



## Jesús Antonio Moya López

Universidad Autónoma de Querétaro (México)

jesus.moya@uaq.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1030-6671>

## Heriberto Pacheco García

Universidad Autónoma de Querétaro (México)

pachecogarc@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2852-7069>

## Juana Monserrat Ramírez Perea

Instituto Mexicano del Seguro Social, San Juan del Río, Qro. (México)

merlina.98@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5444-4107>

Recibido: 15 de marzo de 2022

Aceptado: 20 de junio de 2022



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons BY-NC-SA 4.0

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7439230>

Sección: General

## Factores de riesgo psicosocial en médicos residentes de un hospital público de segundo nivel en el estado de Querétaro (México). Identificación mediante la NOM-035-STPS-2018

### Resumen

El presente artículo muestra los resultados de identificación de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, en un grupo ocupacional de 25 médicos residentes de un hospital público de segundo nivel en el estado de Querétaro (México), durante la pandemia provocada por el virus SARS-coV-2, cuyo proceso de trabajo y las condiciones en las que se realizó, convirtió el cuidado de la salud de los pacientes infectados con coronavirus, en una experiencia de sufrimiento psíquico, malestar emocional, angustia y miedo ante el contagio, agravamiento y muerte en aquellos trabajadores y trabajadoras de primera línea. El diagnóstico de identificación de los factores de riesgo psicosocial se realizó mediante la aplicación de la Guía de Referencia II de la NOM-035-STPS-2018, cuyo resultado caracteriza las condiciones y medio ambiente de trabajo particularmente en lo que se refiere a la carga de trabajo, la jornada de trabajo y el conflicto trabajo-familia identificados en nivel muy alto de riesgo psicosocial. Se discuten los resultados, recordando el urgente llamado a mejorar las condiciones de trabajo de este importante sector laboral.

**Palabras clave:** Personal médico, pandemia, riesgos psicosociales.

## Abstract

*This article shows the results of the identification of psychosocial risk factors at work, in an occupational group of 25 resident physicians at a second level public hospital in the state of Querétaro (México), during the pandemic caused by the SARS-coV-2 virus, whose work process and the conditions in which it was performed, turned the health care of patients infected with coronavirus into an experience of psychic suffering, emotional discomfort, anguish and fear if contagion, aggravation and death in those front-line workers. The diagnosis of identification of psychosocial risk factors was carried out by applying the Reference Guide II of NOM-035-STPS-2018, the result of which characterizes the working conditions and environment, particularly with regard to workload, working hours and work-family conflict, identified at a very high level of psychosocial risk. The results are discussed, recalling the urgent call to improve the working conditions of this important labor sector.*

**Keywords:** *Medical personnel, pandemic, psychosocial risks.*

## Introducción

La crisis de salud mundial derivada de la pandemia de la COVID-19, develó las vulnerables condiciones de trabajo, precariedad, pobreza y marginación en los empleos, aún dentro del ambiente formal institucional. No estábamos preparados para una crisis, puede escucharse de manera generalizada entre quienes evalúan los estragos y recuentan los daños de más de dos años de crisis sanitaria,

pero también al mirar las múltiples y todavía desconocidas secuelas de esta terrible situación que pasó de ser una crisis sanitaria, a una crisis económica, de descomposición social, familiar, emocional y evidentemente de trabajo, en su sentido más amplio, como aquella actividad ordenadora de la vida moderna.

En medio de este panorama, los gobiernos de las naciones segregaron a la población trabajadora en esenciales y no esenciales, ubicando en el primer lugar a todos aquellos contenidos en la "rama médica, paramédica, administrativa y de apoyo en todo el Sistema Nacional de Salud" (DOF, 2020, p. 3), como batallón de primera línea, en quien recayó, con todo lo que esto puede significar, la carga de trabajo no solo por la sobresaturación de los servicios de salud, la extensión de la jornada de trabajo, la falta de insumos y medios de protección personal, sino también una carga emocional y de responsabilidad, no solo subjetiva como percepción ante el riesgo del contagio, complicaciones y muerte, sino en la experiencia de sufrimiento psíquico, ante el trato sostenido con la enfermedad y la realidad de la muerte de sus propias familias, pacientes y pares de trabajo.

El problema comenzó el 11 de marzo de 2020, cuando la Secretaría de Salud confirmó el primer caso de COVID-19 en Querétaro, fue un varón residente de España que viajó a México vía el Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México y se trasladó a Querétaro en auto particular para visitar a familiares,

presentando sintomatología, aplicándole la prueba, resultando positivo. Para el 29 de marzo de 2020, la Secretaría de Salud del estado, informó el primer deceso por COVID-19 en Querétaro, se trató de un hombre de 58 años de edad. El personal médico comenzó a verse afectado en septiembre de 2020, cuando se tenían contabilizados mil 199 casos confirmados, con 141 casos activos y ocho decesos de personal médico (El Queretano, 11 de marzo de 2022, p.1).

La primera línea de trabajo también fue la primera línea de riesgo. La experiencia de trabajar se convirtió en fuente de sufrimiento y malestar, donde fue necesario afrontar la crisis sanitaria con una prolongada fuerte crisis emocional, donde el miedo al contagio, agravar y morir, la angustia y preocupación por el futuro incierto sobre la duración de la pandemia, la experiencia de ver agravarse cada día cientos de casos que se atendieron en los hospitales, las múltiples reclamaciones e incomprensiones de los familiares ante las insuficiencias del sistema de salud mexicano, hicieron que los trabajadores médicos forzaran sus verdaderos sentimientos y emociones, con importantes repercusiones en su salud y bienestar psicosocial. Como afirma Neffa (2000), al registrar la experiencia de los trabajadores en la pandemia:

Se trabaja controlando las emociones, lo cual hace sufrir porque impide que se trabaje de manera auténtica, sin tener que fingir lo que realmente se siente, sin temor o la vergüenza de expresar el miedo y las emociones, porque eso está ocurriendo entre los trabajadores del sector de la salud, de seguridad, muchos teletrabajadores y los repartidores y conductores de Uber (Neffa, 2000, p. 28).

El trabajo no puede ser reducido al proceso técnico instrumental para la generación de una mercancía, un conocimiento, un bien o un servicio, como en el caso del personal médico, sino que es ante todo una experiencia interna llena de significados, satisfacciones y grandes frustraciones, que estructura los demás mundos de la vida, incluida la esfera del sueño, de la familia y del tiempo libre; es necesario profundizar en aquellas experiencias de frustración y sufrimiento, malestar emocional expresado por aquellos que inmersos en el mundo del trabajo, expusieron su propia vida para salvar la vida de otros.

Porque no se puede separar la vida del trabajador en dimensiones; error es pensar que el trabajador deja sus roles familiares, sociales y comunitarios cuando entra al mundo del trabajo, pues cuando enferma lo hará para la vida completa, cuando tiene miedo o expresa angustia, lo hará también afuera del tiempo productivo, porque si el trabajo da muerte, no muere solo el trabajador, mueren también, simbólicamente, el hermano, el hijo, el padre y madre de familia.

## Estudios sobre las condiciones de trabajo en médicos mexicanos

Para situar el presente estudio en la frontera de conocimiento, se realizó una revisión de literatura en donde se buscó dar cuenta de la producción académica de los últimos diez años respecto a las condiciones de trabajo del personal médico. De tal forma, pueden ubicarse características de este grupo ocupacional en donde resaltan cuestiones como sobrecarga de trabajo, exigencias laborales y tendencia al síndrome de *burnout*, en este sentido existen diversos estudios que muestran la prevalencia de situaciones en donde se pone en riesgo la salud de los trabajadores de hospitales, sin importar su condición laboral, es decir, si son pasantes, enfermeras, médicos internistas, médicos familiares; situación que a continuación se abordará.

