

# Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia

Dres. Nurit Stolovas\*, Fernando Tomasina†, Francisco Pucci‡, Victoria Frantchez§, Marcos Pintos§

Departamento de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina y Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay

## Resumen

*Introducción: la residencia médica en Uruguay forma especialistas, constituyendo una de las primeras experiencias laborales de éstos.*

*Objetivo: el objetivo del trabajo de investigación fue analizar las situaciones de violencia vividas por los trabajadores médicos jóvenes en el ejercicio de la residencia médica en diferentes instituciones del sistema de salud durante los meses de setiembre a noviembre de 2007. Se realizó un estudio descriptivo en la población de residentes médicos de las diferentes especialidades.*

*Material y método: se analizaron los datos obtenidos estadísticamente y cualitativamente los relatos sobre situaciones de violencia identificadas durante su desempeño.*

*Resultados: el 69% (308/446) de los residentes perciben situaciones de violencia. Las más frecuentes fueron la violencia psicológica 89% (274/308), por privación 51,9% (160/308) y la física 7,1% (22/308).*

*Un tercio del total de los médicos, en el último año durante la tarea de residencia, han presentado mensualmente por lo menos una situación de violencia. Los agresores han sido familiares de pacientes, compañeros y pacientes, en ese orden. Las situaciones de violencia percibidas por los residentes durante la tarea laboral constituyen una exigencia adicional para su tarea. Las interacciones entre el mundo técnico y el mundo profano están signadas*

\* Asistente del Departamento de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

† Director del Departamento de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

‡ Profesor Agregado y Director del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Uruguay.

§ Ex residentes de Medicina Interna. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Integrantes de la Comisión de Residencias del Sindicato Médico del Uruguay. Uruguay.

**Correspondencia:** Dra. Nurit Stolovas

Departamento de Salud Ocupacional. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Hospital de Clínicas, Av. Italia s/n 7º piso, sala 3.

Correo electrónico: nstolovas@fmed.edu.uy.

Recibido: 16/8/2010.

Aceptado: 14/3/2011.

Conflictos de intereses: los autores declaran que este artículo fue presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología del Trabajo que se realizó en Ciudad de México (21 al 23 de abril del 2010) en la mesa de trabajo número 17 sobre Violencia y Riesgos en el Trabajo, así como también en el XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (31 de agosto al 4 de setiembre de 2009. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina), con énfasis en los aspectos sociológicos.

*por la presencia de relaciones precarias e inestables. En ese contexto, los residentes médicos son la cara visible más asociada a la estructura técnica del sistema experto, por lo que son uno de los blancos de agresión más propicios en la dinámica de los sistemas de salud.*

**Palabras clave:** INTERNADO Y RESIDENCIA.  
MÉDICOS.  
VIOLENCIA.

**Keywords:** INTERNSHIP AND RESIDENCY.  
PHYSICIANS.  
VIOLENCE.

## Introducción

La residencia médica es uno de los sistemas de capacitación para formar médicos especialistas en Uruguay. Es un programa implementado por la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud Pública. Los recién egresados, bajo la orientación y supervisión de personal superior, cumplen la formación de especialistas a los efectos de obtener el título respectivo.

Constituye una de las primeras experiencias profesionales en un centro docente asistencial. Los cargos se desempeñan en servicios acreditados por la Facultad de Medicina, en diferentes instituciones del área salud, tanto pública como privada, de acuerdo con las diferentes especialidades. Se accede a dichos cargos por concurso de oposición y méritos. El régimen de trabajo requiere cumplir un horario de 48 horas semanales, pudiendo tener desde tres hasta seis años de formación según la especialidad a realizar<sup>(1)</sup>.

El objetivo de este trabajo fue analizar las situaciones de violencia vividas por los trabajadores médicos jóvenes en el ejercicio de la residencia médica en diferentes instituciones del sistema de salud de Uruguay, durante el período comprendido entre setiembre y noviembre de 2007.

### Marco conceptual

Las organizaciones dedicadas a la atención de la salud se pueden catalogar, siguiendo a Giddens<sup>(2)</sup>, como sistemas expertos. Estas formas de organización, propias de las sociedades modernas, se caracterizan por la acumulación de conocimiento técnico que se pone en juego en individuos que no conocen ni dominan los principios técnicos de su funcionamiento. En este marco, los sistemas expertos se caracterizan por la presencia de “puntos de acceso” en los cuales se producen tensiones cuando se ponen en contacto los saberes del mundo técnico, constituido por los médicos, técnicos y especialistas, sus métodos y su

tecnología, y los conocimientos cotidianos, de los cuales son portadores los pacientes y familiares que depositan su confianza en el sistema experto.

