

Número Doce

BOLETÍN DIGITAL

ISSN 3072-9084

Boletín de Trabajos y Publicaciones Científicas de la
Asociación de Médicos Forenses de la República Argentina



AMFRA

Asociación de Médicos Forenses
de la República Argentina

www.amfra.org.ar

9/2026

BOLETÍN DE TRABAJOS Y PUBLICACIONES CIENTÍFICAS AMFRA

BOLETÍN DIGITAL

ISSN 3072-9084

El Boletín de Trabajos y Publicaciones Científicas de AMFRA es una publicación virtual en formato revista de aparición trimestral, cuyo objetivo fundamental es brindar un espacio abierto de expresión escrita para las/los asociadas/os y profesionales invitados, a fin de facilitar la difusión en la comunidad científica de sus conocimientos, actualizaciones temáticas y experiencias prácticas obtenidas durante la labor pericial. El medio que propone el Boletín, es la publicación de artículos y trabajos originales sobre temas referentes a la Medicina Legal, con sus subdisciplinas, especialidades afines, Medicina del Trabajo, así como también todas las áreas de conocimiento que integran las Ciencias Forenses. La responsabilidad por el contenido en texto e iconográfico, afirmaciones y autoría de los artículos y trabajos publicados corresponde exclusivamente a sus autores.

COMISIÓN DIRECTIVA – AMFRA (2025 – 2027)

Presidente: FOYO ROBERTO

Vicepresidente: GABRIELA ALEJANDRA TINTO

Secretario de Hacienda: RUBINSTEIN NORBERTO JULIO

Secretario de Actas: SANTANDER ROMINA DANIELA

Secretario de Prensa: LAZCANO RAUL

Secretario Relaciones Científicas y Académicas: LOSSETTI OSCAR IGNACIO

Secretaría de Asuntos Profesionales: BERTE EDUARDO

AUTORIDADES DE LA PUBLICACIÓN:

DIRECTOR ACADÉMICO: Oscar Lossetti

DIRECTOR EDITORIAL: Daniel Silva

COORDINADOR: Gabriel Andrés Navarro

COMITÉ CIENTÍFICO y JURADO EDITORIAL:

Oscar Lossetti

Daniel Silva

Roberto Oscar Foyo

Gabriela Alejandra Tinto

Guido Berro Rovira



Av. Triunvirato 4135 3º 49 CABA - boletin@amfra.org.ar

 www.amfra.org.ar

Número doce

BOLETÍN DIGITAL

- ② Odontología forense
- ② Patología medicolegal
- ② Medicina del Trabajo
- ② Derecho médico
- ② Criminalística
- ② Criminología
- ② Psiquiatría
- ② Sexología medicolegal

Sumario

¿Reevaluamos o confirmamos?. La alternancia de equipos interdisciplinarios como garantía de derechos en los procesos de revisión de capacidad jurídica	Pág 04
La Ley 27.797/2025 – "Ley Nicolás" Qué introduce sobre calidad y seguridad sanitaria	Pág 12
Factores psicosociales asociados al trabajo en médicos psiquiatras en formación. Un abordaje asistencial, laboral, formativo y médico-legal	Pág 18
Vocación, condiciones laborales y nivel de satisfacción del profesional médico	Pág 30

¿Reevaluamos o confirmamos?

La alternancia de equipos interdisciplinarios como garantía de derechos en los procesos de revisión de capacidad jurídica

Dra. Florencia C. Lopez

Médica especialista en Psiquiatría, Medicina Legal y Medicina del Trabajo.

Coordinadora del Cuerpo Interdisciplinario Forense de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil. Poder Judicial de la Nación.

lopezflorenciac@gmail.com

Introducción

La determinación de la capacidad jurídica de una persona constituye una de las intervenciones más significativas que el sistema judicial puede realizar sobre la vida de un individuo: alcanza decisiones sobre la salud, el patrimonio, los vínculos afectivos y la participación política. Por esa razón, el ordenamiento jurídico vigente no concibe esa intervención como definitiva. El artículo 40 del Código Civil y Comercial de la Nación (CCyCN) establece que toda sentencia que restrinja la capacidad jurídica debe ser revisada en un plazo no superior a tres años, con nuevos dictámenes interdisciplinarios y audiencia personal con el juez. La norma es clara. La práctica, sin embargo, cuenta una historia diferente.

En los hechos, la revisión periódica tiende a convertirse en una instancia de confirmación técnica. Los equipos convocados para la reevaluación operan sobre un expediente que ya contiene un diagnóstico validado judicialmente, una narrativa clínica consolidada y una resolución jurisdiccional que la avala. En ese contexto, la pregunta que debería orientar la evaluación es: ¿la restricción de la capacidad jurídica que presenta la persona en la actualidad es aún necesaria, proporcional y la menos restrictiva posible? Sin embargo, dicho

interrogante es desplazado por otro más familiar a la lógica médica tradicional: ¿persiste aún el diagnóstico? La respuesta, previsiblemente, suele ser afirmativa.

Este desplazamiento no es inocuo ni excepcional. Es el resultado predecible de una arquitectura institucional que no distingue entre la función de seguimiento clínico y la función pericial, y de mecanismos cognitivos estructurales que operan independientemente de la voluntad o idoneidad de los profesionales intervinientes. La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 es explícita: la existencia de diagnóstico no autoriza a presumir incapacidad (art. 5°). Sin embargo, en la práctica pericial el diagnóstico previo —incorporado al expediente y validado jurisdiccionalmente— tiende a operar como presunción implícita de continuidad de las restricciones.

Este artículo propone examinar esa brecha y argumenta que la alternancia de equipos interdisciplinarios en las instancias de revisión no es una cuestión organizativa sino una salvaguardia epistémica e institucional que hace posible lo que la norma exige: una revisión genuina, independiente de las conclusiones anteriores, orientada por el paradigma de derechos y no por la inercia diagnóstica. Este argumento se inscribe en una línea de investigación más amplia sobre los efec-

tos del sesgo cognitivo en evaluaciones periciales sucesivas y, en particular, sobre el fenómeno de la cristalización diagnóstica (Lopez, 2026).

Marco normativo, interdisciplina y paradigma de apoyos

La incorporación con jerarquía constitucional de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad —CDPD— (Naciones Unidas, 2006; Leyes 26.378 y 27.044) produjo una ruptura con el paradigma médico-tutelar. El artículo 12 reconoce que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones, y obliga a los Estados a proporcionar los apoyos que puedan necesitar para su ejercicio. La capacidad deja de concebirse como un atributo susceptible de pérdida para constituirse en un derecho cuyo ejercicio puede requerir apoyos proporcionales, individualizados y revisables. Esta transformación redefine el objeto de la evaluación pericial: ya no se trata de determinar si una persona tiene o no capacidad, sino de identificar qué apoyos necesita para ejercerla y en qué áreas específicas.

El CCyCN recogió esos principios en sus artículos 31 a 50: presunción de capacidad, intervención estatal mínima, proporcionalidad y especificidad de las restricciones, y revisión periódica obligatoria. El artículo 37 exige que la sentencia se funde en un informe interdisciplinario que identifique las funciones y actos que se limitan y los apoyos designados. Esta exigencia no es metodológica: es una condición de validez del proceso. Si la capacidad jurídica no es una categoría médica sino un derecho que depende de la interacción entre la persona, su entorno y los apoyos disponibles, ninguna disciplina aislada puede dar cuenta de esa complejidad. La conformación estándar en el fuero civil —psiquiatría, psicología y trabajo social— permite abordar de manera integrada las dimensiones clínica, psicológica y socioambiental de la evaluación.

El modelo social de la discapacidad, operacionalizado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (2001), entiende la discapacidad como el resultado de la interacción entre condiciones de

salud y factores contextuales, no como un atributo fijo de la persona. Evaluar desde este modelo exige relevar capacidades, no solo déficits; analizar el entorno y los apoyos disponibles como variables centrales; y producir conclusiones situacionales y dinámicas, no categoriales y permanentes. Un dictamen que no está anclado en ese análisis contextual no satisface las exigencias del paradigma vigente, independientemente de la solidez clínica del diagnóstico que lo acompaña (Comité CDPD, 2014).

Cristalización diagnóstica y alterancia de equipos

Sesgos cognitivos en evaluaciones periciales sucesivas

La literatura sobre sesgos cognitivos en evaluación forense ha abandonado la explicación individualista para adoptar una perspectiva estructural: el sesgo es una propiedad del juicio humano experto, sistemática, predecible y no neutralizable mediante la sola voluntad o el entrenamiento técnico (Dror, 2020). Un hallazgo de especial relevancia es que la experiencia profesional no protege contra el sesgo y puede amplificarlo: peritos con alta trayectoria modificaban sus conclusiones previas cuando se les presentaba la misma evidencia con información contextual irrelevante (Dror & Charlton, 2006), y los evaluadores más experimentados mostraban menor propensión a reconocer el sesgo en su propio desempeño (Zapf et al., 2018).

En el contexto específico de las reevaluaciones periciales en procesos de capacidad jurídica, cuatro mecanismos cognitivos operan de manera articulada y se potencian mutuamente: el sesgo de anclaje, el sesgo de confirmación, el *diagnosis momentum* y el *bias cascade*. Ninguno de ellos requiere negligencia ni mala intención por parte del evaluador; son propiedades estructurales del juicio experto que se activan por las condiciones mismas del proceso pericial cuando el equipo reevaluador es el mismo que intervino anteriormente.

El **sesgo de anclaje** refiere a la tendencia del juicio humano a tomar como referencia inicial una categoría o valor disponible y a ajustar insuficientemente a partir de la nueva información recabada (Tversky & Kahneman, 1974). En el contexto

de las reevaluaciones, opera desde el momento mismo en que el equipo accede al expediente: el diagnóstico previo, validado por una sentencia judicial, funciona como ancla cognitiva que orienta la atención, determina qué información se considera relevante y establece el umbral a partir del cual un dato nuevo puede modificar la conclusión. La solidez institucional de ese anclaje —refrendado no solo por un informe clínico sino por una resolución jurisdiccional— lo hace especialmente resistente a la revisión.