Ramírez *et al.* (2011) realizaron un estudio exploratorio, mediante una encuesta compuesta por 202 preguntas, sobre las condiciones de trabajo en pasantes de la Facultad de Medicina de la UNAM; los autores trabajaron con una muestra de 262 participantes en donde se observó que a pesar de que no fueron estrictamente trabajadores de las instituciones de salud donde realizaron su servicio social, las obligaciones y responsabilidades asumidas eran similares a las de un médico general y repercutían en ámbitos como el tiempo libre en donde a los pasantes no se les respetaban los días de descanso, ni los periodos de vacaciones que mercaba el reglamento de su facultad, expresando un desinterés de parte de la institución de salud y de la propia universidad por redistribuir su carga de trabajo.

Aranda *et al.* (2013) realizaron un estudio en tres instituciones de salud en Guadalajara, utilizando para ello la Guía de Identificación de Factores Psicosociales del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Inventario de Recursos Sociales de Díaz Veiga modificado y la escala de valoración de Maslach Burnout Inventory (MBI), en las tres instituciones se encontraron aspectos del trabajo como "tareas rutinarias, complejas, exhaustivas y peligrosas, rapidez en la ejecución de las tareas, verbalizaciones constantes, servicio al público, población fluctuante y desconocida, automatización, sobrecarga de trabajo, responsabilidad por la seguridad personal e integridad física de otros" (p. 498), situaciones que impactaban negativamente en los trabajadores, sin embargo, algo valioso del artículo que presentan los autores es señalar que las diferencias significativas que se encontraron dentro de los trabajadores que desarrollaron *burnout* frente a los que no, es la prevalencia en estos últimos de la variable del apoyo social, es decir, se discute con ello la relevancia de las redes sociales y de apoyo que les permiten afrontar las vivencias dentro de su trabajo.

Beltrán *et al.* (2015) analizaron los factores de riesgo asociados al *burnout* en médicos generales de Tepic, Nayarit, encontrando que las condiciones de trabajo en los centros de salud revisados, principalmente caracterizadas por situaciones como "largos periodos de aislamiento, no posibilidad de hacer pausas, limitación de tiempo, tareas rutinarias, complejas y de cambios constantes, sobrecarga de trabajo, cambios

en los métodos, técnicas y tecnologías nuevas, desplazamientos no programados, rotación constante e irregular, turno nocturno, no posibilidad de organizar su actividad diaria" (p. 251), entre otros, influían en aspectos como el agotamiento emocional y la falta de realización, sobre todo enfatizando una correlación entre el exceso de trabajo y carga horaria con las repercusiones en la salud psíquica y mental de los trabajadores, por lo que sería fundamental, como recomendación de los autores, adecuar las áreas laborales y las tareas que desarrollan en su actividad laboral.

Así mismo, Valdivieso-Martínez y López-García (2016) establecieron una evaluación del estrés laboral en médicos familiares de una unidad de primer nivel de atención situada en el Valle de México. Se utilizó para efectos del estudio el cuestionario de Maslach y el cuestionario demanda-control de Karasek. Con ello se ubicó que aspectos como la falta de cooperación, el aumento en la cantidad de pacientes y las exigencias laborales pueden decantar en síntomas asociados al *burnout*, no obstante, los resultados de su implementación mostraron que si bien se presentaron algunas sintomatologías relacionadas al agotamiento físico e intelectual, a la despersonalización y a la baja realización, no se presentaron casos específicos donde se identificaran positividad en los tres aspectos, no obstante, lo que más se percibía era que "gran parte de los médicos presenta baja realización personal y que esta aumenta con la antigüedad, lo cual pone de manifiesto la desmotivación de los médicos conforme avanzan en su desempeño profesional en el área" (p.134).

Santillán (2018) estableció un análisis de las condiciones laborales de los médicos en el sector de la salud del estado de Nuevo León, lo relevante de su propuesta es que está atravesada por el concepto de trabajo decente que estableció la OIT y la operacionalización del mismo. En este sentido la autora recupera una metodología establecida por Gálvez *et al.* (2011 en Santillán y Núñez, 2018) en donde se miden rubros como el empleo durable, salario suficiente y prestaciones sociales como componentes del trabajo no precario. Los resultados que se muestran establecen que las condiciones de trabajo de los médicos neoleoneses han ido en descenso, sobre todo en la medida en que se encontró que las prestaciones o ingresos disminuyeron y se incrementaron las participaciones de médicos sin prestaciones

Por otra parte, Palacios-Nava y Paz-Román (2019) evaluaron, con el inventario de Maslach, el estrés en 724 médicos adscritos y residentes de hospitales en la Ciudad de México y su relación con las condiciones de trabajo, mismas que estaban caracterizadas por una carga excesiva, presión en el trabajo y jornadas extenuantes. De este modo se señala que uno de los aportes fundamentales de su artículo es establecer la diferencia entre la vivencia de estrés en ambos grupos poblacionales, mismos que según las autoras, fueron peores para los residentes que para los médicos adscritos dado que "los primeros tuvieron jornadas de trabajo exhaustivas, 59% trabajaba entre 70 y 86 horas, por semana, realización de guardias en el 94%, y aunque ambos grupos reportaron poca libertad para el trabajo, supervisión y carga de trabajo excesivas,

estos estuvieron presentes con mayor frecuencia en los residentes” (p. 326), en este sentido, vale la pena señalar que en cuanto a las manifestaciones psicosomáticas se encontraron fatiga, dolor de espalda, dolor de cabeza, problemas para dormir, debilidad, dolor en articulaciones y en estómago.

Las características descritas estaban presentes previo al año 2020, tal como lo muestra Agostoni (2020):

Es importante señalar que las demandas y manifestaciones del personal de salud también fueron constantes a lo largo de 2019. Durante ese año, antesala de la pandemia, numerosos médicos y médicas, al igual que enfermeras y enfermeros de hospitales federales, de la seguridad social y de los institutos nacionales de salud, entre otros, repetidamente tomaron las calles, suspendieron sus labores de manera escalonada y reclamaron la creciente precariedad en la que se veían obligados a trabajar a causa de los incesantes recortes presupuestales en el sector salud. La suspensión de pagos ordinarios y extraordinarios por horas extra, guardias y suplencias; la falta de equipos e insumos hospitalarios; la disminución y reprogramación de cirugías, consultas médicas y servicios médicos generales; las afectaciones en el abasto de medicamentos y de material de curación, fueron algunos de

los motivos de los reclamos y protestas. Asimismo, miles de pacientes, solos o con sus familias, tomaron las calles y avenidas de las ciudades principales exigiendo al sector salud continuidad en los tratamientos, seguimiento de las consultas médicas y fin a la escasez de medicamentos (p.1).

Lo cierto es que, con la pandemia, las malas condiciones laborales a las que se enfrentan los médicos se acrecentaron, sobre todo se evidenciaron las debilidades del sistema público de salud en donde desde 1990 se presentaba un gasto entre 2.5 y el 3 por ciento del total del PIB, cuando la OMS solicita que este sector cuente, por lo menos, con el 5% del PIB (Candia y Oliviera, 2020).

Derivado de esto, a la carga laboral que ya se presentaba se le añadió la falta de recursos humanos para dar una respuesta efectiva a los solicitantes del servicio médico, ante lo que se solicitó la extensión de turnos, y se ofreció incremento al salario, unos por amor a la profesión, otros por aumentar sus ingresos aceptaron doblar turnos, este compromiso económico se extendió a todo el personal de salud, pero el requerimiento no ha sido del todo atendido, porque pese al ofrecimiento oficial se han presentado disparidades económicas que afectan fundamentalmente al personal médico y de enfermería, a las situaciones anteriores se sumó, la falta de equipo médico que diera seguridad al no contagio, y estar en condiciones de dar atención a pacientes de esta enfermedad (Recéndez, 2020).

Como lo plantean Montiel y Nati (2021):

No se puede jugar a la suerte enviando médicos al *campo de batalla* sin las más mínimas condiciones, porque no hay nada más desestabilizador que la enfermedad de los propios facultativos; pues, a medida que deban abandonar sus funciones a causa de la enfermedad, se va incrementando la escasez de recursos humanos capacitados en los momentos donde más se requieren (p.1).