En estos sistemas expertos, a su vez, coexisten diferentes mundos<sup>(3)</sup>. La posibilidad de establecer relaciones entre personas descansa sobre un sistema de equivalencias compartidas que permiten que cada cual encuentre los parámetros que van a guiar sus relaciones en una situación dada. Estos sistemas de equivalencias, que los actores llaman “grandezas comunes”, se despliegan en “mundos” regidos por principios comunes. La complejidad creciente de las formas de organización moderna se expresa en la yuxtaposición de diferentes “mundos” y en la existencia de conflictos que atraviesan los límites de cada uno de ellos.

### Violencia en el lugar de trabajo

La violencia en el trabajo constituye uno de los riesgos laborales. Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) es entendida como “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante la cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma. Se entiende por consecuencia directa un vínculo claro con el ejercicio de la actividad profesional”<sup>(4)</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la naturaleza de las formas de violencia vivida en físicas, sexuales, psíquicas, basadas en las privaciones o el abandono<sup>(5)</sup>.

En las situaciones de violencia confluyen determinantes vinculados a los procesos de trabajo, a las relaciones de poder y a la autoridad en la organización, y a la presión de las demandas externas que recaen en estos contextos. La violencia relacionada con el trabajo tiene una fuerte vinculación con la organización laboral y con el contenido del trabajo, los cuales se constituyen en factores negativos para el bienestar del trabajador y determinan efectos

en su salud y seguridad, así como consecuencias negativas en el medio familiar y social. Entre esos efectos, se señalan “algunas expresiones” en la salud de los trabajadores como lo es el mayor estrés, un ambiente de trabajo hostil, la pérdida de confianza hacia los superiores y los compañeros de trabajo<sup>(6-8)</sup>.

Esto determina que se deba evaluar en profundidad el entorno en el que se producen, así como las relaciones sociales suscitadas.

La institución hospitalaria produce, necesariamente, zonas de riesgo permanentes debido a la imposibilidad de lograr una adaptación ajustada a las diferentes y contradictorias necesidades que le exige tanto el medio interno como el externo<sup>(9)</sup>. En este sentido, analizaremos la violencia hacia los residentes médicos, la cual surge del choque entre el conocimiento técnico y el conocimiento común. Este es el resultado de las tensiones propias de las organizaciones complejas asistenciales, en las cuales confluyen diferentes mundos que no siempre pueden establecer formas de compromiso estables que aseguren la cooperación.

### Material y método

Estudio de carácter descriptivo, transversal, en base a información primaria, compartiendo una metodología cualitativa por su carácter participativo e interpretativo.

Se analizaron datos estadísticos y relatos sobre tipologías de situaciones de violencia vividas durante el desempeño de la residencia. Se profundizó en los factores organizacionales que explican estos riesgos y las respuestas organizativas que se implementan frente a los mismos.

El universo estuvo constituido por todos los residentes médicos en el ejercicio de las diferentes disciplinas de estudio de la carrera de posgraduación.

La población real del estudio correspondió a 446 residentes médicos.

*Metodología de trabajo:* se solicitó la autorización de la Comisión de Residencias Médicas. Se realizaron actividades informativas a todos los residentes con la intención de divulgar las características del trabajo. Luego, de manera voluntaria, 30 residentes de los diferentes servicios de asistencia y formación se ofrecieron para recibir capacitación mediante talleres informativos. Estos residentes tuvieron el rol de facilitadores, para orientar a los participantes en el correcto llenado de las encuestas. El Consejo de la Facultad de Medicina concedió el aval institucional declarando obligatoria la convocatoria a una jornada para cumplir con la aplicación del cuestionario. Las encuestas individuales fueron de autollenado y se preservó el anonimato y la confidencialidad de los datos. Fueron aplicadas entre setiembre y noviembre del año 2007.

*Instrumento recolector de datos:* se elaboró a tal fin un formulario de preguntas cerradas y abiertas. La primera parte contenía variables sociolaborales y una segunda parte sobre la violencia. La definición de violencia en el trabajo fue tomada de la OIT<sup>(4)</sup> y la clasificación de formas de violencia vivida surge de la clasificación de la OMS<sup>(5)</sup>. Dichas definiciones de violencia encabezaban el formulario de recolección de datos. El formulario contenía un ítem donde los residentes, en el caso que hubieran presentado una situación de violencia, podían realizar un breve relato planteando su punto de vista, percepción y experiencia, teniendo en cuenta: circunstancias, actores involucrados, y tipo de violencia percibida.

El instrumento fue revisado mediante la aplicación de una prueba piloto.

*Procesamiento de datos:* el análisis estadístico se llevó a cabo en el Departamento de Salud Ocupacional mediante el paquete estadístico EPIINFO 2000. El análisis cualitativo de los relatos sobre situaciones de violencia fue realizado en el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales.