El **sesgo de confirmación** refiere a la tendencia sistemática a buscar, interpretar y recordar información de manera consistente con la hipótesis preexistente, subestimando o descartando la evidencia que la contradice (Kassin et al., 2013). En la reevaluación pericial, este mecanismo orienta la lectura de la historia clínica, la formulación de las preguntas durante la entrevista y la interpretación de los instrumentos administrados. El evaluador no falsea conscientemente los datos: los procesa a través de un filtro cognitivo que favorece la coherencia con lo ya concluido. La investigación experimental ha demostrado que este sesgo opera incluso cuando el evaluador cree estar siendo objetivo y que su intensidad no disminuye con la experiencia profesional (Dror & Charlton, 2006).

El **diagnosis momentum** describe el proceso por el cual una etiqueta diagnóstica, una vez asignada, se vuelve progresivamente más difícil de cuestionar o remover a medida que es reproducida por distintos profesionales y documentos a lo largo del tiempo (Croskerry, 2002). En los procesos de determinación de capacidad jurídica, este efecto adquiere una dimensión particular: el diagnóstico no solo circula entre profesionales de la salud, sino que queda fijado en un expediente judicial y respaldado por una sentencia, lo que le otorga una estabilidad institucional que excede con creces la de cualquier historia clínica. Cada nueva intervención profesional que reproduce ese diagnóstico —informes de seguimiento, notas de trabajo social, interconsultas— refuerza su carácter de certeza establecida y reduce aún más la probabilidad de que sea sometido a revisión genuina.

El **efecto cascada de sesgo** (*bias cascade*) describe la propagación y amplificación de un sesgo

introducido en una etapa temprana del proceso pericial a lo largo de las etapas subsecuentes (Dror et al., 2017). No se trata de un sesgo independiente sino del efecto multiplicador de los tres mecanismos anteriores: el anclaje condiciona la entrevista, la entrevista condicionada alimenta el sesgo de confirmación, el sesgo de confirmación refuerza el *diagnosis momentum*, y el conjunto produce un dictamen que reproduce la narrativa anterior con apariencia de evaluación independiente. En el contexto de las reevaluaciones periódicas, donde el expediente contiene capas sucesivas de documentación consistente entre sí, el *bias cascade* garantiza que los efectos de los sesgos previos se amplifiquen en lugar de neutralizarse.

La revisión sistemática más reciente sobre sesgos cognitivos en psiquiatría forense identificó diez sesgos distintos en la práctica especializada, señalando que casi ningún estudio abordó contextos civiles (Buongiorno et al., 2025). La determinación y reevaluación de capacidad jurídica constituye, por tanto, un área de vacío empírico que demanda atención específica e investigación orientada a sus condiciones particulares.

Cristalización diagnóstica: propuesta conceptual

La articulación de esos cuatro mecanismos en el contexto específico de evaluaciones periciales sucesivas sobre capacidad jurídica configura lo que Lopez (en preparación) propone denominar **cristalización diagnóstica**: el proceso por el cual una conclusión pericial, una vez incorporada al expediente judicial y validada por una resolución jurisdiccional, adquiere resistencia cognitiva a la revisión en evaluaciones ulteriores sobre la misma persona. La cristalización diagnóstica no requiere intención ni negligencia profesional: es el resultado predecible de la interacción entre la arquitectura cognitiva del juicio experto y las condiciones específicas del proceso pericial cuando el equipo evaluador es el mismo que intervino anteriormente.

El expediente judicial no es un repositorio neutral de información: es un documento que construye una narrativa sobre la persona y la fija en un soporte institucional de alta estabilidad. Una vez refrendada por resolución jurisdiccional, esa na-

rrativa no funciona como fuente de información sino como marco interpretativo previo que orienta la atención, filtra la evidencia nueva y reduce la probabilidad de que datos inconsistentes con las conclusiones anteriores sean incorporados con el mismo peso. El efecto de arrastre documental es, en evaluaciones de capacidad jurídica, de una magnitud sin equivalente en otras modalidades de peritaje: los plazos de revisión son largos, el diagnóstico tiene tiempo para consolidarse a través de historias clínicas, informes de seguimiento y notas de trabajo social, y la sentencia tiene efectos sobre derechos fundamentales que generan una narrativa institucional de alta carga sobre la persona (Lopez, 2026).

La alternancia como respuesta institucional y convencional

Si los sesgos que comprometen la calidad epistémica de las reevaluaciones son propiedades estructurales del juicio experto, la solución debe ser también estructural. La medida de diseño más directamente orientada a mitigar la cristalización diagnóstica es la alternancia de equipos como regla en las instancias de revisión: el equipo entrante llega al proceso sin una conclusión previa propia que defender, sin una narrativa institucional que reproducir y sin el peso cognitivo de haber sido quien recomendó las restricciones vigentes.

La propuesta encuentra sustento jurídico directo en el artículo 12(4) de la CDPD, que establece que toda medida relativa al ejercicio de la capacidad jurídica debe estar sujeta a salvaguardias libres de conflicto de intereses e influencia indebida, realizadas por instancias independientes e imparciales (Naciones Unidas, 2006). Esta exigencia no aplica solo al órgano judicial que decide sino también al saber experto que alimenta esa decisión. Un dictamen producido por el mismo equipo que elaboró la evaluación inicial no satisface materialmente el estándar de independencia que la CDPD exige. La cristalización diagnóstica es, en estos términos, no solo un riesgo epistémico sino una forma de influencia indebida estructural. El Comité CDPD precisó en su Observación General N° 1 (2014) que las salvaguardias deben orientarse a respetar los derechos, la voluntad y

las preferencias de la persona con proporcionalidad y revisión regular: una revisión capturada por cristalización diagnóstica reproduce categorías previas en lugar de producir evaluaciones individualizadas y actualizadas.

Es necesario además distinguir dos funciones que la práctica institucional frecuentemente fusiona: la función de seguimiento clínico —acompañar a la persona en el tiempo— y la función pericial —producir un dictamen independiente sobre su situación actual para que un juez decida sobre sus derechos—. La primera requiere continuidad y confianza; la segunda requiere independencia respecto de las conclusiones anteriores. Fusionar ambas funciones en el mismo equipo resuelve un problema de economía procesal a costa de comprometer la independencia epistémica de la función pericial. La alternancia no interrumpe el seguimiento clínico: reserva la función pericial para un equipo que pueda ejercerla desde una posición genuinamente independiente.

Tensiones en la implementación: críticas y respuestas

La propuesta de alternancia de equipos no es inmune a objeciones. Cuatro críticas merecen ser examinadas, no porque derroten el argumento sino porque señalan tensiones reales que cualquier diseño responsable debe contemplar.

El riesgo de revictimización

La primera objeción señala que someter a una persona a una nueva evaluación con un equipo desconocido puede ser vivido como una experiencia invasiva y perturbadora. La literatura ha documentado que el tránsito por el sistema de justicia puede generar malestar sustained, definido como victimización secundaria: el impacto psicológico, social y jurídico de ser procesado por instancias percibidas como ajenas a las necesidades de la persona (Gutiérrez de Piñeres-Botero et al., 2009; Orth, 2002).

La objeción es legítima, pero señala un problema de diseño del procedimiento, no un argumento contra la alternancia. La continuidad del equipo no garantiza ausencia de revictimización: un equipo que opera desde una narrativa cristalizada puede ser tan o más invasivo que uno nuevo, preci-

samente porque interroga desde certezas previas. Un diseño responsable puede mitigar el riesgo sin sacrificar la independencia: entrevista única planificada, posibilidad de que la persona elija las condiciones del encuentro —lugar, personas de apoyo, formato accesible— y uso intensivo de registros documentales como insumo primario, en cumplimiento de las obligaciones sobre ajustes de procedimiento del artículo 13 de la CDPD (Naciones Unidas, 2006; Parsons & Bergin, 2010).

La pérdida de conocimiento longitudinal

La segunda objeción sostiene que el equipo nuevo no conoce la historia de la persona, sus vínculos ni su evolución, y que ese conocimiento acumulado tiene valor clínico genuino.

Esta objeción confunde dos fuentes de conocimiento analíticamente distintas. El conocimiento longitudinal sobre la persona está disponible en el expediente —historia clínica, informes de seguimiento, notas de trabajo social— y el equipo entrante puede y debe acceder a él. Lo que no está disponible es la interpretación que el equipo anterior hizo de esos datos: y esa es precisamente la condición que la alternancia busca preservar, porque es esa interpretación previa la que opera como ancla cognitiva. La objeción confunde además la función de seguimiento clínico con la función pericial: el conocimiento longitudinal del equipo tratante no se pierde con la rotación. Para la función pericial, la independencia respecto de las conclusiones anteriores tiene más valor epistémico que la familiaridad con una historia interpretada desde un único encuadre (Neal & Grisso, 2014).

La inviabilidad institucional

La tercera objeción es de orden práctico: en sistemas con recursos limitados, rotar equipos puede ser difícil de implementar. En el contexto del fuero civil argentino, donde los equipos forenses operan con dotaciones acotadas y cargas de trabajo elevadas, esta preocupación tiene peso concreto.

La objeción señala un desafío de implementación, no una razón para abandonar la propuesta. Los desafíos tienen respuesta en el diseño institucional: registro de equipos habilitados para intervenir en reevaluaciones, distribución por sorteo,

posibilidad de que distintos juzgados compartan equipos para las instancias de revisión. Vale además invertir el argumento: la inviabilidad de la alternancia es en parte consecuencia de un sistema que no fue diseñado para garantizarla. Si se reconoce como exigencia del paradigma de derechos, su implementación se convierte en una obligación institucional que el sistema debe resolver, no en una aspiración optativa que puede postergarse por razones de economía procesal (Breglia et al., 2026).

La inconsistencia en el proceso

La cuarta objeción señala que equipos distintos pueden llegar a conclusiones distintas por diferencias de criterio entre profesionales, generando inestabilidad jurídica para la persona y dificultando la tarea del juez.