De este modo, una importante carga mental fueron las tensiones a las que se vieron expuestos los médicos, como el miedo a padecer COVID-19. Se debe señalar que si bien en México hay insuficientes estudios al respecto, en países como Colombia se realizaron investigaciones en donde se registró que “más del 70% de los evaluados manifestaron miedo de padecer COVID-19, ser fuente de contagio para sus familias, ser portadores asintomáticos e incluso morir” (Monterrosa-Castro *et al.* 2020, p. 22), situación que se expresó en síntomas como ansiedad, estrés laboral y las manifestaciones psicósomáticas.

Neffa (2020a) afirma que, en medio de la crisis sanitaria, la carga depositada sobre los trabajadores en torno al número de pacientes a atender, fue también una carga emocional y de responsabilidad, incluso representada en un sentimiento de romanticismo para subestimar el riesgo —en su sentido más estricto— no como potencialidad sino como daño a la vida, la salud, el cuerpo y subjetividad.

A los trabajadores del sector salud, se les hace creer que estamos en guerra y que ellos son héroes que están peleando contra un enemigo invisible. Eso estimula una estrategia defensiva, que los induce a subestimar el riesgo de contagiarse entre ellos mismos cuando hacen las pausas sin portar equipos de protección personal, son héroes sin capa (Neffa, 2020 p. 30).

En este orden de ideas, recuperar la experiencia de un grupo ocupacional de profesionales de la salud, a partir de estas condiciones de crisis, permite conocer y comprender parte de estas experiencias y significados y también las condiciones de trabajo y medio ambiente, que son el contexto de condiciones histórico sociales donde surge la nocividad laboral, como escenario de la pérdida de la calidad de vida y la salud. La NOM-035-STPS-2018, precisamente permite identificar aquellas condiciones de trabajo peligrosas e inseguras, insuficientes e insatisfactorias del proceso de trabajo de un grupo ocupacional concreto, sus resultados que son presentados mediante una metodología de semáforo de riesgo psicosocial, y que discutidas en integración a la realidad de la experiencia y percepción de los trabajadores, permiten mostrar hallazgos de relevancia para la construcción del conocimiento en torno a una realidad laboral específica.

Ha quedado claro que el personal médico cumplió con su responsabilidad al frente de la atención a los enfermos, pero ¿qué es ser médico

en medio de una pandemia?, ¿acaso este no estar preparado ante una crisis, modificó las condiciones de contratación, seguridad, prestaciones, reconocimiento del desempeño, sentido de pertenencia, control sobre el trabajo? O más bien, agudizó las ya desgastadas y precarias condiciones de trabajo.

El médico es el profesional de la salud y el bienestar, cuya misión consagrada es

Hacer el bien a quien requiere su atención profesional y enseñar a otros a realizarlo para provecho del ser humano, cualquiera sea su edad, sexo, raza, credo religioso y político como expresión del sumo respeto por su dignidad intrínseca y por su existencia... [sin embargo], ninguna profesión ha sido tan degradada como la medicina en la época actual, pues cuando los médicos eran esclavos se respetaba y obedecía su criterio. En verdad dejamos de ser libres para convertirnos en esclavos de la peor condición. No podemos negar que el imponderable progreso de la técnica aplicado a la medicina ha hecho que en la formación de los médicos jóvenes predomine más el conocimiento técnico de la salud y la enfermedad que el sentido humano que nos hace verdaderos médicos, el sentido humano de Hipócrates de Cos. Donde para tratar bien, el médico debe ser tratado bien (Córdoba-Palacio, 2015, p. 142).

¿En qué condiciones están hoy los médicos? ¿Por qué el sufrimiento en el trabajo parece hoy la condición de trabajo que predomina como experiencia de vulnerabilidad ante una crisis sanitaria? ¿Quién les cuida a ellos y ellas? No basta con reflexionar en torno a esta experiencia como retórica que mueva a la compasión, el sentimiento y gratitud ante la vida que muchos expusieron y entregaron en la primera línea, sino que urge identificar sus condiciones reales de trabajo y medio ambiente para analizarlas y, al hacerlo, prevenir las secuelas en términos del surgimiento de nuevas afecciones socio psíquicas y alteraciones mentales como el estrés postraumático, crisis de ansiedad, *burnout*, depresión e incluso ideaciones e intentos suicidas, donde paradójicamente se expresa el total contrasentido de la medicina, haber perdido la vida, por cuidar la de los otros. Al no cuidar la vida de los médicos, concretamente en la mejora a las condiciones de trabajo y respeto a su actividad profesional, el trabajo se convierte en fuente de enajenación, donde la vida es despojada, convertida en mero medio de la producción.

Osorio (2006) plantea, respecto a la enajenación de la vida del hombre, ante las políticas de la producción, aun en los servicios, como es el caso de cuidar a otros, que

La constitución de la fuerza de trabajo en mercancía encierra, como en toda mercancía, una unidad contradictoria. Quien la vende la enajena (desgasta) por un valor de cambio, como forma de acceder a los medios de subsistencia.



Quien la compra la adquiere para “disfrutar” su valor de uso, esto es, del trabajo mismo. En esa situación se dibujan las fronteras que enmarcan el territorio que aquí nos importa destacar. Pero en la venta y compra de la fuerza de trabajo se hace presente un hecho paradójico: las capacidades físicas y creativas que permiten trabajar no son ajenas a la corporeidad viva del trabajador. Por tanto, al hacer entrega de la mercancía vendida, la fuerza de trabajo, su propietario no sólo termina entregando a aquélla, sino el plus de su propia base material en tanto ser viviente. No hay desprendimiento posible entre su cuerpo vivo y su capacidad de trabajo y entre su existencia como ser vivo y dicha capacidad (Osorio, 2006, p. 4).

Así es, la vida del trabajador queda alienada en función de los intereses empresariales, queda en “entre dicho” (Osorio, 2006) su dignidad y su capacidad de libertad. El hombre al vender su trabajo, pierde la capacidad de agente y se convierte en un operador, operario de los intereses empresariales para obtener una serie de satisfactores. Sería importante que estos intereses fueran también los de la realización y vida digna de los trabajadores en todas sus dimensiones.

Es cierto, la ética del trabajo es la producción, como establece González (2008) la razón de actuación de la empresa es la “generación de riquezas” (González, 2010, p. 4), pero también

debe tener en su centro, como criterio ético, el materializar “la condición de existencia de los seres humanos capaces de formar sujetos políticos con capacidad de autogobernarse” (González, 2008, p. 9), es decir, que el trabajo cumpla su sentido humanizador. Que el propósito del trabajo no sea solo la generación de la riqueza y la ganancia, sino la capacidad de satisfacer las necesidades de los propios trabajadores y sus colectivos, donde la vida del trabajador sea el centro del proceso de trabajo y se cuide la vida de los propios trabajadores y trabajadoras.

Este carácter humanizador empieza por reconocer que:

Los seres humanos son complejos, no simples trabajadores. Que sus tres dimensiones física, psíquica y mental se movilizan en la actividad laboral, están íntimamente relacionadas y deben funcionar de manera coherente y articulada para preservar la salud. Si durante la actividad laboral una de ellas es vulnerada, el daño repercute sobre las otras generando sufrimiento psíquico y mental, además del dolor físico que puede ser el resultado de enfermedades profesionales o de lesiones y accidentes de trabajo que llegan hasta poner en riesgo la vida humana (Neffa, 2015, p. 265).

Es decir, la complejidad de lo humano es reconocer todas las esferas en las que la vida se manifiesta

en la interacción y cómo están interconectadas, de tal suerte que la dignidad en el trabajo, es decir, la mejora de las condiciones de salud laboral y de bienestar, son también mejora en todos los demás ámbitos de relación, incluidos los espacios intrapersonales.

El trabajador, aunque venda su fuerza de trabajo, es agente de la interacción; cuando se afirma que la vida queda "suspendida" (Osorio, 2006) se afirma que no está todo dicho, que queda suspendida en la interacción que el trabajador hace con las condiciones y exigencias a las que se enfrenta. A veces enfermar y morir, como en el caso de estudio que nos ocupa.