### Resultados

Participó 76,1% (446/586) de la población total de residentes médicos, de los cuales hay un predominio de mujeres (70%, 313) (tabla 1).

#### *Violencia en el lugar de trabajo*

El 69% (308/446) de los residentes perciben situaciones de violencia. Las situaciones corresponden a violencia psicológica 89% (274/308); violencia de tipo privación 51,9% (160/308); tipo físico 7,1% (22/308); violencia sexual 1,3% (4/308), y todas las situaciones corresponden al 1,6% (figura 1). Un tercio del total de los residentes manifiestan situaciones de violencia mensualmente por parte de familiares de pacientes, compañeros y paciente, en ese orden (figura 2).

**Tabla 1.** Distribución de residentes según sexo, 2007

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	313	70,2%
Masculino	133	29,8%
Total	446	100,0%

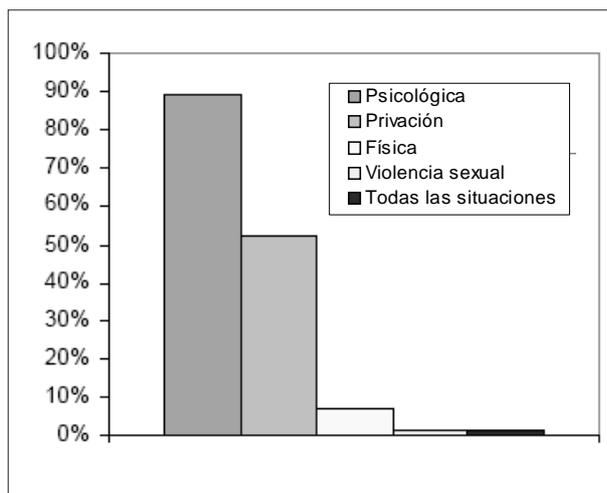


Figura 1 - Distribución de residentes médicos según tipos de violencia en el último año, 2007

#### Sexo - Violencia en el lugar de trabajo

La tasa de violencia en el sexo femenino es de 71% (223), mientras que en el masculino es de 64,4% (85). No existen diferencias estadísticamente significativas de sexo (chi cuadrado: 2,4114, probabilidad: 0,2995).

Los residentes solteros, según sexo, para el caso de las mujeres, perciben mayores situaciones de violencia en todas sus dimensiones, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Mientras que en los casados y en concubinato, no hay diferencia entre sexo femenino y masculino.

#### Tipologías de agresiones. Mirada sociológica del problema

En relación con las 446 encuestas realizadas, 236 residentes llenaron el ítem sobre situaciones de violencia vividas durante su desempeño. Analizando las mismas surgen las siguientes tipologías:

##### A.1. Descripción de situaciones de violencia y actores involucrados

**A.1.1. Agresiones verbales vinculadas a situaciones críticas y/o límites de salud:** familiar de paciente al cual se le informó sobre el estadio terminal de la enfermedad de su familiar, se descargó con el residente diciendo que era insensible, que no sabía nada, que lo iba a denunciar y otros insultos más agresivos e irrespetuosos. Familiares que no concurren durante el trabajo de parto por no poder ver “sufrir” al familiar. Insatisfacción con la atención que brinda la institución y con la impotencia ante el cáncer; al informar al paciente sobre su situación de salud, el residente recibe una respuesta agresiva. Familiares de pacientes que no entienden un mal pronóstico. Familiares de pacientes que se ponen muy agresivos solicitando aten-

ción, exámenes, muchas veces sin razón, agrediendo verbalmente. Familiares de pacientes que agreden al residente por no conseguir lo que quieren (alta, mayor permanencia en el hospital, etcétera). Manipulación y agresión verbal por parte de pacientes para obtener beneficios personales. Tensión en policlínica a paciente oncológico porque un familiar del mismo no comprende los pasos a seguir en la valoración y el tratamiento, pese a las explicaciones dadas, por lo que se enoja mucho.

##### A.1.2. Imagen del colectivo social del rol de médico:

continuamente hay discusiones con familiares y pacientes, insultan, ya que las personas han cambiado su actitud hacia el médico, son más demandantes y más agresivas verbalmente. Hay en general una imagen negativa hacia la seguridad que brinda el médico por parte de la población falta de respeto hacia el médico que da el informe técnico, entre gritos e insultos. Familiares no respetan al médico, se ha perdido el respeto de gran parte de la población.

