador queda ajeno a la naturaleza, la sociedad, incluso a su propio cuerpo (Noriega, 1989). A esto se le conoce como enajenación del trabajo.

Para obtener valor adicional, el capitalista organiza y divide el trabajo para apropiarse de la fuerza de los trabajadores. Esta organización puede transformar la esfera

reproductiva al apropiarse del control sobre las formas de consumo, por lo tanto, su vida cotidiana puede quedar subordinada y organizada en función del trabajo.

Una de las formas principales en las que se obtiene valor adicional o plusvalor es a través de la apropiación del tiempo del individuo, el capitalista compra la fuerza de trabajo del obrero por un periodo de tiempo determinado. Una fracción del tiempo de trabajo generará el salario del obrero, lo demás producirá mercancías que serán propiedad del capitalista y le generarán ganancias. A esto se le conoce como plusvalía absoluta y también incluye al trabajo nocturno, el sistema de relevos, las horas extras, el trabajo durante días de descanso, la violación al tiempo de comida, entre otros (Pérez, 2010).

En la plusvalía absoluta se prolonga la jornada laboral para utilizar la fuerza de trabajo y obtener el plustrabajo, sin embargo, la lucha obrera ha logrado obtener jornadas laborales razonables, por lo que el capitalista ha encontrado formas diferentes de extraer valor. En la plusvalía relativa se “respeta” la jornada laboral legislada, pero se organiza el trabajo para acortar tiempos y aumentar la productividad mediante una intensificación de las actividades, por lo que genera mayor desgaste físico al trabajador (Pérez, 2010).

En conclusión, el proceso de trabajo capitalista se caracteriza por la obtención de plusvalor mediante el plustrabajo, por lo que la organización y división del trabajo se realizará para obtener este fin. Bajo estas formas de organización, el trabajador no es considerado como prioridad para el capital, por lo que puede estar expuesto a exigencias laborales para satisfacer las necesidades del sistema.

5.4.1 Proceso de trabajo en el sector servicios

Tradicionalmente, el análisis del trabajo se ha centrado en la producción de bienes materiales. No obstante, en las últimas décadas ha cobrado relevancia el proceso laboral del sector servicios, el cual abarca actividades que no generan mercancías tangibles, pero que resultan indispensables para el funcionamiento de las sociedades. Entre ellas se encuentran la educación, el comercio, el transporte, la atención al cliente y los servicios de salud. A diferencia de la producción material, en estas actividades no se actúa sobre un objeto, sino sobre un sujeto, es decir, sobre otro ser humano. Por ello, el trabajo en este sector implica el establecimiento de lazos sociales, así como el desarrollo de habilidades cognitivas, comunicativas y afectivas (De la Garza, 2013).

La labor de los y las médicos(as) residentes se enmarca en este contexto, ya que su práctica tiene la finalidad de restaurar la salud o mantener la vida de otras personas. El trabajo en el sector sanitario genera valor más allá de lo material. Los residentes producen valor simbólico, cognitivo y afectivo a través del conocimiento aplicado, el vínculo terapéutico con los pacientes y la gestión emocional cotidiana. En este sentido, su actividad laboral forma parte de una lógica de valorización debido a que las instituciones se apropian de sus capacidades, tiempo y fuerza de trabajo.

Las instituciones de salud pueden obtener plusvalía absoluta mediante las extensas jornadas, guardias y turnos nocturnos en los que los residentes cumplen funciones asistenciales similares a las de un trabajador formal, sin embargo, perciben una beca y no un salario proporcional a las actividades laborales que ejecutan. Asimismo, se genera plusvalía relativa mediante la intensificación del trabajo, fenómeno que puede ser explicado a partir de la teoría del “flujo tenso” de Jean-Pierre Durand (2011). Este concepto describe un sistema de organización del tiempo laboral característico del sector servicios, donde las actividades se realizan de manera continua y sincronizada, por lo que aumenta la presión sobre los trabajadores y se genera una intensificación del trabajo. En este contexto, el trabajador (residente) debe adaptarse de manera constante a las demandas, necesidades y expectativas del usuario (paciente).

El “flujo tenso” adquiere relevancia en el caso de los/las médicos(as) residentes, cuya actividad está determinada por las necesidades del sistema de salud y de los pacientes. La intensificación del trabajo se manifiesta a través de la constante disponibilidad, la atención a un número elevado de pacientes, la necesidad de respuesta inmediata y la adaptación a situaciones imprevistas.

5.4.2 Médicos(as) residentes

El artículo 20 de la Ley Federal del Trabajo (LFT) menciona que existe una relación de trabajo cuando una persona presta un trabajo personal subordinado a otra persona, mediante el pago de un salario. Los y las médicos(as) residentes son prestadores de un servicio en salud, es decir, las sedes receptoras de residentes disponen del tiempo de trabajo calificado de estos médicos y el gobierno federal, a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) o de la Secretaría de Ciencia,

Humanidades, Tecnología e Innovación (Secihti), les otorga una beca durante su periodo de especialización. Debido a que este apoyo económico no es considerado como un salario, puede existir ambigüedad en su reconocimiento como trabajadores.

Desde la década de los sesenta hubo un movimiento médico y una lucha por condiciones dignas de trabajo, a partir de ello la LFT agrega a los médicos residentes dentro de “Trabajos especiales”. Este apartado reconoce que existen relaciones laborales con características distintas a las estipuladas en su artículo 20, por lo que establece normas de excepción para reconocerlos como trabajadores en la acepción plena del término.

La LFT en su título sexto, capítulo XVI, artículo 353-A, define al médico residente como “El profesional de medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una Unidad Médica Receptora de Residentes, para cumplir con una residencia.”

En 2012 se crea la NOM -001-SSA3-2012 sobre la educación en salud, organización y funcionamiento de las residencias médicas, la cual se enfoca en establecer la coordinación entre los sectores de salud y las instituciones educativas, es decir se limita a administrar las obligaciones académicas y recalca que las residencias médicas son una actividad de tiempo completo. Esta norma no cuenta con apartados sobre el papel de los residentes como trabajadores o sobre sus derechos laborales.

La LFT y la NOM-001-SSA3-2012, consideran a la unidad médica receptora como aquel establecimiento hospitalario donde pueden cumplir la residencia. Y contempla como residencia al conjunto de actividades asistenciales referentes a la disciplina de la salud a la que pretende dedicarse el médico residente. También incluye actividades académicas, y de investigación que debe cumplir el médico residente durante un tiempo estipulado.

La LFT y la Norma Oficial Mexicana definen al Sistema Nacional de Residencias Médicas como el conjunto de dependencias e instituciones de salud responsables de la organización y funcionamiento de las residencias médicas, mediante la coordinación con instituciones de educación superior reconocidas.

Dentro del artículo 353-C de la LFT se encuentran los derechos de los médicos residentes. El primero menciona que deben disfrutar de las prestaciones necesarias para el cumplimiento de la residencia y su segundo derecho es a ejercer su residencia hasta concluir su especialidad, siempre y cuando cumpla con los requisitos previstos en la ley. En cambio, cuenta con seis incisos sobre obligaciones referentes a cumplir con el programa académico, acatar órdenes, cumplir con las disposiciones internas de la unidad médica a la que pertenezcan, asistir a conferencias, sesiones clínicas y demás actividades académicas, así como someterse a exámenes y evaluaciones de conocimientos. Estas pueden realizarse durante todo el año mediante observación de los médicos del servicio o exámenes orales o físicos realizados por profesores titulares. Adicionalmente cada año deben presentar un examen departamental realizado por la UNAM, basado en el plan de estudios de cada especialidad. Para obtener el título de especialista presentan un examen de conocimientos coordinado por los profesores titulares y adjuntos, con aval de la dirección de educación e investigación. Adicionalmente realizan su examen de tesis.

La última reforma de la LFT respecto a médicos residentes fue en el 2012 en el artículo 353-A, fracción II donde menciona que la unidad médica receptora de residentes será aquel establecimiento hospitalario donde se especialice el profesional de la medicina, sin embargo, no ha habido actualizaciones a favor de los derechos laborales de esta población.

La ley es una herramienta fundamental para garantizar la justicia social y la salud de estos trabajadores, no obstante, las leyes y normas que los rigen actualmente se centran en regular sus actividades y obligaciones académicas, pero es escaso lo correspondiente a sus derechos. Estas limitaciones legislativas pueden facilitar que las instituciones de salud se deslinden de asumir responsabilidades y obligaciones laborales a favor de los médicos residentes, por lo que podrían ser insuficientes los mecanismos legales de protección de esta población ante injusticias y exigencias laborales.

5.4.3 Clasificación de especialidades médicas

Existen diferentes formas de clasificación, puede ser de acuerdo con los grupos de edad a los que brindan atención (pediatría, geriatría); por órganos o sistemas del cuerpo

(neumología, cardiología); por actividades (medicina del trabajo, medicina legal). De forma tradicional se suelen clasificar en dos grandes bloques: especialidades clínicas y especialidades quirúrgicas.

Otra forma en la que se pueden dividir es en subespecialidades o especialidades troncales. La mayoría de las residencias médicas tienen una duración de cuatro años, sin embargo, existen algunas especialidades llamadas de entrada indirecta (subespecialidades), que requieren cursar de uno a tres años adicionales en especialidades troncales como medicina interna, pediatría, cirugía general o ginecoobstetricia para adquirir los conocimientos básicos que le permitirán ingresar a la subespecialidad, por lo que algunas residencias pueden durar hasta siete años. Algunos ejemplos son alergia e inmunología clínica, biología de la reproducción humana, cardiología, cirugía oncológica, endocrinología, gastroenterología, neurofisiología.

Los autores Akaki y López (2018) proponen cuatro bloques para clasificar las especialidades de acuerdo con las actividades que realizan los médicos en México. Mantienen los dos bloques principales de especialidades clínicas y quirúrgicas, pero agregan los bloques de especialidades auxiliares y de diagnóstico, así como aquellas relacionadas con la salud pública.

- Quirúrgicas son las que, como su nombre indica, requieren de técnicas quirúrgicas para tratar modificar o extirpar alguna estructura física del paciente. La principal es cirugía general, pero también el cirujano se puede especializar en algún órgano o sistema del cuerpo humano como ginecología y obstetricia, oftalmología, ortopedia.
- Clínicas: Son aquellas donde el médico asiste al paciente mediante actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Entre ellas se encuentra anestesiología, geriatría, medicina interna, neumología, psiquiatría.
- Salud pública y atención primaria: Usualmente son el primer contacto con los pacientes y tienen la finalidad de promover la salud y/o prevenir enfermedad e incapacidad mediante acciones preventivas, tratamiento precoz, vigilancia epidemiológica y, en caso de ser necesario, derivación de pacientes a otros

servicios de especialidad. En este ámbito se encuentra medicina familiar, epidemiología, medicina del trabajo y ambiental, medicina preventiva.

- Auxiliares y de diagnóstico: Suelen apoyar a las especialidades clínicas y quirúrgicas para realizar diagnósticos y tratamientos. Requieren competencias científicas y tecnológicas para la aplicación de métodos de imagen o laboratorio, así como la interpretación de resultados. Algunas especialidades que pertenecen a este rubro son patología, imagenología diagnóstica y terapéutica, medicina de rehabilitación, medicina legal, radiooncología.

Los medios de trabajo, las actividades, las formas de organización y división del trabajo pueden ser diferentes en los médicos residentes dependiendo de la especialidad a la que pertenecen, por lo que pueden estar expuestos a diferentes riesgos y exigencias laborales. Para fines de manejo de la información, el presente estudio toma la propuesta de Akaki y López (2018) para clasificar las especialidades médicas descritas previamente.

5.5 Riesgos laborales

En los centros de trabajo se encuentran elementos potencialmente nocivos para la salud de los trabajadores. Los riesgos de trabajo son aquellos que se derivan de los objetos y medios de trabajo. El presente trabajo retoma la propuesta de Alvear y Villegas (1989) para clasificarlos de la siguiente manera:

- Riesgos derivados de la utilización de instrumentos de trabajo: también conocidos desde la medicina ocupacional como riesgos físicos. Se refiere a las vibraciones, iluminación, temperatura, humedad, ventilación, radiaciones.
- Riesgos derivados de la modificación de los objetos de trabajo: Es decir, aquellos que se desprenden de las materias brutas, materias primas y productos intermedios. Estos se encuentran en polvos, humos, gases, vapores, disolventes o ácidos, así como contaminantes químicos y animales ponzoñosos.
- Riesgos derivados de los medios de trabajo en sí mismos: Se refiere a los que se producen por el uso de máquinas, herramientas, las instalaciones mismas, así como la falta de orden y limpieza.

- Riesgos asociados a las condiciones insalubres o falta de higiene: Comprende las condiciones potencialmente insalubres relacionadas con las instalaciones sanitarias, alimentos y agua potable para beber.

Los riesgos laborales suelen estar presentes en cualquier centro de trabajo y pueden generar afecciones a la salud de los trabajadores expuestos de forma aguda (alergias, intoxicaciones, deshidratación) o alteraciones crónicas (cáncer, fibrosis pulmonar, neumoconiosis). En el caso de los/las médicos(as) residentes, debido a sus actividades laborales pueden estar expuestos a riesgos biológicos por el contacto con sangre y fluidos corporales (virus, bacterias, hongos) o estar en contacto con gases anestésicos, citotóxicos, antisépticos fuertes, objetos punzocortantes y radiación ionizante. Los riesgos han sido estudiados tradicionalmente por la medicina ocupacional para demostrar la asociación entre la exposición a un agente y el desarrollo de cierta patología en los trabajadores. Esto puede ser visible en actividades laborales como la manufactura y la exposición a polvos, disolventes, así como actividades industriales y la exposición a vapores o temperaturas elevadas. Sin embargo, estas exposiciones pueden no aplicar o ser difíciles de visualizar en otras actividades laborales, como la prestación de servicios de salud. Es por ello, que el presente estudio se centra en evaluar las exigencias laborales.

5.6 Exigencias laborales

Las exigencias laborales se definen como aquellos elementos potencialmente nocivos para la salud del trabajador. Son consecuencia de las formas de organización y división del trabajo. Se derivan del proceso productivo cuando el trabajador realiza un esfuerzo físico o mental adicional para desempeñar las actividades laborales (Noriega, 1989).

De acuerdo con los planteamientos teóricos de la Maestría en Trabajo y Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana y a la definición de Noriega (1989), las exigencias laborales se pueden clasificar en:

- Exigencias en función del tiempo de trabajo: Se refiere a la duración de la jornada, horas extras, rotación de turnos, trabajo en vacaciones, guardias, trabajo nocturno, doble turno.

- Exigencias en función de la cantidad e intensidad del trabajo: se derivan del grado de atención y repetitividad al realizar una tarea, del trabajo a destajo, así como de la posibilidad de fijar un ritmo de trabajo o si el ritmo es determinado por las máquinas.
- Exigencias en función de la vigilancia del trabajo: hace referencia a la supervisión estricta, controles de calidad, así como al maltrato.
- Exigencias en función del tipo de actividad: Son aquellas actividades que generan un esfuerzo físico intenso al cargar, empujar, levantar objetos desde el piso o la utilización de herramientas manuales. También incluye las actividades en posiciones forzadas donde el trabajador se encuentra encorvado, realiza movimientos repetitivos, se mantiene de pie, sentado o arrodillado.
- Exigencias en función de la calidad del trabajo: Hace alusión a la dificultad de comunicación, aislamiento, posibilidad de iniciativa, interés del trabajador, órdenes confusas, falta de satisfacción o trabajo peligroso, denigrante o que genere daños a la salud.

Las formas de reproducción de los trabajadores, su proceso de producción y las exigencias derivadas de ello pueden determinar las formas de vivir y enfermar de los trabajadores, es decir, se genera un perfil de salud-enfermedad.

5.7 Componentes humanizantes en el trabajo

El trabajo adquiere distintos significados según la experiencia de cada persona. Para algunas, puede representar una carga, una forma de castigo o una fuente de agotamiento; para otras, constituye un medio de subsistencia y en ciertos casos, puede ser una fuente de satisfacción personal y desarrollo de habilidades (Blanch, 2003). El significado del trabajo puede estar influenciado por factores subjetivos, sociales, económicos, así como las condiciones concretas en las que laboran las personas.

Comprender la relación entre lo subjetivo y lo estructural ha sido objetivo de diversos modelos teóricos que han intentado vincular las condiciones de trabajo con sus efectos sobre la salud de los trabajadores. Entre ellos, destaca el modelo Demanda-Control del Trabajo propuesto por Karasek y Theorell (1990) que describe cómo las demandas

laborales y el grado de control que tiene el trabajador sobre ellas son factores que pueden mediar el estrés y el proceso de salud-enfermedad. Los autores consideran que las demandas laborales pueden ser un estresor y, por el contrario, el control actúa como un factor protector al permitir al trabajador tomar decisiones sobre su actividad, su cuerpo y su descanso.

El control en el trabajo comprende dos aspectos fundamentales: la oportunidad de desarrollar habilidades y la capacidad de tomar decisiones sobre las tareas realizadas. Cuando estos factores están presentes, generan un trabajo con contenido enriquecedor y humanizante, lo cual favorece una valoración positiva de la experiencia laboral (Martínez et al., 2000).

Esta dimensión cualitativa del trabajo no se limita únicamente al control, sino que forma parte de un conjunto de elementos denominados componentes humanizantes (Martínez et al., 2000). Los cuales se refieren a las condiciones que permiten al trabajador desarrollarse de manera integral, experimentar bienestar y reconocerse en la actividad que realiza. Se pueden entender como aquellos atributos positivos que pueden brindar sentido a la actividad laboral. Estos componentes permiten enriquecer las potencialidades humanas y pueden actuar como factores protectores al controlar los efectos negativos del proceso de trabajo (Maestría en Trabajo y Salud, UAM-Xochimilco, 2024). Entre ellos se encuentran: la creatividad, la capacidad de decidir ritmos, la conjunción entre el pensar y el ejecutar, el desarrollo de potencialidades físicas y mentales, el interés en el trabajo y el apoyo social (Martínez, 1997).

5.8 Perfil de salud-enfermedad

La salud y enfermedad son condiciones inherentes a la vida y su significado va cambiando con la historia. Tradicionalmente, son estudiadas desde una visión médica y biológica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2006 define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, bajo este enfoque la salud parece ser un estado estático y dicotómico donde el individuo se considera sano o no dependiendo de su capacidad de homeostasia. Ante estas limitaciones, algunas disciplinas proponen ampliar el significado de salud.

La medicina ocupacional coincide con la OMS al contemplar la salud como el estado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores. Tiene como finalidad evitar los accidentes y enfermedades de trabajo mediante condiciones de trabajo seguras, sanas e higiénicas (Pereira, 2000). Sin embargo, su misión recae en mejorar la calidad de servicio de la empresa y disminuir el ausentismo por enfermedades reconocidas tradicionalmente como de trabajo. Por lo que puede considerar a una persona como sana mientras siga siendo funcional y productiva, sin tomar en cuenta los aspectos de desigualdad social que puedan afectar al trabajador.

La medicina social y la salud de los trabajadores proponen visualizar la salud desde un nivel colectivo para considerar los procesos sociohistóricos que intervienen en el acceso de los colectivos a condiciones protectoras o desfavorables que pueden ser determinantes de su estado de salud. La reproducción social, producción económica, la cultura, la marginalización y los procesos políticos configuran los distintos modos de vida, así como los patrones de morbilidad y mortalidad de la población (López et al., 2011).

A partir de 1970 surge una propuesta teórica para estudiar la salud desde un enfoque colectivo y plantea que las formas en las que se organice el proceso de trabajo capitalista tendrán impacto sobre la salud de la sociedad y de sus trabajadores (López et al., 2011). Esta visión considera al trabajo como una de las principales fuentes de salud o enfermedad de los grupos sociales. A través del proceso laboral, las personas pueden acceder a un salario, contacto social, así como al desarrollo de sus capacidades físicas y mentales. Estas condiciones al no ser adecuadas pueden afectar la salud del trabajador (Parra, 1999).

La forma de organización social y su modo de producción genera formas particulares de consumo y distribución de bienes. En una sociedad capitalista, el trabajo se organiza bajo relaciones de poder y una lógica de ganancia que puede exponer a las personas a bajos salarios e inadecuadas condiciones laborales. Esto favorece la continuidad de desigualdades sociales e inequidades en salud (Palacios-Nava et al., 2014). Es por ello que adquiere relevancia visualizar la salud y enfermedad desde un nivel colectivo.

El nivel colectivo no analiza por separado la salud y enfermedad, las agrupa en un perfil y reconoce que son el resultado de las características que comparten una población

o grupo de personas. Son las condiciones en las que viven, controlan los procesos vitales, trabajan y consumen los grupos humanos que conforman una sociedad. Cuando se expresa únicamente las condiciones de enfermedad y muerte de un grupo de personas en determinado momento, se le llama perfil patológico y puede ser determinado por las formas en las que se insertan las personas al proceso productivo, ya que algunas formas de organización del trabajo pueden generar un cúmulo de exigencias y condiciones nocivas para los trabajadores (Noriega, 1989).

5.9 Daños a la salud

Noriega y colaboradores (1989) los definen como aquellos efectos negativos derivados del proceso de trabajo, indistintamente si son o no reconocidos por la legislación como enfermedades de trabajo.

El enfoque tradicional de la medicina ocupacional suele explicar la aparición de daños a la salud como resultado directo y exclusivo de la exposición prolongada del trabajador a un agente físico o químico. Lo cual limitaba el reconocimiento de ciertos daños como enfermedades de trabajo, ya que algunos trastornos psíquicos o psicosomáticos se manifiestan sin necesidad de una exposición prolongada. En este enfoque, el diagnóstico de los daños a la salud es determinado por un médico, el cual dictamina únicamente a las enfermedades de trabajo reconocidas por la legislación a través de una historia clínica restringida al individuo y su trayectoria personal, sin tomar en cuenta la experiencia del trabajador a lo largo de su vida laboral y las repercusiones que ello puede tener en su salud (Martínez, 1997).

Desde la Salud de los Trabajadores, los daños a la salud pueden ser entendidos como aquellas enfermedades o alteraciones físicas, psíquicas y psicosomáticas, las cuales pueden ser identificadas por malestares o síntomas. También incluye a los accidentes y muerte. Estos daños pueden ser derivados de las formas en las que se relacionan los elementos derivados del contexto laboral, económico, social y cultural (Noriega, 1993).

5.9.1 Daños físicos

Son entendidos como aquellas alteraciones orgánicas, síntomas o signos que se relacionan con las actividades laborales (Noriega, 1993). Se deben en gran medida a los

cambios tecnológicos, sociales o económicos del proceso de trabajo capitalista, ejemplo de ellos son:

Los accidentes de trabajo son definidos por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSST, 2022) como toda lesión orgánica o alteración de la funcionalidad. Son hechos potencialmente prevenibles. Ocurre repentinamente con motivo o consecuencia del trabajo y puede generar discapacidad o muerte. También incluye a los accidentes que ocurran en el trayecto del centro de trabajo al domicilio del trabajador y viceversa, así como a aquellos producidos por tareas distintas a su categoría profesional, pero ejecutadas por órdenes del empleador.

Los trastornos musculoesqueléticos (TME) fueron definidos por La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) como problemas del aparato locomotor, incluye a músculos, tendones, huesos, cartílagos, ligamentos y nervios. Se caracterizan por malestares que pueden ir desde leves hasta incapacitantes y pueden ser generados e intensificados por las actividades laborales. Se asocian a actividades que requieren demasiada fuerza física, manipulación de objetos pesados de manera repetida o en posiciones forzadas, así como a posiciones estáticas e inactividad muscular. Los TME afectan la calidad de vida y economía de los trabajadores al ser potencialmente incapacitantes, generar ausentismo, jubilaciones anticipadas y en ocasiones, un gasto proveniente del bolsillo del trabajador para su tratamiento (Balderas, 2019).

Dentro de los TME, la lumbalgia es el trastorno más frecuente, es reconocido por la OMS (2023) como la principal causa de discapacidad en todo el mundo y la define como “la presencia de dolor en la región lumbar, a saber, del borde inferior de las costillas y los glúteos. Puede durar poco tiempo (aguda)... o mucho tiempo (crónica)”. El dolor puede irradiar a las piernas e ir acompañado de entumecimiento, hormigueo y debilidad muscular. Uno de los principales factores de riesgo es el esfuerzo físico pesado en el trabajo. La lumbalgia dificulta la movilidad, la calidad de vida y es una causa importante de pérdida del trabajo por incapacidad o jubilaciones tempranas.

5.9.2 Daños psíquicos

Son aquellas consecuencias no deseables para el trabajador y pueden ser derivados de las exigencias laborales e individuales. Pueden manifestarse en un periodo de tiempo

menor a otras enfermedades profesionales. Los más comunes son aquellos relacionados con alteraciones emocionales como la ansiedad, depresión, insomnio (Martínez, 1997).

Uno de los principales factores desencadenantes es el estrés laboral. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, s/f) describe que es un tipo de estrés relacionado con la presión del entorno laboral que puede afectar la salud física y/o mental del trabajador, así como el equilibrio entre lo laboral y lo personal. El INSST (2009) agrega a esta definición que el estrés laboral es consecuencia de un desequilibrio entre las exigencias percibidas y las capacidades del individuo para hacerles frente.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016) menciona que el estrés no es un trastorno a la salud, sino una respuesta fisiológica que se desencadena para dar respuesta ante daños físicos o emocionales. Se apega a las definiciones propuestas por el IMSS e INSST y agrega que el estrés laboral puede generarse cuando el trabajador no posee las habilidades o conocimientos para afrontar las exigencias y expectativas de una empresa. Bajo estas miradas tradicionales podría decirse que las instituciones encargadas de regular los asuntos relacionados con el trabajo visualizan al estrés laboral como un problema individual, consecuencia de la falta de capacidad del individuo de adaptarse a los factores estresantes y no como un posible daño generado por la organización del trabajo.

Sin embargo, otros autores como Pulido y colaboradores (2012), refieren que difícilmente puede abordarse el estudio del estrés laboral sin contemplar los determinantes sociales que lo enmarcan, puesto que la economía globalizada suele generar formas tensas de producción, por lo que el estrés puede desencadenarse prolongadamente y generar alteraciones crónicas como síndrome metabólico, resistencia a la insulina, cardiopatía isquémica.

La Secretaría de Salud en 2015, definió a la ansiedad como un estado emocional alterado, el cual se vuelve patológico cuando se presenta de manera excesiva y con una duración prolongada. Es causante de disfuncionalidad y discapacidad al producir distorsiones de la percepción del individuo sobre la realidad. Tiene manifestaciones psíquicas y conductuales como nerviosismo, sensación de muerte inminente, inquietud, miedo irracional y temor a la pérdida del control.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) explica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5-TR) que durante la ansiedad la amígdala presenta hiperreactividad ante situaciones que se perciben como amenazantes. La ansiedad es un mecanismo de defensa fisiológico, sin embargo, cuando su activación es incontrolable y prolongada, se vuelve patológica. El trastorno de ansiedad se caracteriza por miedo excesivo, angustia y ataques de pánico, los cuales pueden afectar la esfera social, académica y laboral.

Dentro de los trastornos del estado de ánimo se encuentran los trastornos depresivos mayores que según el DSM-5-TR, se caracterizan por un estado de ánimo disminuido o pérdida del interés o placer en casi todas las actividades por al menos dos semanas. La persona puede experimentar cambios en el apetito o peso; alteraciones en el patrón de sueño y actividad motora; falta de energía; sentimientos de infravaloración; dificultad para pensar o concentrarse; ideación o intento suicida. Los síntomas son acompañados de malestar significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes para el individuo. Durante episodios leves, la persona puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo importante.

Otros daños psíquicos que cada vez son más frecuente en los trabajadores son los trastornos del sueño como insomnio, hypersomnia, trastornos del ritmo circadiano y parasomnias. El Instituto Mexicano del Seguro Social (s.f., p.2) los define como “una serie de alteraciones relacionadas con el proceso de dormir. Existiendo tanto en las etapas de inicio, de mantenimiento, como durante el ciclo sueño-vigilia”.

En el caso particular del insomnio, la Organización Mundial de la Salud lo define como la dificultad para iniciar o mantener el sueño o no tener un sueño reparador, por lo que va acompañado de fatiga y sensación de somnolencia por las mañanas, malestar general y deterioro de otras áreas importantes del individuo como alteración del rendimiento laboral, incremento de accidentes y mayor riesgo a presentar otras enfermedades (OMS, 1992).

Un daño a la salud con manifestaciones tanto físicas como psíquicas es la fatiga. Consiste en el desgaste físico y mental provocado por un consumo de energía superior al normal y se deriva del exceso de trabajo o falta de descanso que impide recuperar su

fuerza. Se caracteriza por pérdida de la capacidad funcional y sensación de malestar (Sierra et al., 2005).

La fatiga laboral es una manifestación general o local causada por la exposición prolongada al estrés. Corresponde a un estado de cansancio y según Fang (2009) su génesis puede ser explicada por tres mecanismos. El primer mecanismo es la monotonía, la cual consiste en actividades largas, uniformes o repetitivas, por lo que los trabajadores pueden generar somnolencia y desgano. El segundo mecanismo es dado por la hipovigilancia, en la que disminuye la capacidad de reacción ante tareas poco variadas. Finalmente, el último mecanismo se refiere a la saturación mental debido a múltiples tareas, por lo que el individuo se muestra irritable, disminuye su rendimiento y presenta cansancio físico.

Las exigencias pueden generar fatiga al debilitar progresivamente la capacidad de resistencia de una persona sometida a estrés. El debilitamiento es progresivo y es un indicador de la necesidad fisiológica de descanso (Sierra et al., 2005). Puede evitarse con descanso suficiente, sin embargo, el proceso de trabajo capitalista no se caracteriza por favorecerlo, ya que la fatiga en sus estadios tempranos no es incapacitante por lo que las personas pueden seguir laborando a costa de su salud física y mental.

En la fatiga persiste un estado de tensión mental y el individuo experimenta aversión creciente frente a sus actividades laborales. Es característico en trabajadores que realizan actividades que desconoce o para las que no se siente capacitado, por lo que genera inquietud creciente y sobrecarga psíquica (Martínez, 1997).

La fatiga laboral está asociada a posturas forzadas, esfuerzo físico excesivo, movimientos monótonos, exceso de esfuerzo mental, falta de descanso entre jornadas, falta de sueño reparador y rotación de turnos (Fang, 2009). Estos elementos dependen del diseño del puesto, el contenido de la tarea, la demanda mental, así como a los turnos y horarios a los que son sometidos los trabajadores.

Las manifestaciones de la fatiga laboral pueden darse en el sistema nervioso, digestivo o respiratorio. También a nivel mental con la presencia de depresión, ansiedad, angustia, irritabilidad, pérdida del apetito, cefaleas e insomnio, incluso puede llevar a la muerte del individuo. Este fenómeno ha aumentado mundialmente hasta crearse un

término japonés para describir la muerte por exceso de trabajo denominado “Karoshi” (Fang, 2009).

Dentro de los daños psíquicos, también se encuentran las adicciones como alcoholismo, tabaquismo, consumo de sustancias con efecto tranquilizante o estimulante para afrontar la jornada laboral y las condiciones estresantes del trabajo (Martínez, 1997).

5.9.3 Daños psicosomáticos

Son definidos como aquellas alteraciones somáticas con una etiología psíquica reconocida. Se refiere a aquellas enfermedades orgánicas que se presentan en diferentes aparatos y sistemas del cuerpo. Son aquellas manifestaciones psicofisiológicas asociadas a estímulos estresantes por la liberación de catecolaminas, lo cual puede producir problemas cardiovasculares, hipertensivos y gástricos (Martínez, 1997). En la práctica médica, tradicionalmente no son relacionados al trabajo y son considerados síntomas aislados sin un cuadro clínico específico.

Para Bondaz (2021), el hombre es afectado por la sociedad de consumo al no sentirse en un ámbito seguro para conformar su identidad. Al mantenerse constantemente en una situación de inseguridad o estrés, el sistema nervioso e inmunológico presentan una falla en el proceso adaptativo con un consiguiente desgaste orgánico. La reacción psicosomática se manifiesta ante las demandas constantes. Es un mecanismo básico de defensa, ya que la mente puede concentrarse en la percepción del síntoma, en lugar de la sensación de angustia, estrés o ansiedad.

Los trastornos psicosomáticos más frecuentes son los gastrointestinales y cardiovasculares. Dentro de los trastornos del aparato digestivo se encuentra la acidez gástrica, colitis y úlcera péptica; y en los trastornos del sistema cardiovascular se incluyen infartos al miocardio, arritmia, angina de pecho e hipertensión (Martínez, 1997).

Las alteraciones gastrointestinales son una manifestación aguda, afectan principalmente al estómago e intestinos, pero también pueden generar molestias en la parte alta del abdomen, como es el caso de acidez gástrica, la cual hace referencia a las molestias y dolor acompañados de náuseas, acidez, regurgitaciones y digestión alterada. Tiene una alta asociación a estrés, ansiedad y depresión (Martínez, 1997).

En los trabajadores se puede presentar trastorno gastrointestinal funcional, el cual se caracteriza por síntomas recurrentes, pero no cumplen los criterios diagnósticos de otras patologías gastrointestinales identificables. Incluye síntomas como dolor, distensión abdominal, estreñimiento, diarrea, náuseas y vómitos (Velarde-Ruiz et al., 2018).