Así, aunque las condiciones más adversas de factores de riesgo psicosocial asociados a la consecución de un proceso de trabajo estén presentes, inclusive de manera histórica para un colectivo o grupo ocupacional, se ha de desnaturalizar esta realidad, volviendo al concepto de trabajo digno, donde se postulan los principios generales de un proceso de trabajo capaz de reconocer la dignidad del ser humano con la procuración de condiciones de trabajo seguras y salubres.

### **Metodología**

El presente estudio se realizó mediante un diseño cuantitativo, de corte transversal y de alcance descriptivo.

### **La población de estudio**

La población de estudio, estuvo conformada por 25 médicos residentes de un hospital público de

segundo nivel en el Estado de Querétaro (México), contratados de manera indeterminada para ofrecer servicios públicos de salud de segundo nivel conforme se establece en la *Guía clínica para la práctica médica* (2020), que tiene como objetivo:

Otorgar servicios integrales de salud a los pacientes y su familia con base en los principios de equidad, calidad, oportunidad y eficiencia y eficacia con la finalidad de mejorar los niveles de salud en la población derechohabiente del estado de Querétaro, así como de su instrumento de seguridad social, con los altos estándares de calidad, oportunidad y seguridad del paciente, favoreciendo su inclusión al Sistema Integrado de Salud. La principal actividad del personal médico es, brindar atención médica en consulta externa, valoraciones, intervenciones quirúrgicas y hospitalización (p. 124).

Al ser un hospital público de segundo nivel, durante la pandemia de COVID-19 la actividad del personal médico se volcó a la atención de pacientes infectados en la pandemia, dada la realidad de conversión hospitalaria, dejando de lado las intervenciones quirúrgicas y la atención en consulta externa de las múltiples afecciones de los derechohabientes y atendiendo de manera prioritaria a quienes, agravados los cuadros de infección, requirieron atención de hospitalización.

Las condiciones de trabajo de la población de estudio, y la caracterización de ser médicos residentes, cuya estancia en el centro de trabajo es para terminar la formación profesional o para continuar en una especialidad médica, coloca a este grupo ocupacional en vulnerabilidad respecto a las formas de contratación, las cuales son temporales, los salarios, se realizan de manera arbitraria cada tres meses. En cambio, en lo que los médicos residentes son semejantes a los contratados de manera indefinida, es en la carga de responsabilidad laboral, donde deben cumplir las mismas tareas, y en el caso concreto de la pandemia, con el mismo nivel de riesgo y peligrosidad de contagio.

La Ley Federal del Trabajo, capítulo XVI, artículos 353 A y siguientes, establecen que el "médico residente, es el profesional de la 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" (Ley Federal del Trabajo, 2021, Art. 353 A).

Respeto a los derechos laborales de los médicos residentes, se establece, que

Son derechos especiales de los Médicos Residentes, que deberán consignarse en los contratos que se otorguen, a más de los previstos en esta Ley, los siguientes:

I. Disfrutar de las prestaciones que sean necesarias para el cumplimiento de la Residencia;

II. Ejercer su Residencia hasta concluir su especialidad, siempre y cuando cumplan con los requisitos que establece este Capítulo.

Son obligaciones especiales del Médico Residente, las siguientes:

I. Cumplir la etapa de instrucción académica y el adiestramiento, de acuerdo con el programa docente académico que esté vigente en la Unidad Médica Receptora de Residentes;

II. Acatar las órdenes de las personas designadas para impartir el adiestramiento o para dirigir el desarrollo del trabajo, en lo concerniente a aquél y a éste;

III. Cumplir las disposiciones internas de la Unidad Médica Receptora de Residentes de que se trate, en cuanto no contraríen las contenidas en esta Ley;

IV. Asistir a las conferencias de teoría sesiones clínicas, anatomoclínicas, clinicorradiológicas, bibliográficas y demás actividades académicas que se señalen como parte de los estudios de especialización;

V. Permanecer en la Unidad Médica Receptora de Residentes, en los términos del artículo siguiente; y

VI. Someterse y aprobar los exámenes periódicos de evaluación de conocimientos y destreza adquiridos, de acuerdo a las disposiciones académicas y normas administrativas de la Unidad correspondiente.

Dentro del tiempo que el Médico Residente debe permanecer en la Unidad Médica Receptora de Residentes, conforme a las disposiciones docentes respectivas, quedan incluidos, la jornada laboral junto al adiestramiento en la especialidad, tanto en relación con pacientes como en las demás formas de estudio o práctica, y los períodos para disfrutar de reposo e ingerir alimentos. La relación de trabajo será por tiempo determinado, no menor de un año ni mayor del período de duración de la residencia necesaria para obtener el Certificado de Especialización correspondiente, tomándose en cuenta a este último respecto las causas de rescisión señaladas en el artículo 353 (Ley Federal del Trabajo, 2021, artículos 353 B, C, D, E, F, G).

Con estas características puede dimensionarse la carga de trabajo de los médicos residentes, dadas las responsabilidades de realizar las actividades propias de la residencia, en la jornada de ocho horas diarias, aunado a la carga por la formación profesional, la asistencia a sesiones de adiestramiento y las evaluaciones constantes a las que están sometidos.

### ***Variables sociodemográficas***

De los 25 médicos residentes que formaron la población de estudio para la identificación de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, mediante

la Guía de referencia II, el 44% de ellos fueron hombres, mientras que el 56% fueron mujeres, la media de edad fue de 28 años, el más joven con 26 años y con 35 el de mayor edad; respecto a la variable escolaridad el 100% expresa tener licenciatura, conforme a la variable estado civil, el 96% de ellos son solteros, mientras que el 4% se encuentran en un estado civil de unión libre.

Respecto a las variables laborales, en tanto al turno, el 100% de la población se encuentra laborando en un turno mixto, comprendiendo períodos de tiempo de las jornadas diurna y nocturna, con una media de carga laboral semanal de más de 40 horas laboradas, de las cuales, todas fueron en atención a pacientes COVID-19 y respecto a la antigüedad como residentes, se expresó que el 48% de ellos tiene una antigüedad de 9 meses; un 40% tiene una antigüedad de 8 meses; 8% tienen una antigüedad de un año y solo el 4% tiene una antigüedad de 1 año 8 quincenas.

### ***Criterios de aplicación***

Se realizó la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, mediante la aplicación del cuestionario Guía de Referencia II de la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018 al total de la población, es decir a los 25 médicos residentes, conforme se establece en el numeral 7.4 para centros de trabajo que tengan entre 16 y 50 trabajadores. Se incluyó a todos los médicos residentes, de todos los turnos, sexo y antigüedad, sin excluir a nadie, salvo que de manera expresa manifestaran no querer participar, situación que no sucedió.

*Tabla 1*  
*Cronograma de aplicación.*

Fecha	Cédulas aplicadas
26 de noviembre de 2021	18
10 de diciembre de 2021	7

*Fuente: Elaboración propia, con base a las fechas de aplicación.*

La identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial contempló las siete dimensiones establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018 que son:

- a) Las condiciones en el ambiente de trabajo: Condiciones peligrosas e inseguras o deficientes e insalubres, que exigen del trabajador un esfuerzo adicional de adaptación.
- b) Las cargas de trabajo: Exigencias que el trabajo impone al trabajador y que exceden su capacidad, cuantitativas, cognitivas o mentales, emocionales, de responsabilidad.
- c) La falta de control sobre el trabajo: La posibilidad que tiene el trabajador para influir y tomar decisiones en la realización de sus actividades.
- d) Las jornadas de trabajo y rotación de turnos: Una exigencia de tiempo laboral que se hace al trabajador en términos de la duración y el horario de la jornada.
- e) Interferencia en la relación trabajo-familia: Conflicto entre las actividades familiares o personales y las responsabilidades laborales.
- f) Liderazgo negativo y relaciones negativas en el trabajo: Tipo de relación que se establece entre

el patrón o, sus representantes y los trabajadores, Y la interacción que se establece en el contexto laboral, trabajo en equipo y apoyo social.

g) La violencia laboral: 1) Acoso, acoso psicológico; 2) Hostigamiento y 3) Malos tratos (NOM-035-STPS-2018).