Esta objeción invierte una premisa que este trabajo ha cuestionado desde el inicio: que la consistencia entre evaluaciones sucesivas es un indicador de calidad. Si esa consistencia es producto de la cristalización diagnóstica —si los dictámenes coinciden porque el equipo opera desde la narrativa previa y no desde una exploración genuina— entonces no es una virtud del proceso sino su patología. La divergencia entre equipos puede ser la señal de que la revisión está funcionando: abre genuinamente la pregunta sobre la proporcionalidad de las restricciones. La tarea del juez en un sistema de derechos no es recibir dictámenes que coinciden con los anteriores sino tomar decisiones fundadas sobre la base de evaluaciones independientes. Lo que el sistema debe garantizar no es la consistencia entre dictámenes sino la calidad de cada dictamen individual (Dror & Kukucka, 2021; Neal et al., 2022).

Implicancias para la práctica pericial

La adopción de la alternancia como regla tiene consecuencias concretas para la manera en que los equipos preparan, conducen e informan las reevaluaciones.

En relación con la evaluación, el protocolo debe establecer que cada integrante del equipo formule sus hipótesis iniciales a partir de la entrevista y los instrumentos administrados antes de acceder

al diagnóstico previo incorporado al expediente. Este principio, denominado *Linear Sequential Unmasking Expanded* (LSU-E) por Dror y Kukucka (2021), propone que la información contextual ingrese de manera secuencial y controlada: el diagnóstico anterior como dato a analizar, no como conclusión a confirmar. Cada disciplina debe además formular sus conclusiones parciales de manera independiente antes de la instancia de integración, explicitando las divergencias de criterio en el dictamen antes de disolverlas en un consenso forzado (Neal et al., 2022).

En relación con el dictamen, tres exigencias se derivan del paradigma vigente. Primero, debe especificar las capacidades de la persona, no solo sus déficits, ofreciendo una evaluación diferenciada por áreas de la vida que permita al juez identificar qué puede decidir la persona por sí misma, qué necesita apoyo y qué tipo de apoyo resulta proporcional (Ley 26.994, art. 37). Segundo, debe dar cuenta explícita del contexto y los apoyos disponibles: la capacidad no es un atributo fijo sino el resultado de la interacción entre condiciones de salud y factores contextuales (Organización Mundial de la Salud, 2001). Tercero, debe distinguir con claridad entre la información obtenida del expediente previo y la producida por la evaluación actual, permitiendo identificar qué conclusiones descansan en observaciones actualizadas y cuáles reproducen narrativas anteriores (Dror & Kukucka, 2021).

En relación con el protocolo de implementación, los elementos mínimos son: designación del equipo reevaluador mediante mecanismo que excluya al equipo inicial, preferentemente por sorteo entre equipos habilitados; acceso secuencial al expediente previo siguiendo el principio LSU-E; información a la persona sobre su derecho a definir las condiciones del encuentro evaluativo; excepción motivada cuando la persona solicita expresamente la continuidad de algún integrante del equipo previo, como expresión de su voluntad y autonomía (arts. 12 y 13 CDPD); y formación específica de los equipos en sesgos cognitivos en evaluación forense, condición necesaria —aunque no suficiente— para implementar las salvaguardias que los mitigan (Dror, 2020; MacLean et al., 2019).

Conclusiones

La revisión periódica de la capacidad jurídica es, en el ordenamiento vigente, una obligación y no una opción. El artículo 40 del CCyCN, el artículo 12(4) de la CDPD y la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 convergen en un mandato claro: las restricciones al ejercicio de derechos deben ser revisadas periódicamente, con carácter sustantivo, por instancias independientes e imparciales. Ese mandato no se cumple con la sola realización formal de una reevaluación: se cumple cuando esta produce una revisión genuina que abre la pregunta sobre la proporcionalidad y necesidad de las restricciones vigentes en lugar de ratificarlas técnicamente.

Este trabajo ha argumentado que esa revisión genuina está sistemáticamente comprometida cuando la reevaluación es realizada por el mismo equipo que produjo el dictamen inicial. El argumento descansa en tres órdenes de razones que se refuerzan mutuamente: epistémico —la cristalización diagnóstica como resultado predecible de sesgos cognitivos estructurales potenciados por el expediente judicial—; normativo —la exigencia convencional de independencia e imparcialidad en las instancias de revisión—; y conceptual —la incompatibilidad entre el paradigma de apoyos y una evaluación condicionada por una narrativa diagnóstica propia ya consolidada institucionalmente—.

Las objeciones que la propuesta genera tienen respuesta en el rediseño del procedimiento, no en la continuidad del equipo evaluador. Tomarlas en serio es condición de una implementación responsable, no argumento para postergar la transformación. La alternancia de equipos es condición necesaria para la revisión genuina, pero no condición suficiente: si los equipos que intervienen en las reevaluaciones no han internalizado el cambio de pregunta que el paradigma vigente exige —no ¿persiste el diagnóstico? sino ¿es la restricción vigente aún necesaria, proporcional y la menos limitativa posible?— la misma lógica de confirmación se reproducirá con distinto personal.

La medicina forense, la psicología jurídica y el trabajo social del siglo XXI no pueden limitarse a certificar estados: deben garantizar derechos. Esa transformación requiere equipos formados en el

paradigma de apoyos y en los límites cognitivos del juicio experto, procedimientos diseñados para mitigar el sesgo y una arquitectura institucional que haga posible lo que la norma exige. La alternancia de equipos es el eslabón que falta entre el mandato normativo de revisión genuina y la práctica pericial que lo hace posible. Nombrarlo con precisión es el primer paso para construirlo.

Referencias

- [1] Buongiorno, L., Mele, F., Petroni, G., Margari, A., Carabellese, F., Catanesi, R., & Mandarelli, G. (2025). Cognitive biases in forensic psychiatry: A scoping review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 101, 102083. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2025.102083>
- [2] Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2014). *Observación General N° 1: Igual reconocimiento como persona ante la ley (artículo 12)*. CRPD/C/GC/1. Naciones Unidas.
- [3] Croskerry, P. (2002). Achieving quality in clinical decision making: Cognitive strategies and detection of bias. *Academic Emergency Medicine*, 9(11), 1184–1204. <https://doi.org/10.1197/aemj.9.11.1184>
- [4] Dror, I. E. (2020). Cognitive and human factors in expert decision making: Six fallacies and the eight sources of bias. *Analytical Chemistry*, 92(12), 7998–8004. <https://doi.org/10.1021/acs.analchem.0c00704>
- [5] Dror, I. E., & Charlton, D. (2006). Why experts make errors. *Journal of Forensic Identification*, 56(4), 600–616.
- [6] Dror, I. E., & Kukucka, J. (2021). Linear Sequential Unmasking–Expanded (LSU-E): A general approach to minimizing bias in forensic decision making. *Forensic Science International: Synergy*, 3, 100180.
- [7] Dror, I. E., Morgan, R. M., Rando, C., & Nakhaeizadeh, S. (2017). The bias snowball and the bias cascade effects: Two distinct biases that may impact forensic decision making. *Journal of Forensic Sciences*, 62(3), 832–833.
- [8] Gutiérrez de Piñeres-Botero, C., Coronel, E., & Andrés-Pérez, C. (2009). Revisión teórica del concepto de victimización secundaria. *Liberabit*, 15(1), 49–58.
- [9] Kassin, S. M., Dror, I. E., & Kukucka, J. (2013). The forensic confirmation bias: Problems, perspectives, and proposed solutions. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 2(1), 42–52. <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2013.01.001>
- [10] Ley 26.378. (2008). *Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. República Argentina.
- [11] Ley 26.657. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. República Argentina.
- [12] Ley 26.994. (2014). *Código Civil y Comercial de la Nación*. República Argentina.
- [13] Ley 27.044. (2014). *Jerarquía constitucional de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. República Argentina.
- [14] Lopez, F. (2026, abril 22–25). *Más allá del diagnóstico: determinación de la capacidad y el derecho a decidir* [Mesa redonda]. XXXIX Congreso Argentino de Psiquiatría y Salud Mental, Mar del Plata, Argentina.
- [15] MacLean, N., Neal, T. M. S., Morgan, R. D., & Murrie, D. C. (2019). Forensic clinicians' understanding of bias. *Psychology, Public Policy, and Law*, 25(4), 323–330. <https://doi.org/10.1037/law0000212>
- [16] Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. A/RES/61/106.
- [17] Neal, T. M. S., & Grisso, T. (2014). The cognitive underpinnings of bias in forensic mental health evaluations. *Psychology, Public Policy, and Law*, 20(2), 200–211. <https://doi.org/10.1037/a0035824>
- [18] Neal, T. M. S., Lienert, P., Denne, E., & Singh, J. P. (2022). A general model of cognitive bias in human judgment and systematic review specific to forensic mental health. *Law and Human Behavior*, 46(2), 99–120. <https://doi.org/10.1037/lhb0000482>
- [19] Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. OMS.
- [20] Orth, U. (2002). Secondary victimization of crime victims by criminal proceedings. *Social Justice Research*, 15(4), 313–325. <https://doi.org/10.1023/A:1021210323461>
- [21] Panetta, A., & Uzal, M. (2026). Sesgo cognitivo en medicina forense: Vulnerabilidades y estrategias de mitigación. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, 59, 43–49.
- [22] Parsons, J., & Bergin, T. (2010). The impact of criminal justice involvement on victims' mental health.

Journal of Traumatic Stress, 23(2), 182–188. <https://doi.org/10.1002/jts.20505>

- [23] Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185(4157), 1124–1131. <https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124>
- [24] Zapf, P. A., Kukucka, J., Kassin, S. M., & Dror, I. E. (2018). Cognitive bias in forensic mental health assessment: Evaluator beliefs about its nature and scope. *Psychology, Public Policy, and Law*, 24(1), 1–10. <https://doi.org/10.1037/law0000153>

La Ley 27.797/2025 – “Ley Nicolás”

Qué introduce sobre calidad y seguridad sanitaria

Oscar Ignacio LOSSETTI¹ y Mónica LEMA²

¹ Prof. Titular 1ra. Cátedra Medicina Legal y Deontología Médica – Fac. Cs. Médicas, UBA.

² Médica Legista (ISALUD). Docente 1ra. Cátedra Medicina Legal y Deontología Médica – Fac. Cs. Médicas, UBA.

Introducción: Algunos datos formales y origen

La motivación del presente trabajo radica en poner en conocimiento a los profesionales de la salud que, a partir de esta legislación, se introducen conceptos y definiciones que de manera obligada se deben tener presentes en la práctica asistencial médica. Esta introducción necesaria e ineludiblemente será complementada toda vez que se dé oficializado el Decreto Reglamentario, que se entiende y espera que complemente los preceptos del articulado que se han reseñado en el presente.