Al tener alteraciones gastrointestinales frecuentes, la digestión y absorción de nutrientes puede verse comprometida y generar alteraciones de la microbiota intestinal, así como afecciones neuroendocrinas e inmunológicas. Lo cual puede afectar la calidad de vida de los trabajadores.

En el caso de alteraciones del sistema cardiovascular, la hipertensión arterial (HTA) es la más frecuente y se define como la elevación constante de la presión arterial por arriba de 140/90mmHg. Puede ser desencadenada por el estrés laboral debido a la respuesta cardiovascular aumentada como mecanismo fisiológico ante el peligro. La presión arterial aumenta para aportar mayor sangre a músculos y poder huir ante situaciones amenazantes. Con la activación constante de este mecanismo se pierde la capacidad de regular la presión sanguínea normal, por lo que se mantiene elevada. Además del estrés, la inseguridad y las jornadas laborales extensas también se asocian a su desarrollo (Foguet-Boreu y García-Monzón, 2021).

6 Marco histórico

En este apartado se hace una aproximación histórica al sistema de salud, la creación de las residencias médicas y a la legislación que permite las actuales condiciones laborales de los médicos residentes.

6.1 Sistema Nacional de Salud

A principios del siglo XIX el ayuntamiento y la iglesia eran los responsables de la salubridad de la población en la Nueva España. El ayuntamiento, también conocido como cabildo, era la principal instancia de gobierno en las comunidades novohispanas y tenía la facultad de crear leyes, administrar recursos, cobrar impuestos y usar la fuerza pública (Quijano, 2019). En 1810 los cabildos crean las Juntas Provisionales de Sanidad y éstas eran conformadas por vecinos, regidores, representantes del arzobispo, médicos, cirujanos y boticarios con la finalidad de contrarrestar e impedir la propagación de epidemias, así como distribuir alimentos y medicamentos a la población (Gutiérrez, 2017).

Para 1820 se le otorga a la Junta de Sanidad la capacidad de gestionar los hospitales y la práctica médica. Los hospitales estaban conformados por antiguas construcciones coloniales y eran administrados por el clero, hasta que en 1821 las cortes españolas decretan la supresión de las órdenes monásticas y ordenan a los ayuntamientos hacerse cargo de los hospitales. El cambio de administración se realizó sin un plan estructurado por lo que hubo una crisis económica-social en los hospitales ante la falta de recursos económicos para su mantenimiento y la falta de recursos humanos por la emancipación de las cortes religiosas. La crisis continuó hasta inicios del siglo XX debido a las guerras, conflictos internos e intervenciones extranjeras (Concheiro, 2010).

México se constituye como República Federal en 1824, pero no fue hasta 1831 que el gobierno crea la Facultad Médica del Distrito Federal para gestionar la salud pública y diez años después es sustituida por el Consejo Superior de Salubridad para fungir como la máxima autoridad sanitaria. Este consejo estuvo vigente hasta 1917 (Gutiérrez, 2017). Con la instauración del Consejo Superior de Salubridad y la promulgación del primer Código Sanitario inicia la operación de instituciones dentro de un marco jurídico nacional (Concheiro, 2010).

Durante las tres primeras décadas como México independiente, el país pasa por distintas formas de organización política sin lograr estabilidad. La iglesia y los dueños de haciendas continúan enriqueciéndose mientras los pueblos indios sufren despojos de sus tierras (López et al., 2011).

En 1859, el presidente Benito Juárez seculariza los bienes del clero y decreta que los hospitales, hospicios, orfanatos, casas de maternidad y escuelas eran instituciones de beneficencia, por lo que el estado laico debía asumir la responsabilidad de administrarlas (Gutiérrez, 2017). Con ello, el modelo de atención caritativa es sustituido por la beneficencia pública y privada (Concheiro, 2010).

A inicios del siglo XX, el país se encontraba transitando por la Revolución Mexicana por lo que había un exceso de defunciones, descenso de nacimientos y emigración. Adicionalmente, una gran parte de la población murió a consecuencia del hambre y epidemias. Esta elevada mortalidad desencadena interés por fortalecer las instituciones de salud (Gómez-Dantes y Frenk, 2019).

Para entonces ya existía un sistema de salud fragmentado en servicios públicos, privados, militares y empresariales. Estos últimos eran designados para los mineros, ferrocarrileros, azucareros, periodistas, entre otros. Sin embargo, ante el conflicto armado, la mayoría de la población no podía acceder a sus servicios por temor, falta de recursos o desconocimiento de su existencia. Ante las carencias asistenciales se crean los “Hospitales de sangre”, como la Cruz Roja, Cruz Blanca mexicana, Cruz verde, que cubrían los sitios de combate en instalaciones provisionales (Gutiérrez, 2017).

Después de la Revolución Mexicana se crea la Constitución de 1917 y con ella la primera generación de reformas de salud en el país. En el artículo 123 constitucional en su fracción XXIX sienta las bases de la seguridad social al proponer “cajas de seguros” como protección ante incapacidades y accidentes (Gómez-Dantes y Frenk, 2019).

En 1933 durante la administración del presidente Lázaro Cárdenas, se establece un plan para aumentar el presupuesto federal destinado a salubridad y la promoción de los servicios públicos. Se dictamina como obligatorio el seguro social para todos los trabajadores. También nacen los primeros convenios para extender los servicios

sanitarios a todas las entidades federativas mediante la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios (Concheiro, 2010).

La década de los cuarenta se caracteriza por cambios en la estrategia de financiamiento de la atención médica. En 1942 se presenta al Congreso de la Unión el proyecto del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), mismo que se aprueba y comienza sus actividades al año siguiente. Se propone sea costeado de forma tripartita, es decir, por el estado, los patrones y los trabajadores del sector privado. Se estableció que la ley del Seguro Social debía cubrir accidentes y enfermedades de trabajo, maternidad, incapacidad, muerte y cesantía en vejez (Gómez-Dantes y Frenk, 2019). Para 1945, el instituto contaba con trescientos cincuenta mil derechohabientes pertenecientes al Distrito Federal, Nuevo León, Jalisco y Puebla (Fajardo-Ortiz, 2014).

Durante la creación del IMSS, el país contaba con veinte millones de habitantes, en su mayoría jóvenes y la esperanza de vida era de cincuenta años. La gente enfermaba y moría principalmente de padecimientos infectocontagiosos y traumatismos. Sin embargo, en la década de los setenta cambia el perfil demográfico y epidemiológico de la población.

Comienza el envejecimiento poblacional y aumentan la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, con ello aumenta la demanda de servicios y gasto público en salud (Fajardo-Ortiz, 2014). Adicionalmente, se dio un proceso de urbanización, por lo que se dispersó la población que habitaba comunidades rurales y hubo necesidad de aumentar los inmuebles de atención médica para ampliar la cobertura (Gómez-Dantes et al., 2011).

Inicialmente, el IMSS no contemplaba a trabajadores fuera del sector formal privado. En la década de los sesenta la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), máxima autoridad sanitaria de la época asume la responsabilidad de dar protección médica a los campesinos, agricultores y generadores de materias primas esenciales. El sistema de salud se fragmenta en atención a derechohabientes por parte del IMSS y atención a la población abierta o no derechohabientes por parte de la SSA (Gómez-Dantes y Frenk, 2019).

En el caso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se creó en 1959 y fue resultado del aumento de trabajadores del Estado, principalmente pertenecientes a servicios de salud y educación. El ISSSTE se

conforma como un organismo público descentralizado de la administración federal, encargado de brindar protección social a los trabajadores del estado y a sus familias (Gutiérrez, 2017).

Como ya se hizo mención, el IMSS da protección social a los trabajadores formales, el ISSSTE a los trabajadores del estado, la SSA otorga servicios de salud básicos a la población sin empleo formal y empresas nacionales desarrollan sus propios institutos de salud y seguridad social como fue el caso de Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales de México y Comisión Federal de Electricidad (López et al., 2011).

Para 1970 se realizó un censo donde se encontró que había 34 mil médicos en el país, por lo que se calculaba existía un médico por cada mil cuatrocientos habitantes. La distribución de médicos era desigual, dado que había estados como Chiapas que tenían una décima parte de personal médico en comparación con el Distrito Federal. Ante estos hallazgos surgió el interés de incrementar la formación de médicos que se distribuyeran nacionalmente de forma más equitativa (Frenk et al., 1995).

En 1983, a sesenta y seis años de promulgarse la Constitución, se agregó a su artículo cuarto el derecho a la protección de la salud, con la finalidad de garantizar la atención médica de todos los mexicanos acorde a sus necesidades y no a sus recursos o situación laboral (Gutiérrez, 2017). Sin embargo, no fue hasta 2003 que a través de la reforma a la Ley General de Salud se generó el Sistema de Protección Social en Salud, también conocido como Seguro Popular (Gómez-Dantes y Frenk, 2019).

A partir del decreto del derecho a la protección de la salud, se pretendía sentar las bases de un “Estado de bienestar” que tenía la finalidad de ampliar los derechos de los trabajadores y sectores sociales más vulnerables a través de fondos públicos. Sin embargo, a finales de la década de 1970, comienza la reorganización del capital a escala mundial o globalización, con ello el país experimentó un ajuste macroeconómico y decadencia de las tendencias de universalidad en salud (López et al., 2011).

El sistema de salud experimentó ineficiencia, insatisfacción de los usuarios y mayor costo para el bolsillo de la población debido a la disminución presupuestal y aumento de demanda de servicios por la transición demográfica, con tendencia a envejecimiento poblacional, así como el aumento en enfermedades crónico-degenerativas. Como

solución, el gobierno impulsa la participación de la iniciativa privada (aseguradoras, empresas médicas, instituciones bancarias) y sientan las bases para la mercantilización de la salud (López et al., 2011).

En 1990 se calcula que existían 157 mil médicos en el país, lo que representó un aumento de 4.6 veces en comparación con 1970. Cerca de 81% se encontraba laborando y el resto se encontraba sin ejercer por falta de empleo o por dedicarse a las actividades domésticas (Frenk et al., 1995). Para 2023 se estimaba que existían 666 mil médicos, de los cuales 385 mil eran generales y 281 mil eran especialistas (Paz, 2023). Se puede observar un crecimiento de 4.2 veces respecto a 1990, sin embargo, el crecimiento de recursos humanos puede no ser suficiente ante los cambios en patrones de migración, envejecimiento poblacional y transición epidemiológica de enfermedades crónicas (Heinze-Martín et al., 2018).

El Sistema Nacional de Salud (SNS), en pleno siglo XXI, se sigue caracterizando por una organización fragmentada. Incluye instituciones con escasa vinculación operativa entre sí, por lo que la legislación y presupuesto puede ser diferente entre ellas. El sistema está dividido en el sector público y privado (CONEVAL, 2023).

El acceso a estos sectores está condicionado por el estatus laboral de los mexicanos. Existe el esquema de seguro social para asalariados, los servicios de asistencia pública para los no asegurados y el sector privado. El 40% de la población cuenta con un empleo formal, por lo que goza de acceso a las instituciones de seguridad social conformadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR). El otro 60% son empleados del sector informal de la economía, autoempleados o desempleados, los cuales tienen acceso a instituciones que atienden a la población sin seguridad social como la Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA) e IMSS-Bienestar. En el sector privado se encuentran las aseguradoras y el personal de salud que brinda sus servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados (Gómez-Dantes et al., 2011; Bautista-Arredondo et al., 2022).

El sistema de salud en México se encuentra rebasado para atender las necesidades de la población y es considerado el país perteneciente a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) que menos invierte en salud, por lo que algunos trabajadores a pesar de estar afiliados a servicios públicos de salud han tenido que recurrir al sector privado y pagar de su bolsillo el servicio y tratamiento correspondiente (CONEVAL, 2023).

La Ley General de Salud (2024) en su artículo sexto refiere que el SNS tiene como objetivo brindar servicios de salud a toda la población, por lo que se han realizado esfuerzos por aumentar el número de personas afiliadas a la salud pública. De 2010 a 2018 el número de beneficiarios aumentó de 31 millones a 53 millones, sin embargo, no hubo aumento a la par de recursos humanos en salud. De 2006 a 2023 solo ha incrementado medio punto porcentual la cantidad de médicos por cada mil habitantes. En el país se estima que existen 2.4 médicos generales y especialistas por cada mil habitantes, sin embargo, organizaciones internacionales como la OCDE recomiendan 3.5 médicos por cada mil habitantes para facilitar el acceso a atención de salud universal y de calidad (CONEVAL, 2023).

La anterior administración presidencial aprobó la desaparición del Seguro Popular y decretó el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 con el objetivo de garantizar que todas las personas habitantes de México puedan recibir atención médica gratuita mediante el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). El nuevo modelo se enfocó principalmente en la atención gratuita y distribución de medicamentos e insumos para las personas sin seguridad social. Dentro de sus funciones, establece estrategias que permitan mejorar la capacitación y eficiencia de los recursos humanos en salud, pero no prioriza el aumento de contrataciones para disminuir la saturación de los servicios asistenciales (CONEVAL, 2023). Puede ser complejo alcanzar la universalidad de servicios si no se dispone de personal médico suficiente.

6.2 Residencias médicas

Históricamente, la medicina ha existido como la profesión hegemónica de salud. Las transformaciones tecnológicas, científicas y sociales influyeron en la ramificación del

conocimiento para dar lugar a las especialidades en medicina que son el antecedente inmediato a las residencias médicas.

A inicios del siglo XIX, los saberes médicos eran difundidos por instituciones eclesiásticas. En el caso de la Nueva España, la profesión médica era vigilada por el Tribunal del Protomedicato, el cual era un organismo español encargado de aplicar exámenes y autorizar la práctica de médicos, cirujanos y parteros (Jarillo et al., 2011).

Europa y Estados Unidos se encontraban transitando por revoluciones que modificaron los modelos económicos y sociales. Durante esta época los médicos aparecían como figuras asociadas a la burguesía, el materialismo y positivismo. En Gran Bretaña la medicina se consideraba una “profesión de posición” o de privilegio (Casas y Rodríguez, 2015).

La medicina evolucionó de forma distinta en los diferentes países europeos. En Francia comienza la educación dentro de los hospitales y con ello los primeros métodos de estandarización de la práctica médica. En Alemania comienza a especializarse y fraccionarse el conocimiento en materias como higiene pública y medicina legal (Casas y Rodríguez, 2015).

En el caso de México, se encontraba conformándose como una nación independiente, por lo que se crean instituciones nacionales para asumir las funciones que realizaba el Protomedicato y continuar con la formación de médicos. En 1843 la Escuela de Medicina impartía un plan de estudios que tenía duración de 11 años; durante los primeros seis años se daban cátedras de gramática, ideología, lógica, matemáticas, física y química. Los siguientes cinco años cursaban las materias de anatomía y fisiología, patología, farmacia, obstetricia y medicina legal. Después de obtener el grado de médico, algunos se formaban como especialistas en Europa y Estados Unidos (Concheiro, 2010).

La Ley de Instrucción Pública, promulgada en 1868 durante la administración de Benito Juárez, reforma el sistema educativo y se agrega la realización de tesis como requisito para obtener el grado de médico. La publicación de tesis se convierte en un antecedente clave para la creación de especialidades médicas en el país. En el mismo año, Nicolás San Juan fue el primer médico en presentar una tesis sobre ginecología y

dedicarse exclusivamente a ella, por lo que se le reconoce como el fundador de la especialidad de ginecología en México (Concheiro, 2010).

La Escuela de Medicina de la Ciudad de México tuvo un papel fundamental en la creación de materias que después se constituyeron como especialidades médicas, entre ellas se encontraba obstetricia; patología y clínica médica; patología y terapéutica quirúrgica. En 1877 Luis Hidalgo y Carpio junto con Gustavo Ruiz Sandoval publican un compendio de medicina legal que sirvió como antecedente para crear una de las primeras especialidades en México (Concheiro, 2010). Sin embargo, no es hasta finales del porfiriato (1906) que comienzan a formarse los institutos médicos especialistas (Gutiérrez, 2017).

A finales del siglo XIX, se generaron cuestionamientos sobre la práctica y formación médica, por lo que comienzan a formarse en Estados Unidos y Europa departamentos de ciencias e investigación enfocados en mejorar la calidad de enseñanza de las universidades. Estos departamentos crean vínculos con algunos hospitales para comenzar la formación médica dentro de ellos (Almeida et al., 1999). La formación médica se hegemonizó bajo el modelo estadounidense “Flexner”. Este modelo organiza la infraestructura hospitalaria y la formación de especialidades médicas. En Baltimore Estados Unidos, se crea el primer programa de residencias médicas con la finalidad de formar especialidades sistematizadas. Inicialmente el médico residía en el hospital donde brindaba sus servicios profesionales, de ahí proviene el nombre de esta práctica (Ortega, 2022).

En el caso de México, el Hospital General de México (HMG) fundado en 1905 fue el precursor de las especialidades médicas. En 1924 conformaron pabellones exclusivos para tratar patologías específicas como cardiopatías, enfermedades gastrointestinales y enfermedades urinarias. En estos inicios, la especialización no era organizada, el médico se acercaba como aprendiz a algún otro médico con mayor experiencia que fungía como su maestro y le transmitía sus conocimientos (Vázquez, 2018). La conformación de especialidades generó conflictos entre el gremio médico al crear una jerarquía entre especialistas y médicos generales.

En sus inicios las especialidades eran de tiempo completo. Los médicos en formación permanecían en servicio de 24 a 36 horas como ayudantes de los médicos de base. Cuando los médicos de base se iban por las noches, fines de semana y días festivos, los médicos aprendices asumían la responsabilidad total de la atención hospitalaria (Vázquez, 2018).

Las primeras residencias en el país se generan con el objetivo de hegemonizar el conocimiento mediante un plan de estudios. Con esa finalidad, se crea la División del Doctorado de la facultad de medicina perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México en 1959, que dictaminó escolarizar la formación de los médicos especialistas. En 1960 inician formalmente las residencias médicas con un aval universitario (Vázquez, 2018).

Al escolarizar las especialidades, se sumaron exigencias académicas a las exigencias laborales que ya presentaban, estos cambios generaron cansancio crónico en los residentes por lo que hubo necesidad de disminuir el tiempo de trabajo de los residentes en las instituciones de salud y priorizar la formación académica (Vázquez, 2018).

Durante 1964 y 1965, hubo un movimiento de lucha por parte de los médicos internos y residentes en busca de mejores salarios y condiciones de trabajo. Los residentes pedían aumento de la beca que recibían, la cual era inferior al salario mínimo vigente; mejora a los cuartos de residencia y aguinaldo (Concheiro, 2010). Ellos se identificaban a sí mismos como trabajadores, por lo que pedían se les reconocieran estos derechos laborales. Sin embargo, las instituciones de salud los visualizaban como estudiantes y no los consideraba parte de la institución. Por lo que les negaban aguinaldo con la justificación de que recibían educación especializada como retribución al trabajo que realizaban (Vázquez, 2018).

Ante el rechazo de las peticiones de los médicos residentes se declara un paro de labores en el Hospital 20 de Noviembre y posteriormente se suman otros hospitales en apoyo. Las autoridades tomaron los hospitales con uso de la fuerza pública y se les impide trabajar en el sector salud a algunos residentes que encabezaron el movimiento. En 1965 los médicos residentes y adscritos encabezan una marcha silenciosa. Como resultado de las protestas, en 1970 se les reconoció en la Ley Federal del Trabajo como

trabajadores especiales dada su importancia como fuerza de trabajo en las instituciones de salud (Concheiro, 2010).

En 1991 el Comité de Enseñanza de Posgrados y Educación Continua de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) decide elaborar un examen nacional de aspirantes a residencias médicas (Concheiro, 2010). En la actualidad, cerca de la mitad de los residentes pertenecen al plan único de especialidades médicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Existen otros programas de universidades públicas y privadas avalados por la Secretaría de Educación Pública (Akaki y López, 2018).

Las residencias se caracterizan por tener alta demanda. En 2019, 42 mil médicos presentaron el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM) y se ofertaron 8 mil plazas, es decir, dos de cada diez lograron acceder a realizar una especialidad médica (Toche, 2019). Ante el evento sanitario del SARS-CoV-2, aumentaron el número de plazas hasta llegar a 18 mil en 2023. Las especialidades que aceptaron mayor cantidad de médicos fueron medicina familiar, urgencias y medicina interna.

Como ya se hizo referencia, al ser considerados estudiantes y trabajadores, perciben un sueldo en forma de beca que oscila entre 4 mil a 20 mil pesos al mes, esto puede variar dependiendo el año de residencia y la institución a la que pertenezcan. En las instituciones públicas se les paga en promedio 11 mil pesos, suelen ser mejor remuneradas las plazas dentro del ISSSTE que las del IMSS e INSABI. El sector privado también acepta residentes, pero el “sueldo” es más variable, se han registrado apoyos económicos menores a tres mil y mayores de veinte mil pesos mensuales (Aguilar, 2023).

El apoyo económico que reciben contrasta con el sueldo de residentes de otros países. En Estados Unidos, en 2019, se les pagaba lo equivalente a 98 mil pesos mensuales, adicionalmente recibían seguro médico, dental y vacaciones pagadas. En España se les paga lo equivalente en pesos mexicanos de 26 a 37 mil mensuales, aparte se les remunera con 240 a 315 pesos por hora laborable durante las guardias médicas.

Aparte de las diferencias salariales, los residentes mexicanos se han enfrentado históricamente a demoras y descuentos en el pago de la beca. En 2019, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público expidió una orden para descontar tres mil pesos mensuales

refiriendo que era un bono sexenal que se les pagaba por error, por lo que ya no se iba a contemplar dentro de su beca. Los médicos residentes organizaron una manifestación pública para exigir el pago de las quincenas atrasadas y la creación de la figura jurídica de residente con derechos y obligaciones bien establecidas. Las autoridades respondieron a las demandas con el pago de las becas y una gratificación económica navideña (Toche, 2019). Sin embargo, no se han actualizado sus derechos y obligaciones.

6.3 Legislación

Los residentes están regidos por la Ley Federal del Trabajo (2023) y la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, las cuales describen sus derechos y obligaciones.

Son considerados como trabajadores por La LFT a partir del movimiento médico de 1965 y se establece que existe una relación laboral entre el médico residente y la persona moral o física de quien dependa la Unidad Receptora de Residentes. Esta relación será por el tiempo de duración de la residencia.

En su artículo 353-E, refiere que el médico residente debe permanecer en la Unidad Médica Receptora conforme a las disposiciones docentes respectivas, así como a la jornada laboral de adiestramiento en la especialidad. Están obligados a acatar las órdenes de las personas designadas para el desarrollo de su trabajo. A su vez, tienen como obligación cumplir la etapa de instrucción académica del programa docente en el que estén inscritos y a someterse a exámenes de evaluación de conocimientos.

La Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012 refiere que a la Secretaría de Salud le corresponde establecer la coordinación entre los sectores de salud y educativo para la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud. Considera que, para ingresar a la residencia, deben presentar el examen nacional de aspirantes a residencias médicas (ENARM), así como comprobar el buen estado de salud físico y mental, mediante un certificado médico.

Dentro de las obligaciones de los residentes, se describe que deben de estar disponibles durante la totalidad de la guardia y solo pueden usar las áreas de descanso con la autorización del responsable del servicio.

Tienen derecho a recibir remuneraciones y prestaciones estipuladas por la institución de salud, disfrutar de dos periodos de vacaciones por año de diez días hábiles cada uno y recibir alimentación durante la jornada de trabajo y en las guardias.

Finalmente, para concluir con la residencia y obtener su título de especialidad, deberán cubrir con el tiempo académico correspondiente, aprobar las evaluaciones, cumplir con el servicio social profesional, presentar el examen final universitario y realizar un trabajo de investigación (Akaki y López, 2018).

7 Marco referencial

A continuación, se describen los principales hallazgos de estudios empíricos que han abordado el proceso de trabajo y el impacto en la salud de los médicos residentes.

En un estudio realizado en España en el 2021 con el objetivo de conocer el estrés laboral y burnout de residentes antes y después de la pandemia por Covid-19, Navinés y colaboradores, mediante una revisión bibliográfica, encontraron que los médicos residentes suelen enfrentarse a condiciones laborales caracterizadas por falta de apoyo y mala relación con sus superiores, elevada competitividad con pares, falta de espacios para descansar, alimentarse o conversar con compañeros. El estudio reporta imposición de jerarquías.

Hallazgos similares han sido descritos en estudios de países latinoamericanos como Colombia (Pinillos et al., 2022) donde estudiaron los factores psicosociales y demandas de trabajo mediante un estudio cualitativo con 42 médicos residentes y describen que son sometidos a presión por parte de médicos adscritos, jefes de residencia y autoridades académicas. Perciben alta responsabilidad y presión para realizar actividades laborales y académicas debido a que tienen supervisión estricta. Se les exige mayor capacidad de resiliencia que a otros profesionales de la salud. Perciben mayor carga laboral y mental los primeros dos años de residencia, ya que realizan actividades laborales de otras áreas que no les corresponden. Adicionalmente, el tiempo que deben dedicar al trabajo impacta la vida extralaboral, les impide tener horarios fijos de almuerzo y descanso.

En México, Montes-Villaseñor y colaboradores (2018) realizaron un estudio transversal en 656 médicos residentes con la finalidad de conocer la exposición a la violencia y respecto a las condiciones de trabajo, encontraron que 62% se sentía presionado por el tiempo destinado al trabajo y ritmo del servicio, 87% experimentó alguna agresión, principalmente de origen psicológico por parte de los jefes de servicio y de sus compañeros. Los médicos de base producen la violencia y los residentes la reproducen a las siguientes generaciones, por lo que se crean círculos de violencia.

En la revisión bibliográfica de Navinés y colaboradores (2021) describen que los médicos residentes se enfrentan a jornadas laborales extensas, las cuales pueden llegar

hasta 80 horas a la semana. Las especialidades con jornadas más extensas suelen ser las quirúrgicas.

Estos resultados coinciden con los reportados en Nueva Jersey (Elwood et al., 2023), donde realizaron un estudio retrospectivo con la finalidad de comparar la prevalencia de burnout antes y durante la pandemia de Covid-19. Compararon a dos grupos de cuarenta residentes de obstetricia con características sociodemográficas similares, el primer grupo fue encuestado en 2016 y el segundo grupo en 2020. En este estudio encontraron que, sin importar el año, ninguno de los residentes trabajó menos de 61 horas semanales.

En México, Aldana y colaboradores (2021) evaluaron factores psicosociales en un estudio transversal en 337 residentes de Guadalajara y reportaron que la media de horas laborales fue de 74 ± 20 horas semanales. Describen que el 58% de los encuestados presentó síntomas de afección a la salud mental, principalmente ansiedad (23%), disfunción en la esfera social (15%), ideación suicida (14%). El 72% presentó riesgo de burnout.

Aunque el objetivo principal de Navinés y colaboradores (2021) fue explorar la prevalencia de burnout, en su estudio describe alteraciones en la vida cotidiana y tiempo libre en los médicos residentes debido a su jornada laboral, rotación de turnos y guardias. Mencionan que esta población tiene poco tiempo libre para el ocio, descanso, actividad física, actividades sociales o familiares y para su autocuidado. Presentan dificultad para conciliar lo familiar con lo laboral. Datos similares fueron reportados en México por Acosta-Fernández et al. (2017) en su estudio cualitativo donde refiere que durante la residencia, los sujetos suelen presentar distanciamiento de la familia, amistades y pareja sentimental.

Artajo y colaboradores (2022), realizaron un estudio transversal en España para conocer la percepción de la formación de los residentes, participaron 77 residentes de endocrinología y reportaron que tres cuartas partes de los encuestados extendieron su jornada por actividades no relacionadas a su especialidad, por lo que percibían falta de tiempo para otras actividades, entre ellas, estudiar para tener los conocimientos suficientes y sentirse preparados para terminar la residencia.

Diversas investigaciones reportan daños a la salud asociados al proceso laboral de médicos residentes, tal es el caso de la investigación de Navinés y colaboradores (2021) donde encontraron una prevalencia de burnout del 51% en residentes pertenecientes a países de Europa, Asia y América, refiere que la prevalencia es mayor en residentes de radiología, neurología, cirugía (60%), después en medicina interna, traumatología, ginecología y neurocirugía (50%) y ligeramente menor en especialidades como oncología, medicina familiar y psiquiatría (40%). En el caso de México, Aldana y colaboradores (2021) reportaron que el 72% de los encuestados tenían alto riesgo de presentar burnout.

Las principales exigencias que se han asociado al desarrollo de burnout son el número de horas de trabajo (56 a 86 horas por semana); poca libertad para realizar actividades designadas; supervisión estricta; sobrecarga laboral; elevado número de pacientes atendidos diariamente (Pinillos et al., 2022); tener personalidad “neurótica e introvertida”; estar en los primeros 2 años de residencia; no satisfacción con la especialidad; dormir menos de seis horas; aislamiento y falta de comunicación con pares, pacientes y supervisores (Navinés et al., 2021); mayor atención emocional con poca capacidad de reparación emocional; exposición al sufrimiento y muerte de pacientes (Caminos et al., 2023) y el estar trabajando en área covid (Elwood et al., 2023).

Martínez-García y colaboradores (2022) evaluaron la prevalencia de depresión y ansiedad en 247 médicos residentes de hospitales de la Secretaría de Salud en Puebla y reportaron que el 47% de la población presentaba depresión y 17% ansiedad. Estas prevalencias tienden a ser mayores en los primeros dos años de residencia, en mujeres y en personas solteras. La depresión se presentó con mayor frecuencia en residentes de anestesiología, ginecología, imagenología, medicina interna y pediatría (46 a 65%). Encontraron que los residentes con ansiedad tenían 37 veces más riesgo de desarrollar depresión.

Las actividades laborales y académicas suelen limitar el descanso adecuado. Arriola y colaboradores (2021) evaluaron la calidad de sueño en 111 médicos residentes pertenecientes al área de atención al Covid-19 y encontraron que la media de sueño fue de 5.9 ± 1.4 horas al día, el 90% reportó tener problemas de sueño y 55% de ellos

necesitaba medicamentos para dormir. Meza-Miranda y Ovelar-Grance (2022) realizaron un estudio en Paraguay donde encuestaron a 58 médicos residentes y reportaron que el 76 por ciento presentaba mala calidad de sueño y 83 por ciento tenía somnolencia excesiva por las mañanas. Pinillos y colaboradores refieren que dos de cada cinco médicos residentes presentaban insomnio, resultados similares a los reportados por Aldana y colaboradores, donde encontraron una prevalencia de insomnio en el 23 por ciento de los médicos residentes.

La falta de sueño dada por la rotación de turnos y guardias puede generar alteraciones en el ciclo circadiano, metabolismo y patrón alimentario. Esto se asocia a cortisol elevado, el cual se relaciona con dislipidemia, resistencia a la insulina, sobrepeso y diabetes. Arriola y colaboradores (2021) realizaron un estudio en 107 médicos residentes de Perú para conocer la calidad de sueño y la relación con su alimentación, encontraron que el 68% refería tener más antojos y necesidad de comer, principalmente azúcares simples. Y la asociación entre mala calidad de sueño y necesidad de comer más fue significativa ($p<0.001$).

Manzano-Jurado y colaboradores (2021) analizaron la composición corporal de 84 médicos residentes y reportaron que 46% de los participantes presentaba sobrepeso u obesidad. 25% fue catalogado con hipertensión arterial. En ese mismo tenor, Meza-Miranda y Olvear-Grance (2022) realizaron un estudio en 58 residentes de Paraguay y encontraron una prevalencia de 33% de sobrepeso y obesidad, el 57% de los participantes reportaron aumento de peso durante la residencia. La media de cintura fue 91.5cm, por lo que se clasifica como riesgo cardiovascular. Respecto a alteraciones metabólicas, Moreno-Pesquera y colaboradores (2022) realizaron un estudio trasversal en 57 residentes para evaluar su perfil bioquímico y reportan una media de colesterol por arriba de rangos de normalidad, triglicéridos significativamente mayores en mujeres.

8 Metodología

En el siguiente apartado se da cuenta del diseño de estudio, así como la muestra que conforma el mismo. Se detallan los instrumentos, formas de recolección y análisis bivariado y multivariado de los datos.

El objetivo principal de esta investigación fue identificar y analizar la relación entre las exigencias derivadas del proceso de trabajo y la presencia de daños a la salud, repercusiones en la vida cotidiana y tiempo libre de médicos residentes de un hospital público de la Ciudad de México.

8.1 Hipótesis de investigación

Derivado del objetivo general y los objetivos específicos, se formularon una serie de hipótesis que orientaron el análisis cuantitativo y permitieron identificar asociaciones relevantes. A continuación, se presenta la hipótesis general; las hipótesis específicas, desagregadas por variable independiente y dependiente, se encuentran disponibles en el plan de tabulación (Anexo 2).

8.1.1 Hipótesis general

Los médicos residentes de un hospital público de la Ciudad de México que están expuestos a exigencias laborales presentan una mayor prevalencia de daños a la salud, alteraciones en su vida cotidiana y una menor participación en actividades del tiempo libre.

8.2 Tipo de estudio

Se realizó una investigación con diseño observacional, descriptivo, analítico y transversal en el periodo comprendido de febrero a mayo del 2024. Fue de carácter observacional descriptivo para explicar las características de la población y fenómeno de interés (Hernández et al., 2006). Analítico para establecer asociaciones entre factores. Este tipo de estudio es utilizado como aproximación para generar hipótesis sobre relaciones causales (Sánchez et al., 2019).