Sin embargo, para fines del presente artículo, se presentarán en resultados aquellas identificadas con nivel alto y muy alto conforme al semáforo de riesgo psicosocial, y así poder mostrar el diagnóstico en términos de aquellos factores de riesgo que expresan mayor nocividad laboral.

### ***Criterios de aplicación del instrumento***

La aplicación se realizó en una sala ventilada, guardando y atendiendo todas las medidas de sanidad vigentes, dado que la aplicación se hizo en el contexto de la segunda ola de COVID-19 en México, respetando la sana distancia entre participantes, procurando que las condiciones de las instalaciones y mobiliario fueran idóneas, incluyendo mesas y sillas adecuadas, así como la iluminación de la sala y la somatización del propio personal.

Se realizó la presentación del aplicador y colaboradores ante las personas a evaluar; se explicó el objetivo de la evaluación; se enfatizó en la protección de la privacidad y confidencialidad para el manejo de los datos, y que el uso de la información proporcionada y los resultados obtenidos serán exclusivamente para fines de mejora del ambiente de trabajo; se leyó el acuerdo de confidencialidad y la carta de consentimiento informado anexo al cuadernillo, se dieron

instrucciones claras sobre: la forma de responder a las preguntas de las diferentes secciones; que se contestara el cuestionario completamente; que no existen respuestas correctas o incorrectas; que es necesaria su concentración; que se consideren las condiciones de los últimos dos meses y que su opinión es lo más importante por lo que se les solicito que contestaran con sinceridad. Se inició la aplicación en el orden siguiente: en primer lugar, del cuestionario sobre factores de riesgo psicosocial, y finalmente, realizaron el llenado de la ficha de datos generales del trabajador.

Durante la aplicación del cuestionario se propició un ambiente de respeto y confianza; permitiendo una comunicación fluida entre los trabajadores y el evaluador; se aclararon dudas y se brindó apoyo a los trabajadores que lo requirieron, se verificó que las indicaciones proporcionadas hayan quedado claras; se evitó interrumpir a los trabajadores cuando realizaron sus respuestas; se evitó conducir, persuadir o dirigir sus respuestas.

Después de la aplicación de la Guía de Referencia, se recogió cada cuestionario y se verificó que hayan sido respondidos completamente, sin tachaduras o enmendaduras, y se comprobó que la cantidad de cuestionarios entregados correspondieran con la cantidad de cuestionarios respondidos.

### **Análisis de datos**

La calificación de cada uno de los 25 cuestionarios se realizó mediante el siguiente procedimiento. Tal como se establece en la NOM-035-STPS-2018, se empleó primero el vaciado en una base de datos,

utilizando los valores indicados en el apartado 7.1 a) de la Guía de Referencia II de la NOM-035-STPS-2018, categorizando las variables sociodemográficas empleadas y los resultados en cinco variables personales: edad, género, estado civil, escolaridad y el nombre, que por criterio de confidencialidad no se expone en el presente documento, y tres variables laborales: unidad en la que se encuentra, turno y antigüedad.

### **Proceso de calificación del cuestionario Guía de Referencia II**

Las respuestas de los ítems del cuestionario para la identificación de los factores de riesgo psicosocial, de la Guía de Referencia II, fueron calificados de acuerdo con la puntuación de la tabla siguiente:

*Tabla 2*  
*Valor de las opciones de respuesta.*

Ítem	Calificación de las opciones de respuesta				
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33.	0	1	2	3	4
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46.	4	3	2	1	0

Fuente: NOM-035-STPS-2018.

Para obtener la calificación se consideró la Tabla 3 que agrupa los ítems por categoría, dominio y dimensión, y se procedió de la siguiente manera:

- 1) Calificación del dominio (Cdom). Se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems que integran el dominio;
- 2) Calificación de la categoría (Ccat). Se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems que integra la categoría, y;
- 3) Calificación final del cuestionario (Cfinal). Se obtiene sumando el puntaje de todos y cada uno de los ítems que integran el cuestionario.

Tabla 3

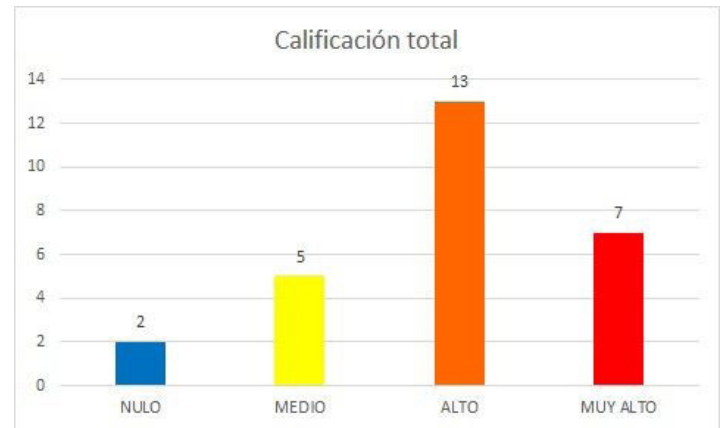
Grupos de ítems por dimensión, dominio y categoría.

Categoría	Dominio	Dimensión	ítem	
Ambiente de trabajo	Condición en el ambiente de trabajo	Condiciones peligrosas e inseguras	2	
		Condiciones deficientes e insalubres	1	
		Trabajos peligrosos	3	
Factores propios de la actividad	Carga de trabajo	Cargas cuantitativas	4, 9	
		Ritmos de trabajo acelerado	5, 6	
		Carga mental	7, 8	
		Cargas psicológicas emocionales	41, 42, 43	
		Cargas de alta responsabilidad	10, 11	
		Cargas contradictorias o inconsistentes	12, 13	
	Falta de control sobre el trabajo	Falta de control y autonomía sobre el trabajo	20, 21, 22	
	Limitada o nula posibilidad de desarrollo	18, 19		
	Limitada o inexistente capacitación	26, 27		
Organización del tiempo de trabajo	Jornada de trabajo	Jornadas de trabajo extensas	14, 15	
	Interferencia en la relación trabajo-familia	Influencia del trabajo fuera del centro laboral	16	
		Influencia de las responsabilidades familiares	17	
Liderazgo y relaciones en el trabajo	Liderazgo	Escasa claridad de funciones	23, 24, 25	
		Características del liderazgo	28, 29	
	Relaciones en el trabajo	Relaciones sociales en el trabajo	30, 31, 32	
		Deficiente relación con los colaboradores que supervisa	44, 45, 46	
	Violencia	Violencia laboral		33, 34, 35,
				36, 37, 38,
			39, 40	

Fuente: NOM-035-STPS-2018.

## Resultados

Gráfica No. 1 Calificación final de riesgo psicosocial.



Fuente: Elaboración propia, conforme a tratamiento estadístico de la muestra.

En la presente gráfica se observa un nivel alto de riesgo psicosocial, como calificación final, conforme al semáforo de identificación de los factores de riesgo psicosocial en el centro de trabajo. Se puede observar que la tendencia de la gráfica es hacia el muy alto, es decir, ascendente, motivo por el cual, se puede asegurar un proceso de trabajo con malas condiciones de trabajo, peligrosas, insuficientes, insalubres.

Al analizar la calificación final, se puede mostrar el carácter dinámico del centro de trabajo, es decir, la tendencia general de la gráfica, que permite caracterizar a la población estudiada en aquellas condiciones y medio ambiente de trabajo, generadores de riesgo y afecciones psíquicas y mentales en los trabajadores.

Esta realidad se expresó por los trabajadores como aquellas condiciones que pueden provocar trastornos de ansiedad, no orgánicos del ciclo

sueño-vigilia y de estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada de trabajo y la exposición a acontecimientos traumáticos severos o a actos de violencia laboral al trabajador, por el trabajo desarrollado.

Una organización con un nivel alto-muy alto de riesgo, expresa una descompensación de los recursos de afrontamiento de los trabajadores a dichas condiciones de trabajo, donde no es ya suficiente el esfuerzo adaptativo que busca compensar con la creatividad, iniciativa, toma de decisiones y capacidad de resolución ante las demandas del entorno laboral. Es la fatiga y el agotamiento, la entrada al surgimiento de mayores psicotrastornos como el estrés y *burnout*.