La denominación de la norma proviene de Nicolás Deanna, un joven de veinticuatro años, vecino de Villa Gesell, fallecido el 2 de noviembre de 2017 a consecuencia de una meningitis bacteriana que no fue diagnosticada oportunamente durante los días previos, pese a sucesivas consultas.

El 8 de octubre de 2025 se publicó en el Boletín Oficial la Ley 27.797, titulada “Ley Nicolás: Ley de Calidad y Seguridad Sanitaria”. Había sido sancionada por el Congreso el 18 de septiembre de ese año y fue promulgada sin observaciones mediante el Decreto 725/2025, del 7 de octubre. Consta de treinta y siete artículos distribuidos en ocho capítulos. Conforme a su artículo 34, su entrada en vigencia fue a los ciento ochenta días de la publicación, es decir, el 6 de abril de 2026. Como regula materias en las que las provincias conservan competencias propias, el artículo 33 se limita a invitarlas a adherir, junto con la Ciudad Autónoma

de Buenos Aires.

El objeto es establecer un marco jurídico e institucional enfocado en la calidad y la seguridad asistencial enfatizando la prevención de daños evitables. Es una ley de organización sanitaria, por tanto, el carácter de la norma no es punitivo: no modifica el Código Penal, no crea figuras delictivas ni establece un régimen de sanciones propio.

Se destaca lo preceptuado en su Art. 1º: *“La presente ley tiene por finalidad asegurar el derecho a una asistencia sanitaria de calidad y segura, centrada en las personas y en las comunidades, a través de la definición de un marco jurídico e institucional que promueva la transformación de las pautas culturales, la mejora de las condiciones de la práctica sanitaria, la protocolización y jerarquización de los procesos de atención, la incorporación de herramientas tecnológicas adecuadas, la disminución de daños evitables, y el cuidado del marco de trabajo del equipo de salud”*.

Debe tenerse presente que, asimismo, da respuesta a lo requerido por el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente (OMS 2021-2030) respecto de normativas que resguarden a pacientes y trabajadores de la salud.

Cuáles son sus objetivos

Se enuncian 14 en el artículo 4º; destacan:

- Fomentar una cultura de calidad y seguridad.
- Implementar el modelo de Cultura Justa.

- Impulsar el aprendizaje y la tarea sanitaria con visión de sistema.
- Mejorar la transparencia informativa.
- Jerarquizar y proteger al equipo de salud.
- Incorporar la prevención cuaternaria (evitar daños por intervención médica innecesaria).

Terminología: Vocabulario técnico y definiciones conceptuales incorporados al derecho positivo

El artículo 3 introduce en la legislación argentina un conjunto de definiciones que conformaban patrimonio de la literatura especializada en seguridad del paciente, carentes de recepción normativa. Consta de 11 incisos que se pueden consultar completos en el texto legal; a tal fin señalaremos inicialmente solo sus títulos: *a) Calidad de la atención sanitaria; b) Seguridad del y la paciente; c) Gestión de la calidad sanitaria; d) Personas usuarias; e) Coproducción de salud; f) Cultura justa; g) Incidente de seguridad; h) Evento adverso no evitable; i) Evento adverso evitable; j) Evento centinela; k) Prevención cuaternaria.*

Entre ellas conviene considerar los siguientes, a modo de resúmenes conceptuales:

La **cultura justa** se define como el conjunto de creencias, valores y comportamientos compartidos que atiende a las cuestiones sistémicas cuando surge un incidente de seguridad: implica entender el error humano sin que sea necesariamente objeto de sanción, fomentar la notificación, aprender sin temor a represalias y comprender cómo el sistema condujo a comportamientos subóptimos, exigiendo responsabilidades solo cuando hay pruebas de negligencia grave o de actos deliberados.

El **incidente de seguridad** es el desvío del proceso de atención que pone en riesgo al paciente, con daño efectivo o sin él; cuando el daño se produce, se lo denomina **evento adverso**. La ley distingue además entre **evento adverso evitable** y **no evitable** según hubiera mediado o no la posibilidad de

prevenirlo mediante un obrar diligente ajustado a las reglas del ejercicio profesional.

El **evento centinela**, categoría que después estructura todo el capítulo III, es el suceso imprevisto, fuera del curso esperable de la práctica, que causa muerte, daño permanente o daño temporal derivado de la atención sanitaria.

Aparecen también la **coproducción de salud**, entendida como el papel activo del paciente en las decisiones sobre su propia salud, y la **prevención cuaternaria**, definida como el conjunto de actividades dirigidas a evitar, reducir o paliar el daño provocado por la intervención médica innecesaria.

No obstante, el término *calidad* tiene sus orígenes en la industria. Nace con la transición del trabajo artesanal a la producción masiva durante la Revolución Industrial, cuando surgió la necesidad de inspeccionar, medir y estandarizar piezas y procesos para garantizar que los productos cumplieran con los requisitos mínimos. El artesano hacía todo el trabajo y controlaba la calidad de forma directa. En el siglo XIX y principios del XX la fábrica reemplazó al taller; nació el rol del inspector para separar los productos buenos de los defectuosos. Entre 1920-1930 aparece el control estadístico: Walter Shewhart creó las gráficas de control estadístico para prevenir errores antes de que ocurriera el fallo. Posteriormente surgió en los años 40 y 50 el aseguramiento de la calidad: se involucró a toda la cadena productiva y se popularizaron las ideas de W. Edwards Deming y Joseph Juran en la industria japonesa. A fines de los 60 se impuso el concepto de Calidad Total como filosofía de gestión para toda la empresa, abocada a la satisfacción total del cliente y el mejoramiento continuo.

¿Por qué no aplicarlo a la atención médica y sus servicios? La respuesta pertenece al médico libanés Avedis Donabedian (1919-2000): “*la calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnologías médicas adecuadas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional su riesgo*”.

Obviamente, entonces tampoco es nuevo ni nace con esta ley la calidad para el ámbito de prestación de servicios de Salud. Se considera que un servicio de salud es de calidad cuando se ofrecen

servicios sanitarios accesibles y equitativos, con óptimo nivel profesional, que tengan en cuenta los recursos disponibles y que logren la adhesión y satisfacción del “usuario”.

De hecho, la Organización Mundial de la Salud entiende que la calidad de la atención *“es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población aumentan la probabilidad de alcanzar los resultados de salud deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, e implica que la calidad puede medirse y mejorarse de forma continua mediante la prestación de una atención basada en la evidencia, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, sus familiares y su entorno”*.

Por otro lado, la Sociedad Argentina de Medicina Interna expresa que *“La calidad en salud se define como el grado en que los servicios incrementan la probabilidad de resultados deseados para los pacientes, alineándose con el conocimiento profesional actualizado. Este concepto incluye dimensiones fundamentales como efectividad, eficiencia, accesibilidad, equidad, seguridad y centrado en el paciente”*.

Entidad señera desde 1891, la Asociación Médica Argentina (AMA) trata este concepto, señalando que *“el concepto de Calidad de la Atención en Salud está vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones. Los miembros del Equipo de Salud deben participar de las Políticas de Calidad tanto definiendo los objetivos generales como de su planificación y estrategia para lograrla, de la organización e implementación de los programas, y de controlar los resultados con vistas a su permanente mejora”*. Ya desde su emblemático Código de Ética para el Equipo de Salud expresa: *“Art. 117.- A pesar de las dificultades para hallar una definición universalmente aceptada, el concepto de Calidad de la Atención en Salud está vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente*

individual...” y en su *«Art. 122.- Los miembros del Equipo de Salud deben comprometerse en la Gestión de Calidad, desarrollada en base al principio enunciado por la OMS sobre el derecho de cada ser humano para lograr el más alto nivel de salud que sea posible alcanzar”*.

Qué se exige a las instituciones

El ámbito de aplicación, fijado en el artículo 6, alcanza a todas las instituciones proveedoras de servicios de salud, públicas o privadas. El artículo 7 enumera las características mínimas que esas instituciones deben reunir, y es probablemente el núcleo operativo de la ley. Se les exige establecer protocolos de actuación dirigidos a prevenir daños evitables; diseñar planes de auditoría y monitoreo de indicadores de seguridad; implementar programas de autoevaluación que permitan cumplir requisitos de certificación; estandarizar los procesos de atención y los de vigilancia y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud; y disponer de un método que asegure el registro de incidentes, eventos adversos y eventos centinela para su investigación con criterio expresamente no punitivo.

Junto a estas exigencias de proceso, el mismo artículo incorpora otras que recaen sobre las condiciones de trabajo: asegurar una dotación de personal que satisfaga las necesidades del servicio y el bienestar del equipo de salud; instaurar una duración de turnos y de horas de trabajo que evite el agotamiento físico o mental; prever medidas de protección frente a la violencia o intimidación ejercidas por razón de la labor; y asignar tiempos protegidos remunerados tanto para la capacitación en seguridad del paciente como para las actividades de autoevaluación institucional. El artículo 8 encomienda a las autoridades de aplicación adecuar estas exigencias al tipo de establecimiento, su dimensión y su nivel de atención.

Debe señalarse que en Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires, hace varios años que existen protocolos de actuación para cada procedimiento, auditoría de procedimientos y atención hospitalaria de los servicios, solicitud de personal al Ministerio de Salud de acuerdo a la demanda de cada institución y el perfil del mismo, los cuales

son evaluados por los comités correspondientes (Comité de Docencia e Investigación, Comité de Calidad de Atención), o los sectores de Recursos Humanos, directivos y estadística. Dichos sectores solicitan, controlan y envían documentación al Ministerio de Salud anualmente. Por parte del Ministerio se realizan controles de auditoría independientemente de la documentación.

Se agregan dos previsiones sobre el personal: los métodos de selección deben ser transparentes y equitativos, y para el otorgamiento de cargos las instituciones deben consultar la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS); y cuando un integrante del equipo presente una limitación psicofísica, la institución debe reasignar sus tareas y asegurar su continuidad en ella (artículos 9 y 10).

Tres registros

La ley articula buena parte de su diseño sobre registros administrativos a nivel federal, en su mayoría preexistentes.