Fue transversal al realizar una sola medición o corte en el tiempo, por lo que se midió simultáneamente la exposición de variables independientes y la presencia de daños a la

salud. Este diseño tiene la finalidad de estimar la magnitud y distribución del evento de interés (Sánchez et al., 2019).

8.2 Población y muestra

Los participantes del estudio se conformaron por médicos residentes de un hospital público de la Ciudad de México. Se tomó la propuesta de Akaki y López (2018) para agrupar a la población en cuatro bloques acorde a la especialidad a la que pertenecían: clínica, quirúrgica, diagnóstica y auxiliar, salud pública y atención primaria.

La muestra se obtuvo de forma no probabilística por conveniencia. Fue no probabilística porque se seleccionó un grupo de personas sin considerar la probabilidad y aleatorización, por lo que todos los integrantes de la población de estudio no tuvieron las mismas probabilidades de pertenecer a la muestra de estudio (Sánchez et al., 2019).

Se utilizó la técnica de muestreo por conveniencia que consiste en seleccionar aquellos sujetos accesibles y disponibles al momento de la investigación. Esta técnica es útil en estudios descriptivos cuando existe dificultad para acceder o ubicar a la población (Sánchez et al., 2019).

8.2.1 Criterios de inclusión

- Médicos que pertenezcan al plan de residencias médicas sin importar el año que estuvieran cursando
- Desearan participar
- Pertenecientes al hospital público a estudiar
- Ambos sexos

8.2.2 Criterios de exclusión

- Quienes no estén cursando una residencia
- Aquellos que su sede de residencia sea distinta al hospital público de estudio

8.2.3 Criterios de eliminación

- Cuestionarios inconclusos

8.3 Fuentes de información

La recolección de la información fue mediante fuentes secundarias y primarias. Las fuentes secundarias incluyen información ya existente, pero que no fue recolectada con el mismo objetivo de la presente investigación como artículos, libros y registros estadísticos que sirvieron de base para estructurar el marco conceptual, histórico y referencial, así como discutir los hallazgos encontrados en la presente investigación.

Las fuentes primarias son los materiales originales que proveen datos obtenidos directamente en el trabajo de campo y tienen la finalidad de cumplir los objetivos del estudio (Sánchez et al., 2019). En la presente investigación se tomó la encuesta individual de autollenado para la evaluación de la población trabajadora (PROESSAT) propuesta por Noriega y colaboradores (2001), la cual se adaptó a los requerimientos del estudio.

Así mismo se realizaron registros y notas de campo para complementar la información obtenida.

8.4 Instrumentos de recolección

Se conformó la “Encuesta individual para la evaluación del tiempo libre, vida cotidiana y salud de médicos residentes” (Anexo 1). Previo a la aplicación formal, este instrumento fue sometido a una prueba piloto con el fin de evaluar la claridad de las preguntas y el tiempo de llenado. La encuesta inicialmente fue física, sin embargo, su aplicación no fue posible, ya que los residentes referían no contar con tiempo o encontrarse en ese momento cansados para contestarla, por ello se optó por adaptar la encuesta a formato digital mediante formulario de Google docs.

Se elaboró un volante de invitación para participar en la investigación con un código de respuesta rápida (QR) que al escanearlo mediante su dispositivo telefónico los dirigía a la encuesta digital. Se repartieron los volantes fuera del hospital en los horarios de entrada y salida. Adicionalmente, algunos participantes decidieron apoyar a compartir la encuesta en medios de comunicación y grupos digitales utilizados por los residentes del hospital de estudio.

La encuesta contó con 240 reactivos distribuidos en los siguientes apartados:

I Datos generales: Edad, género, escolaridad, estado civil, especialidad, año de residencia.

II Calidad de vida y trabajo doméstico: Contó con 52 reactivos sobre trabajo y carga doméstica, 36 preguntas relacionadas con calidad de vida y 16 reactivos enfocados en tiempo libre de los cuales se adaptaron 11 preguntas de la Encuesta Nacional sobre uso del tiempo libre (INEGI, 2019). Estas preguntas van relacionadas a la participación en actividades comunitarias, religiosas, políticas, culturales; así como el uso de tiempo libre para actividades de ocio y descanso. En relación con las actividades del tiempo libre, se hizo hincapié en que se realicen sin hacer otras tareas al mismo tiempo.

III Condiciones y valoración del trabajo: Este apartado incluyó 26 preguntas relacionadas con el área, horario, guardias y actividades que realiza; así como ausentismo; y presencia de eventos traumáticos.

IV Exigencias laborales: Consta de 58 preguntas relacionadas con las exigencias en función del tiempo de trabajo, cantidad e intensidad del trabajo, vigilancia, tipo de actividad y calidad del trabajo.

V Daños a la salud: Este apartado incluye 100 reactivos relacionados con molestias o enfermedades presentadas en el último año con la finalidad de establecer diagnósticos presuntivos sobre hipoacusia, conjuntivitis, amigdalitis, trastornos del sueño, depresión, ansiedad, distrés, migraña, trastornos psicosomáticos, fatiga.

Para establecer diagnósticos de distrés, ansiedad y depresión se utilizó la propuesta de Cruz-Flores y colaboradores (2024) de adaptar el DASS-21 validado en población latina (Daza et al., 2002) a 12 reactivos. Se realizó la sumatoria del total de preguntas que corresponde a cada uno de los diagnósticos en formato Likert (0, 1, 2 y 3), posteriormente se calculó la mediana y se tomó como punto de corte. Las preguntas (ver Anexo 1, apartado V) que conforman los diagnósticos son las siguientes:

- Distrés: 89, 91, 95, 98
- Ansiedad: 90, 92, 93, 99
- Depresión: 94, 96, 97, 100

El diagnóstico de distrés se estableció a partir de 4 puntos y para ansiedad fue de 1 punto. En el caso de la variable depresión, la mediana fue de 0, por lo que se tomó el percentil 75 como punto de corte y se estableció el diagnóstico a partir de 2 puntos.

Se utilizó la escala de síntomas subjetivos de fatiga de Yoshitake de 30 items validada en población mexicana (Barrientos et al., 2004) para evaluar la exigencia mental en el trabajo y manifestaciones físicas de fatiga. Se utilizó el punto de corte de 7 respuestas positivas para diagnóstico de fatiga.

8.5 Índices

Se tomó la propuesta de Noriega y colaboradores (2001) para crear los siguientes índices y así dicotomizar grupos de variables (ver preguntas en Anexo 1, apartado II y III).

Índice de carga de trabajo doméstico (ICTD): Se conformó con las preguntas 6 a 18 del apartado II. “Calidad de vida y trabajo doméstico” para sintetizar la carga de trabajo doméstico y poder relacionarla con otras variables de interés, particularmente con los diagnósticos presuntivos de daños a la salud.

- Pregunta 6 ¿Tiene usted hijos?: Se le asignó valor de 1 ante la presencia y valor de 0 en ausencia de hijos.
- Pregunta 7 ¿Cuántos menores de 18 años viven con usted?: Se asignó un valor de 2 por cada menor de edad hasta un máximo de cinco niños o adolescentes.
- Pregunta 8 ¿Cuántos menores de 5 años viven con usted?: Se asignó un valor de 2 por cada menor de cinco años. Noriega et al. (2001) considera que, a pesar de que la pregunta anterior incluye a los niños de todas las edades, los menores de cinco años se deben contabilizar nuevamente debido a la sobrecarga de trabajo doméstico que pueden generar.
- Pregunta 9 a 18: Se preguntó sobre actividades domésticas. A cada pregunta positiva se le asignó el valor de 1.
- El valor máximo que puede tener una persona, tomando en cuenta todas las posibles respuestas, es de 27. La fórmula se puede observar en la tabla 1 y el resultado puede ir de baja a muy alta carga doméstica.

Índice de actividades en el tiempo libre (IATL): Corresponde a las preguntas 36 a 47 del apartado II. “Calidad de vida y trabajo doméstico”. A cada respuesta positiva se le asignó el valor de 1 y el índice se conformó con la suma de respuestas positivas, dividido entre el total de preguntas (12). Si la proporción es menor a 0.5, significa que la persona realiza menos de cinco actividades del tiempo libre, por lo que se considera que tiene un uso pasivo del tiempo libre. Si, por el contrario, la puntuación es mayor o igual a 0.5 se considera uso activo del tiempo libre. El índice hace referencia a la cantidad de actividades realizadas y no al contenido, es decir, no hace diferencia entre actividades dinámicas y estáticas o sedentarias.

Índice de valoración del trabajo (IVT): Se realizó con las preguntas 11 a 20 del apartado III. “Condiciones de trabajo”. Estas preguntas abordan elementos humanizantes en el trabajo. A cada respuesta positiva se le asignó el valor de 1 y para conformar el índice se sumaron las respuestas positivas y se dividió entre el total de preguntas (10). Si los participantes respondían a menos de seis preguntas de forma positiva, se considera que tienen una valoración negativa del trabajo. Si el puntaje era mayor a 0.6 su valoración era positiva. A partir de este índice se conformaron tres subíndices:

- Subíndice de satisfacción en el trabajo (SST): Consiste en tres preguntas (18 a 20), a cada respuesta positiva se le dio el valor de 1. Si la proporción es menor a 0.66, es decir, menos de dos respuestas positivas, se considera como falta de satisfacción en el trabajo.
- Subíndice de control en el trabajo (SCT): Se conforma por cinco preguntas (11 a 15), cada respuesta positiva tiene valor de 1. Una puntuación menor a 0.6 o menos de 3 preguntas positivas, equivale a falta de control en el trabajo.
- Subíndice de apoyo social (SAS): Está constituido por dos preguntas (16 y 17), cada respuesta positiva tiene valor de 1. Si la proporción es menor a 0.5, se considera como falta de apoyo social en el trabajo.

Tabla 1***Criterios para la creación de índices***

Índice	Número de pregunta	Fórmula	Resultado
Índice de carga de trabajo doméstico (ICTD)	Apartado II a=6 b=7 c=8 d=9 a 18	$\frac{a + 2(b + c) + d}{27}$	<0.25 baja 0.25-0.49 media 0.5-0.74 alta ≥0.75 muy alta
Índice de actividades en el tiempo libre (IATL)	Apartado II 36 a 47	$\frac{\Sigma 36 \text{ a } 47}{12}$	<0.5 uso pasivo del tiempo libre ≥0.5 uso activo del tiempo libre
Índice de valoración del trabajo (IVT)	Apartado III 11 a 20	$\frac{\Sigma 11 \text{ a } 20}{11}$	≤0.6 Valoración negativa del trabajo >0.6 Valoración positiva del trabajo
Subíndice de satisfacción en el trabajo (SST)	Apartado III 18 a 20	$\frac{\Sigma 18 \text{ a } 20}{3}$	<0.66 Carencia de satisfacción en el trabajo ≥0.66 Satisfacción en el trabajo
Subíndice de control en el trabajo (SCT)	Apartado III 11 a 15	$\frac{\Sigma 11 \text{ a } 15}{5}$	<0.6 Falta de control sobre el trabajo ≥0.6 Control sobre el trabajo
Subíndice de apoyo social (SAS)	Apartado III 16 y 17	$\frac{16 + 17}{2}$	<0.5 Falta de apoyo social ≥0.5 Apoyo social en el trabajo

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

8.6 Consideraciones éticas

Al realizarse la investigación con seres humanos, se tomaron las consideraciones éticas propuestas por Helsinki de la Asociación Médica Mundial, el informe Belmont y el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Sánchez et al., 2019). Se generó el estudio con principios éticos y respeto por las personas, así como protección de la privacidad de los participantes y su información.

La encuesta digital iniciaba con el título de la investigación, así como con un texto informativo que contenía el objetivo del estudio y explicaba que su participación era voluntaria y el uso de la información proporcionada era únicamente con fines académicos, estadísticos y de investigación, además de no implicar riesgo alguno o consecuencia física, mental o laboral. Al final de este apartado se solicitaba el consentimiento para participar en el presente estudio, si no deseaban participar se daba por concluido el cuestionario y se brindaban los datos de contacto de la investigadora.

8.7 Procesamiento y análisis de la información

Los datos obtenidos del cuestionario de autollenado fueron codificados y capturados en una base de datos en el programa Excel de Microsoft 365. Se realizó un control de calidad para evitar errores de captura mediante la selección de encuestas al azar.

Se exportó la base de datos al programa estadístico JMP17 de SAS Institute, Inc., donde se realizó un segundo control de calidad al cotejar encuestas al azar con los datos capturados y codificados en Excel. Posteriormente se realizó un análisis descriptivo con medidas de frecuencia y análisis bivariado para la asociación de datos por pruebas de ji cuadrada y razones de prevalencia. Los resultados se presentan en cuadros y gráficos para su mejor comprensión. Finalmente, se realizó un análisis multivariado en el programa STATA15 de StataCorp mediante una regresión logística de las variables dependientes de interés (Anexo 2).

8.8 Limitaciones metodológicas

Debido a las dificultades de poder ingresar a este hospital, al desconocimiento de la población disponible al momento del estudio y al corto periodo de tiempo para el levantamiento de la información, no se pudo calcular el tamaño de una muestra representativa. Se optó por hacer el estudio con una muestra aleatoria por conveniencia y recolectar al menos cien respuestas para fines estadísticos. Esto llevó a que la participación estuviera sesgada o centrada a ciertas especialidades y no se pudiera conformar una muestra más homogénea. Los resultados del estudio no pueden generalizarse estadísticamente a todos los médicos residentes.

El estudio se realizó en un hospital de alta especialidad del sector público, lo que implica condiciones laborales particulares. Por ello, los resultados no pueden

generalizarse a hospitales de otras características como unidades de primer o segundo nivel. Asimismo, pueden existir diferencias según el tipo de institución a la que pertenezca el hospital (SSA, IMSS, ISSSTE), debido a la variación de recursos, normativas internas y afluencia de pacientes. Esta heterogeneidad institucional limita la posibilidad de establecer comparaciones directas con otros nosocomios.

Al realizar un estudio en línea se pueden presentar algunas limitaciones como no poder resolver las dudas de los participantes en tiempo real sobre las preguntas del cuestionario, las personas pueden olvidar enviar el cuestionario concluido, se pierde la observación de gesticulación o escucha de comentarios de los participantes mientras contestan las preguntas, lo cual podría enriquecer la información obtenida.

9 Resultados

En este capítulo se describen las características del centro de trabajo donde se levantó la información de los/las médicos(as) residentes en estudio, así como el proceso laboral que llevan a cabo de forma general en las tres áreas identificadas (atención continua, hospitalización y consulta externa). Se describen y analizan las variables demográficas, actividades domésticas, condiciones de vida, tiempo libre, condiciones y valoración del trabajo, exigencias laborales y daños a la salud, a partir de la información obtenida de la encuesta aplicada. Asimismo, se presentan los análisis bivariados y multivariados.

9.1 Antecedentes del centro de trabajo donde se realizó el estudio

El estudio fue realizado con médicos(as) que realizaban su residencia en un hospital público de alta especialidad en la Ciudad de México que lleva más de sesenta años en funcionamiento. Este centro ofrece servicios del segundo y tercer nivel de atención, es decir, en él se brindan diagnósticos y tratamientos especializados para los derechohabientes de todo el país. Cuenta con servicios de 48 especialidades y subespecialidades médicas, tiene capacidad para cerca de 400 camas censables que cuentan con equipos y recursos humanos suficientes para la atención médica de los pacientes. También cuenta con 150 camas no censables, las cuales se destinan para los servicios auxiliares de hospitalización o para pacientes de corta estancia, por lo general se encuentran en los servicios de cuidados intensivos y recuperación (Radio Fórmula, 2024).

El hospital está conformado por siete edificios, los cuales se dividen en tres áreas de atención a los pacientes: Admisión continua, consulta externa, hospitalización. Los primeros filtros de ingreso de pacientes son por atención continua o consulta externa dependiendo del estado de gravedad de la persona. Este centro no cuenta con servicios de urgencias, por lo que los pacientes más graves ingresan inicialmente a admisión continua para después ser referidos a hospitalización.

Se estima que diariamente se realizan más de mil consultas y al menos dos cirugías de alta especialidad en este hospital (Imagen Global, 2019) y en él laboran médicos especialistas, médicos residentes, personal de enfermería, químicos farmacobiólogos,

ingenieros biomédicos, dietistas, nutriólogos clínicos, cocineros, camilleros, administrativos, personal de seguridad y limpieza.

9.2 Proceso de trabajo de médicos(as) residentes

En este apartado se describe de manera general el proceso de trabajo que suelen realizar en un día laboral promedio los/las médicos(as) residentes participantes en el estudio.

El proceso de los residentes inicia con su llegada al hospital entre las 6:00 y 7:00 horas, no registran su entrada porque son considerados como becarios y los médicos adscritos son los encargados de vigilar la puntualidad y asistencia de los residentes a su cargo. Deben presentarse uniformados. El uniforme consiste en gafete del hospital, pijama quirúrgica de tela o vestimenta casual acompañada de bata o filipina blanca. Se les pide evitar uso de joyería, barba, pelo suelto, uñas largas.

La entrega de guardia se realiza en la primera hora de la jornada laboral. Los residentes que estuvieron de guardia el día anterior explican a los demás compañeros y adscritos del servicio la evolución o seguimiento de los pacientes censados, describen los ingresos e interconsultas realizadas durante la guardia, así como las interconsultas o estudios pendientes a solicitar. Estas pueden realizarse en aulas, consultorios de los adscritos o en el área de hospitalización al mismo tiempo que se realiza el pase de visita a los pacientes, donde los residentes de mayor jerarquía o adscritos suelen interrogar a sus subordinados, con fines académicos, sobre las técnicas con las que llegaron al diagnóstico y los criterios que utilizaron para dar tratamiento a los pacientes.

En la mayoría de los servicios se realizan guardias y suelen ser ABC, es decir, cada tres días. Sin embargo, en los reglamentos internos mencionan que la frecuencia puede ser modificada si aumentan las necesidades del hospital en caso de renunciadas, contingencias o llegar al 95% de ocupación de camas.

Después de la entrega de guardia, los residentes suelen tener de 30 a 60 minutos libres que pueden destinar para desayunar en el comedor del hospital o fuera de las instalaciones. Posteriormente se dirigen a su área de trabajo, que puede ser consulta externa u hospitalización donde inician sus actividades entre 8:00 a 9:00 horas.

En algunas especialidades se realizan sesiones académicas una vez a la semana, las cuales suelen durar de dos a tres horas y se realizan en las primeras horas de la jornada laboral. Al concluir con las clases, los residentes se integran a sus actividades en el hospital.

Sus tareas las pueden realizar en el servicio donde realizan la especialidad o algún otro servicio donde se encuentren asignados, ya que se les pide rotar por los diferentes servicios de atención u otros hospitales para aumentar sus conocimientos en otras áreas. Las rotaciones pueden ser coordinadas por el departamento de enseñanza, por los adscritos o por el mismo residente. Algunas especialidades solicitan el paso obligatorio de sus residentes por ciertos servicios y el resto de las rotaciones pueden ser seleccionadas bajo el criterio e interés del residente.

Al finalizar sus actividades laborales, los/las médicos(as) residentes se suelen reunir en algún consultorio disponible con el/la médico(a) adscrito(a) para discutir los eventos de importancia ocurridos durante la jornada, si hubo interconsultas o ingresos y los pendientes que se quedan para los residentes que reciben la guardia.

El horario de salida varía de una especialidad a otra, por lo general es a las 14:00 a 15:00 horas siempre y cuando hayan concluido sus pendientes. La Norma Oficial Mexicana y la LFT no establecen una jornada laboral determinada, la NOM-001-SSA-2012 solo menciona que no deben exceder más de 80 horas de servicio a la semana. Adicionalmente, pueden tener cursos de carácter obligatorio que son coordinados por los adscritos y la UNAM, estos suelen ser en la tarde. La duración, frecuencia y cantidad de clases o cursos depende de cada programa de residencia.

9.2.1 Proceso laboral de médicos(as) residentes por área de servicio

A continuación, se describen las actividades principales que realizan los/las médicos(as) residentes en el área de atención continua, consulta externa y hospitalización (Figura 2).

-Atención continua: Llegan pacientes derechohabientes y se realizan los trámites administrativos para ingresarlo. Ahí es valorado por médicos adscritos o urgenciólogos los cuales, en caso de ser necesario, estabilizan o dan soporte al paciente para mantener o restaurar sus funciones vitales. Posteriormente deciden si el paciente se queda en

atención continua durante 24 horas para observación; se deriva a hospitalización o se da de alta.

La figura del médico(a) residente aparece cuando el/la médico(a) adscrito(a) considera que el paciente requiere asistencia de una especialidad y solicita una interconsulta a cierto servicio. El residente revisa el motivo de interconsulta y la historia clínica del paciente. Después realiza un interrogatorio dirigido y exploración física para diagnosticar y dar tratamiento si así lo amerita el paciente, en caso de indicar algún medicamento realiza la receta médica y la entrega al personal de enfermería. Esto lo detalla en la nota médica.

-Consulta externa: Se encuentra supervisada por un(a) médico(a) adscrito(a) y recibe apoyo del personal de enfermería para la recepción del carnet del paciente y toma de signos.

El número de pacientes agendados depende de cada especialidad, pero en general, se asigna un paciente cada 30 minutos, por lo que los residentes suelen atender de 12 a 18 pacientes al día.

El residente ingresa al área de consultorios donde el personal de archivo le entrega una hoja con los pacientes programados para el día, así como sus expedientes físicos.

Inicia la consulta donde interrogan el motivo de consulta, indagan signos y síntomas, hacen exploraciones físicas, en el caso de algunas especialidades realizan intervenciones o procedimientos menores como toma de biopsias y ultrasonidos. Posteriormente realizan receta médica y otros procesos administrativos como hojas de alta, interconsulta a otro servicio, solicitud de estudios clínicos o de gabinete, así como agendar citas de seguimiento.

Al término de cada consulta deben realizar una nota de ingreso o evolución en el expediente clínico electrónico del paciente donde describen los elementos del interrogatorio; exploración física; resultados de estudios; cambios en el curso clínico; plan de tratamiento; interconsultas y motivo de envío; medicamentos y duración del tratamiento. Las notas llevan el nombre, cédula, firma y especialidad del/la médico(a) residente, así como del/la médico(a) adscrito(a). Se guarda la nota de forma electrónica

y se imprime para adjuntar al expediente físico. Al concluir las consultas se entregan los expedientes físicos al personal de archivo.

-Hospitalización: Al inicio del día suele realizarse pase de visita de los pacientes hospitalizados para evaluar su evolución, si requiere algún procedimiento, cambio de tratamiento o toma de estudios.

El personal médico de admisión continua realiza una historia clínica, pero el/la médico(a) residente de hospitalización puede complementar la información con un interrogatorio dirigido o exploración centrada en su área de especialidad para así establecer un diagnóstico y plan de tratamiento.

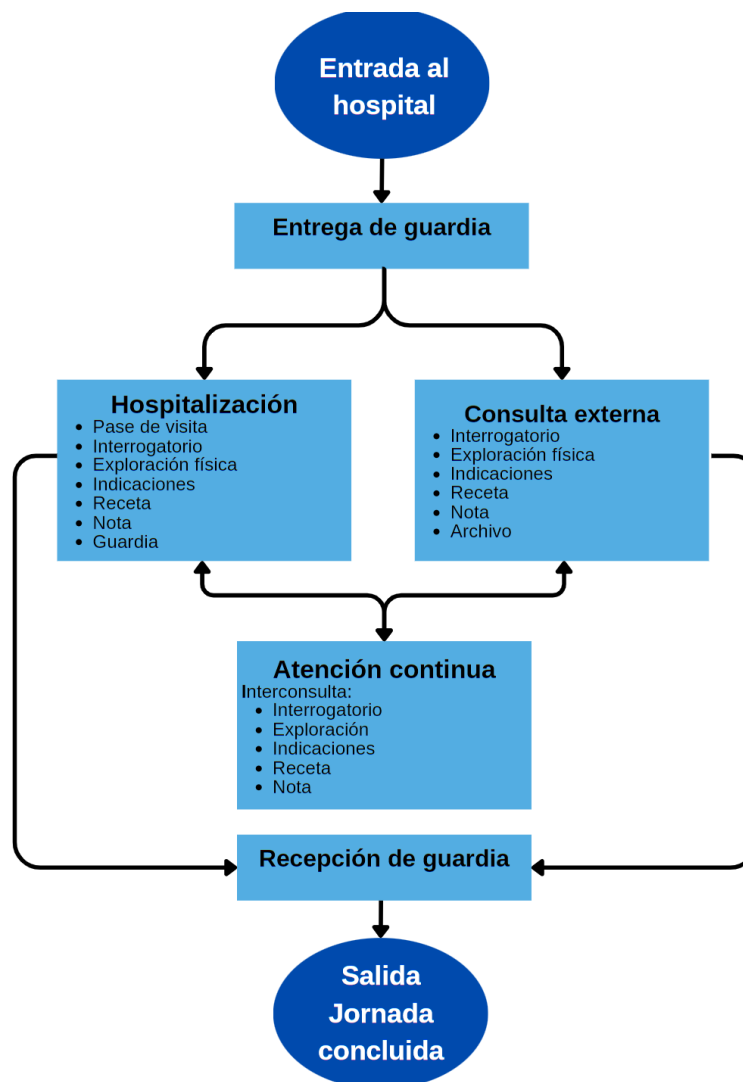
Dependiendo de la gravedad del paciente puede derivar a otras áreas de hospitalización como la unidad de cuidados intensivos (UCI) o quirófano, donde los residentes, supervisados por médicos(as) adscritos(as), estabilizan las funciones vitales mediante dispositivos como desfibriladores, respiradores, catéteres, sondas, sistemas de aspiración, entre otros.

En el área quirúrgica, el residente realiza técnicas quirúrgicas, diagnósticas y de anestesia. El residente encargado de la cirugía debe cumplir con una nota operatoria donde especifica los detalles personales del paciente, indicaciones para la cirugía, los pasos del procedimiento realizado, instrucciones de cuidado postoperatorio, así como el plan de tratamiento, pronóstico y posibles complicaciones.

El residente llena las hojas de indicaciones médicas para el personal de enfermería y realiza las notas de ingreso, evolución o egreso, dependiendo el caso. Todas las notas se realizan en el expediente electrónico, se guardan en el sistema e imprimen para añadirlas al expediente físico.

En caso de egreso del paciente, el residente informa a su superior y realiza una nota de pre-alta 24 horas antes de dar de alta al paciente. También prepara las indicaciones para la vigilancia ambulatoria, esto incluye citas de consulta externa, exámenes de laboratorio y gabinete subsecuentes.

Figura 2. Diagrama de flujo del proceso de trabajo general de médicos(as) residentes en un hospital público de la Ciudad de México



Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por participantes del estudio.

9.3 Análisis descriptivo

Este apartado da cuenta del análisis descriptivo de las variables demográficas, condiciones de vida y trabajo, tiempo libre, así como de las exigencias a las que se encuentran expuestos los sujetos de estudio y los diagnósticos presuntivos encontrados.

Se recolectaron 108 cuestionarios completos durante el periodo de 15 de abril al 12 de junio del 2024, de las cuales se cancelaron tres por pertenecer a otras dependencias de salud. La muestra final fue de 105 médicos residentes.

9.3.1 Características demográficas

De los 105 residentes que participaron, 56% fueron mujeres y 44% hombres, siete de cada diez refirieron no tener pareja y el rango de edad fue de 24 a 48 años, con un promedio de edad cercano a los 31 años. Para facilitar el análisis de la información, en este estudio se agrupó la edad de los participantes en dos grupos: menores de 30 años (46%) y de 30 años en adelante (54%).

La totalidad de la muestra tiene concluida la licenciatura, esto se entiende dado que es un requisito para ingresar a la residencia. Además de estarse formando como especialistas, el tres por ciento contaba con grado de maestría.

Tabla 2

Características demográficas de médicos(as) residentes de un hospital público de la Ciudad de México.

Variable	(n=105)	%	Media	D.E.
Sexo				
· Femenino	59	56		
· Masculino	46	44		
Edad (años)			30.6	3.2
Edad agrupada				
· ≥30	57	54		
· <30	48	46		
Estado civil				
· Sin pareja	76	72		
· Con pareja	29	28		
Último grado de estudios				
· Licenciatura	102	97		
· Maestría	3	3		

n= muestra, D.E.= Desviación estándar. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

9.3.2 Condiciones de vida

Al explorar algunas condiciones de vida (tabla 3), se encontró que uno de cada diez residentes tiene hijos y vive con menores de 5 o 18 años. En cuanto a la vivienda, el 74%

renta y 18% cuenta con casa propia. El 55% refirió que sus condiciones de vivienda eran iguales en los últimos años.

Alrededor de la mitad (54%) de los residentes consideró que la beca que perciben es suficiente para cubrir sus gastos más necesarios y existían otras entradas económicas en su hogar.

Al explorar si además de la residencia ejecutaban otra actividad laboral, el 28% reportó contar con otro trabajo para cubrir los gastos del hogar, actividad a la que le dedican 3.6 horas diarias en promedio. El 69% refirió brindar consulta privada y 31% laborada en otros hospitales o clínicas.

Para trasladarse de su vivienda al hospital, el 44% lo hace a través de autobús, microbús o metro, 30% utiliza auto o motocicleta particular, 12% camina a su trabajo y 7% utiliza taxi libre o de aplicación.

Tabla 3

Condiciones de vida de médicos(as) residentes de un hospital público de la Ciudad de México.

Variable	(n=105)	%
Presencia de hijos	10	10
· Vive con menores de 18 años	11	10
· Vive con menores de 5 años	9	9
Vivienda		
· Rentada	78	74
· Propia	19	18
· Prestada	8	8
Condiciones de vivienda en relación con los últimos años		
· Iguales	58	55
· Mejores	36	34
· Peores	11	10
Sostenimiento del hogar		
· Salario o beca le alcanza para gastos necesarios	57	54
· Otras entradas económicas para el sostenimiento del hogar	57	54
· Cuenta con otro trabajo para sostener gastos	29	28
Tipo de transporte que utiliza		
· Público	46	44

· Particular	31	30
· Caminando	13	12
· Bicicleta	8	8
· Taxi o servicio de aplicación	7	7

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

9.3.3 Actividades domésticas

El trabajo doméstico es un esfuerzo que se adiciona a las exigencias laborales y académicas de los residentes, por lo que puede potenciar la aparición de daños a la salud.

Al preguntar sobre el trabajo doméstico, se observó que la mitad de los residentes realizaba estas actividades después de la jornada laboral, 45% los días de descanso y 5% no participaba en estas tareas. No obstante, el 85% refirió sentirse demasiado cansado después de la jornada laboral como para realizar trabajo doméstico. Más del 70% de los participantes no contaba con personal de servicio doméstico o alguna otra persona que le ayudara con estas tareas.

Respecto a la realización de tareas domésticas (tabla 4), más de dos terceras partes de los residentes efectúan frecuentemente actividades relacionadas con la limpieza, lavado de ropa, preparación de alimentos, trámites y mantenimiento del hogar. Nueve de cada diez realizaban las compras y limpieza de la cocina. Las actividades que fueron menos habituales entre los(as) residentes son las relacionadas con el cuidado de hijos y/u otras personas.

Al comparar la realización de actividades domésticas por sexo se observa un porcentaje similar de participación, sin embargo, en la tabla 4 denota mayor participación de las mujeres en la realización de actividades como: limpiar la cocina, coser o tejer, así como cuidar a adultos mayores, personas enfermas o hijos. La única tarea que reportan con mayor frecuencia los varones fue reparar o dar mantenimiento al hogar, siete de cada diez hombres lo realizan en comparación con cinco de cada diez mujeres.

Al indagar sobre la carga de trabajo doméstico (ver metodología) de la población participante, se encontró que fue baja (55%) y media (45%).

Tabla 4

Participación en actividades domésticas de médicos(as) residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Tipo de actividad doméstica	(n=105)	%	Tasa Mujeres (n=59)	Tasa Hombres (n=46)
Hacer las compras	93	89	88.1	89.1
Lavar los trastes y limpiar la cocina	91	87	89.8	82.6
Sacudir, barrer, trapear, hacer camas	80	76	76.3	76.1
Lavar y planchar la ropa	76	72	74.6	69.6
Preparar la comida	71	68	69.5	65.2
Trámites de casa y familia	71	68	67.8	67.4
Reparar o dar mantenimiento al hogar	59	56	47.5	67.4
Coser, remendar, zurcir, tejer	32	30	39.0	19.6
Cuidado de adultos mayores o enfermos	9	9	10.2	6.5
Cuidado de hijos	8	8	10.2	4.3

n= muestra. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

9.3.4 Tiempo libre

Al preguntar sobre las actividades que realizan los residentes durante su tiempo libre (tabla 5), nueve de cada diez consulta redes sociales, medios de telecomunicación y ve películas, televisión o series. Cerca de tres cuartas partes de los participantes le dedica su tiempo libre a familiares o pareja. El 67% estudia o toma cursos adicionales a sus actividades académicas obligadas. Más de la mitad (58%) dedica tiempo a leer medios digitales o impresos y el 51% destina su tiempo libre para frecuentar a sus amistades.

En este grupo de residentes se observa poca participación en actividades culturales (15%), religiosas (8%), así como de servicio (5%). El índice de actividades del tiempo libre refleja que la mitad de los participantes hacían uso de su tiempo libre de forma activa y la otra mitad de forma pasiva.