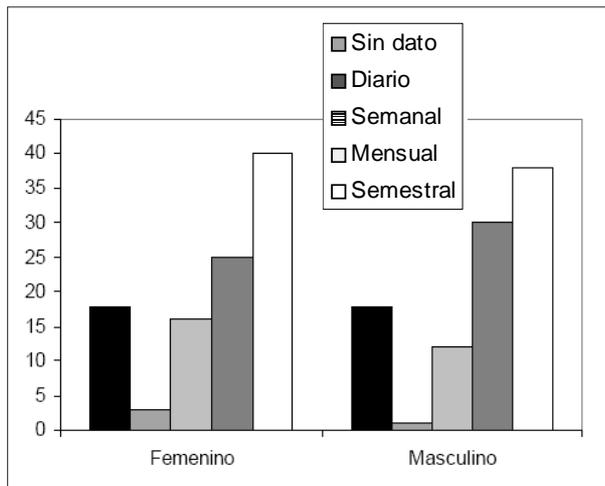
##### A.1.3. Violencia generada en demandas que exceden las posibilidades del médico o del equipo de salud:

insultos y amenazas de los padres y otros familiares que se molestan por la lentitud de atención o porque no están de acuerdo con las decisiones médicas, o porque pretenden resoluciones rápidas y completas a toda su problemática. Pacientes y familiares agreden en forma verbal por impaciencia o impotencia. Pacientes y familiares que hacen responsables al residente médico de su situación de salud o muerte, cuando los problemas son por el tipo de enfermedad (terminal) o se trata de problemas institucionales. Agresión verbal por pacientes de familiares con respecto a su agenda y tiempos en emergencia. Agresiones para obtener atención más pronto. Agresiones por parte de familiares sobre demoras en la atención en la guardia. Paciente y familiar disconformes con la atención en la guardia por larga espera, maltrato psicológico con ira hacia el médico. Discusiones con familiares de pacientes que demandan una más rápida y mejor atención, de una forma agresiva o con insulto. En emergencia del hospital un familiar insultó al residente médico porque el paciente hacía un día que estaba sentado en una silla por no disponer de camas. Agresiones debidas a los tiempos de espera y demoras de diagnóstico sobre todo en puerta de emergencia. En policlínica, las pacientes se quejan por la espera o porque tienen que anotarse para consultar.

Familiares enojadas por suspensión de intervención quirúrgica. Amenazas y agresiones por el retraso en la consulta de emergencia. Amenazas de familiares por demora de asistencia de puerta de emergencia.

##### A.1.4. Violencia relacionada a sobrecarga laboral:

existe violencia verbal en el manejo diario en el servicio. Falta de consideración por trabajo realizado. Falta de comprensión por el elevado número de tareas a cumplir. Falta



**Figura 2.** Distribución de residentes médicos según sexo y porcentaje de violencia en el último año, 2007

de respeto por otros compañeros. Obligación de realizar actividades (guardias) sin ningún tipo de apoyo (guardia de retén) a pesar de que no sea obligatorio. Los familiares se acumulan por las salas de espera de los hospitales por problemas de falta de personal y se descargan con los residentes médicos que son la cara visible de la institución.

**A.1.5. Discriminación:** situaciones de discriminación por colegas de otras especialidades y especialmente en la guardia. Amenaza psicológica de compañeros respecto al género y por capacidades diferentes. Intento de cohesión para no respetar horario matutino.

**A.1.6. Agresión, limitación, no respeto de los tiempos de descanso:** agresiones de familiares o pacientes, exigiendo estar a su disposición sin respetar sus necesidades como ser humano (comer, dormir, desconexión, recreación).

**A.1.7. Agresión por tiempo de espera u organización de la atención:** agresión verbal por paciente y familiares con respecto a su agenda y tiempos en emergencia. Agresiones para obtener atención más pronto. En policlínica las pacientes se quejan por la espera o porque tienen que anotarse para consultar. Fundamentalmente violencia verbal de padres de pacientes que presionaban hacia el sistema o institución, pero al ser yo la cara visible se convertía en algo personal. Paciente que no estaba siendo valorada por mí se queja por la demora en la atención de emergencia y de explicarle intenta golpearme en la mano.

**A.1.8. En o durante la atención médica:** agresividad por tratamiento postergado. Al otorgarle alta a una adolescente embarazada, la madre me recriminó y me amenazó que si le pasaba algo a la hija, yo iba a ser responsable. Amenazas de familiares de la paciente en trabajo de parto con agresiones demandando, insultos, pateo de puertas, romper vidrios. Amenazas y agresiones por el retraso en la

consulta de emergencia. Amenazas de familiares por demora de asistencia de puerta de emergencia.

**A.1.9. Relación médico-paciente**

**Distorsión en la comunicación:** al informar a paciente sobre situación, respuesta con palabras y agresión. Demanda de familiares por estudios o tratamientos que no pueden ser resueltos o no tienen indicación. Dificultad para establecer una comprensión de la situación del paciente con el familiar más próximo. Manipulación y agresión verbal por parte de pacientes para obtener beneficios personales

**A.1.10. Derivadas de las condiciones y medio ambiente de trabajo:** privación de necesidades básicas, baño sucio, muchas veces nos han dejado sin comida, no tenemos donde dormir en las guardias.