Un nivel de alto riesgo, representa para la vida de los trabajadores la experiencia de vivir el proceso de trabajo como una experiencia sufrida, que las condiciones de trabajo no son las adecuadas y que están afectando la vida de los trabajadores.

Puede comprenderse la afeción a la vida de los médicos residentes en las tres dimensiones expresadas en Neffa (2000b), y que propiamente encierran el carácter psicosocial de los riesgos laborales.

A nivel físico, la presencia de riesgos psicosociales agotan y desgastan los recursos biológicos de los trabajadores, al no permitir la recuperación de las fuerzas físicas propias para continuar con las responsabilidades del trabajo, lo cual tendrá inmediata afectación en los trastornos del sueño vigilia, en la interrupción de los tiempos para alimentarse y para tomar pausas en el trabajo,

y en el aumento del ritmo de trabajo para cumplir las demandas organizacionales, lo cual provocará un mayor desgaste muscular y esquelético y un agotamiento físico que se expresa en el cansancio y sensación de no descanso a pesar de haber permanecido en reposo.

A nivel emocional, el trato sostenido con la enfermedad, el agravamiento y la muerte de los pacientes contagiados de COVID-19, que representó atender a los pacientes en la segunda ola, cuando el aumento de casos sucedió a nivel exponencial, llegando el hospital a atender hasta el 100% de su capacidad instalada.

Y a nivel interpersonal, el daño provocado se expresa en el conflicto trabajo familia, a pesar de que ellos expresan ser solteros en su gran mayoría, la afectación de las excesivas cargas de trabajo y la jornada afectó considerablemente la dinámica socio familiar.

### **Nivel de riesgo por categoría y dominio**

Se presentarán ahora aquellas categorías y dominios que caracterizan factores de riesgo psicosocial y que permiten mostrar el proceso de trabajo, las condiciones y el medio ambiente de los médicos participantes en este estudio.

En la gráfica se muestra un nivel alto de riesgo en la categoría factores propios de la actividad, correspondiente al 72% del total de los 25 trabajadores que formaron parte de la muestra de estudio para la Identificación de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, mediante la Guía de Referencia II.



Gráfica No. 2 Categoría: Factores propios de la actividad.



Fuente: Elaboración propia mediante análisis estadístico.

Entre los factores propios de la actividad que se pueden analizar estará carga y jornada de trabajo, dos de las condiciones de trabajo que se van en aumento en el mundo, y que afirma Neffa (2020), especialmente en el personal de salud, esta carga y jornada se ha descompensado con altas repercusiones patológicas.

Gráfica No. 3 Categoría: Organización del tiempo de trabajo.

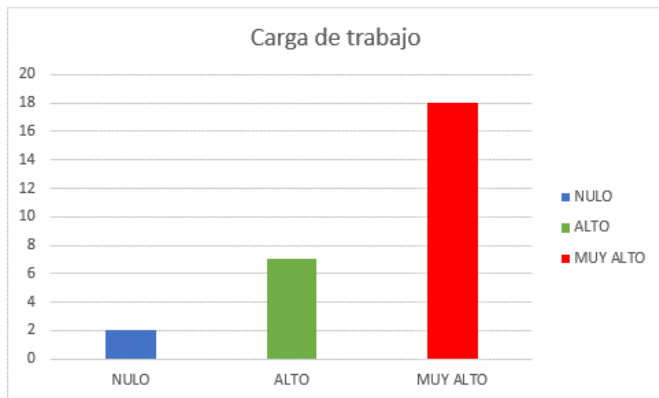


Fuente: Elaboración propia a partir de tratamiento estadístico.

En la gráfica se muestra un nivel muy alto de riesgo en la categoría organización del tiempo de trabajo, correspondiente al 68% del total de los 25 trabajadores que formaron parte de la muestra de estudio para la Identificación de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, mediante la Guía de Referencia II.

La organización del tiempo está altamente relacionada con la jornada de trabajo, como demanda del trabajo sobre las otras esferas de la vida, incluido el tiempo de la recuperación de las fuerzas como es el sueño, el tiempo de la convivencia socio familiar y de esparcimiento o recreación. Cuando la organización del tiempo en el trabajo, demanda y sobreexige recursos de afrontamiento, convierte al trabajo en un elemento rutinario, de repetición mecánica que anula la creatividad y la posibilidad de aprendizaje en términos de acomodar las experiencias, comprenderlas y encontrar diferentes significados a ellas, no solamente por el cumplimiento de la orden de trabajo, sino como posibilidad de desarrollar nuevas habilidades técnicas y psicosociales. La demanda temporal está relacionada también con la complejidad en la tarea, no solamente se expresa en rebasar la jornada de trabajo, también es considerar la dificultad para responder a las tareas encomendadas en la inversión de recursos de afrontamiento, como atender a un paciente, cuya realidad es cambiante en función de la evolución de la enfermedad.

Gráfica No. 4. Dominio: Carga de trabajo.



Fuente: Elaboración propia a partir de análisis estadístico.

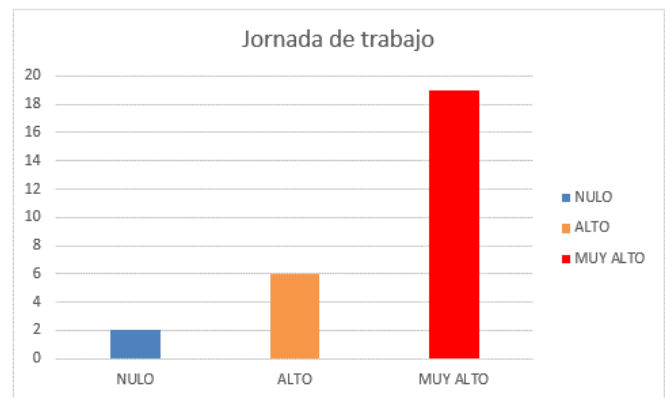
En la gráfica se muestra un nivel muy alto de riesgo en el dominio de carga de trabajo correspondiente al 92% del total de los 25 trabajadores que formaron parte de la muestra de estudio para la Identificación de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, mediante la Guía de Referencia II.

Corroborar el semáforo, otros datos obtenidos mediante entrevista directa con los trabajadores quienes indican jornadas laborales semanales de más de 40 horas, refiriendo turnos continuos de 32 horas, con descansos intermitentes de dos o tres horas.

En este sentido, resulta muy importante poder enunciar que las cargas de trabajo, no sólo son la demanda cuantitativa, que representa el número de actividades a realizar, y el esfuerzo físico que representa atender a los pacientes en términos de posiciones forzadas o largos periodos de esfuerzo musculoesquelético, también carga de trabajo es responsabilidad, que intrínsecamente tiene ya, el tener que llevar un proceso de recuperación, vida o

muerte de un paciente, pero sobre todo las cargas afectivas y emocionales, en relación al vínculo de empatía que los propios trabajadores establecen, con los pacientes y sus familias.

Gráfica No. 5 Dominio: Jornada de trabajo.



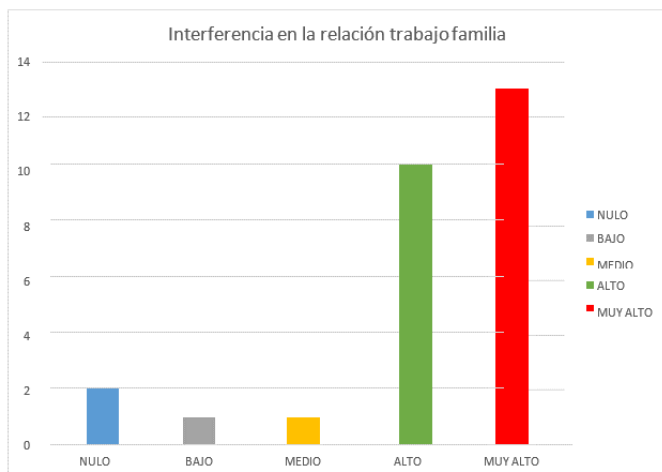
Fuente: Elaboración propia a partir de análisis estadístico.