Al analizar el tiempo libre por sexo, se encontró que 52% de las mujeres y 48% de los hombres realizan actividades del tiempo libre activo. Las mujeres realizan algunas actividades en su tiempo libre con mayor frecuencia que los hombres, como pasar tiempo con sus seres queridos, cuidar mascotas y participar en actividades culturales. En

cambio, los hombres participan más en cursos, se juntan más frecuentemente con amigos y realizan ejercicio.

La edad puede influir en la priorización de algunas actividades, así como el uso activo o pasivo del tiempo libre. Al distribuir la edad por grupos se observó que el 60% de los residentes de menos de 30 hace uso activo del tiempo libre en comparación con el 40% de aquellos de 30 años en adelante. En la tabla 5 se observa que el grupo de residentes menores de 30 años dedica su tiempo libre principalmente a redes sociales y ver televisión (83%), pasar tiempo con seres queridos (77%) y juntarse con amigos (73%). Respecto al grupo de mayores de 30 años, las actividades más frecuentes en su tiempo libre fueron: utilizar redes sociales (88%), ver televisión (84%) y estudiar (70%).

Los residentes menores de 30 años realizan algunas actividades del tiempo libre con mayor frecuencia como pasar tiempo con sus seres queridos, juntarse con amigos, meditar o descansar, realizar ejercicio, así como participar en actividades espirituales y comunitarias. Las únicas actividades más prevalentes en el grupo de mayores de 30 años fueron: utilizar redes sociales, estudiar, leer y participar en actividades culturales.

Tabla 5

Uso de tiempo libre de médicos(as) residentes por sexo y edad, pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Uso del tiempo libre	(n=105)	%	Tasa mujeres (n=59)	Tasa hombres (n=46)	Tasa <30 años (n=48)	Tasa ≥30 años (n=57)
Redes, chatea, revisa correo	90	86	84.7	86.9	83.3	87.7
Televisión, películas, series	88	84	84.7	82.6	83.3	84.2
Pareja, familia	76	72	76.3	67.4	77.1	68.4
Cursos o estudia	70	67	61.0	73.9	62.5	70.2
Lee libros, revistas	61	58	61.0	54.3	52.1	63.2
Se junta con amigos	54	51	45.8	58.7	72.9	33.3
Cuida mascotas	47	45	47.5	41.3	45.8	43.9
Medita o descansa	39	37	37.3	36.7	45.8	29.8
Deporte o ejercicio	38	36	33.9	39.1	47.9	26.3

Actividades culturales, artísticas	16	15	22.0	6.5	10.4	19.3
Actividades espirituales, religiosas	8	8	8.5	6.5	12.5	3.5
Actividades comunitarias	5	5	5.1	4.3	6.2	3.5
Índice de tiempo libre activo	53	50	52.5	47.8	60.4	42.1

n= muestra. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Al preguntar a los participantes si habían tenido tiempo suficiente para realizar algunas actividades en la última semana (tabla 6), el 76% lo dedicó a la compra de alimentos o surtir mandado, la mitad tuvo tiempo para arreglarse, cortarse el pelo, vello facial o uñas, 44% participó en algún pasatiempo y 15% realizó manualidades.

En la tabla 6 se puede observar que el cuidado personal, así como la realización de pasatiempos y manualidades fue más frecuente en los hombres y en los residentes menores de 30 años.

Tabla 6

Actividades realizadas en la última semana por médicos(as) residentes por sexo y edad, pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Actividades en la última semana	(n=105)	%	Tasa mujeres (n=59)	Tasa hombres (n=46)	Tasa <30 años (n=48)	Tasa ≥30 años (n=57)
Comprar alimentos	80	76	76.3	76.1	72.9	78.9
Cuidado personal	54	51	40.1	65.2	58.3	45.6
Aficiones o pasatiempos	46	44	37.3	52.2	54.2	35.1
Manualidades	16	15	13.6	17.4	20.8	10.5

n= muestra. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

La realización de actividades obligadas, es decir, aquellas tareas destinadas para cubrir las necesidades diarias como dormir, comer, transportarse, realizar tareas domésticas, pueden afectar la disponibilidad de tiempo para actividades de libre elección. Al preguntar a los residentes sobre el tiempo dedicado a actividades obligadas (tabla 7), se encontró que el 43% de los participantes dedica más de 30 minutos para trasladarse de su casa al trabajo y viceversa.

En promedio destinan 1.9 horas diarias para labores domésticas y el 39% dedica más de 2 horas para estas tareas. Por otro lado, utilizan en promedio 1.3 horas al día para comprar o preparar alimentos y 30% de los participantes designa más de 2 horas para estas actividades.

Respecto a las horas dedicadas a actividades académicas, la media fue de 3.3 horas diarias y el 52% destinaba hasta 4 horas para leer, estudiar o preparar presentaciones.

La duración del sueño de los residentes puede estar determinada por los requerimientos asistenciales dentro del hospital, por lo que el sueño puede dejar de ser una actividad de libre elección y limitarse a solo reponer la energía suficiente para seguir participando en la prestación de servicios sanitarios. Los participantes dormían en promedio 5.4 horas diarias y 54% reportó dormir menos de 6 horas al día.

Tabla 7

Uso de tiempo obligado de médicos(as) residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Uso del tiempo obligado	(n=105)	%	Media	D.E.
Actividades del hogar			1.9	1.2
· Menos de 2 horas	64	61		
· Más de 2 horas	41	39		
Comprar alimentos, mandado o cocinar			1.3	0.7
· Menos de 2 horas	74	70		
· Más de 2 horas	31	30		
Estudio o actividades académicas obligadas			3.3	1.6
· Hasta 2 horas	31	30		
· Más de 2 y hasta 4 horas	55	52		
· Más de 4 horas	19	18		
Tiempo de traslado casa-trabajo				
· Menos de 30 minutos	60	57		
· Más de 30 minutos	45	43		
Horas de sueño			5.4	0.8
· Menos de 6 horas	57	54		
· Hasta 6 horas	48	46		

n= muestra, D.E.= Desviación estándar. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

9.3.5 Condiciones de trabajo

Como ya se hizo referencia, el hospital cuenta con tres áreas, no obstante, solo son asignados a las áreas de hospitalización y consulta externa. En el área de atención continua la participación de los residentes es de forma ambulatoria. Al momento de la investigación, el 61% de los participantes se encontraba asignado al área de hospitalización y 39% prestaba sus servicios en consulta externa.

En estas áreas se distribuye la participación de médicos de 34 especialidades, por lo que para fines de manejo de la información se utilizó la propuesta de Akaki y López (2018) para clasificar las especialidades en cuatro bloques (Ver marco teórico página 21).

Especialidades clínicas. El 70% de los encuestados realizaba actividades de diagnóstico, prevención y tratamiento relacionadas con este bloque, donde destaca la participación de residentes de psiquiatría (33%), medicina interna (14%), neurología (11%) (tabla 8).

Técnicas quirúrgicas. El 15% de los médicos encuestados realizaban una especialidad clasificada en este bloque. La mayoría de los participantes correspondía a ginecología y obstetricia (37.5%) y cirugía general (25%), el resto de los participantes estaba distribuido de forma equitativa entre medicina materno fetal, cirugía bariátrica, oftalmología, urología y cirugía plástica reconstructiva.

Auxiliares y diagnósticas. Este bloque está conformado por el 9% de los residentes, de los cuales 55.5% pertenecía a la especialidad de imagenología diagnóstica y terapéutica y 22.2% medicina de la rehabilitación.

Salud pública y atención primaria. Estuvo conformado por el 7% de la población de estudio y en este bloque destacó la participación de los residentes en medicina familiar (86%).

Autores como Pinillos y colaboradores (2022) y Acosta-Fernández et al. (2017) describen los primeros dos años de especialidad como aquellos donde los residentes pueden estar más expuestos a demandas laborales, por lo tanto, en el presente estudio se agrupó el año de residencia en dos bloques. El 36% de los participantes se encontraba en los primeros dos años de residencia y 64% cursaba del tercer hasta el séptimo año.

Si bien, el hospital se mantiene en servicio durante 24 horas, se les preguntó a los residentes cuántas horas laboran en este centro sin considerar las horas de guardia. En promedio trabajan 8.4 horas y 35% de la población en estudio refirió laborar más de 8 horas.

La realización de guardias es una constante en sus actividades, estas fueron reportadas por el 76% de los participantes. En promedio efectúan 6.5 guardias al mes. El 64% reportó mantenerse en servicio hasta 36 horas y 26% realizaba guardias de 24 horas.

Tabla 8

Condiciones laborales de médicos(as) residentes de un hospital público de la Ciudad de México.

Condiciones laborales	(n=105)	%	Media	D.E.
Área				
· Hospitalización	62	61		
· Consulta externa	40	39		
Especialidad				
· Clínica	73	70		
· Quirúrgica	16	15		
· Auxiliares y diagnósticas	9	9		
· Salud pública y atención primaria	7	7		
Año de residencia agrupado				
· Primeros dos años	38	36		
· Tercer a séptimo año	67	64		
Horas laborales			8.4	2.1
· Hasta 8 horas	68	65		
· Más de 8 horas	37	35		
Guardias al mes			6.5	1.9
Horas de guardia				
· ≤12 horas	4	5		
· >12 y ≤24 horas	20	26		
· >24 y ≤36 horas	50	64		
· >36 horas	4	5		

n= muestra, D.E.= desviación estándar. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

9.3.6 Componentes humanizantes en el trabajo

En esta sección se describe la percepción que tienen los sujetos de estudio sobre once variables que dan cuenta de la valoración, satisfacción, grado de control y apoyo social en el trabajo.

Nueve de cada diez residentes consideró que su trabajo en el hospital le permite desarrollar sus habilidades, aprender nuevos conocimientos, su trabajo les da satisfacción y le interesa. En tanto, alrededor del 60% considera que su trabajo es importante para sus superiores, el trabajo le permite tener creatividad y decidir sobre cómo realizar sus actividades (tabla 9).

Cerca del 40% refirió tener oportunidad de fijar el ritmo de sus actividades y que el trabajo le permitía tomar sus alimentos en un horario establecido. Únicamente a uno de cada diez participantes le gustaría que sus hijos se dedicaran a lo mismo que ellos.

Tabla 9

Componentes humanizantes en el trabajo de médicos(as) residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Componentes humanizantes	(n=105)	%
Aprender nuevos conocimientos	98	93
Está interesado(a) en su trabajo	97	92
Le da satisfacción la realización de su trabajo	95	90
Desarrollar sus habilidades y destrezas	92	88
Sus compañeros(as) son solidarios(as) y valoran su trabajo	84	80
Su trabajo es importante para sus jefes(as)	70	67
Creatividad e iniciativa	68	65
Decidir sobre cómo realizar su trabajo	64	61
Fijar el ritmo o velocidad de trabajo	40	38
Tomar sus alimentos en un horario establecido	34	32
Le gustaría que sus hijos (as) trabajaran en lo mismo	13	12

n= muestra. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Al utilizar las variables anteriores para conformar el índice de valoración del trabajo y tres subíndices: satisfacción laboral, apoyo social y control sobre el trabajo (ver apartado de metodología). En la tabla 10 se observa que el 67% de los participantes tiene una valoración positiva de su trabajo, el 88% se encuentra satisfecho con el mismo, 86%

percibe apoyo social en su entorno laboral y 79% tiene posibilidad de controlar la ejecución de sus actividades.

Tabla 10

Índice y subíndices de valoración del trabajo de médicos(as) residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Índices de valoración del trabajo	(n=105)	%
Valoración positiva del trabajo	70	67
Subíndices		
Satisfacción en el trabajo	92	88
Apoyo social en el trabajo	90	86
Control del trabajo	83	79

n= muestra. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

9.3.7 Exigencias laborales

Uno de los objetivos centrales de este estudio fue identificar las exigencias laborales que se desprenden de las formas de organización y división del trabajo, las cuales pueden determinar la aparición de daños a la salud de los médicos residentes.

Los residentes reportaron estar expuestos a 55 exigencias, por ello se optó por presentar los resultados con la clasificación propuesta por Noriega (1989) (Ver marco teórico).

Cinco exigencias en función del tiempo de trabajo (tabla 11), fueron reportadas por los participantes en estudio. Predomina realizar actividades laborales en horas o días de descanso y/o vacaciones (76%). Debido a que los servicios de salud son indispensables para la población, el 66% de ellos refirió tener que estar disponible a cualquier hora o día del año para trabajar. Seis de cada diez tenían una jornada semanal superior a 48 horas, realizaban trabajo nocturno y rotaban turnos.

Tabla 11

Exigencias en función del tiempo de trabajo de médicos(as) residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencias en función del tiempo de trabajo	(n=105)	%
Trabajo en horas o días de descanso y/o vacaciones	80	76
Estar disponible 24 horas al día, 7 días a la semana	69	66
Jornada semanal mayor de 48 horas	65	62

Trabajo nocturno	65	62
Rotación de turnos	61	58

n= muestra. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Al preguntar sobre exigencias relacionadas con la cantidad e intensidad del trabajo (tabla 12), destaca mantener niveles elevados de destreza manual o mental (86%).

El 82% reportó que su trabajo era repetitivo de los cuales el 42% refiere que sus tareas las debe de repetir en un ciclo que va de medio minuto a cinco minutos.

Ocho de cada diez indicaron que asumían actividades de otras áreas como archivo, administración, enfermería y el 70% debía mantenerse fijo en su lugar de trabajo.

Cerca del 80% de los residentes postergaba la realización de necesidades básicas como asearse, evacuar, comer, tomar agua. El 77% consideró que atendía a un número elevado de pacientes y 62% realizaba tareas muy minuciosas.

Tabla 12

Exigencias en función de la cantidad e intensidad del trabajo de médicos(as) residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencias en función de la cantidad e intensidad de trabajo	(n=105)	%
Niveles elevados de destreza manual o mental	90	86
Trabajo repetitivo	86	82
Asumir actividades de otras áreas	84	80
Postergar la realización de necesidades básicas	82	78
Examinar y atender un número elevado de personas	81	77
Estar fijo en su lugar de trabajo	74	70
Realizar una tarea muy minuciosa	65	62
No poder desatender su tarea por más de 5 minutos	47	45
Mucha concentración para no accidentarse	43	41

n= muestra. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Respecto a las exigencias en función de la vigilancia (tabla 13), 7 de cada 10 se somete a una supervisión estricta por parte de médicos adscritos, jefes de servicio y residentes de mayor grado. Cerca de una tercera parte (27%) considera que vive humillación, hostigamiento o mal trato de sus supervisores. Adicionalmente, el 75% experimenta presión por cumplir con sus actividades académicas, además de los pendientes laborales.

Tabla 13

Exigencias en función de la vigilancia del trabajo de médicos(as) residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencias en función de la vigilancia del trabajo	(n=105)	%
Presión para cumplir actividades académicas	79	75
Supervisión estricta	76	72
Supervisión con mal trato	28	27

n= muestra. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Dentro de las exigencias en función de la calidad de trabajo (tabla 14), predomina trabajar en un espacio reducido (66%), seguido de recibir órdenes confusas de sus jefes, médicos adscritos o supervisores (59%). Menos del 10% percibe su trabajo como peligroso o denigrante.

Tabla 14

Exigencias en función de la calidad del trabajo de médicos(as) residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencias en función de la calidad del trabajo	(n=105)	%
Trabajar en espacio reducido	69	66
Órdenes confusas o poco claras de su jefe(a)	62	59
Mala relación, hostilidad o tensión con compañeros(as)	34	32
Trabajo le puede ocasionar daño a su salud	28	27
Trabajo aburrido	19	18
Estar sin comunicación con compañeros	15	14
Trabajo peligroso	9	9
Trabajo denigrante	3	3

n= muestra. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Para facilitar el análisis de la información referente a las exigencias en función del tipo de actividad, se decidió presentar dos tablas. En la primera (tabla 15) se describen aquellas exigencias relacionadas con el esfuerzo físico o uso de fuerza y en la segunda (tabla 16) se abordan las exigencias asociadas con mantener posiciones incómodas durante dos o más horas de la jornada laboral.

En general, menos de la mitad de los participantes refiere encontrarse expuesto a exigencias relacionadas con el uso de fuerza, sin embargo, destaca que el 47% suele

utilizar herramientas manuales, 41% realiza movimientos que requieren fuerza con sus miembros superiores y 31% con su espalda o cintura.

Tabla 15

Exigencias en función del tipo de actividad (esfuerzo físico) de médicos(as) residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencias en función de la actividad	(n=105)	%
Uso de herramientas o equipos manuales	49	47
Esfuerzo físico muy pesado	19	18
Realizar movimientos que requieran fuerza en:		
· Hombros, brazos o manos	43	41
· Espalda o cintura	33	31
· Piernas, muslos, rodillas, tobillos o pies	27	26
Cargar		
· Hasta 5 kilos	22	21
· Más de 30 kilos	16	15
· De 6 a 15 kilos	13	12
· De 16 a 30 kilos	11	10
Levantar		
· Desde alturas entre rodillas y pecho	18	17
· Desde nivel de piso	9	8
· Por arriba de hombros	9	8

n= muestra. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Al preguntar sobre las posiciones que adoptan por dos o más horas seguidas durante la jornada (tabla 16), el 77% refirió permanecer sentado, de los cuales el 68% considera que la superficie es incómoda, más de la mitad no cuenta con una superficie donde apoyar los pies y una tercera parte no tiene soporte lumbar al sentarse.

La mitad de los participantes permanece de pie por más de dos horas y considera que mantiene posiciones incómodas. Alrededor de un tercio refirió participar en actividades donde mantienen los hombros tensos, realizan movimiento repetitivo de manos, se mantienen encorvados y tuercen las muñecas.

Tabla 16

Exigencias en función del tipo de actividad (posiciones incómodas) de médicos(as) residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencias en función de la actividad	(n=105)	%
Permanece sentado	81	77
· Superficie incómoda	55	68
· Le es difícil apoyar los pies	43	53
· No cuenta con respaldo	25	31
Permanece de pie	53	50
Mantiene una posición incómoda	48	46
Mantiene hombros tensos	44	42
Abrir excesivamente dedos o torcerlos	39	37
Mantenerse encorvado	36	34
Torcer muñecas	33	31
Desplazar carros, camillas, sillas de ruedas	21	20
Movimiento de brazos por encima o detrás de hombros	17	16
Peso del cuerpo recae en un pie	10	9
Permanece en cuclillas o arrodillado	8	8

n= muestra. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

9.3.8 Daños a la salud

A continuación, se describen los diagnósticos presuntivos encontrados en la población de estudio.

La fatiga fue el daño más frecuente en los residentes encuestados (67%), seguido por los trastornos de la salud mental como ansiedad (53%), trastorno del sueño y distrés (50%) y depresión (30%).

En el caso de los trastornos psicosomáticos, se encontró que el 49% presentó cefalea tensional y 27% un trastorno psicosomático digestivo.

Más del 40% de los médicos residentes presentaron daños crónicos o de repetición como conjuntivitis, rinofaringitis en el último año. Un tercio de la población cumplía los criterios para dermatitis irritativa por contacto, trastornos musculoesqueléticos y várices, adicionalmente, dos de cada diez mostraron síntomas de lumbalgia.

Al calcular la tasa general, se encontró un promedio de seis padecimientos por cada residente.

Tabla 17

Daños a la salud de médicos(as) residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Diagnósticos presuntivos	(n=105)	%
Fatiga	70	67
Ansiedad	56	53
Trastornos del sueño	53	50
Distrés	53	50
Cefalea tensional	51	49
Conjuntivitis crónica	44	42
Rinofaringitis de repetición o crónica	43	41
Trastorno musculoesquelético	33	31
Depresión	32	30
Várices	31	30
Dermatitis irritativa por contacto	28	27
Trastorno psicossomático digestivo	28	27
Lumbalgia	22	21
Amigdalitis de repetición o crónica	21	20
Sinusitis	15	14
Hemorroides	15	14
Hipoacusia	12	11
Migraña	10	10
Bronquitis crónica	10	10
Pterigión	8	8
Trastornos psicossomático cardiovascular	4	4
Tasa general	639	6.08

n= muestra. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Se les preguntó a los participantes si habían faltado al trabajo en los doce meses previos al estudio y el 30% respondió afirmativamente. En promedio faltaron 2.6 ocasiones por motivos de salud.

Al indagar si habían experimentado accidentes, el 7% de los residentes refirió haber sufrido por lo menos un accidente en su hogar durante el último año, el 6% experimentó un accidente de trayecto al trabajo y solo el 2% tuvo un accidente en el trabajo.

El 23% de los residentes refirió presenciar o experimentar durante o con motivo del trabajo accidentes graves, asaltos y otros incidentes potencialmente peligrosos como secuestros o amenazas.

9.4 Análisis bivariado por variables de interés

A continuación, se muestra el análisis estadístico realizado con la finalidad de identificar las asociaciones entre algunas variables de condiciones de vida, tiempo libre, componentes humanizantes, exigencias laborales y daños a la salud hallados en la población de estudio. Se calcularon razones de prevalencia (RP) con este propósito, los resultados presentados son estadísticamente significativos.

9.4.1 Tiempo libre

Actividades del tiempo libre asociadas al género

Al analizar la asociación de algunas actividades que realizan en el tiempo libre por género, se encontró que las mujeres tuvieron 40% menos posibilidad de dedicar tiempo para su cuidado personal (RP 0.6, $p=0.012$), en contraste, ser mujer incrementa más de tres veces la probabilidad de participan en actividades culturales o artísticas en comparación con ser hombre (RP 3.4, $p=0.028$).

Actividades del tiempo libre asociadas a la edad

Al comparar el uso del tiempo libre por grupos de edad, se observa que los residentes menores de 30 años tienen el doble de posibilidades de juntarse con amigos (RP 2.2, $p<0.001$) y realizan 80% más ejercicio que aquellos mayores de 30 años (RP 1.8, $p=0.021$).

Actividades del tiempo libre asociadas al año de residencia

Los residentes que se encuentran del tercer al séptimo año de residencia tienen mayores posibilidades de utilizar su tiempo libre de forma activa (60%), así como realizar pasatiempos (80%), dedicar tiempo a seres queridos (40%), comprar alimentos (30%), consultar redes o chatear (20%) en comparación con aquellos residentes de los primeros dos años de especialidad (tabla 18).

Tabla 18

Uso de tiempo libre asociado a año de especialidad de residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Uso del tiempo libre	A partir del tercer año Tasa (n=67)	Primeros dos años Tasa (n=38)	RP	p	IC95%	X ²
Tiempo libre activo	58.2	36.8	1.6	0.0353	1.00-2.51	4.4
Aficiones o pasatiempos	52.2	28.9	1.8	0.0208	1.04-3.12	5.3
Tiempo con pareja, familia	80.6	57.9	1.4	0.0124	1.03-1.87	6.2
Compra alimentos	83.5	63.2	1.3	0.0182	1.01-1.72	5.6
Redes, chatea	92.5	73.7	1.2	0.0080	1.03-1.54	7.0

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de los residentes expuestos de tercer año en adelante entre la tasa de los residentes expuestos de los primeros dos años de especialidad. IC= Intervalo de confianza, p<0.05 significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Actividades del tiempo libre asociadas a exigencias laborales en función del tiempo de trabajo

Las exigencias en función del tiempo de trabajo pueden atravesar la esfera reproductiva y limitar el tiempo disponible para su uso libre. Los residentes que trabajaron más de 48 horas semanales y utilizaron sus días de descanso para trabajar, dedicaron un 40% menos de tiempo al cuidado de mascotas (RP 0.6, p=0.013). Asimismo, quienes tuvieron turnos rotativos mostraron un 30% de menos probabilidad de destinar tiempo al cuidado personal (RP 0.7, p=0.033).

En el caso de los residentes que refieren estar disponibles todos los días para brindar sus servicios, se observó que tienen mayores posibilidades para estudiar (RP 1.5, p=0.008).

Aquellos residentes que trabajan durante días de descanso o vacaciones y los participantes expuestos a rotar turnos tienen respectivamente 20% y 30% menos posibilidad de hacer uso activo de su tiempo libre.

9.4.2 Componentes humanizantes

Componentes humanizantes del trabajo por año de residencia

Al explorar la presencia de componentes humanizantes por año de residencia (tabla 19) se observa que aquellos que cursan del tercer año en adelante tienen mayores posibilidades de decidir sobre cómo realizar su trabajo (70%) y fijar el ritmo de sus actividades laborales (90%) en comparación con los residentes de los primeros dos años.

Tabla 19

Componentes humanizantes del trabajo asociado a año de especialidad de residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Componentes humanizantes	A partir del tercer año Tasa (n=67)	Primeros dos años Tasa (n=38)	RP	p	IC95%	X ²
Decidir sobre trabajo	71.6	42.1	1.7	0.0029	1.14-2.54	8.9
Fijar ritmo	46.3	23.7	1.9	0.0220	1.04-3.65	5.2

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de los residentes expuestos de tercer año en adelante entre la tasa de los residentes expuestos de los primeros dos años de especialidad. IC= Intervalo de confianza, p<0.05 significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

9.4.3 Exigencias laborales

Exigencias laborales por género

Al analizar la asociación de exigencias laborales con respecto al género (tabla 20), se observa que las mujeres tienen 40% y 30% más posibilidad de permanecer sentadas, recibir órdenes confusas, asumir actividades de otras áreas o departamentos y postergar actividades básicas como descansar, comer, evacuar o tomar agua en comparación con los hombres.

Tabla 20

Exigencias laborales con respecto a sexo de residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencias	Mujeres Tasa (n=59)	Hombres Tasa (n=46)	RP	p	IC95%	X ²
Permanecer sentado	88.1	63.0	1.4	0.0024	1.10-1.78	9.2
Órdenes confusas	67.8	47.8	1.4	0.0390	1.00-2.01	4.3
Asumir actividades otras áreas	88.1	69.6	1.3	0.0183	1.02-1.57	5.6
Postergar necesidades básicas	86.4	67.4	1.3	0.0192	1.02-1.60	5.5

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de las mujeres expuestas entre la tasa de los hombres expuestos. IC= Intervalo de confianza, p<0.05 significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Exigencias laborales por tipo de especialidad

Se encontró que los participantes de especialidades quirúrgicas tienen 4 veces más posibilidad de realizar tareas que se repiten cada medio minuto y están más expuestos a concentrarse para no accidentarse (90%), no poder desatender su tarea por más de cinco minutos (70%), ejecutar una tarea minuciosa (60%), estar disponible todo el día para prestar sus servicios (50%) y tener una supervisión estricta (40%); comparadas con los residentes de especialidades clínicas (tabla 21).

Tabla 21

Exigencias laborales asociadas al tipo de especialidad de residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencias	Quirúrgica Tasa (n=16)	Clínica Tasa (n=73)	Auxiliar Tasa (n=9)	Salud pública Tasa (n=7)	RP	p	IC95%	X ²
Trabajo se repite cada medio minuto	28.6	6.8	37.5	40.0	4.2	0.0391	1.20-14.82	5.5
Concentración para no accidentarse	68.7	37.0	11.1	57.1	1.9	0.0200	1.19-2.90	5.4
No desatender más de 5 minutos	68.7	41.1	33.3	42.9	1.7	0.0444	1.09-2.57	4.0
Tarea minuciosa	93.7	58.9	22.2	71.4	1.6	0.0081	1.26-2.00	7.0
Estar disponible 24/7	93.7	63.0	33.3	71.43	1.5	0.0165	1.20-1.85	5.7
Supervisión estricta	93.7	68.5	66.7	71.4	1.4	0.0319	1.12-1.67	4.2

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de los residentes expuestos de especialidad quirúrgica entre la tasa de los residentes expuestos de especialidad clínica.

IC= Intervalo de confianza, p<0.05 significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Respecto a las exigencias en función del tipo de actividad relacionadas con el uso de fuerza o esfuerzo físico (tabla 22), destaca que los residentes asignados al área quirúrgica tienen casi seis veces más posibilidad de cargar hasta 30 kilos, más del triple a realizar esfuerzo físico pesado, desplazar camillas o sillas, levantar objetos desde el nivel de rodillas, más del doble a realizar movimientos en la espalda o cintura que requieran fuerza y utilizar herramientas manuales como endoscopio, fórceps, bisturí, pinzas con respecto a residentes de área clínica.

Tabla 22

Exigencias en función del tipo de actividad (esfuerzo físico) asociadas a la especialidad de residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencias	Quirúrgica	Clínica	Auxiliar	Salud pública	RP	p	IC95%	X ²
	Tasa (n=16)	Tasa (n=73)	Tasa (n=9)	Tasa (n=7)				
Herramientas manuales	81.2	38.4	33.3	71.4	2.1	0.0018	1.46-3.08	9.7
Movimiento:								
· Hombros, brazos, manos	68.7	35.6	44.4	28.6	1.9	0.0149	1.23-3.03	5.9
· Espalda, cintura	62.5	26.0	22.2	28.6	2.4	0.0048	1.40-4.13	7.9
Esfuerzo físico pesado	43.7	13.7	11.1	14.3	3.2	0.0112	1.43-7.11	7.7
Desplazar carros, camillas, sillas de ruedas	43.7	12.3	44.4	14.3	3.5	0.0074	1.55-8.11	8.8
Levantar: desde rodillas y pecho	43.7	12.3	22.2	0.0	3.5	0.0074	1.55-8.11	8.8
Cargar								
· Hasta 5kg	37.5	15.1	44.4	14.3	2.5	0.0488	1.08-5.73	4.3
· 6 a 15kg	31.2	8.2	22.2	0.0	3.8	0.0240	1.32-10.93	6.4
· 15 a 30kg	31.2	5.5	11.1	14.3	5.7	0.0083	1.72-18.90	9.6
· Más de 30kg	37.5	11.0	11.1	14.3	3.4	0.0169	1.38-8.50	7.0

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de los residentes expuestos de especialidad quirúrgica entre la tasa de los residentes expuestos de especialidad clínica.

IC= Intervalo de confianza, p<0.05 significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

En el caso de las exigencias en función de la actividad que están relacionadas con mantener posiciones incómodas (tabla 23) por más de dos horas durante la jornada, se puede observar que en las residencias quirúrgicas tienen más del doble de posibilidad de

torcer los dedos, manos o muñecas al realizar sus actividades laborales, 90% más de mantener posiciones incómodas o estar encorvados y 70% más de mantenerse de pie; comparados con los residentes de especialidades clínicas.

Tabla 23

Exigencias en función del tipo de actividad (posiciones incómodas) asociadas a la especialidad de residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencias	Quirúrgica	Clínica	Auxiliar	Salud pública	RP	p	IC95%	X ²
	Tasa (n=16)	Tasa (n=73)	Tasa (n=9)	Tasa (n=7)				
Torcer dedos, manos	68.7	30.1	66.7	0.0	2.3	0.0038	1.41-3.69	8.4
Posiciones incómodas	75.0	38.4	66.7	28.6	1.9	0.0076	1.30-2.93	7.1
Estar encorvado	56.2	30.1	44.4	14.3	1.9	0.0471	1.07-3.25	3.9
Permanece de pie	81.2	47.9	44.4	14.3	1.7	0.0155	1.21-2.37	5.8

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de los residentes expuestos de especialidad quirúrgica entre la tasa de los residentes expuestos de especialidad clínica.

IC= Intervalo de confianza, p<0.05 significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

9.4.4 Daños a la salud

Daños a la salud por género

Al comprar la asociación de daños a la salud por género, se observa que las mujeres presentan hasta cinco veces más prevalencia de sinusitis, el triple de várices, más del doble de prevalencia de trastorno psicossomático digestivo, 60% más fatiga y distrés, así como 50% más ansiedad y cefalea tensional en comparación con los hombres.

Tabla 24

Daños a la salud por sexo de residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Daños a la salud	Mujeres	Hombres	RP	p	IC95%	X ²
	Tasa (n=59)	Tasa (n=46)				
Sinusitis crónica	22.0	4.3	5.1	0.0102	1.20-21.3	6.6
Várices	42.4	13.0	3.2	0.0011	1.45-7.25	10.7
Psicosomático digestivo	35.6	15.2	2.3	0.0192	1.09-5.02	5.5
Conjuntivitis crónica	50.8	30.4	1.7	0.0354	1.01-2.76	4.4
Fatiga	79.7	50.0	1.6	0.0014	1.16-2.19	10.2

Distrés	61.0	37.0	1.6	0.0144	1.07-2.53	6.0
Ansiedad	62.7	41.3	1.5	0.0291	1.02-2.26	4.7
Cefalea tensional	57.6	37.0	1.5	0.0355	1.01-2.41	4.4

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de las mujeres entre la tasa de los hombres con diagnóstico presuntivo. IC= Intervalo de confianza, $p < 0.05$ significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Daños a la salud por grupos de edad

Algunos daños a la salud fueron más prevalentes en los residentes con 30 años en adelante. Presentaron más del triple de prevalencia de sinusitis crónica, casi dos veces más trastorno musculoesquelético y arriba de 50% más de ansiedad y conjuntivitis crónica en comparación con los residentes menores de 30 años. Todas las asociaciones exploradas fueron estadísticamente significativas.