**A.2. Otros ejemplos referente a los actores involucrados.**

**A.2.1. Compañeros. Agresividad entre compañeros:** discusiones con colegas y funcionarios por matriz y horarios para resolver problemas con pacientes. Amenazas de compañeros de trabajo por discrepancias sobre situación médica y por conductas terapéuticas. Humillación por parte de médico de guardia con críticas destructivas en tono elevado al paciente. Humillación verbal por parte de compañeros de trabajo. En guardias de obstetricia, agresiones por parte de las parteras obstetras que impiden que los residentes realicen la tarea adecuadamente. Licenciadas de enfermería que hacen abuso de su antigüedad, queriendo hacer pagar “derecho de piso” a los nuevos residentes. Violencia psicológica con licenciadas de enfermería que haciendo valer su antigüedad no respetan el trabajo de los residentes.

**A.2.2. Superiores. Relación jerárquica deteriorada:** agresión verbal de grados superiores. Insulto de los jefes en forma violenta frente a los demás compañeros, en la coordinación, por situaciones banales. Inmediato superior cuestiona las palabras del residente médico frente a los pacientes, muchas veces ocasionando malestar en el paciente. Destrato, insatisfacción con el trabajo realizado con utilización de argumentos no válidos, sin criterio, reaccionando en forma autoritaria frente a situaciones que no lo ameritan. Desvalorización por parte de los superiores, estableciendo diferencias entre algunos compañeros. Presiones por parte del director de la institución.

**A.2.3. Agresión personal de salud y otros (vigilancia):** agresiones por parte de personal de enfermería. En algunas oportunidades las usuarias, policías sobre todo de alto rango, tratan de imponer su grado para intimidar sobre acciones médicas que uno realiza y cuestionan el accionar médico, sobre todo si los resultados no son los esperados.

## B. Tipos de violencia percibida

**B.1. Amenaza de muerte:** familiar de paciente amedrentando de muerte a médico. Paciente amedrentando con cuchillo a equipo médico. Supervisor amedrentando verbalmente y con gestos de agresión a residentes y técnicos. Pacientes que realizan amenazas de muerte si les pasa algo, o no lo atienden “le pego un tiro en la cabeza”. Fui amenazada de muerte por la madre de paciente que además intentó golpearme.

**B.2. Amenaza de demanda policial y/o judicial:** familiar amedrentando con juicios. Familiares, en atención de partos complicados, amenazas de demanda. Familiar que amenaza con denuncia policial.

**B.3. Violencia verbal, física y acoso laboral:** peleas verbales con compañeros por injusticias. A veces con los grados más altos, situaciones de autoridad como alzar la voz. Agresión verbal por parte de pacientes y familiares. Agresión verbal y física de una paciente al personal de salud. Agresión física por un anestesista colega por discrepancias laborales. Jefe de guardia permanentemente con actitud violenta psicológica, fundamentalmente hacia terceros. Jefe de guardia provocando violencia verbal frente a pacientes sin escuchar explicaciones. Con nuestros pares la relación es violenta. A diario vemos, por ejemplo, exigencias y agresividad verbal con los médicos cuando están los profesores.

## Discusión

En los servicios de salud, la confianza debe ser vista como una construcción social compleja que intercepta dos mundos, el de las técnicas y profesiones del servicio y el mundo familiar de las personas. En estos ámbitos se produce una articulación entre el espacio privado de las personas y el espacio público de usuarios y prestatarios del servicio. En los sistemas expertos existen “puntos de acceso” en los cuales se establecen relaciones cara a cara entre los representantes del sistema (médicos, enfermeros, administrativos) y los usuarios, en los cuales se construyen relaciones de confianza interpersonal<sup>(10-12)</sup>.

Cuando el sistema técnico tiene dificultades para construir formas de confianza en los usuarios del mismo, se producen tensiones y conflictos que pueden derivar en diferentes formas de violencia de los pacientes y familiares contra el sistema.

Siguiendo a Giddens, en un sistema de salud la confianza se desarrolla poniendo en marcha un conjunto de actividades profesionales y técnicas, coordinadas entre sí por un conjunto de procedimientos formalizados y regulados, incorporando equipos técnicos gestionados a partir de diferentes racionalidades e implementado una multiplicidad de técnicas de atención a la salud. La confianza en estos sistemas expertos implica un compromiso

anónimo que resulta de un acto de fe del usuario que ignora el fundamento técnico que sustenta todo el sistema. La confianza del usuario no surge de un saber que establece determinadas certezas sino de un acto de abandono en la pretensión de conocer los fundamentos técnicos del sistema.