La gráfica muestra un nivel muy alto de riesgo en el dominio de jornada de trabajo, el cual corresponde a un 76% del total de la muestra de estudio.

En relación a la jornada de trabajo excesiva, como se estableció en la carga de trabajo, los médicos externan fatiga física y mental crónica sobre todo en los departamentos de urgencias y medicina interna, debido a la sobrecarga laboral a la cual se encuentran sometidos. Con la pandemia, la jornada de trabajo se extendió, pues la reconversión hospitalaria a unidades COVID-19, obligó a estos profesionales de la salud, a atender largas jornadas de trabajo en la atención a pacientes. Considerando además fuera del tiempo laboral, aquellos traslados y nuevos protocolos de limpieza y sanitización tras salir del

hospital, lo cual hizo que se extendiera la jornada hasta por un par de horas más. Resulta de vital importancia considerar los tiempos de traslado y estos protocolos externos al proceso de trabajo en sí mismo, como parte de la jornada de trabajo, de tal manera que pueda realizarse una evaluación real de las condiciones de trabajo a las cuales están expuestos los trabajadores de la salud, dado que aunque no están descritos en los manuales operativos, requieren una inversión de tiempo significativa.

Gráfica No. 6 Dominio: Interferencia relación trabajo-familia.



Fuente: Elaboración propia a partir de análisis estadístico.

La gráfica muestra un nivel muy alto de riesgo en el dominio interferencia en la relación trabajo familia, el cual corresponde a un 52% del total de la muestra de estudio.

Finalmente, resultó en nivel alto y muy alto de riesgo el conflicto trabajo familia, donde están los efectos inmediatos del mundo del trabajo, porque

es aquí donde se establecen los encuentros más significativos, pero también de descompensación cuando el trabajo rebasa sus demandas y exigencias. No se puede olvidar que muchos de los profesionales de la salud, al resultar contagiados, también se enfermaron junto a su familia.

Hay que recordar que en medio de esta situación, muchos de los profesionales de la salud, decidieron con el propósito de prevenir posibles contagios en su esfera familiar, reubicarse fuera de sus domicilios familiares, rentando en otro espacio diferente al habitual o bien en alguna otra propiedad separada de la casa familiar; sin embargo, al escuchar a los trabajadores de la salud, esta decisión trajo afectaciones en relación al aumento de la carga de trabajo ahora por actividades domésticas acumuladas, o bien, en situaciones de estrés al no poder hacerse cargo de aquellas responsabilidades familiares al frente de los hijos u otros dependientes, lo cual generó un mayor conflicto trabajo y familia, al desequilibrar la dinámica familiar.

Esta situación de reubicación, al decir de los trabajadores de la salud, pudo sostenerse incluso hasta por cuatro meses.

## Discusión y conclusiones

Afirma Neffa (2020b), en relación a un comunicado de un grupo de personal sanitario en Argentina que dio voz al malestar subjetivo, al sufrimiento de tantos y tantos profesionales que en el mundo formaron parte de la primera línea de atención en la pandemia, que

Los médicos, enfermeros, kinesiólogos y otros miembros de la comunidad de la terapia intensiva sentimos que estamos perdiendo la batalla. Sentimos que los recursos para salvar a los pacientes con coronavirus se están agotando. Los intensivistas, que ya éramos pocos antes de la pandemia, hoy nos encontramos al límite de nuestras fuerzas, raleados por la enfermedad, exhaustos por el trabajo continuo e intenso, atendiendo cada vez más pacientes.

Ahora sentimos que no podemos más, que nos vamos quedando solos, que nos están dejando solos; encerrados en las Unidades de Terapias Intensivas con nuestros equipos de protección personal y con nuestros pacientes, solo alentándonos entre nosotros (Neffa, 2020b, p. 67).

¿Qué es esta expresión? ¿Es exclusiva de unos cuantos? ¿O el clamor de sufrimiento? Los resultados revelan el carácter de la experiencia de la vulnerabilidad, situación que los trabajadores de salud han tenido que enfrentar precisamente como héroes. Los factores de riesgo psicosociales cobraron la vida de muchos profesionistas de la salud, que expuestos a cargas excesivas y largas jornadas de trabajo extenuantes, perdieron la batalla frente a la salud y la vida, como lo reportaron las notas periodísticas.

El número de trabajadores de la salud fallecidos a causa del Covid-19 creció este año, dio a conocer la secretaria general del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSA), Sección 32, Silvia Rivera Hernández, quien precisó que seis de ellos han sido de San Juan del Río. Desde que comenzó la pandemia Covid-19, la líder sindical aseguró que los decesos por esta causa se comenzaron a registrar, sin embargo, hasta el momento van 27 casos en todo el estado en lo que va del 2021, algunos de ellos con espacios de trabajo en la localidad sanjuanense (El Sol de San Juan, 2021, p. 1).

No alcanza un solo instrumento de identificación para recuperar la experiencia subjetiva plena de los trabajadores y los efectos de los riesgos psicosociales en las esferas completas de la vida del trabajador, pero el presente artículo muestra la crudeza de la realidad de las malas condiciones de trabajo, sobre todo como un ejercicio que permita recuperar no solo un proceso de coyuntura, como lo es la pandemia, situada en la comprensión a largo alcance de las condiciones y medio ambiente de trabajo de un sector ocupacional.

Las cargas y las jornadas de trabajo extenuantes son experimentadas no solo por profesionales de la salud en condiciones de pandemia, incluso hay suficiente evidencia científica del desgaste ocupacional y los efectos en la salud. Por ejemplo, en una investigación anterior, con

otro grupo ocupacional, pero cuyas características comparten como servicios de segundo nivel, se testificó la presencia de *burnout* (Montúfar y Moya, 2018), estrés, fatiga y otras afecciones en el terreno de la interferencia trabajo familia, ello sin estar en condiciones de pandemia. Por lo que se puede comprender que las condiciones y medio ambiente de trabajo ya eran en sí mismas excesivas y altamente nocivas para la calidad de vida de los profesionales de la salud.

Recuperar un diagnóstico de estas condiciones actuales, debería permitir enunciar la deficiencia de programas institucionales de atención a la salud mental de los trabajadores y trabajadoras de la salud, quienes actualmente presentan en su cuerpo, subjetividad y relaciones interpersonales las repercusiones de estos dos años de desgaste extendido no solo en la esfera de lo laboral, sino en la esfera de lo familiar y comunitario. Pero no basta con programas de atención psicológica en términos del bienestar psicosocial, es necesario pugnar por aquello que es el origen de la afección psíquica, sufrimiento y frustración, las condiciones laborales y medio ambiente de trabajo, que implicaría concretamente respetar las jornadas de trabajo como lo marca la ley, la intensidad del trabajo y la complejidad de la tarea, al frente del trato con la enfermedad.

La participación de los colectivos de trabajadores es fundamental, deben tomar la voz para mostrar la realidad compleja que se vive todos los días, la marginación social en términos de los prejuicios sociales, que se expresan como carga de trabajo emocional ante las agresiones que de

manera persistente recibieron profesionales de la salud el trasladarse de los centros de trabajo hacia su casa.

Desde el inicio de la epidemia del nuevo coronavirus, el personal médico, en especial el de enfermería, ha sido agredido en los centros hospitalarios, en la vía pública o en sus domicilios. Las agresiones no solo han sido verbales, sino también físicas: desde amenazas hasta ataques directos. Por ejemplo, se les acusa de ser un riesgo de contagio, se les impide abordar el transporte público o se les rocía cloro en el cuerpo (Infobae, 19 de mayo de 2020).

La NOM-035-STPS-2018, como legislación mexicana, tiene ese sentido de humanización del proceso de trabajo, no buscando que sea el trabajador y su colectivo el que se adapte a las condiciones de trabajo precarias, insalubres e insuficientes. El trabajo debe ordenarse al hombre y a la mujer, es el trabajo una actividad humana por excelencia, producto sí de un proceso técnico como ya se postuló, pero también de dar sentido y significado inclusive de la misma vida del trabajador.