Tabla 25

Daños a la salud por grupo de edad de residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Daños a la salud	≥30 años Tasa (n=67)	<30 años Tasa (n=38)	RP	p	IC95%	X ²
Sinusitis crónica	21.0	6.2	3.4	0.0308	1.01-11.2	4.7
Amigdalitis crónica	28.1	10.4	2.7	0.0243	1.06-6.81	5.1
Trastorno musculoesquelético	40.3	20.8	1.9	0.0319	1.02-3.66	4.6
Ansiedad	64.9	39.6	1.6	0.0096	1.10-2.44	6.7
Conjuntivitis crónica	50.9	31.2	1.6	0.0423	1.00-2.66	4.1
Cefalea tensional	57.9	37.5	1.5	0.0373	1.01-2.37	4.3

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de mayores de 30 años entre la tasa de menores de 30 años con diagnóstico presuntivo. IC= Intervalo de confianza, $p < 0.05$ significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Daños a la salud y uso del tiempo libre

Se encontró que algunas actividades del tiempo libre actúan como factores protectores de seis daños a la salud (tabla 26).

La prevalencia de depresión fue 60% menos frecuente en los participantes que tuvieron tiempo para su cuidado personal y 50% menos en aquellos que dedicaron tiempo libre a seres queridos, veían televisión, consultaban redes y estudiaban.

El trastorno del sueño fue 70% menos prevalente en aquellos que realizaban manualidades y fue 40% menos frecuente en los residentes que podían dedicar tiempo a su cuidado personal, realizar ejercicio y utilizar redes sociales.

La presencia de distrés fue 40% menor en los residentes que podían realizar actividades como: practicar deporte, participar en pasatiempos, actividades del cuidado personal y ver televisión.

Tres actividades del tiempo libre se asociaron con la disminución de 30 a 40% de fatiga y ansiedad.

Tabla 26

Daños a la salud y uso de tiempo libre en residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Daño a la salud	Sí	No	RP	p	IC95%	X²
Tiempo libre	Tasa	Tasa				
Depresión						
Cuidado personal	18.5	43.1	0.4	0.0062	0.22-0.81	7.5
Tiempo con pareja, familia, hijos	25.0	44.8	0.5	0.0484	0.32-0.98	3.9
Ve películas, series, televisión	26.1	52.9	0.5	0.0279	0.28-0.87	4.8
Consulta redes, chatea	26.7	53.3	0.5	0.0378	0.28-0.90	4.3
Estudiar	22.9	45.7	0.5	0.0165	0.28-0.88	5.7
Trastorno del sueño						
Realizar manualidades	18.7	56.2	0.3	0.0058	0.11-0.94	7.6
Cuidado personal	38.9	62.7	0.6	0.0145	0.41-0.92	6.0
Practica deporte	36.8	58.2	0.6	0.0353	0.39-1.00	4.4
Consulta redes, chatea	46.7	73.3	0.6	0.0558	0.43-0.93	3.7
Distrés						
Cuidado personal	37.0	64.7	0.6	0.0046	0.38-0.86	8.0
Practica deporte	36.8	58.2	0.6	0.0353	0.39-1.00	4.4
Aficiones o pasatiempo	37.0	61.0	0.6	0.0144	0.39-0.93	6.0
Ve películas, series, televisión	45.4	76.5	0.6	0.0192	0.42-0.84	5.5
Cefalea tensional						
Practica deporte	34.2	56.7	0.6	0.0266	0.37-0.98	4.9
Medita o descansa	33.3	57.6	0.6	0.0163	0.35-0.94	5.8
Fatiga						

Cuidado personal	51.8	82.3	0.6	0.0009	0.47-0.83	11.0
Practica deporte	52.6	74.6	0.7	0.0216	0.50-0.98	5.3
Ansiedad						
Cuidado personal	40.7	66.7	0.6	0.0078	0.42-0.89	7.1
Tiempo con pareja, familia, hijos	47.4	69.0	0.7	0.0473	0.49-0.96	3.9

Nota: RP= Razón de prevalencia, IC= Intervalo de confianza, p<0.05 significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Al analizar la asociación entre la presencia de daños a la salud y el índice de actividades del tiempo libre (tabla 27). Se observó que los residentes con uso activo del tiempo libre tuvieron 60% menos depresión, 50% menos prevalencia de trastornos psicosomáticos digestivos y 40% menor frecuencia de cefalea tensional. Todas las asociaciones referidas fueron estadísticamente significativas.

Tabla 27

Daños a la salud e índice de actividades del tiempo libre en residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Daño a la salud	Índice de actividades del tiempo libre		RP	p	IC95%	X ²
	Activo Tasa (n=53)	Pasivo Tasa (n=52)				
Depresión	18.9	42.3	0.4	0.0091	0.23-0.84	6.8
Trastorno psicosomático digestivo	17.0	36.5	0.5	0.0235	0.23-0.93	5.1
Cefalea tensional	36.8	61.5	0.6	0.0085	0.38-0.88	6.9

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de índice de tiempo libre activo entre la tasa de índice de tiempo libre pasivo. IC= Intervalo de confianza, p<0.05 significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Daños a la salud y componentes humanizantes del trabajo

Al explorar la asociación entre daños a la salud y los componentes humanizantes del trabajo, seis daños se encontraron asociados estadísticamente con algunos componentes humanizantes del trabajo que actuaron como factores protectores ante la presencia de estos daños a la salud (tabla 28). Cuestiones como desarrollar habilidades y destrezas, considerar que el trabajo es importante para sus jefes y percibir solidaridad de sus compañeros pueden disminuir hasta 40% la presencia de trastornos del sueño.

Desarrollar la creatividad e iniciativa redujo 30% la presencia de cefalea tensional y 40% de ansiedad.

La posibilidad de fijar el ritmo de trabajo y poder tomar alimentos dentro de un horario establecido se asoció con 30% menos de fatiga y 40% menos de distrés.

Asimismo, los participantes que consideran cuentan con compañeros solidarios y que muestran interés en su trabajo reportan 60% menos prevalencia de depresión.

Tabla 28

Daños a la salud y componentes humanizantes en residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Daño a la salud	Sí	No	RP	p	IC95%	X²
Componente humanizante	Tasa	Tasa				
Trastorno del sueño						
· Desarrollar habilidades y destrezas	46.7	76.9	0.6	0.0416	0.42-0.88	4.1
· Compañeros solidarios	44.0	76.2	0.6	0.0084	0.41-0.81	6.9
· Trabajo importante para jefes	41.4	68.6	0.6	0.0087	0.42-0.86	6.9
Cefalea tensional						
· Desarrollar creatividad e iniciativa	41.2	62.2	0.7	0.0398	0.45-0.97	4.2
Fatiga						
· Fijar ritmo	52.5	75.4	0.7	0.0157	0.50-0.96	5.8
· Poder tomar alimentos en horario establecido	52.9	73.2	0.7	0.0390	0.51-1.00	5.9
Distrés						
· Fijar ritmo	35.0	60.0	0.6	0.0128	0.36-0.93	6.2
· Poder tomar alimentos en horario establecido	35.3	57.7	0.6	0.0313	0.37-1.00	4.6
Ansiedad						
· Desarrollar creatividad e iniciativa	44.1	70.3	0.6	0.0103	0.45-0.88	6.6
· Trabajo importante para jefes	45.7	68.6	0.7	0.0269	0.47-0.94	4.9
Depresión						
· Compañeros solidarios	23.8	57.1	0.4	0.0030	0.24-0.71	8.8
· Interés en su trabajo	27.8	62.5	0.4	0.0544	0.24-0.83	4.2

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de expuestos entre la tasa de no expuestos. IC= Intervalo de confianza, p<0.05 significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Al analizar el índice de valorización del trabajo y los tres subíndices (ver metodología apartado de metodología), los residentes que dieron una valoración positiva de su trabajo disminuyen 50% la prevalencia de trastorno psicosomático digestivo, 40% menos ansiedad, distrés, trastorno del sueño y reducen 30% la prevalencia de fatiga.

Tabla 29

Daños a la salud y valoración positiva del trabajo de residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Daño a la salud	Índice de valoración del trabajo		RP	p	IC95%	X ²
	Positiva Tasa (n=70)	Negativa Tasa (n=35)				
Trastorno psicosomático digestivo	20.0	40.0	0.5	0.0289	0.27-0.93	4.8
Ansiedad	44.3	71.4	0.6	0.0086	0.44-0.87	6.9
Trastorno del sueño	42.9	65.7	0.6	0.0272	0.45-0.93	4.9
Distrés	42.3	65.7	0.6	0.0272	0.45-0.93	4.9
Fatiga	60.0	80.0	0.7	0.0404	0.58-0.96	4.2

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de valoración positiva entre la tasa de valoración negativa. IC= Intervalo de confianza, p<0.05 significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Los residentes que perciben control sobre su proceso de trabajo presentan 60% menos trastorno psicosomático digestivo, 50% menos depresión y 40% menos ansiedad.

Tabla 30

Daños a la salud y control sobre el trabajo de residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Daño a la salud	Índice de control sobre el trabajo		RP	p	IC95%	X ²
	Control Tasa (n=83)	Falta control Tasa (n=22)				
Trastorno psicosomático digestivo	20.5	50.0	0.4	0.0054	0.22-0.74	7.7
Depresión	25.3	50.0	0.5	0.0252	0.29-0.88	5.0
Ansiedad	47.0	77.3	0.6	0.0114	0.44-0.84	6.4

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de control entre la tasa de falta de control sobre el trabajo. IC= Intervalo de confianza, p<0.05 significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

9.4.5 Diagnósticos presuntivos asociados a exigencias laborales

Exigencias laborales asociadas a trastornos del sueño

En el presente estudio se encontró que los residentes expuestos a trabajar durante días de descanso o vacaciones tienen casi cuatro veces más posibilidad de presentar trastorno del sueño (tabla 31). Esta prevalencia es casi tres veces mayor cuando no pueden realizar sus necesidades básicas durante la jornada laboral, realizan trabajo repetitivo y se sienten presionados por cumplir con obligaciones académicas. Recibir órdenes confusas, asumir actividades de otras áreas o departamentos y realizar trabajo aburrido duplica la prevalencia de este padecimiento.

Otras exigencias que estuvieron asociadas a la presencia de trastorno del sueño fueron: supervisión con mal trato (70%), mala relación con pares (60%), mucha concentración para no accidentarse y percibir que su trabajo le puede generar algún daño (50%). Todas las asociaciones encontradas con este padecimiento fueron estadísticamente significativas.

Tabla 31

Exigencias laborales asociadas a trastorno del sueño en residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencia	Trastorno del sueño					
	Sí Tasa	No Tasa	RP	p	IC95%	X ²
Trabajo en días de descanso	61.2	16.0	3.8	0.0001	1.53-9.56	15.6
Postergar necesidades	58.5	21.7	2.7	0.0018	1.21-5.97	9.7
Trabajo repetitivo	57.0	21.0	2.7	0.0046	1.11-6.59	8.0
Presión por actividades académicas	59.5	23.1	2.6	0.0013	1.25-5.32	10.4
Órdenes confusas	66.1	27.9	2.4	0.0001	1.42-3.95	14.8
Asumir trabajo otras áreas	57.1	23.8	2.4	0.0063	1.09-5.27	7.5
Trabajo aburrido	78.9	44.2	1.8	0.0061	1.28-2.50	7.5
Supervisión con mal trato	71.4	42.9	1.7	0.0096	1.18-2.36	6.7
Mala relación con compañeros	64.6	42.2	1.6	0.0149	1.12-2.29	5.9
Mucha concentración	62.8	41.9	1.5	0.0356	1.03-2.17	4.4
Trabajo puede generar daño	67.9	44.2	1.5	0.0317	1.07-2.20	4.6

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de expuestos entre la tasa de no expuestos.
 IC= Intervalo de confianza, $p < 0.05$ significativa, Pearson.
 Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Exigencias laborales asociadas a cefalea tensional

La cefalea tensional es otro daño que se encontró asociado a exigencias como: postergar la realización de necesidades básicas y sentirse presionado por cumplir con actividades académicas, las cuales duplican la posibilidad de su aparición. Aquellos con una supervisión estricta y que perciben que su trabajo les puede generar algún daño tienen de 60 a 80% más prevalencia de cefalea tensional con respecto a la población que no se considera expuesta a estas exigencias. Estas asociaciones fueron estadísticamente significativas.

Tabla 32

Exigencias laborales asociadas a cefalea tensional en residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencia	Cefalea tensional					
	Sí Tasa	No Tasa	RP	p	IC95%	X ²
Postergar necesidades	54.9	26.1	2.1	0.0146	1.03-4.30	6.0
Presión por actividades académicas	55.7	26.9	2.1	0.0109	1.06-4.01	6.5
Supervisión con mal trato	71.4	40.3	1.8	0.0047	1.23-2.54	8.0
Trabajo puede generar daño	67.9	41.6	1.6	0.0171	1.13-2.36	5.7

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de expuestos entre la tasa de no expuestos.
 IC= Intervalo de confianza, $p < 0.05$ significativa, Pearson.
 Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Exigencias laborales asociadas a trastorno psicossomático digestivo

En la tabla 33 se muestra que ocho exigencias laborales se encontraron asociadas a la presencia de trastornos psicossomáticos digestivos en los participantes expuestos.

Estar expuesto a trabajar durante días de descanso o vacaciones aumenta cuatro veces la presencia de trastornos psicossomáticos digestivos. Tener una jornada semanal superior a 48 horas y realizar trabajo nocturno triplica esta prevalencia.

Recibir órdenes confusas, tener una supervisión con mal trato, rotar de turno y no poder desatender las actividades laborales por más de cinco minutos reportan una asociación estadísticamente significativa y una prevalencia del doble con respecto a los residentes no expuestos a estas exigencias.

Tabla 33

Exigencias laborales asociadas a trastorno psicossomático digestivo en residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencia	Trastorno psicossomático digestivo					
	Sí Tasa	No Tasa	RP	p	IC95%	X ²
Trabajo en días de descanso	32.5	8.0	4.1	0.0156	1.04-15.93	5.8
Jornada semanal >48h	35.4	12.5	2.8	0.0100	1.17-6.85	6.6
Trabajo nocturno	35.4	12.5	2.8	0.0100	1.17-6.85	6.6
Órdenes confusas	35.5	13.9	2.5	0.0142	1.13-5.74	6.0
Supervisión con mal trato	46.4	19.5	2.4	0.0058	1.30-4.36	7.6
Rotación turno	34.4	15.9	2.2	0.0343	1.01-4.64	4.5
No poder desatender tarea	38.3	17.2	2.2	0.0153	1.14-4.34	5.9
Mucha concentración	37.2	19.3	1.9	0.0419	1.01-3.64	4.1

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de expuestos entre la tasa de no expuestos. IC= Intervalo de confianza, p<0.05 significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Exigencias laborales asociadas a trastorno musculoesquelético

En la tabla 34 se observa que la supervisión estricta aumenta casi cuatro veces la prevalencia de trastornos musculoesqueléticos (TME) en la población expuesta. En tanto, las exigencias como levantar objetos desde nivel del piso, desplazar camillas o sillas, tener rotación de turno y percibir que el trabajo le puede generar algún daño aumentaron más del doble este trastorno y reportan una asociación significativa.

Realizar un esfuerzo físico pesado, así como movimientos de los brazos por encima de los hombros se asociaron con el doble de presencia de TME.

Tabla 34

Exigencias laborales asociadas a trastorno musculoesquelético en residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencia	Trastorno musculoesquelético					
	Sí Tasa	No Tasa	RP	p	IC95%	X ²
Supervisión estricta	39.5	10.3	3.8	0.0040	1.26-11.54	8.3
Levantar desde nivel del piso	66.7	28.1	2.4	0.0172	1.35-4.16	5.7
Trabajo puede generar daño	53.6	23.4	2.3	0.0032	1.35-3.90	8.7
Desplazar carros, camillas, sillas	57.1	25.0	2.3	0.0045	1.35-3.86	8.0
Rotación turno	34.4	15.9	2.2	0.0343	1.01-4.64	4.5
Esfuerzo físico pesado	52.6	26.7	2.0	0.0278	1.13-3.42	4.8
Movimientos con brazos por encima de hombros	52.9	27.3	1.9	0.0369	1.10-3.41	4.3
Supervisión con mal trato	46.4	26.0	1.8	0.0459	1.03-3.09	4.0

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de expuestos entre la tasa de no expuestos. IC= Intervalo de confianza, p<0.05 significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Exigencias laborales asociadas a lumbalgia

Estar expuesto a levantar objetos se asoció significativamente con la presencia de lumbalgia (tabla 35). Los residentes que levantan objetos por arriba de los hombros tuvieron hasta cinco veces más prevalencia de este daño. También se observó que cargar hasta cinco kilos aumenta casi cuatro veces su presencia.

Otras exigencias laborales asociadas significativamente con la lumbalgia, fueron: realizar movimientos con esfuerzo en espalda o extremidades inferiores, levantar objetos desde el nivel del piso y realizar movimientos con los brazos por encima de los hombros, exigencias que triplican y duplican respectivamente, la prevalencia de este diagnóstico.

Tabla 35

Exigencias laborales asociadas a lumbalgia en residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencia	Lumbalgia					
	Sí Tasa	No Tasa	RP	p	IC95%	X ²
Levantar						
· Por arriba de hombros	77.8	15.6	5.0	0.0001	2.78-8.90	19.2
· Desde nivel de piso	66.7	16.7	4.0	0.0004	2.10-7.61	12.4
· Desde rodillas a pecho	50.0	14.9	3.3	0.0024	1.69-6.61	11.1
Cargar						
· Hasta 5 kilos	50.0	13.2	3.8	0.0002	1.89-7.53	14.2
· Hasta 15 kilos	53.8	16.3	3.3	0.0018	1.67-6.54	9.7
· Hasta 30 kilos	45.4	18.1	2.5	0.0348	1.15-5.47	4.4
Movimientos con esfuerzo						
· En espalda o cintura	39.4	12.5	3.1	0.0017	1.50-6.63	9.9
· Piernas, muslos, rodillas, pies	40.7	14.1	2.9	0.0034	1.42-5.89	8.6
Peso recae en un pie	50.0	17.9	2.8	0.0176	1.31-5.94	5.6
Esfuerzo físico pesado	42.1	16.3	2.6	0.0123	1.27-5.27	6.3
Levantar desde nivel del piso	66.7	28.1	2.4	0.0172	1.35-4.16	5.7
Brazos por encima de hombros	41.2	17.0	2.4	0.0252	1.16-5.02	5.0

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de expuestos entre la tasa de no expuestos.
IC= Intervalo de confianza, p<0.05 significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Exigencias laborales asociadas a fatiga

Como se mencionó previamente, la fatiga fue el daño más frecuente encontrado en la población de estudio. Las exigencias laborales que aumentan más del doble su prevalencia fueron: rotación de turno y asumir tareas de otras áreas o departamentos.

Los residentes que no podían realizar sus necesidades básicas durante la jornada tuvieron 70% más presencia de fatiga.

Las actividades que aumentaron 60% su prevalencia fueron: sentir presión por cumplir con actividades académicas, cargar objetos de 5 kilos en adelante y utilizar un asiento sin respaldo.

Estar expuesto a una jornada semanal superior a 48 horas, trabajar en un espacio reducido, estar encorvado, permanecer de pie, desplazar objetos y realizar esfuerzo en espalda o cintura, así como en extremidades inferiores se asoció con aumento del 40% en fatiga.

Tabla 36

Exigencias laborales asociadas a fatiga en residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencia	Sí Tasa	No Tasa	RP	Fatiga p	IC95%	X ²
Exigencias en función del tiempo de trabajo						
Rotación turno	34.4	15.9	2.2	0.0343	1.01-4.64	4.5
Jornada semanal >48h	75.4	52.5	1.4	0.0157	1.04-1.99	5.8
Trabajo nocturno	73.8	55.0	1.3	0.0467	1.00-1.84	3.9
Exigencias en función de la cantidad e intensidad del trabajo						
Asumir trabajo otras áreas	72.6	42.9	2.3	0.0045	1.35-3.86	8.0
Postergar necesidades	74.4	39.1	1.7	0.0097	1.02-2.82	6.7
Exigencias en función de la vigilancia del trabajo						
Presión por actividades académicas	73.4	46.1	1.6	0.0105	1.03-2.46	6.5
Supervisión con mal trato	82.1	61.0	1.3	0.0425	1.05-1.72	4.1
Exigencias en función de la calidad del trabajo						
Estar fijo en su lugar	77.0	41.9	1.8	0.0005	1.19-2.83	12.1
Órdenes confusas	77.4	51.2	1.5	0.0050	1.10-2.09	7.9
Trabaja en espacio reducido	73.9	52.8	1.4	0.0292	1.00-1.97	4.7
Exigencias en función del tipo de actividad						
Movimientos con esfuerzo						
· En espalda, cintura	81.8	59.7	1.4	0.0258	1.07-1.76	5.0
· Piernas, rodillas, pies	85.2	60.3	1.4	0.0179	1.11-1.79	5.6
Levantar						
· Desde nivel de piso	100.0	63.5	1.6	0.0265	1.35-1.83	4.9
· Por arriba de hombros	100.0	63.5	1.6	0.0265	1.35-1.83	4.9
· Desde rodillas a pecho	94.4	60.9	1.5	0.0060	1.27-1.90	7.5
Cargar						

· Hasta 5 kilos	95.4	59.0	1.6	0.0013	1.32-1.98	10.4
· Hasta 15 kilos	100.0	62.0	1.6	0.0065	1.37-1.90	7.4
· Hasta 30 kilos	100.0	62.8	1.6	0.0132	1.36-1.86	6.1
· >30 kilos	93.7	61.8	1.5	0.0126	1.23-1.86	6.2
Utiliza asiento sin respaldo	96.0	60.7	1.6	0.0011	1.26-1.98	10.6
Hombros tensos	81.8	55.7	1.5	0.0052	1.13-1.90	7.8
Estar encorvado	83.3	58.0	1.4	0.0089	1.12-1.84	6.8
Torcer dedos o muñecas	84.8	58.3	1.4	0.0369	1.14-1.85	7.1
Desplazar camillas, sillas	85.7	61.9	1.4	0.0384	1.09-1.76	4.3
Permanecer de pie	77.4	55.8	1.4	0.0190	1.04-1.84	5.5

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de expuestos entre la tasa de no expuestos.
IC= Intervalo de confianza, $p < 0.05$ significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Exigencias laborales asociadas a distrés

Los residentes que reportaron sentirse presionados para cumplir con sus actividades académicas tuvieron una prevalencia de distrés (tabla 37) cuatro veces superior. Aquellos que no podían realizar sus necesidades básicas durante la jornada laboral presentaron casi tres veces más este padecimiento.

Otras exigencias como trabajar durante días de descanso y/o vacaciones, así como mantenerse fijo en su lugar de trabajo se asociaron con más del doble de síntomas de distrés.

Las exigencias que se asociaron con 90% más distrés fueron: tener una jornada semanal superior a 48 horas, no poder desatender sus tareas, asumir actividades de otras áreas y levantar objetos desde nivel del piso.

Tabla 37

Exigencias laborales asociadas a distrés en residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencia	Sí Tasa	No Tasa	RP	Distrés p	IC95%	X ²
Exigencias en función del tiempo de trabajo						
Trabajo en días de descanso	58.7	24.0	2.4	0.0024	1.19-5.03	9.2
Jornada semanal >48h	61.5	32.5	1.9	0.0039	1.16-3.08	8.3
Rotación turno	60.7	36.4	1.7	0.0140	1.07-2.59	6.0
Exigencias en función de la cantidad e intensidad del trabajo						
Postergar necesidades	58.5	21.7	2.7	0.0018	1.21-5.97	9.7
No poder desatender tarea	68.1	36.2	1.9	0.0012	1.27-2.79	10.5
Asumir tareas otras áreas	55.9	28.6	1.9	0.0248	1.00-3.95	5.0
Exigencias en función de la vigilancia del trabajo						
Presión por actividades académicas	62.0	15.4	4.0	<0.0001	1.61-10.09	17.0
Exigencias en función de la calidad del trabajo						
Estar fijo en su lugar	60.8	25.8	2.3	0.0011	1.26-4.40	10.7
Órdenes confusas	61.3	34.9	1.7	0.0078	1.12-2.76	7.1
Mala relación con compañeros	67.6	42.2	1.6	0.0149	1.12-2.29	5.9
Espacio reducido	58.0	36.1	1.6	0.0335	1.00-2.59	4.5
Trabajo le puede generar daño	67.9	44.2	1.5	0.0317	1.07-2.20	4.6
Exigencias en función del tipo de actividad						
Levantar desde nivel de piso	88.9	46.9	1.9	0.0159	1.38-2.60	5.8
Sienta en superficie incómoda	63.6	34.6	1.8	0.0144	1.04-3.23	6.0
Torcer dedos o muñecas	72.7	40.3	1.8	0.0020	1.27-2.56	9.5
Utiliza asiento sin respaldo	72.0	46.4	1.5	0.0328	1.07-2.25	4.5
Estar encorvado	63.9	43.5	1.5	0.0471	1.02-2.11	3.9
Permanecer de pie	60.4	40.4	1.5	0.0405	1.01-2.22	4.2

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de expuestos entre la tasa de no expuestos.
IC= Intervalo de confianza, p<0.05 significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Exigencias laborales asociadas a ansiedad

Dos exigencias se asociaron con el aumento de la prevalencia de ansiedad (tabla 38). Aquellos residentes que se mantienen fijos en su lugar de trabajo presentaron 90% más ansiedad y aquellos que están expuestos a una supervisión con mal trato tuvieron 60% más posibilidad de presentar este daño.

Tabla 38

Exigencias laborales asociadas a ansiedad en residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencia	Ansiedad					
	Sí Tasa	No Tasa	RP	p	IC95%	X ²
Estar fijo en su lugar	62.2	32.3	1.9	0.0051	1.12-3.31	7.8
Supervisión con mal trato	75.0	45.4	1.6	0.0073	1.19-2.28	7.2

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de expuestos entre la tasa de no expuestos. IC= Intervalo de confianza, $p < 0.05$ significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Exigencias laborales asociadas a depresión

Los residentes que postergaban la realización de necesidades básicas aumentaron más de cuatro veces la prevalencia de depresión. Estar expuesto a una supervisión con mal trato se asoció con el doble de depresión. Destacan las siguientes exigencias en función de la calidad del trabajo: percibir el trabajo como denigrante, mantenerse fijo en su lugar de trabajo, realizar actividades en un espacio reducido, recibir órdenes confusas, mantener una mala relación con compañeros y percibir su trabajo como aburrido. Los residentes que estuvieron expuestos a estas exigencias tuvieron más del doble de prevalencia de depresión que sus compañeros no expuestos y estas asociaciones fueron estadísticamente significativas.

Tabla 39

Exigencias laborales asociadas a ansiedad en residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencia	Depresión					
	Expuesto Tasa	No expuesto Tasa	RP	p	IC95%	X ²
Exigencias en función de la cantidad e intensidad del trabajo						
Postergar necesidades	36.6	8.7	4.2	0.0102	1.08-16.30	6.6
Exigencias en función de la vigilancia del trabajo						
Supervisión con mal trato	50.0	23.4	2.1	0.0088	1.24-3.70	6.9
Exigencias en función de la calidad del trabajo						
Trabajo denigrante	100.0	28.4	3.5	0.0265	2.58-4.78	7.0
Estar fijo en su lugar	37.8	12.9	2.9	0.0113	1.12-7.66	6.4
Espacio reducido	37.7	16.7	2.3	0.0264	1.02-4.99	4.9
Órdenes confusas	38.7	18.6	2.1	0.0277	1.03-4.19	4.8
Mala relación con compañeros	47.1	22.5	2.1	0.0106	1.19-3.65	6.5
Trabajo aburrido	52.6	25.6	2.0	0.0204	1.18-3.60	5.4
Trabajo le puede generar daño	46.4	24.7	1.9	0.0322	1.08-3.28	4.6

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de expuestos entre la tasa de no expuestos.

IC= Intervalo de confianza, $p < 0.05$ significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

Exigencias laborales asociadas a daños crónicos

En el caso de las exigencias asociadas a daños crónicos, se observó que las exigencias del tiempo de trabajo como mantenerse disponible para laborar durante todo el día triplicaron la presencia de rinofaringitis y duplicaron la prevalencia de dermatitis irritativa (RP=2.2, $p=0.0339$). Trabajar durante días de descanso y estar expuesto a una jornada semanal superior a 48 horas se asoció de manera significativa con el doble de posibilidad de presentar rinofaringitis repetitiva.

Tabla 40

Exigencias laborales asociadas a rinofaringitis en residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México.

Exigencia	Rinofaringitis crónica					
	Sí Tasa	No Tasa	RP	p	IC95%	X ²
Disponibilidad todo el día	53.6	16.7	3.2	0.0003	1.50-6.90	13.4
Trabajo días de descanso	47.5	20.0	2.4	0.0147	1.05-5.38	5.9
Jornada semanal >48 horas	50.8	25.0	2.0	0.0091	1.13-3.65	6.8
Trabajo nocturno	49.2	27.5	1.8	0.0279	1.02-3.13	4.8

Nota: RP= Razón de prevalencia. Se calculó dividiendo la tasa de expuestos entre la tasa de no expuestos. IC= Intervalo de confianza, $p < 0.05$ significativa, Pearson.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

9.5 Análisis multivariado por variables de interés

A continuación, se presentan los modelos de regresión logística utilizados para analizar la probabilidad de asociación entre los principales daños a la salud identificados y las variables relacionadas con la vida cotidiana, el tiempo libre y los componentes humanizantes del trabajo, las cuales fueron seleccionadas previamente con base en su relevancia en el análisis bivariado. Se estimaron razones de posibilidades (odds ratio, OR) y se evaluó la significancia estadística mediante intervalos de confianza al 95% (IC 95%) y valores de $p < 0.05$. Los modelos fueron ajustados por las variables confusoras: Edad, sexo y año de residencia.

9.5.1 Fatiga

Los residentes que percibieron presión por sus actividades académicas tuvieron cuatro veces más posibilidad de presentar fatiga en comparación con aquellos participantes que no estuvieron expuestos a tal exigencia. Mantenerse fijo en su lugar de trabajo, así como ser responsable de los trámites domésticos se asoció con más del triple de prevalencia de este padecimiento. Por el contrario, tener tiempo suficiente para el cuidado personal resultó un factor protector y disminuyó dicha posibilidad en un 80%.

Tabla 41

Modelo de regresión logística para el desarrollo de fatiga en médicos(as) residentes de un hospital público de la Ciudad de México

Variable	OR*	Fatiga p	IC95%
Presión por actividades académicas	4.2	0.018	1.3-14.1
Estar fijo en su lugar de trabajo	3.5	0.024	1.2-10.5
Realizar trámites relacionados con el hogar	3.3	0.038	1.1-10.1
Tiempo para cuidado personal	0.2	0.017	0.1-0.7

Nota: *Ajustado por edad, sexo y año de residencia.

OR= Razón de posibilidades. IC=Intervalo de confianza, $p<0.05$ significativa.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

9.5.2 Ansiedad

Destaca que los/las residentes pertenecientes a especialidades clínicas presentaron seis veces más posibilidades de desarrollar ansiedad en comparación con otras especialidades. Asumir funciones correspondientes a otras áreas y mantenerse fijo en el mismo lugar de trabajo triplicaron esta prevalencia. En contraste, los participantes que reportaron dedicar su tiempo libre a la pareja, la familia o los amigos, así como aquellos que percibieron que su trabajo les permitía desarrollar su creatividad e iniciativa, mostraron una reducción del 80% en la posibilidad de presentar ansiedad.

Tabla 42

Modelo de regresión logística para el desarrollo de ansiedad en médicos(as) residentes de un hospital público de la Ciudad de México

Variable	OR*	Ansiedad p	IC95%
Pertenecer a especialidad clínica	6.2	0.024	1.27-30.13
Asumir actividades de otras áreas	3.9	0.047	1.01-15.06
Estar fijo en su lugar de trabajo	3.6	0.024	1.18-11.21
Tiempo con seres queridos	0.2	0.016	0.04-0.72
Desarrollar su creatividad e iniciativa	0.2	0.025	0.10-0.86

Nota: *Ajustado por edad, sexo y año de residencia.

OR= Razón de posibilidades. IC=Intervalo de confianza, $p<0.05$ significativa.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

9.5.3 Trastornos del sueño

Cuatro exigencias laborales se asociaron con el aumento de la posibilidad de desarrollar trastornos del sueño. Realizar trabajo repetitivo y sentirse presionado por las actividades

académicas incrementaron seis veces este trastorno. Asimismo, laborar en días u horas de descanso o vacaciones y estar expuesto a órdenes confusas se relacionó con un incremento de cuatro veces en dicha alteración a la salud. Para quienes percibían que el trabajo les permitía desarrollar sus habilidades y destrezas, la posibilidad de presentar este trastorno fue 90% menor.

Tabla 43

Modelo de regresión logística para el desarrollo de trastornos del sueño en médicos(as) residentes de un hospital público de la Ciudad de México

Variables*	Trastornos del sueño		
	OR*	p	IC95%
Trabajo repetitivo	6.0	0.025	1.25-28.80
Presión por actividades académicas	5.4	0.038	1.10-27.07
Trabajo en días u horas de descanso	4.3	0.047	1.02-18.65
Órdenes confusas	3.9	0.020	1.24-12.16
Desarrollar sus habilidades y destrezas	0.1	0.017	0.01-0.64

Nota: *Ajustado por edad, sexo y año de residencia.