Las interacciones entre los representantes del sistema técnico y los usuarios están signadas por la presencia de relaciones precarias e inestables.

En ese contexto, los sentimientos de angustia y de ansiedad derivados de la incertidumbre se traducen en acciones de violencia y de agresión hacia las caras visibles de los sistemas expertos, en los cuales se desahogan las tensiones que resultan de este marco de incertidumbre. Los residentes médicos son la cara visible más asociada a la estructura especializada del sistema técnico.

Los casos de violencia registrados entre los residentes médicos se pueden explicar porque no logran generar confianza en las relaciones cara a cara con los pacientes. Un ejemplo de este tipo de violencia lo constituyen las amenazas de muerte por parte de familiares a los médicos residentes. Esta forma de violencia marca una forma extrema de desconfianza que se expresa a través de reacciones motivadas por sentimientos de miedo e inseguridad.

Otra forma de violencia contra los residentes médicos se expresa a través de amenazas de realizar demandas policiales o judiciales. En estos casos, se muestran mayores niveles de reflexividad en la reacción de los familiares en sus interacciones con los pacientes, en la medida en que el conocimiento cotidiano incorpora formas de racionalidad social provenientes de niveles de información más altos, que les permiten saber cuáles son los derechos que los protegen y los mecanismos a los que pueden recurrir en caso de violación de los mismos.

También existen formas de reflexividad ligadas al conocimiento que los pacientes tienen acerca de las tecnologías de salud y de los tratamientos médicos, que contrastan, a los ojos de familiares y pacientes, con el tratamiento recibido. Este choque genera formas de violencia específicas, como son los casos de agresividad por tratamientos no indicados.

El manejo de las tensiones emocionales inherentes a los problemas de salud graves, en los cuales la muerte y la vida entran en juego, requiere la puesta en marcha de complejos procesos de interacción entre el mundo técnico y el mundo familiar de la vida cotidiana. Cuando estos procesos de rutinización no logran constituirse, debido a dificultades organizativas o a un exceso de demandas, las situaciones de tensión pueden generar formas de violencia, como las agresiones verbales en situaciones críticas o por pacientes excitados porque no les resuelven sus demandas. En el estudio realizado surgen violencias de este tipo.

Debido a la complejidad de la organización de los sistemas técnicos en el área de la salud, no existen códigos dominantes, sino que coexisten diferentes “mundos”: el “mundo” científico, representado por el segmento médico; el “mundo político”, representado por las jerarquías, y el “mundo” doméstico, representado por los pacientes y familiares. Como consecuencia de la coexistencia de diferentes mundos, en los sistemas expertos de salud coexisten diferentes fuentes de legitimidad: la estructura formal, el conocimiento técnico, el conocimiento práctico, etcétera. La presencia de estas diferentes fuentes de legitimidad parece tener múltiples consecuencias: en algunos casos implica una constante negociación de las reglas de cooperación en el trabajo, lo que se traduce en la existencia de discusiones constantes entre compañeros de trabajo.

Por otro lado, la ausencia de un sistema de autoridad claramente establecido, sobre el cual se asienta la legitimidad de las reglas de cooperación y de autoridad, se traduce en el deterioro de las relaciones jerárquicas y en la estructura de poder legítimo del sistema técnico.

Como producto de las dificultades económicas o de la reducción del gasto público y los recortes presupuestales, las condiciones de trabajo en centros de atención de salud públicos y privados han sufrido un largo deterioro. La escasez de recursos, tanto físicos como humanos, obliga a continuas adaptaciones de las rutinas organizacionales a los desafíos diarios de la práctica médica, generando distorsiones en los procesos de trabajo específicamente técnicos.

La existencia de demandas que exceden los niveles de funcionamiento de los sistemas técnicos acrecienta la vulnerabilidad de los puntos de acceso de este sistema y dificultan la construcción de relaciones de confianza personal en los mismos. Estas situaciones generan también formas de violencia en la medida en que las expectativas de pacientes y familiares no son atendidas.

Las distorsiones en la organización del trabajo generan también una distribución no equitativa de las responsabilidades y de las cargas de trabajo entre los diferentes sectores del sistema experto. Estas distorsiones también aumentan la vulnerabilidad de los puntos de acceso al sistema técnico, generando condiciones de trabajo inadecuadas para lograr una interacción entre el mundo técnico y el mundo cotidiano que permita avanzar en la construcción de formas de confianza personal.

Por el contrario, estas distorsiones agravan la violencia en el trabajo, que se traduce en agresiones entre compañeros de trabajo o con el personal jerárquico, debido a la sobrecarga laboral que los sectores técnicos experimentan.

Una limitante del presente trabajo es la carencia de la opinión de uno de los actores: el paciente y el familiar.