Es necesario devolver la dignidad a los trabajadores y trabajadoras de la salud, reconociendo el sacrificio, casi estoico, de la donación de su vida para salvar a tantos millones que, expuestos a la pobreza, marginación, no acceso a los medios de salud institucionales, desempleo y otras formas de violencia, ejercieron

con la más alta calidad humana y vocación su profesión.

Dos notas hemerográficas a nivel nacional, reportan la urgencia de implementar acciones para el respeto de vida y dignidad de los trabajadores de la salud en el estado de Querétaro. La primera afirma que no hay, al menos actualmente, iniciativa de una posible contratación de aquellos que ofrecieron sus servicios en medio de la pandemia. Se afirma, desde el gobierno federal, que

Por lo que hace a la vigencia del contrato se hace de su conocimiento que, en el contexto de las acciones emprendidas por el gobierno federal para la atención de esta pandemia, el INSABI en apoyo a las instituciones que prestan servicios a las personas sin seguridad social, se ha dado a la tarea de contratar de manera eventual y hasta por seis meses a personal, médico, paramédico y grupos afines", indicó (El Economista, 2020).

¿Cuánto vale entonces la vida de estos trabajadores? Son héroes sin capa y sin medalla. Parece que no bastó el riesgo, el esfuerzo prestado. Pero no todo es gris, también la acción colectiva es el camino y la esperanza. La primera línea camina junta, como se afirma en Querétaro, cuando hace unos meses, un grupo de médicos, presentó una denuncia pública.

Personal médico que estuvo encargado de la atención a personas con Covid-19 se manifestó al cerrar carriles centrales

de la vialidad 5 de febrero a la altura del antiguo hospital general en dirección a la Ciudad de México para exigir un contrato laboral con las prestaciones de ley. La tarde de este viernes, unas 60 personas con diversas pancartas revelaron que desde hace un año fueron contratadas por honorarios y recientemente fueron notificados que a partir del lunes concluye su contrato y serán subcontratados. Es por ello, que cerraron carriles centrales para exigir a la Secretaría de Salud estatal un contrato con las prestaciones acorde a lo señalado en la ley federal del trabajo. "Yo te salvé contra el Covid-19. Apóyame. Queremos contrato" pudo leerse en las pancartas (La Jornada, 28 de mayo de 2021).

De esta manera los factores de riesgo psicosocial, si bien tienen sus efectos nocivos en la vida de los trabajadores y trabajadoras, cuando son analizados y discutidos, no permiten solamente el reconocimiento de las condiciones actuales en las que se realiza e implementa un proceso de trabajo, sino que pueden considerarse una ruta clara de mejora de las condiciones y medio ambiente de trabajo, de tal manera que el diagnóstico situacional que ahora se presenta, permita acciones en beneficio de la salud y el bienestar psicosocial de los trabajadores.

Con estas condiciones y dada la reconversión hospitalaria, los médicos residentes continuaron brindando sus servicios, con las exigencias de los

centros de trabajo de permanecer en la atención a los contagiados. De manera concreta, los médicos residentes hicieron frente en la primera línea de atención, dado que los médicos de base, en significativo porcentaje, solicitaron licencias o bien dada la vulnerabilidad de su persona, incapacidades para ausentarse del centro de trabajo, y por el contrato y exigencias formativas, los médicos residentes, atendieron como responsables o médicos tratantes a los pacientes COVID-19.

Reconocer a los médicos residentes y su labor durante la pandemia de COVID-19 es hacer un ejercicio de compromiso con respetar el trabajo decente. Esto significa acciones bien planificadas desde las instituciones, para analizar los puestos de trabajo y respetar lo que establece la Ley Federal del Trabajo.

### Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

### Referencias bibliográficas

Agostoni, C. (2021). Médicos, enfermeras y pacientes: entre las contradicciones, la incertidumbre y las carencias en tiempo de covid-19 en México. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 1-5.

Aranda, C., González, R., Pando, M., y Hidalgo, G. (2013). *Factores de riesgo psicosocial laborales, apoyo social y síndrome de Burnout en médicos de familia de tres instituciones públicas de salud de Guadalajara (México)*. *Salud Uninorte*, 487-500.

Beltrán, C., Barraza, J., Romero, J., Quiñonez, L., Cenicerros, A., González, G., & Esparza, J. (2015). *Factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos generales de Tepic, Nayarit (México)*. *Salud Uninorte*, 245-254.

Candia Calderon, A. G. y Olivera-Villaruel, S.-M. (2021). Índice de vulnerabilidad del sector salud en México: La infraestructura hospitalaria ante la COVID-19. *Horizonte sanitario*, 20(2), 218-225. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n2.3891>

Córdoba Palacio, R. (2015). Ser médico. Misión del médico. *Persona y Bioética*, 19(1), 142-148. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83239024012>

DOF (2018). *Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención*. 23/10/2018. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018)

DOF (2020). *Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas*. 29/05/2020. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=55941388&fecha=29/05/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=55941388&fecha=29/05/2020)

El Economista (30 de noviembre de 2021). *Desestima Insabi dar plazas de base a personal que afrontó la pandemia*. <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Desestima-Insabi-dar-plazas-de-base-a-personal-que-afronto-la-pandemia-20211130-0004.html>

- El Queretano (11 de marzo de 2022). *COVID-19 a dos años, nada que celebrar*. <https://elqueretano.info/trafico/covid-19-a-dos-anos-nada-que-celebrar/>
- El Sol de San Juan del Rio (03 de agosto de 2021). *En Querétaro, van 27 muertes en el sector salud por COVID-19*. <https://www.elsoldesanjuandelrio.com.mx/local/en-queretaro-van-27-muertes-en-el-sector-salud-por-covid-19-7037467.html>
- González Martínez, M. (2008). *Fábrica de hombres: la dimensión ética de la empresa*. Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Infobae (19 de mayo de 2020). *Ingresaron a prisión a un hombre de Querétaro que agredió a su vecina por ser enfermera*. <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/05/19/ingresaron-a-prision-a-un-hombre-de-queretaro-que-agredio-a-su-vecina-por-ser-enfermera/>
- La Jornada (28 de mayo de 2021). *Personal médico de atención Covid pide base laboral en Querétaro*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/05/28/estados/personal-medico-de-atencion-covid-pide-base-laboral-en-queretaro/>
- Ley Federal del Trabajo (2021). Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Gobierno de México.
- Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Flores-Monterrosa C. (2020). *Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos*. *MedUNAB*; 23(2): 195-213. doi: 10.29375/01237047.3890
- Montiel-Alfonso, M. A. y H. A. Nati-Castillo. (2021). *Ambiente malpraxógeno por falta de insumos durante la pandemia por COVID-19*. Universidad Médica Pinareña, 1-2.
- Montúfar Corona, B.Y. y Moya, L. J. A. (05 de septiembre de 2018). *Soy enfermera y estoy quemada. La normalización del síndrome de burnout en personal sanitario de un hospital público*. Tercer Congreso de las Américas sobre Factores Psicosociales y Salud Mental. Rosario, Argentina.
- Neffa, J. C. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. CEIL-CONICET.
- Neffa, J. C. (2020a). *Aportes para pensar la pospandemia COVID-19: innovaciones y nuevos procesos de trabajo*. Moreno UNM Editora.
- Osorio, J. (2006). *Biopoder y biocapital. El trabajador como moderno homo sacer*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Palacios-Nava, M., y Paz, M. (2019). Diferencias en las condiciones de trabajo y su asociación con la frecuencia de burnout en médicos residentes y adjuntos. *Medicina y seguridad del trabajo*, 76-86.
- Ramírez, R., Hamui, A., Reynaga, J., Varela, M., Ponce, M., Díaz, A., y Valverde, I. (2012). Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social. *Perfiles Educativos*, 92-107.



- Recéndez Guerrero, M. C. y Muñoz Domínguez, M. (2021). Covid-19, sistemas sanitarios y reproducción familiar. *Telos*, 161-176.
- Santillán, E. (2018). Trabajo decente: una comparación entre médicos del sector salud en Nuevo León y contexto nacional. *Trayectorias*, 94-108.
- Valdiviezo-Martínez, A., y López-García, M. (2016). Estrés y Burnout en médicos familiares. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 132-135.