OR= Razón de posibilidades. IC=Intervalo de confianza, $p < 0.05$ significativa.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

9.5.4 Distrés

El análisis multivariado mostró dos exigencias asociadas significativamente con la presencia de distrés. Sentir presión académica fue el factor con mayor posibilidad (OR 13.1). Mantenerse en un lugar fijo lo incrementó seis veces. Los residentes que reportaron dormir seis horas o más tienen 70% menos posibilidad de desarrollar distrés. De manera similar, quienes dedicaron su tiempo libre para ver películas, series o televisión, sin realizar otras actividades al mismo tiempo, redujeron 90% esta probabilidad.

Tabla 44

Modelo de regresión logística para el desarrollo de distrés en médicos(as) residentes de un hospital público de la Ciudad de México

Variables*	OR*	Distrés	
		p	IC95%
Presión por actividades académicas	13.1	0.001	3.03-56.85
Estar fijo en su lugar de trabajo	5.9	0.005	1.71-20.26
Dormir ≥ 6 horas	0.3	0.031	0.09-0.89
Tiempo para películas, series, televisión	0.1	0.045	0.02-0.96

Nota: *Ajustado por edad, sexo y año de residencia.

OR= Razón de posibilidades. IC=Intervalo de confianza, $p < 0.05$ significativa.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

9.5.5 Depresión

Quienes estuvieron expuestos a órdenes confusas presentaron nueve veces más posibilidad de desarrollar depresión. De igual manera, postergar necesidades básicas como tomar agua, comer, ir al baño se asoció a este trastorno con casi siete veces más posibilidad. Como ya se mencionó, en este estudio no se encontraron índices de carga doméstica elevada, no obstante, los residentes que tuvieron una carga media o moderada tuvieron cuatro veces más este daño que aquellos con un índice bajo.

Se identificaron tres variables protectoras para la presencia de depresión: El consumo recreativo de contenido audiovisual y tener tiempo libre para estudiar redujeron 90% la posibilidad; en tanto, dedicar el tiempo libre a seres queridos se asoció con 80% menos prevalencia de depresión.

Tabla 45

Modelo de regresión logística para el desarrollo de depresión en médicos(as) residentes de un hospital público de la Ciudad de México

Variables*	OR*	Depresión	
		p	IC95%
Órdenes confusas	9.1	0.005	1.95-42.04
Postergar necesidades básicas	6.9	0.044	1.05-45.50
Carga doméstica media	4.4	0.017	1.30-14.98
Tiempo para seres queridos	0.2	0.012	0.05-0.68
Tiempo para películas, series, televisión	0.1	0.020	0.04-0.47
Estudia en su tiempo libre	0.1	0.002	0.04-0.47

Nota: *Ajustado por edad, sexo y año de residencia.

OR= Razón de posibilidades. IC=Intervalo de confianza, $p < 0.05$ significativa.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de médicos residentes, 2024.

10 Discusión y conclusión

La formación de los médicos residentes se encuentra en una intersección compleja entre el ámbito académico y el mundo laboral. Su proceso de especialización implica una formación teórica y práctica; es en esta última donde desempeñan una función clave como fuerza de trabajo, ya que asumen responsabilidades y cargas asistenciales equiparables a las de un trabajador formal debido a que sus actividades laborales se organizan en función de la demanda asistencial, pero sin derechos laborales.

Pese a que, desde la década de los setenta, los médicos residentes han protagonizado manifestaciones para exigir la mejora de sus condiciones de trabajo, una retribución económica justa, un trato digno dentro del sistema de salud, la regulación de sus jornadas laborales y el reconocimiento pleno como trabajadores para obtener derechos laborales (Concheiro, 2010), los logros alcanzados han sido mínimos. Ejemplo de ello, en la reforma de la LFT de 1983, se incorporan a los residentes dentro del apartado de “Trabajos especiales”, es decir, se les reconoce como trabajadores en acepción plena del término. Sin embargo, como se describe más adelante, su estatus laboral sigue siendo limitado y ambiguo.

En este contexto, conforme a los objetivos planteados en esta investigación, se puede argumentar que la exposición a exigencias laborales de los médicos residentes empieza a temprana edad, los participantes en el estudio presentaron una edad promedio de 30 años. Edad que concuerda con otros estudios latinoamericanos realizados en esta población como en Paraguay (Ayala et al., 2022), Colombia (Garzón-Duque et al., 2020), así como en otras entidades de la república mexicana como Puebla (Martínez-García et al., 2022), Guadalajara (Aldana et al., 2021) y Ciudad de México (Tafoya et al., 2020). Estos hallazgos pueden explicarse debido a que, como refieren Akaki y López (2018), tras completar la licenciatura, una gran proporción de médicos presenta el examen nacional para aspirantes a residencias médicas (ENARM) en búsqueda de mejores oportunidades económicas y laborales.

La inserción en la especialidad médica está condicionada a un proceso altamente competitivo, el primer reto para ingresar a la residencia es obtener un resultado favorable en el ENARM. En el 2024, cerca de 45 mil médicos presentaron el examen, de los cuales

el 42% fue aceptado (Secretaría de Salud, 2024), esto demuestra que la demanda es superior a la oferta de plazas para residentes.

El proceso de especialización en los residentes también trastoca la vida personal y social de los médicos(as), lo que se refleja en algunas variables sociodemográficas que empiezan a perfilarse como características propias de esta población. La mayoría de los participantes no tiene pareja. Posiblemente, las extensas jornadas laborales u horarios irregulares y las responsabilidades académicas que suelen caracterizar a las residencias médicas dificultan el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales. Estos aspectos coinciden con lo reportado en diversos estudios (Martínez-García et al., 2022; Aldana et al., 2021; Delgado et al., 2020; Tafoya et al., 2020).

En el mismo tenor, Acosta-Fernández y colaboradores (2017) argumentan que algunos residentes prefieren descansar a convivir con seres queridos, se alejan de familia, amistades y pareja, incluso al ingresar a la residencia terminan sus relaciones sentimentales, puesto que persiste la sensación de tener que dedicar su vida al funcionamiento del hospital, por lo que deben sacrificar elementos de su vida para cumplir con las demandas de la especialidad. En este sentido, durante la realización de la encuesta uno de los participantes menciona: “Ha sido difícil entablar relaciones estables y sanas, todo el tiempo he pasado la residencia con mucha desconfianza”.

Navinés y colaboradores (2021) señalan que el aislamiento es común durante la residencia debido a que las actividades relacionadas con la especialidad les impiden dedicar tiempo a los seres queridos, incluso en el estudio de Martínez-García et al. (2022), describen el fenómeno de retirada social como un mecanismo de adaptación o defensa ante las situaciones generadoras de ansiedad y expresan que es más común en los residentes que dedican parte de su tiempo libre a resolver asuntos laborales. En este sentido, el aislamiento social no es una característica individual, sino una posible consecuencia del proceso de formación que normaliza la falta de espacios para la vida personal y familiar.

El 90% de los participantes señala no tener hijos y este hallazgo coincide con lo reportado en diversos estudios realizados en población mexicana (Martínez-García et al., 2022; Aldana et al., 2021; Delgado et al., 2020; Tafoya et al., 2020). Esto se puede

atribuir, en parte, a la dificultad de entablar relaciones estables, falta de tiempo para lo familiar e inestabilidad económica al ser becarios y carecer de un contrato indefinido, lo que puede generar incertidumbre sobre su futuro financiero y reduce la viabilidad de asumir responsabilidades familiares durante este periodo.

Navinés y colaboradores (2021) reportan que los residentes se encuentran en una situación de precariedad laboral, por lo que su autonomía en la toma de decisiones personales y familiares es limitada. Morales (2022), señala una tendencia al descenso de la natalidad en las mujeres que se dedican al área de salud, puesto que prefieren no tener hijos debido a la dificultad de conciliar la vida familiar y laboral, además algunas mujeres consideran a la maternidad como una limitante para su crecimiento profesional.

Esta situación contrasta con lo reportado en Paraguay por Ayala y colaboradores (2022), donde, a pesar de que la población se encontraba en condiciones laborales similares, la mayoría de los participantes tenía pareja y el 41% refirió tener hijos, lo que sugiere que en México existen factores adicionales que influyen en la decisión de posponer o evitar tener hijos durante la formación. Entre estos factores, se puede encontrar la transgresión de los derechos sexuales y reproductivos. Sarmiento (2022) reporta prácticas encubiertas que se han denunciado en algunas sedes y especialidades. Estas se refieren a presionar, discriminar y amenazar con evitar el ingreso a la especialidad o prescindir del contrato de residencia en caso de embarazo, incluso en algunos procesos de selección se solicita un certificado de no embarazo o se cuestiona sobre los planes reproductivos a futuro. En este sentido, Osorio (2006) aborda la alienación del sujeto bajo el capitalismo mediante conceptos como *biocapital*, donde el trabajador no solo vende su fuerza de trabajo, es despojado de su vida misma, el cuerpo se vuelve mercancía, por lo tanto, no le pertenece y en consecuencia los procesos biológicos, como la reproducción, quedan sometidos a los ritmos e intereses del capital.

Respecto a las condiciones de vivienda, alrededor de tres cuartas partes de los participantes refirió vivir en un hogar rentado y la mayoría vivía cerca del hospital sede, con un tiempo de traslado menor a treinta minutos. Este patrón de residencia habitacional puede explicarse debido a que la mayoría de los hospitales de alta especialidad, así como las universidades certificadas para impartir los cursos teóricos de especialidad se

encuentran centralizados en la capital del país, por lo que algunos médicos que consiguen ingresar a una residencia, se trasladan de su estado de origen en búsqueda de cuartos o departamentos para rentar lo más cercano al hospital donde fueron asignados; ello puede implicar una reorganización de su vida cotidiana en función de la residencia médica, donde el hospital se convierte en el eje central de su rutina. Palacio-Durán y colaboradores (2022) señalan que los residentes buscan proximidad entre la vivienda y el hospital para poder adaptarse a las exigencias como guardias, jornadas prolongadas, rotación de turnos y llamadas de emergencia que pueden surgir en cualquier momento.

En promedio los residentes reciben una beca mensual de \$11,000 (Aguilar, 2023), una cantidad que puede ser insuficiente para quienes deben destinar parte de sus ingresos al pago de vivienda, alimentación, transporte y otros gastos esenciales. Adicionalmente, Castro y colaboradores encontraron que, a la mayoría de los médicos residentes no se les brinda calzado, ni uniformes, como lo estipula la NOM-001-SSA3-2012; en consecuencia, los residentes pueden destinar parte de sus ingresos a la compra de su propio material de trabajo, lo que reduce aún más la capacidad de cubrir otras necesidades básicas.

Como ya se mencionó, los residentes se insertan a las instituciones sanitarias en un contexto de déficit de recursos humanos en salud, e incluso como lo refiere Hernández et al. (2022), son considerados “trabajador de hacer pendientes”, es decir, cumplen con el trabajo que le corresponde a los médicos adscritos o tratantes, por lo que su labor es fundamental para el funcionamiento de los servicios hospitalarios. No obstante, las instituciones sanitarias los clasifican como “becarios”, lo que los coloca en una posición de precarización económica y laboral. Esta precarización se suma con la elevada carga de trabajo y responsabilidad que asumen los residentes durante su formación. Palacios-Nava y Paz (2019) reportan que los residentes realizan las mismas actividades laborales y se encuentran expuestos a más exigencias que los médicos adscritos, sin embargo, la beca que perciben es inferior al salario de sus superiores. Esta discrepancia entre sobrecarga laboral y baja recompensa económica refuerza el sistema de jerarquías, cadena de subordinación y perpetúa la idea de que la residencia es un periodo de sacrificio para alcanzar un mejor estatus profesional en el futuro. En este sentido, la

frustración por las condiciones laborales y económicas se refleja en el testimonio de uno de los participantes, quien expresa: “Las jornadas son pesadas, el sueldo no es justo, falta apoyo de los médicos que están a cargo de nosotros”.

Aunado a la precarización, en el centro donde se realizó la investigación se ha denunciado en diversas ocasiones el retraso en el pago de la beca (Nochebuena, 2024). Debido a ello, aunque la residencia médica sea una actividad de tiempo completo, algunos residentes requieren de otras fuentes de ingreso para completar sus gastos. En el presente estudio, al menos una cuarta parte de los participantes refirió contar con otro trabajo, este hallazgo fue mayor a lo reportado en un estudio realizado con residentes de siete hospitales de la capital (Palacios-Nava y Paz, 2019), donde el 14% tenía otro empleo, así mismo en Colombia únicamente el 6% contaba con otro trabajo (Garzón-Duque et al., 2020). Realizar otras actividades laborales puede limitar aún más el tiempo destinado para lo familiar, el descanso adecuado, actividades recreativas, pendientes académicos y tareas domésticas.

Al explorar las actividades domésticas, se encontró que los residentes priorizan la compra de insumos, la limpieza de cocina y vivienda. Suelen realizar estas actividades después de la jornada laboral o los días de descanso, no obstante, la mayoría señaló sentirse demasiado cansado para realizarlas. Estas actividades son obligadas y realizarlas representa un esfuerzo que se adiciona a las exigencias académicas y laborales de los médicos residentes.

En el presente estudio no se encontró un índice de carga de trabajo doméstico elevado. Esto puede deberse a que la construcción del índice contempla la presencia de hijos y/o menores de 18 años que habiten el mismo hogar, como ya se hizo referencia, la mayoría de la población del estudio no cuenta con estas características. No obstante, en la regresión logística se observó que aquellos residentes con una carga doméstica media tenían más posibilidad de desarrollar depresión. Del mismo modo, las exigencias laborales como realizar guardias, jornadas semanales extensas, trabajar en días de descanso pueden limitar el tiempo en el hogar, por lo tanto, la realización de actividades domésticas, asimismo, como lo menciona Acosta-Fernández et al. (2017), los residentes

dedican su vida al funcionamiento del hospital, por lo que las tareas del hogar pueden pasar a segundo plano.

Las tareas domésticas han sido históricamente feminizadas. En la división sexual del trabajo, a las mujeres se les ha asignado socialmente la responsabilidad del mantenimiento del hogar y del cuidado de los hijos, mientras que los hombres han sido asociados al ámbito productivo. Cuando las mujeres se integran al mundo productivo suelen enfrentar una doble jornada: laboral y doméstica (Federici, 2010). En el presente estudio, se encontró que las mujeres tienden a participar más que los hombres en actividades domésticas como: limpiar la cocina, coser o tejer, así como cuidar de otras personas. Sin embargo, no se encontraron asociaciones significativas. Estos resultados pueden deberse a una reducción temporal de la carga social impuesta a las mujeres debido a su estatus de “soltera, sin hijos”. Es posible que, en etapas posteriores de su carrera, debido a la formación de familia, la distribución del trabajo doméstico muestre desigualdades de género más marcadas.

La residencia es una actividad que trastoca el tiempo libre que podrían tener los médicos en formación, los horarios de trabajo, las actividades académicas, así como las tareas cotidianas, conllevan a que el tiempo del que pueden disponer se centre en el descanso o sueño reparador, o bien en actividades sedentarias. En esta investigación se encontró que nueve de cada diez residentes utilizan el tiempo libre para actividades estáticas como ver redes sociales y televisión. La preferencia de actividades que requieran poco esfuerzo físico puede explicarse debido a la elevada prevalencia de fatiga (67%) que presentan los participantes.

Paradójicamente, utilizar el tiempo libre para actividades que no requieran esfuerzo físico, no necesariamente se traduce en descanso o una recuperación efectiva, únicamente el 37% de los participantes refirió descansar o meditar sin realizar otra actividad al mismo tiempo, es decir, parece que algunos residentes no tienen una desconexión genuina de los pendientes académicos, laborales o actividades obligadas. Han (2023) describe que la falta de contemplación nos priva de la posibilidad de reflexionar sobre nuestra propia existencia y elecciones, lo que se traduce en un estado de inacción. Este fenómeno podría explicar la normalización, por parte de los médicos

residentes, de las condiciones nocivas que experimentan durante su formación. Por lo tanto, el tiempo libre también podría ser un espacio para que los residentes reconecten con su propia existencia, la reflexión crítica y la acción consciente hacia su bienestar.

Además, en este grupo de residentes se observa poca participación en actividades culturales, religiosas, políticas y de servicio, lo que sugiere falta de pertenencia e identidad social fuera del hospital. Estas actividades no solo representan espacios de socialización, es probable que funcionen como redes de apoyo. Por ello, su ausencia podría intensificar los sentimientos de aislamiento y desvinculación con la comunidad.

Este fenómeno refuerza la idea de que los residentes se insertan en un sistema que solo les permite satisfacer sus necesidades de autoconservación y limita las posibilidades de acceder a espacios con potencial de desarrollo personal, social y comunitario. Bajo esta lógica, no solo ven reducidos sus tiempos de descanso y ocio, también la capacidad de apropiarse de espacios de participación colectiva queda ajena a ellos. Como resultado, su rol en la sociedad se limita exclusivamente a sus actividades asistenciales en salud.

Más de la mitad de los participantes prioriza el tiempo con pareja, familia y amigos, lo cual se posicionó como un factor protector de ansiedad y depresión en los análisis multivariados, sin embargo, se observó que en el grupo de residentes mayores de 30 años es menos frecuente que pasen tiempo con seres queridos o amigos, lo cual coincide con lo expresado en el estudio de Acosta-Fernández et al. (2017) donde describen que los médicos mexicanos durante la especialidad prefieren descansar sobre cualquier actividad social o recreativa. Los residentes de mayor edad probablemente han atravesado más años de formación académica y experiencia laboral previa en un sistema sanitario altamente demandante, lo que podría implicar una acumulación de desgaste físico y mental e impactar en las formas de gestionar el tiempo fuera del trabajo. El estar más tiempo insertos en el sistema de salud podría influir en la desvinculación de su vida social, aislamiento e interiorización de la idea de que el descanso y el disfrute son secundarios a las responsabilidades. En este sentido, la especialidad no solo configura los ritmos de los residentes, es posible que moldeé subjetividades y genere individuos que vean el tiempo libre como un lujo más que como una necesidad.

En promedio, los participantes dedican 3.3 horas diarias a actividades académicas obligadas, sin embargo, destaca que el 67% decide utilizar su tiempo libre para seguir estudiando. Artajo y colaboradores (2022) señalan que los residentes perciben que el trabajo absorbe el tiempo destinado a otras actividades no laborales, incluidas las académicas, lo que genera la percepción de no disponer del tiempo necesario para estudiar lo suficiente y sentirse preparados para concluir la residencia.

Este fenómeno puede ser analizado a la luz de Byung-Chul Han (2023), quien en *La sociedad del cansancio* describe que en el neoliberalismo el sujeto se autoexplota bajo una falsa sensación de libertad, con la finalidad de maximizar su producción. En el caso de los médicos residentes, esta autoexplotación se manifiesta en la decisión de utilizar el poco tiempo libre disponible para actividades académicas y así estar mejor preparados para el mundo laboral, lo que puede perpetuar el ciclo de cansancio crónico o fatiga, así como alteraciones de la salud.

En el presente estudio hacer uso del tiempo libre de forma activa fue un factor protector para la presencia de depresión, trastorno psicosomático digestivo y cefalea tensional. A su vez, tener tiempo suficiente para el cuidado personal, realizar deporte y estar con seres queridos se asoció con menos prevalencia de depresión, trastornos del sueño, distrés, fatiga, ansiedad y cefalea tensional.

La falta de realización de actividades como las ya señaladas, encuentran explicación ante las largas jornadas en los centros hospitalarios. En promedio, los participantes duermen 5.4 horas diarias. Estos hallazgos coinciden con lo reportado en otros estudios (Ayala et al., 2022; Arriola et al., 2021), donde relacionan la falta de descanso adecuado en médicos residentes a las actividades académicas y exigencias laborales como rotación de turno y efectuar guardias.

El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI, 2022) recomienda en adultos dormir entre siete y ocho horas diarias para mantener la salud mental y física, no obstante, en este estudio destaca que ninguno de los participantes duerme más de siete horas al día. En el análisis multivariado resalta que aquellos participantes que durmieron de seis a siete horas tuvieron 70% menos posibilidad de desarrollar distrés que aquellos que dormían menos de seis horas. Hodgkinson (2004) menciona que, para satisfacer las

necesidades del capital, el individuo duerme lo mínimo para quitarse lo agotado, pero realmente no descansa y solo repone la energía suficiente para seguir trabajando, lo que puede perpetuar la fatiga crónica. Se ha documentado que la falta de sueño está asociada con accidentes, desastres industriales y errores médicos; así como elevación de cortisol, dislipidemia, resistencia a la insulina, diabetes, hipertensión y depresión. Por ello, es fundamental garantizar condiciones laborales que respeten los tiempos de recuperación.

Los encuestados realizan 6.5 guardias en promedio al mes, en su mayoría tienen una duración de 36 horas. La NOM-001-SSA3-2012 se encarga de regular el funcionamiento de las residencias médicas y refiere que las guardias no deben de ocurrir más de dos veces por semana, no deben de exceder más de 36 horas continuas y el promedio de horas laborales a la semana no debe exceder las 80 horas de servicio. No obstante, los reglamentos internos mencionan que la frecuencia y duración de las guardias pueden ser modificadas acorde a las necesidades del hospital. Desde el 2018 se presentó una iniciativa para reformar la LFT respecto a las residencias médicas, regular las jornadas laborales y guardias para así proteger sus derechos humanos y salud (Castro et al., 2024), sin embargo, sigue en revisión.

La ley no permite el manejo de maquinaria o vehículos motorizados a personas privadas del sueño que pertenecen a otras profesiones, sin embargo, la NOM-001-SSA3-2012 propone que los médicos residentes pueden estar de servicio hasta 36 horas continuas donde utilizan instrumentos y maquinaria que requiere precisión, además de necesitar agudeza mental para la adecuada atención y tratamiento de personas (Sarmiento, 2021). Esta norma fue redactada por autoridades sanitarias sin la participación de los mismos médicos residentes, no parece guiarse por la ley, sino por las costumbres y las formas de organización hospitalaria, no escapa a la lógica neoliberal, prioriza las necesidades de la autoridad y las instituciones.

El promedio de guardias que realizan en el presente estudio se encuentra dentro de los rangos recomendados por la legislación y coincide con lo reportado en diversos hospitales de Guadalajara por Aldana y colaboradores (2021), no obstante, adicionalmente a la duración de las guardias, al menos un tercio de los participantes reportó trabajar más de ocho horas diarias, por lo que algunos residentes podrían tener

jornadas superiores a las sugeridas por la NOM-001-SSA3-2012, sin tomar en cuenta que la LFT (2024) establece que la jornada máxima permisible para la población en general es de 48 horas semanales, es decir, la NOM-001-SSA3-2012 promueve jornadas laborales para los médicos residentes que casi duplican lo recomendado por la LFT. En Colombia la jornada semanal máxima para esta población es de 66 horas, en España y Japón es de 40 horas (Sarmiento, 2021).

La forma de organización laboral, que caracteriza a esta población, impacta en sus necesidades fisiológicas fundamentales. Desde la perspectiva del *biocapital* (Osorio, 2006), el cuerpo es concebido como una mercancía adicional para potenciar la producción, por lo que los procesos fisiológicos quedan subordinados a las demandas, en este caso asistenciales. Menos de un tercio de los médicos residentes de este estudio tuvo la oportunidad de tomar sus alimentos en un horario establecido, lo cual es un derecho básico estipulado por la NOM-001-SSA3-2012. Este porcentaje es inferior a lo reportado por Castro y colaboradores (2024), quienes encontraron que cerca del 60% de los entrevistados sí contaba con un tiempo definido para ingerir sus alimentos. En el presente estudio, este factor se asoció significativamente con menor prevalencia de fatiga y distrés, es decir, fue un factor protector.

Estos hallazgos refuerzan la idea que los procesos vitales quedan sujetos a los ritmos del hospital y la organización del trabajo, además expone la contradicción entre las normas establecidas y su aplicación dentro de los centros hospitalarios. Existe una justificación y normalización social, gubernamental e institucional de las extensas jornadas y guardias de los médicos residentes por la necesidad de prolongar y mantener mano de obra y operatividad hospitalaria durante todo el día y todos los días del año, sin embargo, esto solo evidencia las deficiencias de recursos humanos que atraviesa el sistema de salud.

La mayoría de los participantes tuvo una valoración positiva del trabajo y percibía satisfacción, apoyo social y control sobre el trabajo. No obstante, destaca que solo al 12% le gustaría que sus hijos(as) trabajaran en lo mismo. Respecto a la valoración del trabajo, algunos residentes compartieron diferentes testimonios. Uno de ellos mencionó “Es difícil física y mentalmente, sin embargo, se aprende mucho y yo estoy sumamente agradecida

por esta oportunidad”. Otros expresaron una percepción menos optimista, un participante señaló “La residencia es arcaica, no se la deseo a nadie”. De manera similar, otro residente comentó “Un programa que está lejos de lo que suena o te prometen e incluso rompe la motivación [...] un día esas ganas se acaban. Frustra, pero no queda de otra más que seguir intentando”. Futuras investigaciones de corte cualitativo podrían profundizar sobre la valoración y satisfacción laboral, así como los significados de la residencia en esta población.

La satisfacción laboral que experimenta la mayoría de los residentes puede deberse a que la profesión médica tiene un elevado reconocimiento social, lo que se traduce en gratificación emocional, sentido de propósito, prestigio e identidad dentro de una comunidad. Como mencionan Akaki y López (2018), los médicos buscan ingresar a la especialidad en búsqueda de mejores condiciones laborales y económicas, es posible que la residencia sea vista como una etapa transitoria hacia la estabilidad laboral y el desarrollo profesional.

Por otro lado, la formación médica promueve un *habitus* profesional (Bourdieu, 2011) en el que la dedicación y esfuerzo se consideran rasgos deseables. Los residentes pueden interiorizar las condiciones laborales a las que se enfrentan como parte natural de su proceso de especialización. En este sentido, la satisfacción no se basa únicamente en factores objetivos, como el salario, sino también en la validación social y el reconocimiento de la figura del médico residente como futuro especialista dentro de la jerarquía médica.

Al explorar las exigencias laborales, se encontró que la mayoría de los participantes estuvo expuesto a exigencias en función del tiempo de trabajo como trabajar en horas y días de descanso o vacaciones, así como mantenerse disponible para trabajar 24 horas al día los siete días a la semana. Destaca que el 80% tenía que asumir actividades de otras áreas como enfermería, archivo, administración, lo que se puede relacionar con la falta de contratación de personal de salud en el hospital. Cerca del 80% tuvo que postergar la realización de necesidades fisiológicas básicas como tomar agua, comer, evacuar o dormir, lo que los pone en mayor predisposición a alteraciones a la salud como deshidratación, trastornos psicosomáticos digestivos, cefalea tensional y trastornos del

sueño, estos últimos se asociaron significativamente. Además, en el análisis multivariado, esta exigencia se asoció con siete veces más posibilidad de desarrollar depresión.

Respecto a las exigencias en función de la vigilancia de trabajo, la mayoría de los encuestados reportó sentirse presionado para cumplir con sus responsabilidades académicas, lo cual se asoció significativamente con mayor presencia de trastornos del sueño, cefalea tensional, fatiga y distrés. Cerca de un tercio de la población reportó estar expuesto a supervisión con maltrato, no se cuenta con otros estudios que aborden la frecuencia de esta exigencia debido a que aquellos que han explorado sobre violencia, hostigamiento o mal trato en residentes han sido de corte cualitativo (Acosta-Fernández et al., 2017; Montes-Villaseñor et al., 2018; Pinillos et al., 2022; Palacio-Durán et al., 2022). Destaca que, aunque fue la exigencia en función de la vigilancia de trabajo que menos reportaron, esta se asoció significativamente con trastornos previamente referidos.

Los residentes que pertenecen a especialidades quirúrgicas fueron los que estuvieron más expuestos, en comparación con las especialidades clínicas, a exigencias laborales en función de la actividad como utilizar herramientas manuales, realizar movimientos repetitivos, mantener un esfuerzo físico pesado, permanecer de pie por más de dos horas consecutivas y levantar objetos pesados, estos resultados coinciden con lo reportado por Navinés et al. (2021) que describe la presencia de mayores exigencias en este tipo de especialidades. Se recomienda para futuras investigaciones tener una muestra representativa y homogénea de los cuatro tipos de especialidades para visibilizar y comparar adecuadamente las exigencias más frecuentes en cada una.

El daño a la salud que más se ha documentado en médicos residentes es el síndrome del trabajador quemado o burnout (Palacios-Nava y Paz, 2019; Aldana et al., 2020; Tafoya et al., 2020), el cual se caracteriza por fatiga emocional, despersonalización y baja realización personal, así como laboral (Maslach y Jackson, 1981). En el presente estudio no se exploró la prevalencia de burnout, sin embargo, sí se utilizó la escala de síntomas subjetivos de Yoshitake (Barrientos et al., 2004) para conocer la prevalencia de fatiga en la población estudiada, como ya se mencionó previamente, la fatiga fue el daño a la salud más frecuente en los participantes (67%), dicho hallazgo refuerza la idea que los

residentes solo reponen la energía suficiente para subsistir y volverse a integrar al proceso laboral. La fatiga es una alteración que podría prevenirse con medidas adecuadas de descanso y recuperación, no obstante, las formas de organización del trabajo priorizan la productividad por encima del bienestar de los médicos residentes. En ese sentido uno de los participantes comentó: “Mi plan ya no es aprender, mucho menos destacar. Es sobrevivir”.

Los resultados del análisis multivariado evidencian que la fatiga en los/las médicos(as) residentes se encuentra influenciada por una combinación de factores vinculados a la demanda académica, las exigencias laborales y las tareas domésticas. La presión por cumplir con sus responsabilidades académicas se posicionó como la variable que más aumentaba la posibilidad de desarrollar este daño, lo que se puede relacionar con que la mayoría de ellos prefiere seguir estudiando, incluso en el tiempo libre, en lugar de realizar otro tipo de actividades sociales, de descanso u ocio. Otro de los factores asociados fue permanecer fijo en su lugar de trabajo, como se mencionó en la reconstrucción del proceso de trabajo, en el servicio de consulta externa reciben pacientes cada treinta minutos, por lo que pueden atender hasta dieciséis personas en un día. Esto puede guardar relación con la monotonía y la exposición continua a situaciones de alta demanda cognitiva y emocional. También se asoció realizar trámites relacionados con el hogar, lo que sugiere que las tareas obligadas de la vida cotidiana suponen un esfuerzo adicional. Por otro lado, tener tiempo suficiente para el cuidado personal fue un factor protector para la fatiga. Esta actividad puede recuperar la percepción de control y autonomía sobre su propio cuerpo, por tanto, contrarrestar la alienación subjetiva.

El segundo diagnóstico presuntivo más frecuente fue la ansiedad (53%), la cual solo tuvo asociación significativa con dos exigencias laborales: supervisión con mal trato y mantenerse fijo en su lugar de trabajo. Este resultado difiere con lo reportado en Puebla por Martínez- García et al. (2022), donde encontraron una prevalencia del 17%. Las diferencias pueden deberse al uso de distintas herramientas diagnósticas y al sesgo en la selección de los participantes. Estudios cualitativos podrían explorar más a profundidad este fenómeno y enriquecer la información obtenida.

Al construir un modelo de regresión logística, mantenerse fijo en su lugar de trabajo se mantuvo como una variable asociada a ansiedad y se sumaron otros factores como pertenecer a una especialidad clínica. Este hallazgo contrasta con lo reportado por Navinés et al. (2021) y Martínez-Gacía et al. (2022), quienes mencionaron que la ansiedad es más frecuente en especialidades quirúrgicas, en comparación con residencias clínicas. Realizar tareas de otras áreas, como administración, archivo, enfermería o apoyo tipo camillero, aumentaba la posibilidad de este daño. Lo que refuerza la idea de que existe una sobrecarga asistencial en las instituciones de salud, por lo que aumentan las exigencias para los residentes. También se relaciona con la intensificación del trabajo o plusvalía relativa, donde el sujeto cumple con múltiples funciones sin un reconocimiento proporcional. Además, puede tratarse de tareas impuestas o subordinadas y con ello generar conflictos de rol o falta de pertenencia. Pasar el tiempo libre con los seres queridos y poder desarrollar su creatividad e iniciativa fueron factores protectores para ansiedad, de ahí la importancia de fomentar el tiempo libre y la presencia de componentes humanizantes en el trabajo.

El perfil patológico de la población de estudio se caracteriza por predominio de alteraciones de la integridad mental, seguido de trastornos psicosomáticos, los cuales están relacionados con la presencia de estímulos estresantes constantes (Martínez, 1997; Bondaz, 2021). Algunos autores (Martínez-García et al., 2022; Arriola et al., 2021; Garzón-Duque et al., 2020) han explorado la prevalencia de ansiedad, depresión y trastornos del sueño en esta población, es decir, alteraciones de la integridad mental, sin embargo, se desconoce la frecuencia de otros daños físicos o psicosomáticos. Los residentes al enfermar tienen derecho a ser atendidos en el centro de salud donde prestan sus servicios (NOM-001-SSA3-2012), no obstante, se encuentran afiliados al IMSS o ISSSTE como becarios y no trabajadores, por lo que los daños a la salud que pueden presentar no son reconocidos como profesionales. Esto dificulta conocer estadísticas que reflejen su estado real de salud y puede existir subregistro de los daños que presentan.