## Conclusiones

Entre los encuestados, la violencia es una situación percibida en 69% de los casos de la residencia médica. Esta situación frecuente en la práctica médica del residente constituye una exigencia adicional a las tareas propias de su práctica médica.

En cuanto a las situaciones de violencia, en sus diferentes dimensiones, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, si bien existe una tendencia a que las mujeres sufren mayor violencia en su ejercicio profesional. Un tercio de los residentes, independientemente del sexo, manifiestan tener situaciones de violencia mensualmente. El principal tipo de violencia se vincula a la esfera psicológica. Los residentes solteros, según sexo, para el caso de las mujeres, perciben mayores situaciones de violencia en todas sus dimensiones, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Mientras que en los casados y en concubinato, no hay diferencia entre sexo femenino y masculino.

Del relato se destaca, en relación con las circunstancias que ocurrieron en o durante la atención médica, debido a relaciones jerárquicas deterioradas, acciones de discriminación, no respetar tiempos de descanso, agresión por tiempo de espera, así como por la organización de la atención, sobrecarga laboral, situaciones críticas o límites de salud, o ambas, demandas que exceden a las posibilidades del médico o del equipo de salud; en relación con los actores, proveniente de compañeros, familiares, pacientes, personal de salud, entre otros.

Como se mencionó anteriormente, las interacciones entre los representantes del sistema técnico y los usuarios están signadas por la presencia de relaciones precarias e inestables, por lo que los residentes son uno de los blancos de agresión más propicios en la dinámica de los sistemas de salud.

Los sistemas técnicos del área de la salud que analizamos no tienen capacidad para desarrollar rutinas de interacción entre el sistema técnico y el mundo cotidiano de los usuarios que permitan el desarrollo de relaciones de confianza entre ambos. La construcción de relaciones de confianza en sistemas complejos, en los cuales encontramos actores con sistemas de referencia heterogéneos, enfrentados a demandas que desbordan sus posibilidades de acción, se convierte necesariamente en un proceso conflictivo.

Los residentes médicos son la cara visible más asociada a la estructura técnica del sistema experto, por lo que son uno de los blancos de agresión más propicios en la dinámica de los sistemas de salud.

Los programas de salud de los trabajadores permitirán identificar y buscar soluciones en forma colectiva entre

los diferentes actores involucrados, autoridades, usuarios, trabajadores y, sin duda, en este caso particular con la participación de los propios residentes.

Se han iniciado actividades de devolución e intercambio en el ámbito del ejercicio de la residencia con el fin de promover los procesos saludables o controlar los procesos peligrosos, o ambos.

La implementación de medidas de mejora de las condiciones de trabajo (tiempos, ritmos, cantidad de trabajo-tiempo disponible, apoyo psicológico, apoyo de los superiores, respeto, seguridad, trato humano, formación, etcétera), así como la discusión y el planteo de distintas estrategias permitirá mejorar la salud ocupacional de los médicos residentes en nuestro país.

Se considera en este sentido que debería ser una línea a investigar en el futuro.

## Summary

*Introduction:* in Uruguay specialists are trained through medical residency, and thus, it constitutes one of their first work experiences.

*Objective:* the objective of the research study was to analyse the situations of violence suffered by young working doctors when attending medical residencies in different institutions of the health system from September through November 2007. We conducted a descriptive study in the medical residents' population for the different specializations.

*Method:* data obtained was statistically analysed and the narration of the situations of violence identified were qualitatively analysed.

*Results:* 69% (308/446) of the residents notice situations of violence. The most frequent ones are psychological violence 89% (274/308), emotional deprivation 5.9% (160/308) and physical violence 7.1% (22/308).

A third of the total number of doctors completing the last year of their residency have presented at least one situation of violence per year. Offenders have been family members, workmates and patients, in that order. The situations of violence noticed by the medical residents during work constitute an additional demand in their obligations. Interactions between the technical and non-technical world are signed by the presence of unstable relationships. Within this context, the medical residents are the visible face most commonly associated to the medical structure of the specialists system, and thus are one of the most appropriate targets for aggressions in the dynamics of the health systems.

## Résumé

*Introduction:* l'internat médical en Uruguay forme des

spécialistes et c'est une de leurs premières expériences de travail.

*Objectif:* l'objectif de cette recherche a été d'analyser les situations de violence vécues par les jeunes travailleurs médicaux lors de leur internat médical dans de différentes institutions de santé pendant la période de septembre-novembre 2007. On a fait une étude descriptive au sein de la population d'internes médicaux de différentes spécialités.

*Matériel et méthode:* on analyse statistiquement et de manière qualitative les données obtenues au cours des témoignages sur des situations de violence identifiées pendant l'internat.