El **Registro Unificado de Eventos Centinela (RUDEC)**, creado por el artículo 11, es la principal creación registral. Debe implementarlo la autoridad de aplicación dentro del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) y su objeto es asentar todo evento centinela y los resultados de su investigación. Las instituciones deben estar inscriptas en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) y reportar al RUDEC los eventos centinela producidos. La confidencialidad de la información queda remitida a la Ley 25.326 de protección de datos personales, y el registro debe divulgar anualmente los resultados de las investigaciones.

El capítulo IV organiza el **Registro de sanciones e inhabilitaciones**: las autoridades de control del ejercicio profesional deben informar las medidas disciplinarias a la REFEPS, esa información es de acceso público y debe ser consultada por las autoridades encargadas de la matriculación. La REFEPS, a su vez, debe elevar una estadística anual al Ministerio de Salud.

Finalmente, el capítulo VI ordena que las **capacitaciones periódicas** del equipo de salud sean comunicadas a la REFEPS para su registro.

La verificación periódica de aptitud profesional

El capítulo V introduce el instituto de mayor alcance sobre los profesionales. El artículo 18 establece que es obligatoria la verificación periódica de la aptitud profesional del equipo de salud, y remite a la reglamentación la determinación de los plazos. La verificación debe vincularse a las competencias y requerimientos específicos de cada tarea, y para las especialidades que exijan destreza técnica deben incorporarse mecanismos de simulación (artículo 19). Sus resultados se comunican a la REFEPS y son de acceso público; las instituciones solo pueden ofrecer servicios a través de equipos verificados; la verificación aprobada en una jurisdicción debe ser reconocida en las restantes; y si se constata una limitación de las condiciones psicofísicas, debe evaluarse el grado de capacidad laboral y reasignarse las tareas dentro de la institución (artículos 21 a 25).

En el mismo registro se inscribe el capítulo VI: el equipo de salud debe realizar capacitaciones periódicas en calidad y seguridad de la atención y en la legislación vinculada al derecho a la salud, cualquiera sea el área o el cargo, y los programas de residencias deben contener capacitaciones obligatorias en esas materias.

Autoridad de aplicación y disposiciones finales

La ley no designa autoridad de aplicación: el artículo 29 delega esa determinación en el Poder Ejecutivo Nacional en el orden nacional y en cada jurisdicción que adhiera en el orden local. Entre las funciones que el artículo 30 le asigna figuran conformar una red federal de calidad y seguridad sanitaria, establecer en el ámbito del Consejo Federal de Salud (COFESA) un marco de estándares mínimos para la certificación de las instituciones, promover la incorporación de estos contenidos en las universidades e institutos de educación superior, y elaborar un informe bianual de acceso público sobre la implementación de la ley.

El capítulo final dispone que las autoridades de contralor de la matrícula ejerzan sus funciones

atendiendo a la ley, adhiere al Día Mundial de la Seguridad del Paciente del 17 de septiembre, fija el plazo de reglamentación en ciento ochenta días desde la publicación y establece que el gasto se contemple en el presupuesto general con destino al Ministerio de Salud de la Nación.

Estado actual

Corresponde consignar, para quien se acerque por primera vez a la norma, que varios de sus institutos centrales quedaron expresamente subordinados a la reglamentación: los plazos de la verificación de aptitud (artículo 18), el plazo de registro de las medidas inhabilitantes (artículo 14), la designación de la autoridad de aplicación (artículo 29) y la implementación del RUDEC (artículo 11). Al momento de redactarse esta reseña, la ley se encuentra vigente y la consulta de sus vínculos normativos en InfoLeg no registra decreto reglamentario alguno: la única norma asociada es el Decreto 725/2025, de promulgación.

Algunas reflexiones finales

Los objetivos deseables que surgen de la detenida lectura de la ley, sin ánimo de simplificar excesivamente, se orientan en tres ejes:

- **Paciente:** obtener mayor seguridad y mejor información.
- **Instituciones:** protocolizar procedimientos formales de valoración de riesgos, procesos de prevención en seguridad y auditoría de calidad de atención. La inversión se dirige a reducir hasta acabar con costos ocultos en actitudes a la defensiva.
- **Profesionales:** surge precisar la necesidad de actualización y tender a una segura praxis debidamente documentada. La adopción de medidas de protección tenderá a reducir incidentes y litigiosidad indebida.

Otro punto de interés es instalar la norma en el sistema sanitario argentino, fragmentado en muchas geografías nacionales y, debe admitirse, a veces precarizado. Por medio de la adhesión al

régimen legal de jurisdicciones provinciales y autoridades municipales, en la aplicación de la ley se advierte una tarea decididamente compleja en pos de armonizar la heterogeneidad de los distintos sub-sectores en la atención de la salud, y sus propios niveles de asistencia. Pero más allá de la deseable adhesión, no debe descuidarse en pensar para los presupuestos nacionales y provinciales cómo se obtendrán, garantizarán y fiscalización recursos financieros para su implementación y sostén en el tiempo, al menos hoy en un contexto de restricciones económicas en materia de salud pública; no debe exagerarse que pueda existir un potencial riesgo de pretender imponer exigencias inalcanzables para instituciones de menor entidad o complejidades pequeñas, o también del interior de nuestro país, con el consecuente cierre de locales o de servicios, y que finalmente tengan un efecto contrario al perjudicar el acceso a la atención sanitaria.

Por otra parte, también pensar qué espacios de tiempo dispondrá y destinará el profesional a su formación en calidad y seguridad, en tanto deba ceder horas de labor remunerada o de descanso para ello. No es aventurado considerar que, si no se establecen precisiones taxativas entre error humano, conducta riesgosa y negligencia grave, el profesional termine paralizando el reporte voluntario temiendo que todo error o equívoco que, aunque lo interprete excusable, pueda ser interpretado de otra manera por parte de la justicia y sus consecuencias punitivas. El éxito del reporte de incidentes dependerá de la génesis de confianza que inspire la norma, tanto en lo individual como en lo institucional. Debe existir confidencialidad total de la información del RUDEC, a fin de que el profesional que notifica un incidente de seguridad se sienta dentro de los estipulados de la cultura justa, y también sea protegido de ser perseguido judicialmente a raíz de una litigiosidad temeraria e indebida.

La otra cuestión para contemplar es cómo articular el RUDEC (Eventos Centinela), el REFEPS (Profesionales) y el REFES (Establecimientos) de manera que este triple registro en los Registros Federales exceda un estático reporte burocrático y sea técnicamente operativo.

Quedemos a la espera de la reglamentación que

defina, aclare y optimice la aplicación dinámica de esta novedosa concepción legal para con la práctica médica y la Salud.

Bibliografía y Lecturas de apoyo recomendadas

- [1] Asociación Médica Argentina. (2001). *Código de Ética para el Equipo de Salud* (1ra ed.). AMA.
- [2] Chaz Sardi, M. C., et al. (2023). Multiempleo en profesionales de la salud de la provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/802>
- [3] Código Civil y Comercial de la Nación [CCyCN]. Ley 26.994 de 2014. República Argentina.
- [4] Comercio y Justicia. (2025, 22 de septiembre). Ley Nicolás sobre seguridad del paciente: «la clave es la reglamentación y una aplicación federal». <https://comercioyjusticia.info/>
- [5] Decreto 1424 de 1997 [Poder Ejecutivo Nacional]. *Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica*. 23 de diciembre de 1997. República Argentina.
- [6] Decreto 725 de 2025 [Poder Ejecutivo Nacional]. *Promúlgase la Ley 27.797*. 7 de octubre de 2025. República Argentina.
- [7] Donabedian, A. (1989). Los resultados finales de la atención médica: La contribución de Ernest Codman a la evaluación de la calidad y más allá. *The Milbank Quarterly*.
- [8] Fulgenzi, A. (2023). *Los orígenes de la definición de Calidad aplicada al ámbito de la salud*. CIDCAM.
- [9] Ley 17.132 de 1967. *Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración*. República Argentina.
- [10] Ley 26.529 de 2009. *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. República Argentina.
- [11] Ley 27.275 de 2016. *Derecho de Acceso a la Información Pública*. República Argentina.
- [12] Ley 27.797 de 2025. *Ley Nicolás: Ley de Calidad y Seguridad Sanitaria*. Boletín Oficial N.º 35.766, 8 de octubre de 2025. República Argentina.
- [13] Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Resolución 3751/2023: Instrumento de autoevaluación de la calidad para el primer nivel de atención*. 14 de noviembre de 2023. República Argentina.
- [14] Martínez, S., et al. (2024). Caracterización de los profesionales de medicina de la provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 16, e131. <https://rasp.msal.gov.ar/>
- [15] Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- [16] Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. OPS/OMS. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>
- [17] Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- [18] Vítolo, F. (2025). *Ley 27.797 de calidad y seguridad sanitaria («Ley Nicolás»): Implicancias y desafíos*. ADE-CRA+CEDIM, Comisión de Asuntos Legales. <https://comunicacion.adekra.org.ar/>

Factores psicosociales asociados al trabajo en médicos psiquiatras en formación

Un abordaje asistencial, laboral, formativo y médico-legal

**Milagros MUÑIZ^{1,2}, Martín MAZZOGLIO Y NABAR^{1,2}, Fabián CARUSO²
Emmanuel BRUNSTEIN²**

¹ Departamento de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA).

² Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear", GCBA.

Introducción

Se conoce como factores de riesgo psicosociales a las características de las condiciones y organización del trabajo que afectan la salud poniendo en funcionamiento mecanismos psicológicos y fisiológicos del estrés, dentro de un marco organizacional. Los efectos negativos de estos riesgos tienen su correlato emocional, cognitivo, conductual y fisiológico manifestándose en formas variadas (ansiedad, depresión, dificultades atencionales, abuso de sustancias, alteraciones metabólicas y cardiovasculares).

La importancia de identificar estresores potenciales para la aparición de distrés en el ámbito laboral se fundamenta en el Modelo "Demanda-Control-Apoyo Social" de Karasek, que ilustra los efectos sobre el bienestar y salud de los trabajadores. Este modelo contempla que, si de manera sostenida en el tiempo se hace frente a una elevada exigencia psicológica acompañada de un bajo control sobre el contenido y las condiciones del trabajo sumado a un apoyo social insuficiente, pueden crearse las condiciones necesarias para generar un efecto nocivo en la salud (Sauter et al., 1998).