Algunos de los participantes presentan diagnósticos presuntivos de enfermedades profesionales como ansiedad, trastornos del sueño, trastorno musculoesquelético, dermatitis irritativa por contacto, várices, trastorno psicosomático digestivo, es decir, las

instituciones de salud para las que trabajan los consideran becarios, todavía no se insertan formalmente al mundo laboral, no obstante, ya presentan daños con motivo del trabajo. Además, son personas jóvenes que en algunos casos tienen condiciones crónicas como sinusitis, conjuntivitis, rinofaringitis o trastornos psicosomáticos que están relacionados con la exposición crónica a factores estresantes. En este sentido, el tiempo libre recobra relevancia puesto que, en los análisis multivariados aquellos residentes que tuvieron tiempo para convivir con sus seres queridos y consumir contenido multimedia tuvieron menos posibilidad de desarrollar ansiedad, distrés y depresión.

Alrededor de un cuarto de los participantes presencié o experimenté accidentes graves, asaltos y otros incidentes potencialmente peligrosos como secuestros o amenazas con motivo del trabajo, es decir, eventos traumáticos severos, ante estos eventos la NOM-035-STPS-2018, indica que se debe evaluar la presencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT). Las organizaciones están obligadas a implementar medidas de prevención y reducción de riesgos psicosociales (Secretaría de Trabajo y Previsión Social, 2018). Se sugiere evaluar el cumplimiento de la NOM-035-STPS-2018 y la evaluación de TEPT en esta población en futuras investigaciones.

En conclusión, los médicos residentes son considerados trabajadores por la LFT, están expuestos a exigencias laborales y realizan las mismas actividades que los médicos adscritos, pero no cuentan con contrato laboral indefinido, pago de horas extras, licencia de maternidad o paternidad, prima vacacional, fondo de ahorro. Tampoco cuentan con seguridad social, solo tienen servicio médico limitado a su hospital de residencia, no gozan de incapacidad con goce de sueldo, por lo que al enfermar deben justificar su ausencia para evitar sanciones y no tienen derecho a indemnizaciones. Finalmente, carecen de sindicalización, lo que dificulta que puedan negociar colectivamente mejores condiciones de trabajo.

La ley es una herramienta fundamental para garantizar la justicia social y la salud de estos trabajadores, no obstante, las leyes y normas que los rigen actualmente se centran en regular sus actividades y obligaciones académicas, pero es escaso lo correspondiente a sus derechos. Estas limitaciones legislativas pueden facilitar que las instituciones de salud se deslinden de asumir responsabilidades y obligaciones laborales a favor de los

médicos residentes. Este estudio permitió visibilizar que las carencias legislativas, sumadas a las exigencias académicas y laborales, colocan a los futuros especialistas en una posición de vulnerabilidad social y desprotección estructural dentro del sistema de salud.

Ante este panorama, se hace evidente la necesidad de actualizar y reformar los artículos 353-A al 353-I de la LFT y la NOM-001-SSA3-2012 que comprenden lo relacionado con los médicos residentes para regular la jornada laboral, las guardias y garantizar periodos adecuados de descanso y tiempos destinados para la alimentación. Su estatus legal ambiguo y limitado les impide acceder a los mismos derechos laborales que otros trabajadores de salud, a pesar de realizar su labor como tal. Por lo que, se considera necesario fortalecer la figura jurídica del médico residente para garantizar el cumplimiento de sus derechos. Además, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos es la máxima ley del país, por lo que todas las leyes, normas, reglamentos deben estar alineadas con ella y se debe cumplir con el artículo 123 que establece los principios fundamentales del derecho al trabajo y la seguridad social. Se invita a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) y la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) a involucrarse en estas reformas, así como verificar y regular los reglamentos internos.

El presente estudio ha permitido visibilizar las exigencias laborales, los daños a la salud y las repercusiones en la vida cotidiana y tiempo libre de los médicos residentes de un hospital público de la Ciudad de México. A lo largo de este trabajo, se han documentado las condiciones laborales, potencialmente nocivas, a las que están expuestos los residentes, las cuales se encuentran legitimadas por las leyes, normas y reglamentos internos vigentes. Esta situación supone obstáculos e implica que los médicos residentes realicen un esfuerzo adicional mental e incluso físico para poder cumplir con los programas de especialización. Las exigencias a las que se exponen no sólo permean en la esfera laboral, también invaden y transforman la vida cotidiana de estos profesionales. La vida privada, las relaciones personales e incluso los planes reproductivos y familiares parecen girar en torno al cumplimiento de la residencia. El tiempo se fracciona entre las actividades laborales, académicas y otras tareas obligadas, por lo que el tiempo para actividades de libre elección, recreación, ocio y descanso queda

subordinado a los ritmos de la residencia. Es decir, no tienen las condiciones adecuadas para reponerse física y mentalmente, por lo que se puede perpetuar el cansancio crónico. En este contexto, se encontró un perfil patológico caracterizado por fatiga y alteraciones a la integridad mental de los médicos residentes.

Se espera que los presentes hallazgos contribuyan a la reflexión colectiva sobre la estructura social, política y económica que permea al sistema de salud, puesto que estas condiciones parecen estar normalizadas. A su vez, pone de manifiesto la necesidad de reestructurar las formas de organización laborales y académicas, así como la inclusión de los médicos residentes en estas decisiones con la finalidad de garantizar el desarrollo de la especialidad en condiciones más justas. Este estudio aporta evidencia para generar políticas públicas y estrategias institucionales orientadas a mejorar las condiciones laborales de los médicos residentes.

Esta investigación puso en evidencia la sobrecarga laboral y académica que presenta la población de estudio, quienes además de su formación, llegan a asumir tareas que no les corresponden, como funciones administrativas, de enfermería o de médicos tratantes. Dicha problemática responde a la falta de personal médico suficiente en el sistema de salud. Para garantizar que los residentes pueden dedicarse a las actividades que les competen dentro de su especialización y puedan continuar con su formación en condiciones óptimas, se recomienda que las instituciones de salud fortalezcan la contratación de personal médico y de apoyo.

Finalmente, es esencial garantizar el derecho al tiempo libre en médicos residentes, ya que no solo facilita el equilibrio entre su formación profesional y vida personal, sino que también proporciona un espacio para la desconexión, goce y recuperación efectiva de la fuerza vital. De esta manera, se puede propiciar que su vida cotidiana no sea determinada exclusivamente por la residencia médica. Para lograrlo, es necesario implementar transformaciones estructurales que involucren tanto a las instituciones de salud como a los organismos reguladores, con la finalidad de promover la formación médica en condiciones más amables y humanas que permitan conservar la salud mental y física de los futuros especialistas del país.

11 Recomendaciones

Con el objetivo de mejorar las condiciones de formación, trabajo y mantener la salud de los/las médicos(as) residentes se organizan las siguientes propuestas según su viabilidad temporal.

Corto plazo

No debe responsabilizarse a los/las médicos(as) residentes de las actividades que corresponden al personal adscrito, recordar que son personas que se encuentran en un proceso de formación y requieren supervisión constante. En este sentido, se sugiere fortalecer el acompañamiento académico por parte de los médicos tratantes, jefaturas de servicio y demás figuras docentes, con el objetivo de brindar retroalimentación constructiva que les permita desarrollar habilidades clínicas en un entorno de aprendizaje seguro, ético y respetuoso. Esta medida puede implementarse a través de espacios de diálogo o cursos de sensibilización dirigidos al personal responsable de la formación de los residentes, facilitados por especialistas en pedagogía, salud mental y salud de los trabajadores.

Otra medida útil consiste en implementar encuentros periódicos o círculos de diálogo y reflexión entre residentes. Pueden realizarse de manera quincenal o mensual, en las salas de usos múltiples, aulas disponibles dentro del hospital o en espacios virtuales. Incluso antes o después de la entrega de guardia se pueden destinar algunos minutos para ello. Su objetivo es promover la generación o fortalecimiento de redes de apoyo para que los residentes compartan experiencias entre pares, reconozcan sus malestares y puedan deliberar sobre sus condiciones y establecer propuestas colectivas de mejora.

Se recomienda implementar pausas activas para cuidar la salud musculoesquelética de los residentes. Estas pueden incluir estiramientos, movilización articular o caminatas cortas. Es importante evitar mantener posiciones incómodas, forzadas o estáticas por más de dos horas seguidas. Se reconoce que algunos procedimientos clínicos demandan atención continua por periodos prolongados de tiempo; por ello, estas pausas deben realizarse en medida de lo posible. Su aplicación puede promoverse mediante campañas internas con respaldo de las jefaturas de servicio, como una estrategia de prevención en salud laboral.

Mediano plazo

Una medida necesaria es la habilitación de espacios funcionales y dignos para el descanso dentro de los servicios. Estos deben de contar con mobiliario cómodo, ventilación y acceso a agua potable. Dichos espacios pueden servir para las pausas y recuperación de la fuerza durante la jornada laboral o guardias.

Es indispensable que las instituciones garanticen el acceso a atención de la salud mental. Para ello, se pueden establecer convenios con universidades o instituciones especializadas que ofrezcan servicios profesionales en un espacio neutro, confidencial y seguro. Pueden habilitarse sesiones virtuales, líneas de atención telefónica, consultas individuales o grupos de contención emocional. El acompañamiento profesional puede ser beneficioso en contextos tan exigentes como la residencia médica. De esta forma, se pueden detectar oportunamente síntomas relacionados con alteraciones de la integridad mental o malestar emocional y así ofrecer intervenciones tempranas que impidan la evolución a daños crónicos.

Se recomienda que desde la formación se fomente la presencia de componentes humanizantes, es decir, aquellos factores que favorecen el desarrollo de las potencialidades humanas, la creatividad, el control sobre el trabajo, el reconocimiento y la satisfacción laboral. Para ello, las instituciones académicas y/o las jefaturas de servicio pueden aplicar encuestas breves o promover espacios de diálogo con el objetivo de identificar qué condiciones favorecerían que los/las médicos(as) residentes se sientan más autónomos, valorados y partícipes de su proceso laboral. De este modo, se pueden adaptar las dinámicas de trabajo a las necesidades reales del grupo. Bajo estas condiciones, el trabajo puede ser una fuente de bienestar.

Revisar y actualizar los reglamentos internos, en conjunto con las instituciones de educación superior, las áreas de enseñanza, las jefaturas de servicio y fundamentalmente, con la participación de las y los médicos(as) residentes. Se pueden conformar comités mixtos con la representación de todos los actores involucrados para elaborar propuestas de mejora. Estos reglamentos deben incorporar elementos fundamentales como una jornada laboral claramente definida, tiempos garantizados para el descanso y la alimentación, criterios justos de evaluación, así como canales efectivos

y confidenciales para denunciar prácticas abusivas. La actualización debe enmarcarse en el cumplimiento de los principios establecidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Federal del Trabajo (LFT), la NOM-001-SSA3-2012 y otros marcos normativos aplicables, con el fin de proteger los derechos laborales, académicos y humanos de quienes se están formando como especialistas.

Largo plazo

Replantear y definir una nueva jornada máxima para los residentes resulta una medida fundamental para garantizar unas condiciones laborales y formativas más justas. Es indispensable seguir los lineamientos de la Constitución Mexicana, que en su artículo 123 reconoce que todas las personas, independientemente de su condición contractual, tienen derecho al descanso y a una jornada laboral definida y limitada. Asimismo, la LFT, en su artículo 61, establece una jornada máxima de ocho horas por turno. Si bien, esta legislación no contempla de forma específica a los médicos residentes, sí representa el estándar mínimo de protección laboral en el país.

Regular la jornada de los residentes puede facilitar la conciliación entre lo laboral/académico y lo personal, también les permitiría disponer de tiempo para el adecuado descanso, la recuperación física y mental, el autocuidado y que su vida cotidiana no gire en torno a la residencia. Como ya se mencionó, algunas actividades del tiempo libre actuaron como factores protectores de daños a la salud, por ello la importancia de que los residentes tengan tiempo suficiente para actividades que les brinden bienestar, placer o descanso. Es importante que estas prácticas no se perciban como un lujo o una pérdida de tiempo frente a otras acciones consideradas más “productivas”, sino como formas legítimas y necesarias para la recuperación ante la intensidad del trabajo hospitalario.

Para regular la jornada, es necesario plantear iniciativas que contemplen el fortalecimiento de las plantillas institucionales mediante la contratación de médicos generales, especialistas, personal auxiliar y de enfermería. Esta medida parte del reconocimiento de la sobrecarga asistencial del sistema sanitario. Al contar con suficiente personal de base, se puede evitar que los residentes asuman funciones que no les corresponden, se delimita con mayor claridad el rol que desempeñan dentro del hospital,

se reduce la sobrecarga laboral y puede favorecer que se concentren en su proceso formativo.

Si bien, hay avances jurídicos, resulta fundamental garantizar el completo reconocimiento de los/las médicos(as) residentes como trabajadores con todos los derechos laborales que ello implica. Pese a que reciben una beca y no salario, se les realizan descuentos por concepto de ISR, IVA e incluso cuotas sindicales, sin que exista una afiliación real ante dichas instancias. Por tanto, es necesario establecer un marco jurídico que garantice condiciones contractuales claras, una retribución económica justa y el respeto a sus derechos laborales. Asimismo, es indispensable asegurar el derecho a la afiliación sindical voluntaria u otras formas de organización y protección colectiva que les permita mejorar sus condiciones laborales.

En conjunto, las propuestas aquí planteadas no deben entenderse como medidas aisladas ni como soluciones individuales a una problemática estructural. Por el contrario, buscan contribuir a la transformación de la formación médica desde una perspectiva que reconozca al médico(a) residente como sujeto de derechos tanto académicos como laborales. Desde la perspectiva de la salud de los trabajadores, el perfil de salud-enfermedad se configura históricamente a partir de los procesos laborales, las condiciones de vida, las formas de reproducción, los espacios de consumo y las estructuras políticas. Por ello, resulta necesario intervenir de forma integral en la reorganización laboral y fomentar la democracia en la toma de decisiones, garantizar el acceso a la salud mental, incorporar los componentes humanizantes en el trabajo, fortalecer los marcos normativos, fomentar una justa retribución económica y la organización colectiva de los propios residentes, así como proteger su derecho al descanso y tiempo libre. Es obligación política, social e institucional cuidar a quienes cuidan.

12 Referencias

- Acosta-Fernández, M., Aguilera-Velasco, M., Pozos-Radillo, B., Torres-López, T., y Parra Osorio, L. (2017). Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Investigación en educación médica*, 6(23), 169-179. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.09.012>
- Aguilar, I. (2023). ¿Cuánto gana un médico del IMSS?: este es el salario de un trabajador de la salud. *Infobae*. <https://www.infobae.com/mexico/2023/11/20/cuanto-gana-un-medico-del-imss-este-es-el-salario-de-un-trabajador-de-la-salud/>
- Akaki Blancas, J. L., y López Bárcena, J. (2018). Formación de médicos especialistas en México. *Educación Médica*, 19(S1), 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.007>
- Aldana, L. J., Foulkes, G. E., Ojeda, P. J., Carmona, H. J., y Acosta, F. M. (2021). Digital survey of mental health, associated psychosocial, and work factors in medical specialty residents in the Guadalajara metropolitan area. *Salud mental*, 44(5), 221-228. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2021.029>
- Almeida, M., Feuerwerker, L., y Llanos, C. M. (1999). *La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica. Teoría y práctica de un movimiento de cambio*. Londrina
- Alvear, G. y Villegas, J. (1989). Los riesgos y sus efectos en la salud. *En defensa de la salud en el trabajo*. SITUAM.
- Arriola Torres, L. F., Palomino Taype, K. R., y Quintana Castro, L. (2021) Calidad de sueño y antojo por azúcares en médicos residentes durante la pandemia de COVID-19 en el Perú. *Neurología Argentina*, 13(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.01.004>
- Artajo, J., Zabalza San Martín, L., Alcántara Laguna, M. D., Gallego Gamero, F., Seres-Noriega, T., Zugasti Murillo, A., y Ballesteros-Pomar, M. D. (2022). Percepción de la formación y perspectiva laboral de la especialidad de endocrinología y nutrición

- entre residentes de último año. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 70(S2), 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2022.02.009>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Guía de consulta*. American Psychiatric Association.
- Ayala Servín, N., Samaniego Ríos, M., y Distefano Martínez, J. (2022). Calidad del sueño y satisfacción laboral en médicos residentes. *Medicina clínica y social*, 6(1). <https://doi.org/10.52379/mcs.v6i1.235>
- Balderas López, M., Zamora Macorra, M., y Martínez Alcántara, S. (2019). Trastornos musculoesqueléticos en trabajadores de la manufactura de neumáticos, análisis del proceso de trabajo y riesgo de la actividad. *Acta Universitaria*, 29, e1913. <http://doi.org/10.15174.au.2019.1913>
- Barrientos Gutiérrez, T., Martínez Alcántara, S., y Méndez Ramírez, I. (2004). Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la Prueba de Síntomas Subjetivos de Fatiga en trabajadores mexicanos. *Salud Pública de México*, 46(6), 516-523. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342004000600006>
- Bautista-Arredondo, S., Vargas-Flores, A., Moreno-Aguilar, L., y Colchero, M. (2022). Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. *Salud Pública México*, 65(1), S15-S22. <https://doi.org/10.21149/14813>
- Blanch Ribas, J. M. (2003). Trabajar en la modernidad industrial. En J. M. Blanch Ribas (Coord.), *Teoría de las relaciones laborales: Fundamentos* (pp. 19–148). Editorial UOC.
- Blanco Gil, J., López Arellano, O., Rivera Márquez, J. A., y Arroniz, F. (1997). Una aproximación a la calidad de vida. Límites conceptuales y metodológicos. *Estudios de antropología biológica*, 8, 11-30. <https://doi.org/10.22201/ia.14055066p.1997>
- Bondaz, F. (2021). *La emergencia subjetiva de orden psicosomático en el trastorno gastrointestinal*. *Intersecciones Psi*, (43), 45–60.
- Borrego, A. (2018). Género y relaciones capitalistas de producción: una reflexión desde la perspectiva marxista. *Katálisis*, 21(3), 471-480. <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n3p471>

- Bourdieu, P. (2011). *Las estrategias de la reproducción social*. Siglo XXI Editores.
- Caminos, V., Romero, A., y Lemos, V. (2023). Inteligencia emocional y síndrome de burnout en médicos residentes. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 69(2), 59-70.
- Carbonero, M. (1996). Familia, estado y reproducción social: La operacionalización del concepto de desmercantilización. *Taula: Quaderns de pensament*, 25-26.
- Casas Patiño, D. y Rodríguez Torres, A. (2015). El origen de las especialidades médicas; en búsqueda de un acercamiento a la práctica médica actual. *Revista Médica De La Universidad De Costa Rica*, 9(1), 1–11.
<https://doi.org/10.15517/rmu.v9i1.19624>
- Castro, R., Sarmiento-Chavero, M., Romay-Hidalgo, F., y Castañeda-Prado, A. (2024). Exploración sobre el grado de cumplimiento de los derechos de los médicos residentes en México. *Investigación en Educación Médica*, 13(50), 56-67.
<https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2024.50.23544>
- Concheiro, (2010). *Cronología médica mexicana. Cinco siglos. Salud y Sociedad*. Siglo XXI.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2023). *Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo*. CONEVAL.
- Cruz-Flores, M. A. C., Martínez Alcántara, S., Chavira-Trujillo, G., Morales-Estrella, S. L., Sánchez Padilla, M. L., Zamora Macorra, M., Ladrón de Guevara, A. (2024). Evaluación de las propiedades psicométricas del DASS-21 en población trabajadora mexicana del sector formal e informal. *Salud de los trabajadores*, 32(1), 5-18.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., y Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205.
<https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>
- De la Garza Toledo, E. (2013). *El concepto de trabajo: Aportes desde la sociología*. México: UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales.

- Delgado Domínguez, C., Rodríguez Barraza, A., Lagunes Cordoba, R., y Vázquez Martínez, F. D. (2020). Bienestar psicológico en médicos residentes de una universidad pública en México. *Universitas Medica*, 61(2), 3-11. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed61-2.bpsi>
- Derive, S., Casas Martínez, M., Obrador Vera, G. T., Villa, A. R., y Contreras, D. (2018). Percepción de maltrato durante la residencia en México: medición y análisis bioético. *Investigación en educación médica*, 7(26), 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004>
- Dumazedier, J. (1968). *Hacia una civilización del ocio*. Estela.
- Durand, J. P. (2011). *La cadena invisible: Flujo tenso y servidumbre voluntaria* (P. Amella, Trad.). Anthropos.
- Elwood, A. D., Maloney-Patel, N., y Hutchinson-Colas, J. (2023). Resident burnout trends during covid-19: A retrospective observational Study. *Journal of Surgical Education*, 80(6), 846-852. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2023.02.014>
- Fajardo-Ortiz, G. (2014). Seventy years of medicine in the Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, 52(2), 228-231.
- Fang, Y. (2009). Fatiga laboral: una consecuencia en la salud, derivada de la organización del trabajo. En M. Aguilar y E. Rentería (Eds.), *Psicología del trabajo y de las organizaciones: Reflexiones y experiencias de investigación* (pp. 363–388). Universidad Santo Tomás.
- Federici, S. (2010). *El patriarcado del salario: Críticas feministas al marxismo*. Tinta Limón.
- Foguet-Boreu, Q. y García-Monzón, L. (2021). Estrés psicosocial, hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. *Hipertensión y riesgo vascular*, 38(2), 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.09.001>
- Frenk, J., Durán-Arenas, L., Vázquez-Segovia, A., García, C., y Vázquez, D. (1995). Los médicos en México, 1970-1990. *Salud pública de México*, 37(1), 19-30.

- García, F. (1998). *Las estrategias de la diferencia: Familia y reproducción social en la Sierra (Alcaraz, siglo XVIII)*. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.
- Garzón-Duque, M. O., Espinal-Palacio, M. I., Álvarez-Herrera, E. A., Guzmán-Jiménez, K., y Macaya-Zarza, M.A. (2020). Condiciones intralaborales y extralaborales relacionadas con síntomas depresivos en médicos que laboran en la región Oriente del departamento de Antioquia, Colombia, en el primer semestre del año 2020. *Revista de la Asociación Española de Medicina del Trabajo*, 29(4), 257-392. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2020000400005>
- Gómez-Dantes, O. y Frenk, J. (2019) Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. *Salud Pública de México*, 61, 202-211. <https://doi.org/10.21149/10122>
- Gómez-Dantes, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), S220-S232.
- Grassetti, E. (2018). Satisfacción de necesidades y modelo social. *Psicología social*, 4(1), 6-29.
- Gutiérrez, F. (2017). *Secretaría de Salud: La salud en la Constitución mexicana. Serie Memoria y Prospectiva de las Secretarías del Estado*. Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México.
- Han, B. (2023). *La sociedad del cansancio* (A. Saratxaga Arregi, Trad.). Herder Editorial.
- Heinze-Martin, G., Olmedo-Canchola, H., Bazán-Miranda, G., Bernard-Fuentes, N. A., y Guízar-Sánchez, D. P. (2018). Los médicos especialistas en México. *Gaceta médica*, 154, 342-351. <https://doi.org/10.24875/GMM.18003770>
- Heller, A. (1982). *La revolución de la vida cotidiana*. Historia, ciencia y sociedad. Península.
- Heller, A. (1985). *Historia y Vida Cotidiana*. Grijalbo.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4a ed.). McGraw-Hill.

- Hiernaux, D. (2000). La fuerza de lo efímero. Apuntes sobre la construcción de la vida cotidiana en el turismo. En Lindón, A. (Ed.), *La vida cotidiana y su espacio-temporalidad* (pp. 95-122). Anthropos.
- Hodgkinson, T. (2004). *Elogio de la pereza. El manifiesto definitivo contra la enfermedad del trabajo*. Ediciones del Bronce.
- Imagen Global. (2019). *Familia Médica CMN 20 de Noviembre*. <https://imagenglobal.org/wp-content/uploads/2019/08/Familia-Me%CC%81dica-CMN-20-de-Noviembre-BLOG-1.pdf>
- Instituto de Salud para el Bienestar. (2022). *Día Mundial del Sueño, 18 de marzo*. <https://www.gob.mx/insabi/es/articulos/dia-mundial-del-sueno-18-de-marzo?idiom=es>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020). *IMSS establece compromisos para aumentar número de médicos especialistas y que residentes laboren en mejores condiciones*. Gobierno de México. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202002/101>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f.). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño. Guía de referencia rápida* (IMSS-385-10). <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/385GER.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019: Presentación de resultados*. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enut/2019/doc/enut_2019_presentacion_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2009). *Estrés laboral y evaluación de riesgos*. (Ficha práctica No.54). <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales/estres-laboral>
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2022). *Primer ejercicio del proceso selectivo para ingreso en la escala de titulados superiores del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*. <https://www.insst.es/el-instituto/trabaja-con-nosotros/oposiciones-insst/oposiciones-anteriores/datos-convocatoria-2022>

- Jarillo Soto, E. C., Outón Lemus, M., y Salinas Urbina, A. A. (2011). Formación y práctica de profesionales de la salud: una mirada a su historia en México. En Chapela, M. y Contreras, M. (Ed.), *Pensar el futuro de México* (pp. 221-248). Universidad Autónoma Metropolitana.
- Karasek, R. A., y Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Lefebvre, H. (1972). *La vida cotidiana en el mundo moderno*. Siglo XXI Editores.
- Ley Federal del Trabajo, (2022). *Reformada*. Diario Oficial de la Federación. México.
- Lindón, A. (2000). Del campo de la vida cotidiana y su espacio-temporalidad. En Lindón, A. (Ed.), *La vida cotidiana y su espacio-temporalidad* (pp. 7-19). Anthropos.
- Lindón, A. (2020). La dimensión imaginaria de La vida cotidiana: La aventura del viaje placentero en la Ciudad de México. *Cultura y representaciones sociales*, 15(29), 177-201.
- López Arellano, O., Rivera Márquez, J. A., y Blanco Gil, J. (2011). Determinantes sociales y salud-enfermedad en México. Cambios, rupturas y perspectivas. En Chapela, M. y Contreras, M. (Ed.), *Pensar el futuro de México* (pp. 93-125). Universidad Autónoma Metropolitana.
- Maestría en Trabajo y Salud, UAM-Xochimilco. (2024). *Material de consulta de la Maestría en Trabajo y Salud* [Material educativo no publicado].
- Mallardi, M. (2020). Sobre la vida cotidiana. Aproximaciones a sus fundamentos y expresiones histórico-sociales. *Voces desde el Trabajo Social*, 8(1), 226-249. <https://doi.org/10.31919/voces.v8i1.225>
- Manzano-Jurado, J. J., Morales-Gutiérrez, J., Gil-Galindo, K. A., Pérez-Ayala, M. F., Lira-Tecpa, J., y Ordoñez-González, I., Cruz-Domínguez, M. P., Vera-Lastra. O., López-Zamora, B., y Medina, G. (2021). Composición corporal y actividad física en médicos residentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 59(4), 431-9.

- Martínez Alcántara, S. (1997). *El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Martínez Alcántara, S., Tamez González, S., Ortiz Hernández, L., y Méndez Ramírez, I. (2000). Control del trabajo, exigencias laborales y daños a la salud en trabajadores de un diario informativo en la Ciudad de México. *Salud de los Trabajadores*, 8(1), 5–22.
- Martínez-García, J. A., Aguirre-Barbosa, M., Mancilla-Hernández, E., Hernández-Morales, M. R., Guerrero-Cabrera, M. B., y Schiaffini-Salgado, L. G. (2022). Prevalencia de depresión, ansiedad y factores asociados en médicos residentes de centros hospitalarios durante la pandemia de COVID-19. *Revista alergia México*, 69(1), 1-6. <https://doi.org/10.29262/ram.v69i1.903>
- Marx, K. (2002). *El capital: Transformación de dinero en capital*. Siglo XXI Editores.
- Marx, K. (s/f). Prólogo a la contribución a la crítica de la economía política. En Marx, K. y Engels, F. *Obras escogidas*. Progreso.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Massa, L. (2010). Estrategias de reproducción social y satisfacción de necesidades. Parte I: Controversias conceptuales, polémicas prácticas. *Perspectivas sociales*, 12(1), 103-140.
- Mc Phail, E. (2006). *Voy atropellando tiempos*. Género y tiempo libre. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Meza-Miranda, E. y Ovelar-Grance, P. (2022). Evaluación del estado nutricional, los patrones de alimentación y realización de actividad física de los médicos residentes del Hospital General de Luque del año 2020. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 20(1), 46-52. <https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2022.020.01.46>
- Montes-Villaseñor, E., García-González, J., Blázquez-Morales, M. S. L., Cruz-Juárez, A., y De-San-Jorge-Cárdenas, X. M. C. (2018). Exposición a la violencia durante la

- formación profesional de los residentes médicos. *Revista Ciencia UAT*, 12(2), 54–66. <https://doi.uam.elogim.com/10.29059/cienciauat.v12i2.852>
- Morales Carrizo, S. (2022). Mujeres en la salud: Entre el trabajo y la vida cotidiana. Un estudio de los factores que influyen en el rol que asumen las mujeres profesionales del sector salud de la ciudad de Santa Fe, Argentina. *Trabajo, Persona, Derecho, Mercado*, 6, 181-225. <https://doi.org/10.12795/TPDM.2022.i6.06>
- Moreno-Pesquera, P. M., Varela-Tapia, C. L., Hernández-Amaro, H., y Martínez-Barro, D. (2022). Actividad física, perfil bioquímico y somatométrico de médicos residentes durante la pandemia por COVID-19. *Revista Médica Del IMSS*, 60(4), 418–424.
- Navinés, R., Olivé, V., Fonseca, F., y Martín, R. (2021). Work stress and resident burnout, before and during the COVID-19 pandemia: An up-date. *Medicina Clínica*, 157(3), 130–140. <https://doi.uam.elogim.com/10.1016/j.medcli.2021.04.003>
- Nochebuena, M. (2024). Médicos residentes del ISSSTE denuncian retraso en sus pagos y mayor carga laboral ante falta de personal. *Animal Político*. <https://animalpolitico.com/salud/medicos-residentes-issste-retraso-pagos>
- Noriega, M. (1989). El trabajo, sus riesgos y la salud. *En defensa de la salud en el trabajo*, 5-9. SITUAM.
- Noriega, M. (1993). *Organización laboral, exigencias y enfermedad. Para la investigación sobre la salud de los trabajadores* (Laurell, C., coordinadora), Washington: Serie Paltex, Salud y Sociedad 2000 (3), Organización Panamericana de la Salud.
- Noriega, M., Franco, G., Martínez, S., Villegas, J., Alvear, G., y López, J. (2001). *Evaluación y seguimiento de la Salud de los Trabajadores*. Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Biológicas de la Salud.
- Organización Internacional del Trabajo (2016). *Estrés en el trabajo. Un esfuerzo colectivo*. Día mundial de la seguridad y salud en el trabajo. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders CIE-10: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el lugar de trabajo*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. En *Documentos Básicos* (45 ed.). Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Lumbalgia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>
- Ortega, C. (2022). *Vocación, voluntad, profesionalismo y compromiso; características del médico residente*. Instituto Mexicano del Seguro social.
- Osorio, J. (2006). Biopoder y biocapital. El trabajador como moderno *homo sacer*. *Argumentos*, 19(52), 77-98.
- Palacio-Durán, E., Ochoa-Gómez, F., Acosta-Fernández, M., Pinillos Patiño, Y., y Consuegra Machado, J. R. (2022). Vivencias y experiencias en las relaciones sociales durante la formación académica de médicos especialistas. *Salud Uninorte*, 38(3), 786–803. <https://doi.uam.elogim.com/10.14482/sun.38.3.610.1>
- Palacios-Nava, M. E. y Paz Román, M. P. (2019). Diferencia en las condiciones de trabajo y su asociación con la frecuencia de *burnout* en médicos residentes y adjuntos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 65(255), 76-86.
- Palacios-Nava, M., Tamez González, S., y González Guzmán, R. (2014). La salud de los trabajadores y su determinación social. En Castro, J., Palacios, M., Paz, M., García, G., Moreno, L. (Ed.), *Salud, ambiente y trabajo* (pp. 171-189). Mc Graw Hill Education.
- Parra, M. (1999). *Conceptos básicos de salud laboral*. www.oitchile.cl/pdf/publicaciones/ser/ser009.pdf.
- Paz, R. (2023). La distribución del personal de salud, un desafío en México. *Gaceta UNAM*.

- Pereira, F. (2000). *Salud Ocupacional. Elementos básicos*. Facultad de Psicología. Universidad El Bosque.
- Pérez, S. (2010). *Karl Marx. Invitación a su lectura*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Pinillos Patiño, Y., Acosta Fernández, A., Jiménez Torres, S., y Gauna Quiñones, A. (2022). Factores psicosociales en residentes de especialidades médicas en Barranquilla. Dimensiones demandas de trabajo. *Salud Pública*, 24(2): 1-8. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n2.97527>
- Pulido Navarro, M., Garduño Andrade, M., Morales Estrella, S., y Lara Flores, N. L. (2012). Trabajo, estrés y salud: la costura a domicilio en Ciudad de México. *Salud de los Trabajadores*, 20(1), 33-48.
- Quijano, F. (2019). Los cabildos y la tradición municipal hispánica. *Noticonquista*.
- Radio Fórmula. (2024). *ISSSTE transforma al CMN 20 de Noviembre: ¿Qué cambios sufrió? Aquí te decimos*. <https://www.radioformula.com.mx/nacional/2024/2/8/issste-transforma-al-cmn-20-de-noviembre-que-cambios-sufrio-aqui-te-decimos-801204.html>
- Reguillo, R. (2000). La clandestina centralidad de la vida cotidiana. En Lindón, A. (Ed.), *La vida cotidiana y su espacio-temporalidad* (pp. 77-95). Anthropos.
- Rizzo, N. (2012). Un análisis sobre la reproducción social como proceso significativo y como proceso desigual. *Sociológica (México)*, 27(77), 281-297.
- Robledo, Z. (2023). *Es la hora de los residentes*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/imss/articulos/es-la-hora-de-los-residentes?idiom=es>
- Sánchez Pérez, L., Alfaro Moctezuma, P., y Díaz García, R. (2019). *Metodología de la investigación en ciencias de la salud*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Sánchez Tovar, L., Jurado, L., y Simoes, M. (2013). Después del trabajo ¿Qué significado tiene el ocio, el tiempo libre y la salud?. *Paradigma*, 34(1), 31-51.