*Résultats:* 69% (308/446) des internes perçoivent des situations de violence. Les plus fréquentes ont été la violence psychologique 89% (274/308), par privation 51,9% (160/308) et physique 7,1% (22/308). Un tiers des médecins, pendant la dernière année de résidence, ont subi au moins une situation de violence mensuelle. Les agresseurs appartenaient à la famille du patient ou étaient des copains ou les patients mêmes, dans cet ordre. Ces situations constituent une exigence additionnelle à leur tâche. Les interactions entre le monde technique et le monde profane sont précaires et instables. Les internes médicaux sont le visage le plus visible associé à ce monde technique, devenant la cible des agressions dans la dynamique des systèmes de santé.

## Resumo

*Introdução:* no Uruguai a residência médica forma especialistas, sendo essa uma das primeiras experiências laborais dos médicos.

*Objetivo:* o objetivo deste trabalho de pesquisa foi analisar as situações de violência vividas por médicos jovens no exercício da residência médica em diferentes instituições do sistema de saúde no período setembro-novembro de 2007. Fez-se um estudo descritivo da população de residentes médicos das diferentes especialidades.

*Material e método:* foram analisados estatisticamente os dados numéricos obtidos e qualitativamente os relatos sobre situações de violência identificadas durante o desempenho de suas funções.

*Resultados:* 69% (308/446) dos residentes perceberam situações de violência. As mais frequentes foram a violência psicológica 89% (274/308), por privação 51,9% (160/308) e a física 7,1% (22/308).

Um terço do total de médicos, no último ano da residência, estiveram relacionado pelo menos uma situação de violência por mes. Os agressores foram familiares de pacientes, companheiros e pacientes, nessa ordem. As situações de violência percebidas pelos residentes du-

rante seu trabalho são uma exigência adicional para suas tarefas. As interações entre o mundo técnico e o mundo profano estão marcadas pela presença de relações precárias e instáveis. Nesse contexto, os residentes médicos são a cara visível mais associada à estrutura técnica do sistema, e por isso são os alvos mais propícios de agressão na dinâmica dos sistemas de saúde.

## Bibliografía

1. **Uruguay. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales.** Régimen de residencias médicas. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bancodatos/ahorro.htm#e2> <http://www.impo.com.uy/bancodatos/c01.htm>. [Consulta: 1/08/2010].
2. **Giddens A.** Les conséquences de la modernité. Paris: L'Harmattan, 1994.
3. **Boltansky L, Thévenot L.** Les économies de la grandeur. Cahier du Centre d'Études de l'Emploi. Paris: PUF,1987; n°31, 360 p.
4. **Organización Internacional del Trabajo. Programa de Actividades Sectoriales.** Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla. Reunión de expertos para elaborar un repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el trabajo en el sector de los servicios: una amenaza para la productividad y el trabajo decente (8-15 de octubre de 2003). Ginebra: OIT, 2003. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/dialogue/sector/techmeet/mevsws03/mevsws-cp.pdf> [Consulta: 1/8/2010].
5. **Organización Panamericana de la Salud.** Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C: OPS, 2002. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia\\_2003.htm](http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm) [Consulta: 1/8/2010].
6. **Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional. Violencia.** Peligros ocupacionales en los hospitales. DHHS. (NIOSH) Num. de Publicación 2002-101. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2002-101sp.html> [Consulta: 1/8/2010].
7. **Tomasina F.** Estrés y Burnout en el ámbito hospitalario: revisión de la experiencia del Departamento de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. In: Congreso uruguayo de psicología médica, 5: Más allá del genoma... más acá de la cultura: la salud mental desde el paradigma de la complejidad. Montevideo 6, 7 y 8 de mayo de 2010. Disponible en: <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/resumen-congreso-mayo2010.pdf> [Consulta: 1/8/2010].
8. **Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.** La violencia en el trabajo. Facts 2002; número 24. Disponible en: <http://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/24>. [Consulta: 1/8/2010].
9. **Tomasina F, Bozzo E, Chaves E, Pucci F.** Impacto de las condiciones laborales en la salud de trabajadores de un centro quirúrgico. Rev Cuba Salud Pública 2008; 34(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000200008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200008&lng=es) [Consulta: 1/8/10].
10. **Callon M, Licoppe C.** La confiance et ses régimes: quelques leçons tirées de l'histoire des sciences. In: Laufer R, Orillard, M, dir. La confiance en question. Collection Logiques Sociales. Paris: L'Harmattan, 2000: 133-54.
11. **Eme B, Laville JL.** L'enjeu de la confiance dans les services relationnels. In: Laufer R, Orillard, M, dir. La confiance en question. Collection Logiques Sociales. Paris: L'Harmattan, 2000.
12. **Kerlinguer FN, Lee HB.** Investigación del comportamiento: métodos de investigación en Ciencias Sociales. 4 ed. México, DF: Mc Graw- Hill, Interamericana, 2000.