En las tareas relacionadas con la salud hay que considerar la exposición a emociones y sentimien-

tos humanos como un factor de riesgo relacionado con el síndrome de burnout, y ponderar las dimensiones asociadas con la relación esfuerzo-recompensa en donde juega un papel esencial el reconocimiento, el apoyo adecuado por parte de superiores y pares, el salario, la estabilidad laboral a futuro y la percepción de un trato justo.

Objetivo

Determinar la valoración que los médicos psiquiatras en formación hacen de los factores psicosociales asociados al trabajo y su relación con el nivel de burnout y características formativas.

Materiales y métodos

Estudio observacional de tipo transversal mediante una encuesta estandarizada, normatizada, anónima y autoadministrada que incluía el Inventario COPSOQ-ISTAS 21 (Moncada et al., 2004) y la Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981).

El Inventario COPSOQ-ISTAS 21 abarca seis macrofactores: exigencias psicológicas, control sobre el trabajo, inseguridad sobre el futuro, apoyo social en la institución y calidad de liderazgo, doble presencia y la estima; mientras que la Escala de Maslach incluye 3 subescalas que cuantifica: ago-

tamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Las encuestas fueron realizadas en formato digital e implementadas en 155 psiquiatras en formación —PeF— (residentes, concurrentes y careeristas universitarios) de la República Argentina entre junio y agosto de 2025.

Se aplicaron parámetros de estadística descriptiva e inferencial a los resultados y se cumplimentó con las normativas ético-legales vigentes (consentimiento informado para encuestas y cumplimiento de parámetros estipulados en la Declaración de Helsinki y anexos).

Resultados

Registramos alta prevalencia de PeF con situación de exposición en rango desfavorable o nociva para la salud en: exigencias psicológicas (52,14%), doble presencia (45,91%), estima (44,28%) e inseguridad sobre el futuro (40,60%).

En el análisis de los apartados destacamos:

- **Exigencias psicológicas:** los PeF manifestaron que su trabajo era desgastador y exigía que escondiesen sus emociones, costándoles olvidar los problemas laborales.
- **Control sobre el trabajo:** se objetivó la amplia posibilidad para adquirir y aplicar habilidades y competencias, pero con baja influencia sobre la cantidad del trabajo.
- **Inseguridad sobre el futuro:** se refirió la preocupación relacionada con cuestiones administrativo-laborales.
- **Apoyo social y capacidad de liderazgo:** destacamos un gran aislamiento de los pares manifestado por los PeF durante las tareas laborales y la poca información de cambios que pudieran surgir y afectar dicha tarea.
- **Doble presencia:** referida a las demandas de responder simultáneamente a lo laboral y doméstico/familiar, dado que el 38% manifestó ser el principal responsable de las tareas domésticas, los resultados fueron acordes a dicha situación.

- **Estima:** referida al trato como profesional y persona, reconocimiento y respeto obtenido en relación con el esfuerzo en el trabajo, los PeF manifestaron un trato injusto en lo laboral, con bajo reconocimiento de los superiores y dispar entre lo trabajado y el esfuerzo empleado.

Al analizar la composición del rango de exposición desfavorable de los macrofactores determinamos que la residencia fue el sistema formativo con más impacto, y el segundo año de formación el momento de mayor afectación seguido por el último año.

Por gráfico de correlación objetivamos que la exigencia psicológica tuvo implicancia en el agotamiento emocional ($r^2 = 0,71$) y el apoyo social y capacidad de liderazgo fue correlativo con la realización personal ($r^2 = 0,59$).

Discusión

Los resultados obtenidos evidencian una significativa exposición de los psiquiatras en formación (PeF) a factores psicosociales adversos, particularmente en las dimensiones de exigencias psicológicas (52,14%), doble presencia (45,91%), estima (44,28%) e inseguridad sobre el futuro (40,60%). Estos hallazgos adquieren especial significación al considerar que el burnout no constituye, conforme la CIE-11, una enfermedad en sí misma, sino un fenómeno ocupacional resultante del estrés crónico laboral que no ha sido gestionado satisfactoriamente, caracterizado por agotamiento, distanciamiento mental o cinismo respecto del trabajo y disminución de la eficacia profesional (World Health Organization [WHO], 2019).

La magnitud del fenómeno resulta concordante con la evidencia específica disponible en psiquiatría. Chan et al. (2019), en una revisión sistemática de 22 estudios sobre residentes de esta especialidad, estimaron una prevalencia global de burnout del 33,7%, identificando como factores asociados la elevada carga asistencial, las jornadas prolongadas, el descanso insuficiente, los primeros años de formación y, particularmente, la insuficiente supervisión clínica. Sobre esta línea, nuestros resultados aportan un elemento adicional: no sólo demuestran la presencia de factores adversos, sino una fuerte asociación entre exigencia psicológica y

agotamiento emocional ($r^2 = 0,71$), lo cual resulta consistente con el modelo demanda-control-apoyo y permite interpretar al desgaste profesional en estrecha vinculación con las condiciones y organización del trabajo, antes que exclusivamente con características o vulnerabilidades individuales.

La evidencia argentina muestra un patrón semejante. Klein et al. (2019a), en 348 residentes de clínica médica, hallaron que más de la mitad presentaba agotamiento emocional y dificultades en la realización personal, relacionándolo con carga laboral, insuficiente supervisión y remuneración. Asimismo, Pecci et al. (2021), en residentes de Buenos Aires, informaron síndrome de burnout (caracterizado por agotamiento emocional y despersonalización elevados) en el 53% de la muestra, observándose asociaciones entre menor cantidad de noches dormidas en el hogar y mayores niveles de agotamiento emocional y despersonalización. Resulta muy relevante que una evaluación argentina sobre programas de residencia identificara también deficiencias en los mecanismos de supervisión institucional (Klein et al., 2019b). Estos antecedentes otorgan consistencia externa a nuestros hallazgos relativos al aislamiento, las deficiencias comunicacionales y la percepción de insuficiente liderazgo.

En nuestra población evaluada, el apoyo social y la calidad del liderazgo presentaron una asociación relevante con la realización personal ($r^2 = 0,59$). Este resultado posee particular trascendencia en una especialidad cuya práctica supone exposición sostenida al sufrimiento psíquico, conducta suicida, agitación psicomotriz, violencia y situaciones de elevada conflictividad interpersonal. La supervisión, por tanto, no debería conceptualizarse únicamente como instrumento pedagógico, sino también como una barrera organizacional de protección.

La International Labour Organization (ILO, 2026) incluye entre los riesgos psicosociales laborales las altas demandas, el escaso control sobre las tareas, la supervisión deficiente, el aislamiento, el insuficiente apoyo de superiores o compañeros y la inseguridad laboral. Esta conceptualización resulta concordante con varias de las dimensiones desfavorables identificadas mediante la COPSOQ-ISTAS 21 en nuestra población.

El mayor impacto observado durante la residencia y particularmente en el segundo año de formación también merece consideración. La revisión sistemática de Chan et al. (2019) identificó los primeros años del entrenamiento como un período de particular vulnerabilidad frente al burnout. La afectación observada nuevamente en el último año podría responder, como hipótesis, a mecanismos parcialmente diferentes, entre ellos el incremento progresivo de responsabilidades asistenciales, la proximidad del egreso y la incertidumbre respecto de la inserción laboral posterior. Sin embargo, el diseño transversal del presente estudio impide establecer temporalidad, dirección de las asociaciones o relaciones causales, por lo que esta interpretación requerirá estudios longitudinales específicos.

Desde la medicina legal y la salud ocupacional, estos resultados plantean un desplazamiento conceptual relevante puesto que los factores detectados no deberían interpretarse exclusivamente como problemas individuales de adaptación del profesional. En el ordenamiento jurídico argentino, la Ley 19.587 de Higiene y Seguridad en el Trabajo establece como finalidad proteger la vida y preservar la integridad psicofísica de los trabajadores, así como prevenir, reducir o eliminar los riesgos derivados del trabajo (Ley 19.587, 1972). Complementariamente, la Ley 24.557 sobre Riesgos del Trabajo incorpora entre sus objetivos fundamentales la reducción de la siniestralidad laboral mediante la prevención de los riesgos derivados del trabajo (Ley 24.557, 1995). Desde esta perspectiva, la identificación objetiva de exposiciones psicosociales desfavorables aporta fundamento para implementar medidas institucionales de evaluación periódica, vigilancia, supervisión y corrección de condiciones organizacionales potencialmente perjudiciales.

Existe, además, un segundo atravesamiento médico-legal de particular importancia relativo a la seguridad del paciente y la responsabilidad derivada de la organización asistencial. Panagioti et al. (2018), mediante una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó 47 estudios y 42.473 médicos, encontraron que el burnout se asociaba con aproximadamente el doble de probabilidad de incidentes relacionados con la seguridad del

paciente (OR = 1,96), menor profesionalismo (OR = 2,31) y menor satisfacción de los pacientes (OR = 2,28). La asociación entre burnout y bajo profesionalismo resultó especialmente elevada entre residentes y médicos en etapas iniciales de su carrera (Panagioti et al., 2018). Consecuentemente, la prevención del desgaste profesional trasciende el bienestar individual del trabajador y puede integrarse conceptualmente dentro de las estrategias institucionales de gestión del riesgo clínico, calidad asistencial y seguridad del paciente.

Desde esta perspectiva, los resultados obtenidos sustentan intervenciones predominantemente organizacionales y preventivas, dirigidas a adecuar las cargas laborales, fortalecer la supervisión y el liderazgo, mejorar los canales institucionales de comunicación, garantizar períodos apropiados de descanso y desarrollar mecanismos efectivos de reconocimiento y participación profesional. Esta orientación encuentra respaldo en la evidencia nacional, por ejemplo Burgos et al. (2018) observaron que la implementación del descanso posterior a guardias de 24 horas en residentes se acompañó de una disminución significativa de la despersonalización, sugiriendo que modificaciones concretas de la organización laboral pueden repercutir favorablemente sobre componentes del burnout.