- Sarmiento, M. (2021). Una historia de autoritarismo: las horas de trabajo de los médicos residentes en México. *Medscape*.
<https://espanol.medscape.com/verarticulo/5907780>
- Sarmiento, M. (2022). Residencia médica y embarazo. *Medscape*.
<https://espanol.medscape.com/verarticulo/5908859>
- Secretaría de Salud. (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas*. Diario Oficial de la Federación. México.
- Secretaría de Salud. (2015). *¿Qué es la ansiedad?*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-ansiedad>
- Secretaría de Salud. (2022). *Aumenta número de plazas de residencias médicas para atender déficit de especialistas* (Boletín 258). Gobierno de México.
- Secretaría de Salud. (2024). *Realizan ENARM 44mil 859 aspirantes a plaza para estudiar especialidad*. Gobierno de México.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2018). *NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo – Identificación, análisis y prevención*. Diario Oficial de la Federación.
- Sierra, Y., Sierra, L., y Cuesta, H. (2005). *Fatiga laboral como factor de riesgo psicosocial: una revisión conceptual*. Universidad Tecnológica de Bolívar.
- Tafoya, S. A., Jaimes-Medrano, A. L., Carrasco-Rojas, J. A., Rodríguez-Machain, A. C., y Ortiz-León, S. (2020). Asociación del acoso psicológico con el desgaste profesional en médicos residentes de la Ciudad de México. *Investigación en educación médica*, 9(35), 18-27.
<https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.35.20204>
- Toche, A. (2019). Movimiento de médicos residentes en México toma fuerza, exigen cambios legales y económicos. *Medscape*.

- Vázquez Martínez, F. D. (2018). Apuntes históricos sobre la formación de médicos especialistas en México desde la evolución educativa. *Investigación en educación médica*, 7(25), 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.03.003>
- Velarde-Ruiz Velasco, J. A., Morales-Arámbula, M., Coss-Adame, E., Gómez-Escudero, O., Flores-Rendón, R., Vázquez-Elizondo, G., Carmona-Sánchez, R. I., Icaza-Chávez, M. E., Tamayo-de la Cuesta, J. L., Huerta-Iga, F., Tapia-Calderón, D. K., García-Jiménez, E. S., Morel-Cerda, E. C., García-Zermeño, K. R., y Remes-Troche, J. M. (2018). Prevalencia de sobreposición de trastornos funcionales digestivos: resultados de un estudio nacional (SIGAME 2). *Revista Médica MD*, 10(2), 106-112.

13 Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado y encuesta individual para la evaluación del tiempo libre, vida cotidiana y salud de médicos residentes

ENCUESTA INDIVIDUAL PARA LA EVALUACIÓN DE SALUD DE MÉDICOS RESIDENTES

CONSENTIMIENTO INFORMADO TEXTO INFORMATIVO

PROYECTO:

“Exigencias del tiempo de trabajo, daños a la salud y repercusiones en la vida cotidiana y tiempo libre de médicos residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México”

Se le invita cordialmente a participar en este estudio contestando esta encuesta que tiene una duración aproximada de 20 minutos.

La presente encuesta se realiza con la finalidad de conocer las exigencias de trabajo a las que se encuentra expuesto en el ejercicio de su actividad, así como el impacto que tienen en su salud, vida cotidiana y el tiempo dedicado a actividades libres. Con la información obtenida se pretende generar propuestas de intervención para la prevención de daños a la salud físicos y mentales de usted y de sus compañeros residentes.

La información que usted proporcione será estrictamente confidencial y se utilizará únicamente con fines académicos, estadísticos y de investigación. Los resultados serán difundidos con fines científicos y epidemiológicos de forma general y nunca individual.

Su participación es voluntaria y no implicará consecuencias físicas o mentales, no realizará ningún gasto ni recibirá pago alguno, tampoco afectará su trabajo, por lo que es considerado un estudio sin riesgo bajo el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación. Podrá retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee.

En caso de cualquier duda o requiera solicitar resultados de manera individual, puede contactar a la persona responsable de la investigación que es Lic. Arantxa Izquierdo Hernández al correo: 2232800558@alumnos.xoc.uam.mx o al teléfono móvil 5537150624

¡Gracias por su participación!

E
s
t
a
s

h
o
j
a
s

c
o
n
s
e
ñ
a
n
d
o
s

p
a
r
a
u
s
t
e
d
,

CONSENTIMIENTO INFORMADO TEXTO DECLARATORIO

PROYECTO:

“Exigencias del tiempo de trabajo, daños a la salud y repercusiones en la vida cotidiana y tiempo libre de médicos residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México”

YO: _____ declaro libre y voluntariamente que
acepto participar en el estudio:

“Exigencias del tiempo de trabajo, daños a la salud y repercusiones en la vida cotidiana y tiempo libre de médicos residentes pertenecientes a un hospital público de la Ciudad de México”

Entiendo que en este estudio se aplicará un cuestionario que trata de las condiciones de vida, trabajo y salud.

Estoy consciente de que puedo retirarme del estudio en el momento que yo lo decida sin que esto me perjudique en el trabajo; que la información obtenida del llenado de la encuesta no será publicada de manera individual sino grupal y que mi identidad no se revelará en ninguna circunstancia.

Estoy enterado(a) que durante y después de la aplicación de la encuesta el(la) investigador(a) me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que al momento de firmar el presente no hubiese expresado o que surja durante el desarrollo de la investigación. Para lo anterior, cuento con los datos de la responsable **(Lic. Arantxa Izquierdo Hernández)** para poder contactarla.

Después de que me explicaron los objetivos, los procedimientos y los beneficios del estudio y de haber leído el “Texto Informativo”, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la aplicación de la Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de médicos residentes.

Firma

Fecha

P
o
r
f
a
v
o
r

d
e
v
u
e
l
v
a

e
s
t
a

h
o
j
a

Instrucciones de llenado

1. Este cuestionario que usted llenará a continuación trata de las condiciones de vida y de trabajo y las repercusiones en su salud.
2. Es muy importante contestar con veracidad y precisión cada pregunta, porque eso va a permitir conocer los problemas más frecuentes en su salud y en el resto de sus compañeros(as).
3. Este cuestionario no es una prueba de inteligencia ni de habilidades y tampoco es un examen de conocimientos, así es que no hay respuestas buenas o malas.
4. No escriba en las casillas del margen derecho cuando así se indique en la encuesta.
5. Si tiene alguna duda puede consultar con el(la) encuestador(a).

Gracias por su colaboración.

ENCUESTA INDIVIDUAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD DE MÉDICOS RESIDENTES

I. DATOS GENERALES

- 1 Fecha en que se llena la encuesta _____
- 2 Edad en años cumplidos _____
- 3 Género
1. Femenino _____
 2. Masculino _____
 3. No binario _____
- 4 Momento de aplicación de la encuesta:
1. Antes de la jornada _____
 2. Durante la jornada _____
 3. Después de la jornada _____
 4. Día de descanso _____

NO INVADA ESTE ESPACIO

Día	Mes	Año	
			1
			2
			3
			4

II. CALIDAD DE VIDA Y TRABAJO DOMÉSTICO

- 1 Marque con una **X** su nivel de escolaridad
1. Especialidad _____
 2. Otro posgrado _____
 - ¿Cuál? _____
- 2 ¿Cuál es su especialidad? _____
- 3 Año de residencia _____
- 4 ¿Cuál es su sede de residencia? _____
5. Marque con una **X** su estado civil actual
1. Soltero (a) _____
 2. Casado (a) _____
 3. Unión libre _____
 4. Divorciado (a) _____
 5. Viudo (a) _____

NO INVADA ESTE ESPACIO

<input style="width: 100%; height: 100%;" type="checkbox"/>	1
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="checkbox"/>	2
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="checkbox"/>	3
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="checkbox"/>	4
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="checkbox"/>	5

6 ¿Tiene usted hijos(as)?

1. Sí

2. No

NO INVADA ESTE
ESPACIO

☐

6

7 ¿Cuántos menores de 18 años (hijos/as u otros/as) viven con usted? _____

☐

7

8 ¿Cuántos menores de 5 años (hijos/as u otros/as) viven con usted? _____

☐

8

De la siguiente lista de actividades marque **SÍ** en aquellas tareas donde **USTED** es la persona que **REGULARMENTE** las lleva a cabo. Si las hace ocasionalmente o no las hace conteste **NO**.

ACTIVIDADES		SÍ	NO	
9	Sacudir, barrer, trapear, hacer camas			9
10	Lavar y planchar la ropa			10
11	Preparar la comida			11
12	Lavar los trastes y limpiar la cocina			12
13	Hacer las compras			13
14	Coser, remendar, zurcir, tejer			14
15	Cuidar a los hijos(as): comida, tareas (si los tiene)			15
16	Cuidar a terceras personas (nietos/as, adultos/as mayores y/o personas enfermas)			16
17	Realizar trámites relacionados con la casa y la familia			17
18	Reparar o dar mantenimiento al hogar			18

19. Estas actividades las realiza (**Marque con X una opción**)

1. Antes de jornada laboral

2. Después de jornada laboral

3. Solo los días de descanso

4. No las realiza

☐

19

20. Cuántas horas al día dedica en promedio a las actividades del ho

☐

20

21. Cuántas horas al día dedica a comprar alimentos, mandado o cocinar _____

☐

21

22. Cuántas horas al día dedica al estudio o actividades académicas OBLIGADAS fuera del horario laboral (leer, preparar exposiciones, tareas, etc.) _____

☐

22

Marque con una X para cada pregunta una sola opción		SÍ	NO	
23	Cuenta con personal de servicio doméstico o de alguien que colabore en la realización de estas actividades			23
24	Al término de su jornada laboral, se encuentra tan cansado/a para realizar alguna tarea doméstica			24
25	Son tan cansadas las actividades del hogar que preferiría continuar en el trabajo			25

Marque con una X para cada pregunta una sola opción		SÍ	NO	
26	¿El salario que percibe le alcanza para cubrir sus gastos más necesarios?			26
27	¿Usted cuenta con otro trabajo para el sostenimiento de su hogar?			27
28	¿Para el sostenimiento del hogar hay otras entradas económicas?			28

- 29 Su vivienda es:
1. De su propiedad _____
 2. Alquilada o rentada _____
 3. Prestada _____
 4. Otra (especifique) _____
- 30 Las condiciones actuales de su vivienda con relación a los últimos años son:
1. Mejores _____
 2. Iguales _____
 3. Peores _____
- 31 Al interior de su vivienda cuenta con los servicios básicos necesarios (agua intubada, drenaje, luz)
1. Sí _____
 2. No _____
- 32 ¿Cuántas personas viven en la casa? _____
- 33 ¿Cuántos dormitorios tiene la casa? _____

- 34 ¿Cuál es el medio de transporte que usa con mayor frecuencia? ☐ 34
1. Autobús, microbús, metro o un transporte similar _____
 2. Taxi libre o de aplicación _____
 3. Auto particular _____
 4. Motocicleta _____
 5. Bicicleta _____
 6. Se transporta caminando _____
- 35 ¿Cuánto tiempo tarda en transportarse de su casa al trabajo? ☐ 35
1. Menos de 30 minutos _____
 2. De 30 a 60 minutos _____
 3. Más de 60 minutos _____

Marque con una X una sola opción para cada actividad que usted suele realizar FRECUENTEMENTE durante su TIEMPO LIBRE		SÍ	NO	
36	ADEMÁS DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS OBLIGADAS , usted toma cursos o estudia regularmente (más de 5 horas, en promedio, a la semana)?			36
37	¿Practica regularmente algún deporte o hace ejercicio (tres o más veces a la semana, en promedio)?			37
38	¿Se junta frecuentemente con amigos(as) o conocidos(as)?			38
39	¿Dedica parte de su tiempo libre a su pareja, sus hijos(as) o algún familiar o amigo(a)?			39
40	Sin hacer otra actividad, ¿Lee regularmente algún libro, revista, periódico o artículo mediante algún dispositivo digital o impreso?			40
41	¿Realiza actividades comunitarias, políticas o de servicio?			41
42	¿Participa en actividades religiosas o espirituales?			42
43	¿Medita o descansa sin hacer otra actividad?			43
44	¿Participa en actividades culturales y/o artísticas?			44
45	¿Sin hacer otra actividad ve televisión, películas, series?			45
46	¿Sin hacer otra actividad consulta redes sociales, chatea o revisa su correo?			46
47	Limpia, cuida o alimenta mascotas			47

Durante la semana pasada tuvo tiempo para:			
48	Su cuidado personal (Realizar manicure, pedicure, recortarse vello facial o cabello, etc.)		48
49	Realizar manualidades		49
50	Participar en aficiones o pasatiempos		50
51	Comprar alimentos/ realizar mandado		51

52 ¿Cuántas horas en promedio duerme en la noche o día en caso de realizar trabajo nocturno? _____ 52

III CONDICIONES Y VALORACIÓN DEL TRABAJO

1 Área o servicio donde se encuentra laborando/rotando actualmente _____	☐	1
2 ¿Cuál es el puesto que desempeña en su servicio o rotación actual _____	☐	2
3 Actividad que desempeña actualmente en su servicio o rotación _____	☐	3
4 Horario establecido _____	☐	4
5 Número de horas que labora al día en este centro _____	☐	5
6 ¿Suele realizar guardias? _____	☐	6
7 ¿Cuántas guardias realiza en un mes? _____	☐	7
8 ¿Cuántas horas dura su guardia? _____	☐	8
9 Realiza otra actividad laboral (Marque con X una opción) 1. Sí _____ ¿Cuál? _____ 2. No _____	☐	9

(Si contesto NO pase a la pregunta 9)

10 ¿Cuántas horas le dedica? _____

10

Marque con una X para cada pregunta una sola opción		SÍ	NO	
11	¿Su trabajo le permite desarrollar sus habilidades y destrezas?			11
12	¿Su trabajo le permite desarrollar su creatividad e iniciativa?			12
13	¿Su trabajo le permite el aprendizaje de nuevos conocimientos?			13
14	¿Puede usted decidir sobre cómo realizar su trabajo?			14
15	¿Puede usted fijar el ritmo o velocidad para realizar sus actividades laborales?			15
16	¿Sus compañeros(as) son solidarios(as) con usted y valoran su trabajo?			16
17	¿Su trabajo es importante para sus jefes(as)?			17
18	¿Le gustaría que sus hijos(as) trabajaran en lo mismo que usted?			18
19	¿Le da satisfacción la realización de sus actividades?			19
20	¿Está interesado(a) en su trabajo?			20
21	¿Su trabajo le permite tomar sus alimentos en un horario establecido?			21

22 ¿Faltó al trabajo en los últimos 12 meses?

1. Sí _____
2. No _____

☐ 22

(Si contestó que NO pase a la pregunta 24)

23 ¿En cuántas **ocasiones distintas** faltó al trabajo en los últimos 12 meses? independientemente de cuántos días hayan sido en cada ocasión _____ ☐ 23

24 ¿Cuántas de estas **ocasiones** fue por motivos de salud? _____ ☐ 24

25 ¿Cuántos **días** del año en total faltó por motivos de salud? _____ ☐ 25

26 ¿Ha presenciado o sufrido alguna vez, **DURANTE O CON MOTIVO DEL TRABAJO**, un accidente que tenga como consecuencia la muerte, la pérdida de un miembro o lesión grave?

1. Sí _____
2. No _____

NO INVADA ESTE ESPACIO

☐ 26

27 ¿Ha presenciado o sufrido alguna vez, **DURANTE O CON MOTIVO DEL TRABAJO**, asaltos o actos violentos que derivaron en lesiones graves?

1. Sí _____
2. No _____

☐ 27

28 ¿Ha presenciado o sufrido alguna vez, **DURANTE O CON MOTIVO DEL TRABAJO**, secuestro, amenazas o cualquier otro incidente que ponga en riesgo su vida o salud y/o la de cualquier otra persona?

1. Sí _____
2. No _____

☐ 28

IV EXIGENCIAS LABORALES

A continuación, conteste **SÍ** sólo cuando esté **EXCESIVA O CONSTANTEMENTE** expuesto(a) a alguna de las causas que se mencionan. Por ejemplo, si está expuesto(a) a supervisión estricta, pero no es muy frecuente, ni es muy fuerte deberá contestar que **NO**, ya que interesa conocer si la exposición es constante o excesiva.

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:		SÍ	NO	
1	Una jornada semanal mayor de 48 horas			1
2	Realizar trabajos pendientes en horas o días de descanso o vacaciones			2
3	Rotación de turnos			3
4	Trabajo nocturno			4
5	Estar disponible 24 horas al día/ 7 días a la semana			5

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:		SÍ	NO	
6	No poder desatender su tarea por más de 5 minutos			6
7	Mucha concentración para no accidentarse			7
8	Realizar una tarea muy minuciosa			8
9	Un trabajo repetitivo (si contestó que NO pase a la pregunta 44)			9
10	El conjunto de tareas que realiza se repite por lo menos cada medio minuto			10
11	El conjunto de tareas que realiza se repite por lo menos entre medio minuto y cinco minutos			11
12	Mantener niveles elevados de destreza manual o mental			12
13	Examinar y atender un número elevado de personas			13
14	Postergar la realización de necesidades básicas como beber, comer, descansar, evacuar			14
15	Asumir actividades de otras áreas (enfermería, archivo, administración, etc.)			15

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:		SÍ	NO	
16	Soportar una supervisión estricta por parte de médicos adscritos, jefes de servicio, residentes de mayor grado			16
17	Soportar una supervisión con mal trato (humillación, hostigamiento, hostilidad)			17
18	Soportar presión para cumplir actividades académicas			18

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:		SÍ	NO	
19	Estar sin comunicación con sus compañeros(as)			19
20	Tener mala relación, hostilidad o tensión con compañeros			20
21	Trabajar en un espacio reducido			21
22	Estar fijo en su lugar de trabajo			22
23	Realizar un trabajo aburrido			23
24	Ejecutar un trabajo peligroso			24
25	Ejecutar un trabajo denigrante			25
26	Recibir órdenes confusas o poco claras de su jefe(a)			26

27	Realizar un trabajo que le puede ocasionar algún daño a su salud			27
----	--	--	--	----

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:		SÍ	NO	
28	Realizar esfuerzo físico muy pesado			28

Las siguientes preguntas se refieren a una actividad física constante. Sólo conteste que **SÍ**, si lo que se pregunta lo lleva a cabo por **2 O MÁS HORAS SEGUIDAS DURANTE LA JORNADA**.

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a realizar movimientos que requieren fuerza con alguna de las siguientes partes del cuerpo:		SÍ	NO	
29	Hombros, brazos o manos			29
30	Espalda o cintura			30
31	Piernas, muslos, rodillas, tobillos y pies			31
Su puesto de trabajo lo(a) obliga a levantar materiales o personas:		SÍ	NO	
32	Desde el nivel del piso			32
33	Desde alturas que están entre rodillas y pecho			33
34	A alturas por arriba de los hombros			34

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a cargar, empujar o jalar objetos o personas:				
35	Hasta de 5 kilos			35
36	De 6 a 15 kilos			36
37	De 16 a 30 kilos			37
38	De más de 30 kilos			38
Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:				
39	Usar herramientas o equipos manuales como bisturí, pinzas, martillo de reflejos, tijeras, baumanómetro, fórceps, endoscopio			39
40	Usar herramientas de gran tamaño como sierra, taladro			40

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:			
41	Adoptar posiciones incómodas o forzadas		41

Las siguientes preguntas se refieren a las posiciones que usted debe adoptar para trabajar. Sólo conteste que **SÍ** si lo que se pregunta lo lleva a cabo **POR 2 O MÁS HORAS SEGUIDAS DURANTE LA JORNADA.**

		SÍ	NO	
42	¿Realiza movimientos con los brazos por encima o por detrás de los hombros?			42
43	¿Para realizar su trabajo usted requiere estar encorvado(a)?			43
44	¿El trabajo incluye movimientos repetitivos de las manos o tiene que abrir excesivamente los dedos o torcerlos?			44
45	¿Realiza movimientos de rotación de la cintura?			45
46	¿Realizar su trabajo le obliga a mantener tensos los hombros?			46
47	¿Tiene que torcer o mantener tensa la o las muñecas para trabajar?			47
48	¿Desplaza carros, camillas, silla de ruedas?			48
49	¿Permanece de pie para trabajar?			49
50	¿El peso del cuerpo recae sólo en uno de los pies, sin la posibilidad de descansar el pie en un escalón o periquera?			50
51	¿Para trabajar permanece sentado(a)? (si contestó NO , pase al siguiente apartado)			51
52	¿Utiliza un asiento sin respaldo?			52
53	¿La superficie donde se sienta es incómoda?			53
54	¿Al estar sentado(a) es difícil apoyar los pies en alguna superficie o peldaño?			54
55	¿Para realizar su trabajo debe permanecer en cuclillas o arrodillado(a)?			55

V DAÑOS A LA SALUD

La mayoría de las preguntas que siguen (exceptuando las que se aclaran expresamente) se refieren a las molestias, enfermedades y accidentes que ha padecido usted **DURANTE EL ÚLTIMO AÑO**, o sea, los últimos doce meses:

Enfermedades que ha padecido durante el último año		SÍ	NO	
1	¿Le zumban los oídos al terminar su jornada de trabajo?			1
2	¿Durante el último año ha notado o alguien le ha dicho que oye menos?			2
3	¿Tiene dificultad para oír a sus compañeros(as) de trabajo a más de un metro de distancia, aunque no haya mucho ruido?			3
4	¿Le han llorado los ojos o ha tenido comezón o ardor en varias ocasiones?			4
5	¿Sin tener basura, frecuentemente ha tenido sensación de basura en los ojos en varias ocasiones?			5
6	¿Ha tenido lagañas constantes o supuración en los ojos?			6
7	¿Tiene carnosidades en los ojos?			7
8	¿Durante el último año tuvo anginas o amigdalitis con fiebre alta más de dos veces?			8
9	¿Durante el último año ha tenido en más de cuatro ocasiones gripe?			9
10	¿Ha tenido congestión y/o dolor a los lados de la nariz o en la frente?			10
11	¿Estas molestias han durado más de 15 días?			11
12	¿En el último año ha tenido tos en varias ocasiones? (si contestó que NO pase a la pregunta 15)			12
13	¿La tos fue acompañada con flema?			13
14	¿En el transcurso del último año usted ha escuchado silbidos en su pecho?			14
Enfermedades que ha padecido durante el último año		SÍ	NO	
15	¿Se le reseca la piel frecuentemente?			15
16	¿Tiene ardor o comezón en la piel?			16
17	¿Tiene la piel con escamas en alguna parte del cuerpo?			17
18	¿Le han salido frecuentemente granos con agua o pus o ronchas?			18
19	¿Se le agrieta parte de la piel?			19

20	¿Ha sufrido algún accidente de trabajo durante el último año? (si contestó que NO pase a la pregunta 23)			20
21	¿Ha tenido más de un accidente de trabajo durante el último año?			21
22	¿Estuvo incapacitado(a) a causa de el o los accidentes de trabajo?			22
23	¿Ha sufrido algún accidente en trayecto durante el último año? (si contestó que NO pase a la pregunta 26)			23
24	¿Ha tenido más de un accidente en trayecto durante el último año?			24
25	¿Estuvo incapacitado(a) a causa de el o los accidentes en trayecto?			25
26	¿Ha sufrido algún accidente en el hogar durante el último año? (si contestó que NO pase a la pregunta 29)			26
27	¿Ha tenido más de un accidente en el hogar durante el último año?			27
28	¿Estuvo incapacitado(a) a causa de el o los accidentes en el hogar?			28
Enfermedades que ha padecido durante el último año		SÍ	NO	
29	¿Frecuentemente tiene dificultad para conciliar el sueño?			29
30	¿Con frecuencia tiene sueño intranquilo?			30
31	¿Se despierta pocas horas después de haberse dormido y ya no se puede volver a dormir?			31
32	¿Ha tenido dolor de cabeza más de dos veces por mes? (si contestó que NO pase a la pregunta 39)			32
33	¿El dolor de cabeza se presenta cuando está nervioso(a) o irritable?			33
34	¿El dolor de cabeza es tan fuerte que le impide trabajar?			34
35	¿Está acompañado de náusea o vómito, mareo o visión borrosa?			35
36	¿Antes de que aparezca el dolor tiene sensaciones que le avisan que va a aparecer?			36
37	¿El dolor se presenta sólo en un lado de la cabeza?			37
38	¿Tiene a menudo molestias en el corazón o en el pecho?			38
39	¿A veces siente que se le quiere salir el corazón?			30
40	¿Frecuentemente le es difícil respirar?			40
41	¿Padece usted de palpitaciones frecuentemente, sin ninguna razón aparente?			41

42	¿Tiene poco o mucho apetito?			42
43	¿Sufre constantemente de estreñimiento o diarrea?			43
44	¿Muy a menudo siente usted el estómago revuelto?			44
45	¿Padece frecuentemente de náuseas o vómitos?			45
46	¿Sufre de indigestión a menudo?			46
47	¿Frecuentemente tiene dolores de estómago o enfermedades del mismo?			47
48	Trabajan mal su estómago y sus intestinos			48
49	¿Usualmente tiene dificultades en su digestión?			49
50	¿Frecuentemente sufre de flatulencias que le generan malestar?			50

¿Ha padecido en el último año alguna lesión en alguna de las siguientes partes del cuerpo QUE LE DIFICULTE O IMPIDA TRABAJAR?		SÍ	NO	
51	Cuello			51
52	Hombros, codos, muñecas o manos			52
53	Espalda, cintura, caderas o asentaderas			53
54	Muslos, rodillas, tobillos o pies			54
55	¿Ha tenido mucho dolor en la parte baja de la espalda?			55
56	¿En caso afirmativo el dolor se corre a la pierna?			56
57	¿Ha tenido várices en las piernas?			57
58	¿Durante el último año ha tenido hemorroides?			58

El siguiente bloque de preguntas contéstelas de acuerdo con lo que siente en este momento:		SÍ	NO	
59	¿Siente pesadez en la cabeza?			59
60	¿Siente el cuerpo cansado?			60
61	¿Tiene cansancio en las piernas?			61
62	¿Tiene deseos de bostezar?			62
63	¿Siente la cabeza aturdida o atontada			63
64	¿Esta somnoliento?			64
65	¿Siente la vista cansada?			65
66	¿Siente rigidez o torpeza en los movimientos?			66
67	¿Se siente poco firme e inseguro(a) al estar de pie?			67
68	¿Tiene deseos de acostarse?			68
69	¿Siente dificultad para pensar?			69
70	¿Está cansado(a) de hablar?			70
71	¿Está nervioso(a)?			71
72	¿Se siente incapaz de fijar la atención?			72

73	¿Se siente incapaz de ponerle interés a las cosas?			73
74	¿Se le olvidan fácilmente las cosas?			74
75	¿Le falta confianza en sí mismo(a)?			75
76	¿Se siente ansioso(a)?			76
77	¿Le cuesta trabajo mantener el cuerpo en una misma postura?			77
78	¿Se le agotó la paciencia?			78
79	¿Tiene dolor de cabeza?			79
80	¿Siente los hombros entumecidos?			80
81	¿Tiene dolor de espalda?			81
82	¿Siente opresión al respirar?			82
83	¿Tiene sed?			83
84	¿Tiene la voz ronca?			84
85	¿Se siente mareado(a)?			85
86	¿Le tiemblan los párpados?			86
87	¿Tiene temblor en las piernas o los brazos?			87
88	¿Se siente mal en general?			88

	Por favor señale si durante la semana pasada usted tuvo alguna de las siguientes sensaciones	No sucedió	Solo un poco	Sucedió mucho	Sucedió bastante	
89	Me costó mucho relajarme					89
90	Se me hizo difícil respirar					90
91	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones					91
92	Sentí que mis manos temblaban					92
93	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo					93
94	Sentí que no tenía motivos para vivir					94
95	Se me hizo difícil relajarme					95
96	No me pude entusiasmar por nada					96
97	Sentí que valía muy poco como persona					97
98	Sentí que estaba muy irritable					98
99	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico					99
100	Sentí que la vida no tenía ningún sentido					100

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

COMENTARIOS O SUGERENCIAS

Anexo 2. Plan de tabulación

Variable independiente	Variable dependiente	Hipótesis
I. Datos Generales		
Género	Actividades domésticas	Las mujeres tendrán mayor carga de trabajo doméstico, principalmente en el cuidado de hijos(as) y lo relacionado a preparación de alimentos.
	Tiempo libre	Las mujeres participarán menos en actividades relacionadas con el tiempo libre en comparación con los hombres. Principalmente en actividades sociales y de autocuidado.
	DASS	Las mujeres tendrán mayores puntajes para depresión, ansiedad y estrés en comparación con los hombres.
II. Calidad de vida y trabajo doméstico		
Especialidad	Tiempo libre	Los médicos residentes de las especialidades quirúrgicas participarán en menos actividades relacionadas con el tiempo libre. Principalmente aquellas asociadas a interacciones sociales y cuidado personal.
	Exigencias laborales	Los médicos residentes de las especialidades quirúrgicas estarán más expuestos a exigencias laborales que los que pertenecen a áreas clínicas. En función del tiempo de trabajo: Realizarán más guardias y tendrán una jornada laboral extensa. En función de la cantidad e intensidad de trabajo: Valorarán un número elevado de pacientes sin posibilidad de realizar necesidades básicas en un horario establecido. Relacionadas con la vigilancia en el trabajo: Estarán más expuestos a mal trato y supervisión estricta.
	Daños a la salud	Los médicos residentes de las especialidades quirúrgicas tendrán diagnóstico presuntivo de depresión, ansiedad, estrés, trastornos del sueño, cefalea tensional, trastornos psicosomáticos digestivos y fatiga. Principalmente se observará en mujeres de esta área.
Año de residencia	Tiempo libre	Los médicos del primer y segundo año de residencia tendrán menos participación en actividades relacionadas con el tiempo libre en comparación con los médicos residentes de mayor grado. Tendrán menos participación en actividades sociales.
	Exigencias laborales	Los médicos del primer y segundo año de residencia estarán más expuestos a exigencias laborales en función del tiempo de trabajo con la cantidad e intensidad de trabajo; relacionadas con la vigilancia en el trabajo; y relacionadas con la calidad o contenido del trabajo en comparación con los médicos residentes de mayor grado.
Estado Civil	DASS	Las personas con pareja tendrán menores puntajes para depresión en comparación con las personas sin pareja.
Tiempo libre	Daños a la salud	Las personas que participan en menos actividades relacionadas con el tiempo libre tendrán diagnóstico presuntivo de depresión, ansiedad, estrés, trastornos del sueño, fatiga.
III. Condiciones y valoración del trabajo		
Valoración del trabajo	Daños a la salud	Los médicos residentes con valoración negativa del trabajo tendrán diagnóstico presuntivo de depresión, ansiedad, estrés, trastornos del sueño, fatiga.

IV. Exigencias laborales		
Exigencias laborales en función del tiempo de trabajo	Tiempo libre	Los médicos residentes expuestos a exigencias laborales en función del tiempo de trabajo participarán en menos actividades relacionadas con el tiempo libre, principalmente aquellas sociales y de cuidado personal.
Exigencias laborales en función del tiempo de trabajo	Valoración del trabajo	Los médicos residentes expuestos a exigencias laborales en función del tiempo de trabajo tendrán una valoración negativa del trabajo.
Exigencias laborales en función del tiempo de trabajo	Daños a la salud	Los médicos residentes expuestos a exigencias laborales en función del tiempo de trabajo tendrán diagnóstico presuntivo de depresión, ansiedad, estrés, trastornos del sueño, cefalea tensional, trastornos psicósomáticos cardiocirculatorios y digestivos, así como fatiga.
Exigencias laborales en función de la cantidad e intensidad de trabajo; relacionadas con la vigilancia en el trabajo; y relacionadas con la calidad o contenido del trabajo	Valoración del trabajo	Los médicos residentes expuestos a exigencias laborales en función de la cantidad e intensidad de trabajo; relacionadas con la vigilancia en el trabajo; y relacionadas con la calidad o contenido del trabajo tendrán una valoración negativa del trabajo.
Exigencias laborales en función de la cantidad e intensidad de trabajo; relacionadas con la vigilancia en el trabajo; y relacionadas con la calidad o contenido del trabajo	Daños a la salud	Los médicos residentes expuestos a exigencias laborales en función de la cantidad e intensidad de trabajo; relacionadas con la vigilancia en el trabajo; y relacionadas con la calidad o contenido del trabajo tendrán diagnóstico presuntivo de depresión, ansiedad, estrés, trastornos del sueño, cefalea tensional, trastornos psicósomáticos cardiocirculatorios y digestivos, trastornos musculoesqueléticos, lumbalgia, várices y fatiga.