Nuestros hallazgos permiten considerar los riesgos psicosociales presentes en los PeF como un problema simultáneamente formativo, asistencial, ocupacional y médico-legal. Su identificación adquiere relevancia no sólo para preservar la salud psicofísica del profesional en formación, sino también para garantizar condiciones adecuadas de aprendizaje, disminuir riesgos asociados al desempeño bajo condiciones de agotamiento y fortalecer la calidad y seguridad de las prestaciones brindadas. Por lo tanto, el abordaje preventivo debería trascender las estrategias centradas exclusivamente en la resiliencia individual e incorporar la evaluación sistemática de las condiciones organizacionales, la supervisión efectiva y la gestión institucional de los factores psicosociales como componentes de la responsabilidad sanitaria.

Conclusiones

En la cohorte de psiquiatras en formación estudiada hallamos factores de riesgos psicosocial desfa-

vorables que pueden generar un impacto negativo en la formación, en el desarrollo de las actividades asistenciales y en la salud de los profesionales, con repercusión en la Salud Pública.

Determinamos que los macrofactores evaluados se asociaron con el nivel de burnout de los profesionales, en especial la exigencia psicológica y el apoyo social y capacidad de liderazgo, los cuales presentaron especificidades relacionadas con la modalidad y momento de formación en la especialidad.

Bibliografía

- [1] Burgos, L. M., Battioni, L., Costabel, J. P., & Alves de Lima, A. E. (2018). Evaluación del síndrome de burnout en residentes luego de implementar el “descanso postguardia”. *Revista Argentina de Cardiología*, 86(2), 126–130.
- [2] Chan, M. K., Chew, Q. H., & Sim, K. (2019). Burnout and associated factors in psychiatry residents: A systematic review. *International Journal of Medical Education*, 10, 149–160.
- [3] International Labour Organization. (2026). *The psychosocial working environment: Global developments and pathways for action*. International Labour Organization.
- [4] Klein, M., Cámara, L., & Traverso Vior, E. (2019a). Relevamiento de la carga horaria de las actividades y desgaste profesional de los residentes de clínica médica. *Revista Argentina de Medicina*, 7(1), S60–S62.
- [5] Klein, M., et al. (2019b). Evaluación de los programas de residencia médica en Argentina. *Revista Argentina de Medicina*.
- [6] Ley N.º 19.587 de Higiene y Seguridad en el Trabajo. (1972). *Boletín Oficial de la República Argentina*, 28 de abril de 1972.
- [7] Ley N.º 24.557 de Riesgos del Trabajo. (1995). *Boletín Oficial de la República Argentina*, 4 de octubre de 1995.
- [8] Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113.
- [9] Moncada, S., Llorens, C., Navarro, A., & Kristensen, T. S. (2004). *Manual del método ISTAS21 (COPSOQ)*. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud.
- [10] Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Peters, D., Hodgkinson, A., Riley, R., & Esmail, A. (2018). Association

between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 178(10), 1317–1331.

- [11] Pecci, M. C., Fata, L. G., Cohen, M. F., Jacovella, P. F., & Azzato, F. (2021). Burnout en la residencia médica. Estudio transversal realizado en Buenos Aires, Argentina. *Revista Argentina de Medicina*, 9(4), 290–300.
- [12] Sauter, S. L., Murphy, L. R., Hurrell, J. J., & Levi, L. (1998). Factores psicosociales y de organización. En *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (Vol. 2, cap. 34). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- [13] World Health Organization. (2019). *Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases*. World Health Organization.

Tabla 1. Características poblacionales.

		Cohorte encuestada n=155
Edad (promedio en años)		30,81
Sexo	<i>Masculino</i>	33,55%
	<i>Femenino</i>	63,87%
	<i>No contesta</i>	2,58%
Identidad Sexual	<i>Heterosexual</i>	80%
	<i>Homosexual</i>	4,52%
	<i>Bisexual</i>	3,87%
	<i>Autodefinido distinto a los</i>	1,94%
	<i>Prefiero no contestar</i>	9,68%
País de Origen	<i>Argentina</i>	90,32%
	<i>Otros países</i>	9,68%
Provincia de origen	<i>CABA</i>	20,65%
	<i>Provincia de Buenos Aires</i>	25,81%
	<i>Otras</i>	41,94%
En que provincia te estas formando?	<i>CABA</i>	43,87%
	<i>Provincia de Buenos Aires</i>	22,58%
	<i>Otras</i>	28,39%
¿En qué año de Residencia / Concurrencia se encuentra?	<i>1er año</i>	7,74%
	<i>2do año</i>	29,03%
	<i>3er año</i>	17,42%
	<i>4to año</i>	19,35%
	<i>Jefe de Residentes</i>	3,23%
	<i>No contesta</i>	23,23%
Tipo de formación:	<i>Residencia</i>	61,94%
	<i>Concurrencia</i>	21,29%
	<i>Curso Superior de Especialista</i>	10,97%
	<i>Residencia Integrada en Salud</i>	3,87%
	<i>No contesta</i>	1,94%

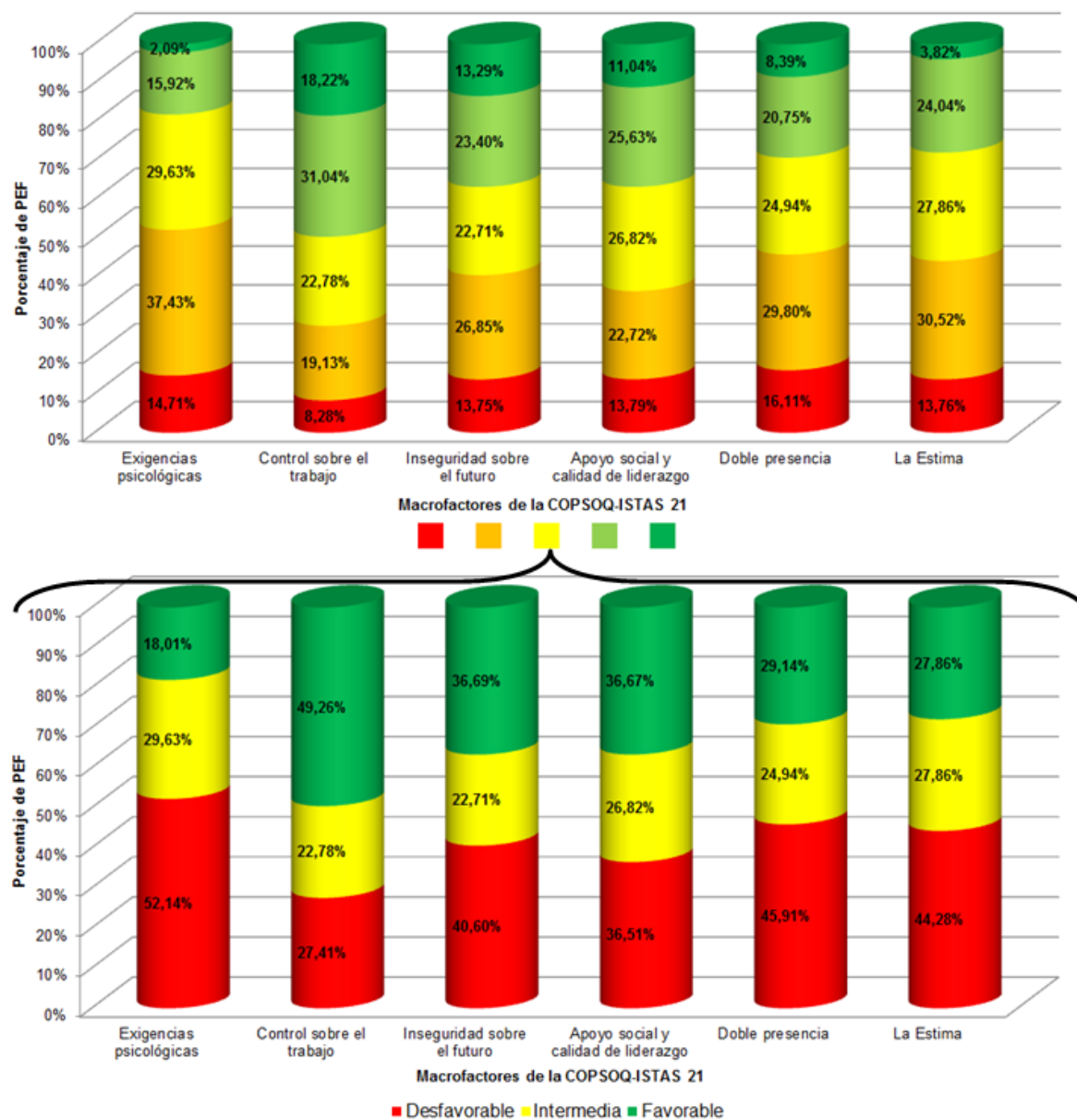
Gráfico 1. Rangos de exposición de los grupos de riesgos psicosociales evaluados.

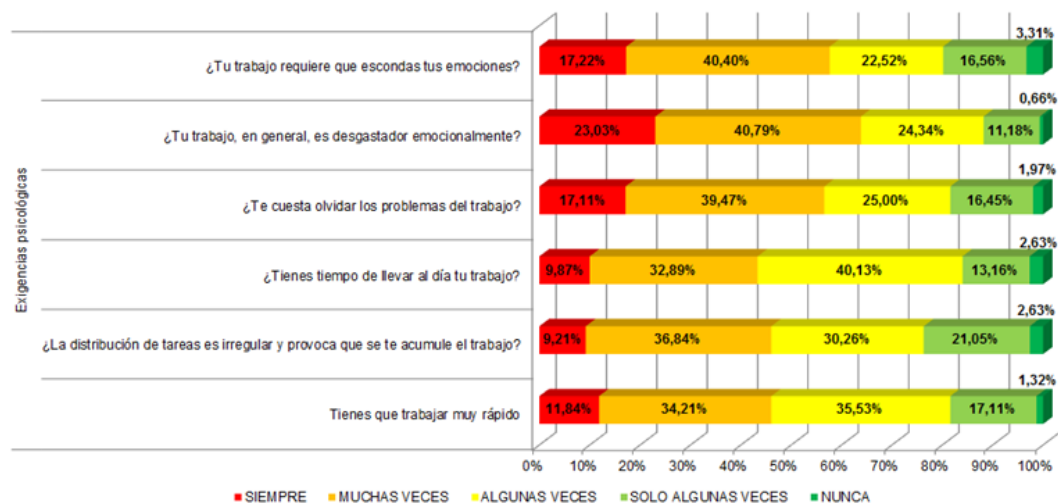
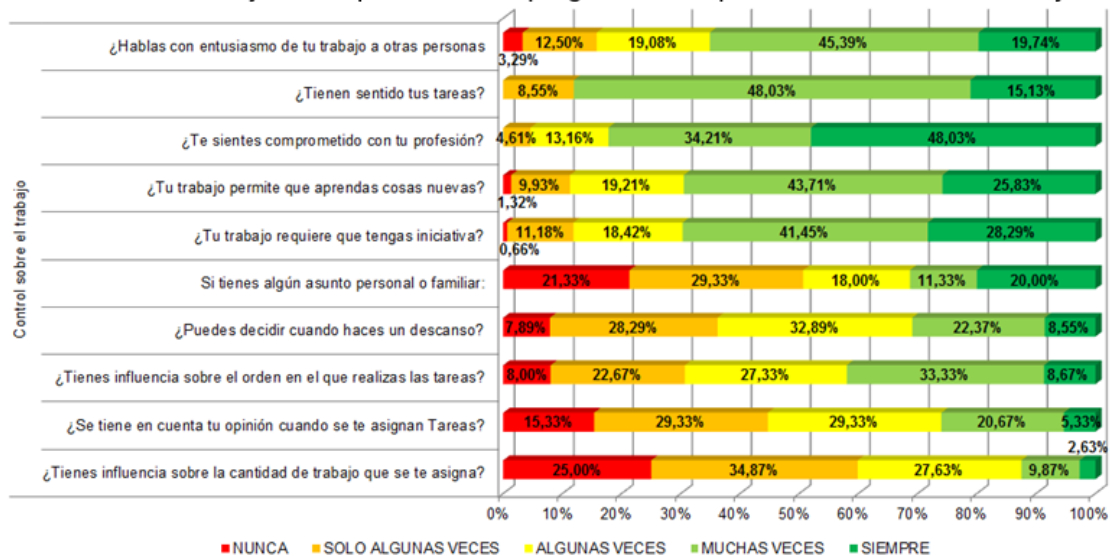
Gráfico 2. Porcentaje de respuestas a las preguntas del apartado de exigencias psicológicas.**Gráfico 3.** Porcentaje de respuestas a las preguntas del apartado de control del trabajo.

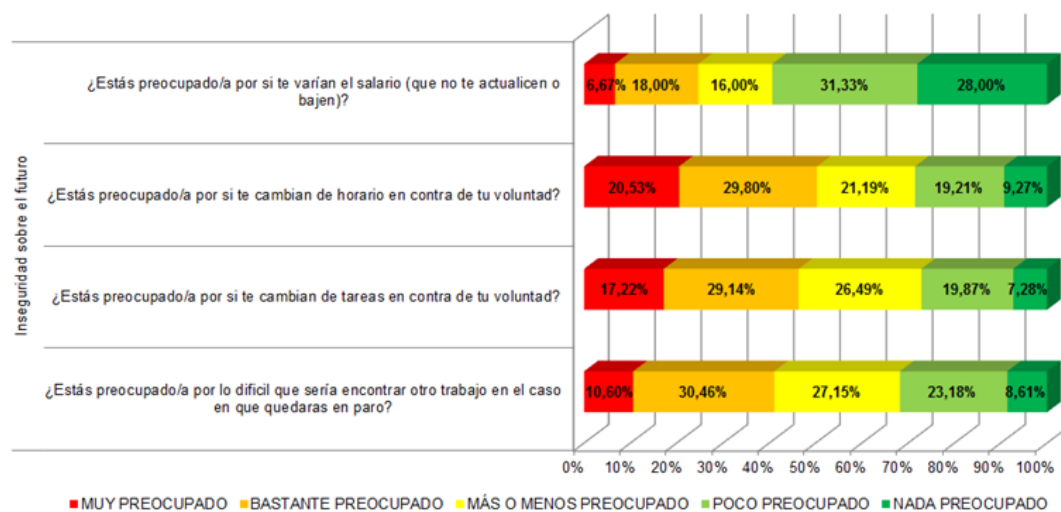
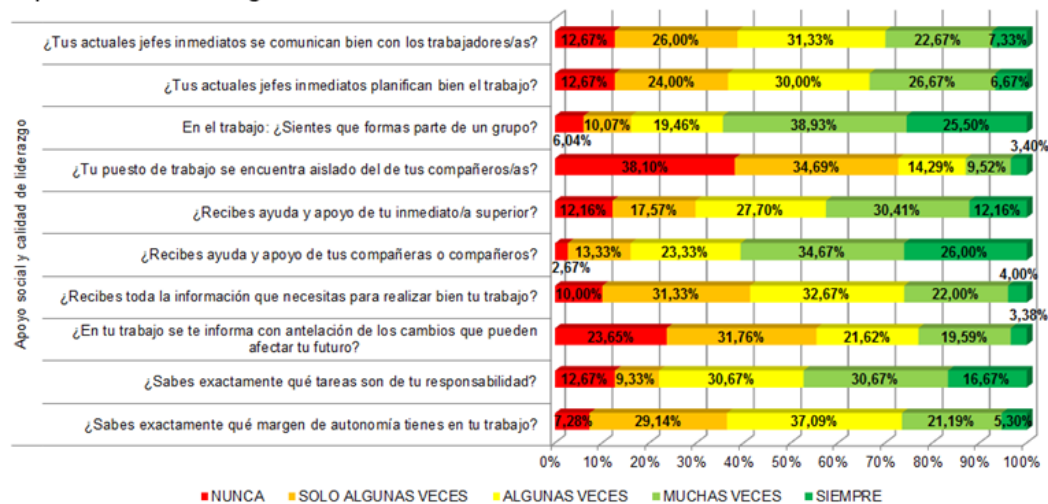
Gráfico 4. Porcentaje de respuestas a las preguntas del apartado de inseguridad sobre el futuro.**Gráfico 5.** Porcentaje de respuestas a las preguntas del apartado de apoyo social y capacidad de liderazgo.

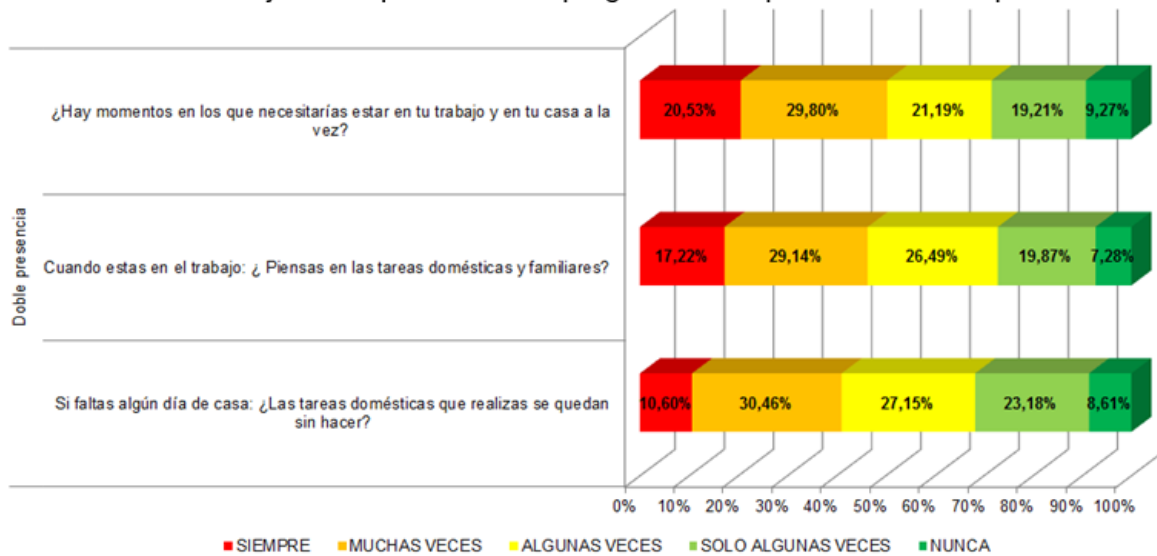
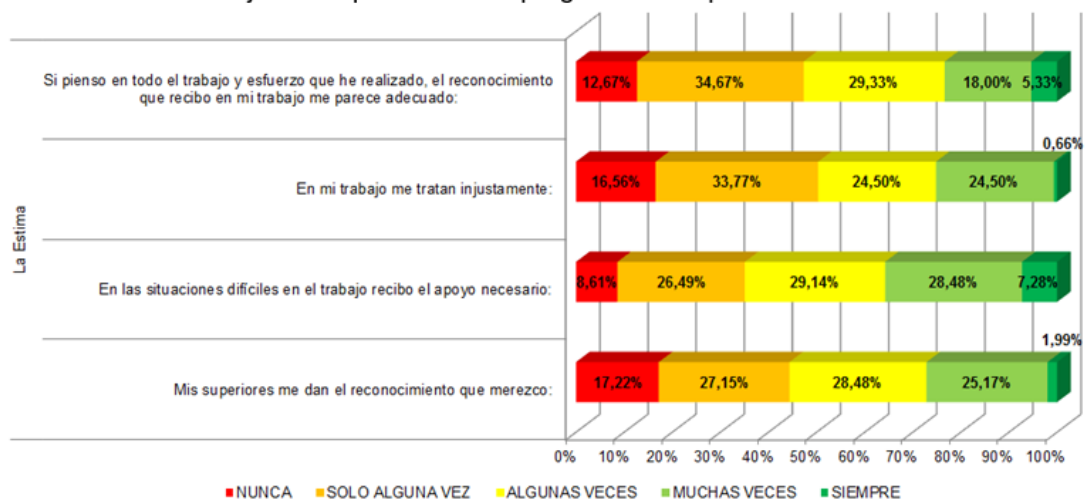
Gráfico 6. Porcentaje de respuestas a las preguntas del apartado de doble presencia.**Gráfico 7.** Porcentaje de respuestas a las preguntas del apartado de la estima.

Gráfico 8. Prevalencia de los distintos sistemas formativos en rango de exposición desfavorable de los macrofactores de la COPSOQ-ISTAS 21.

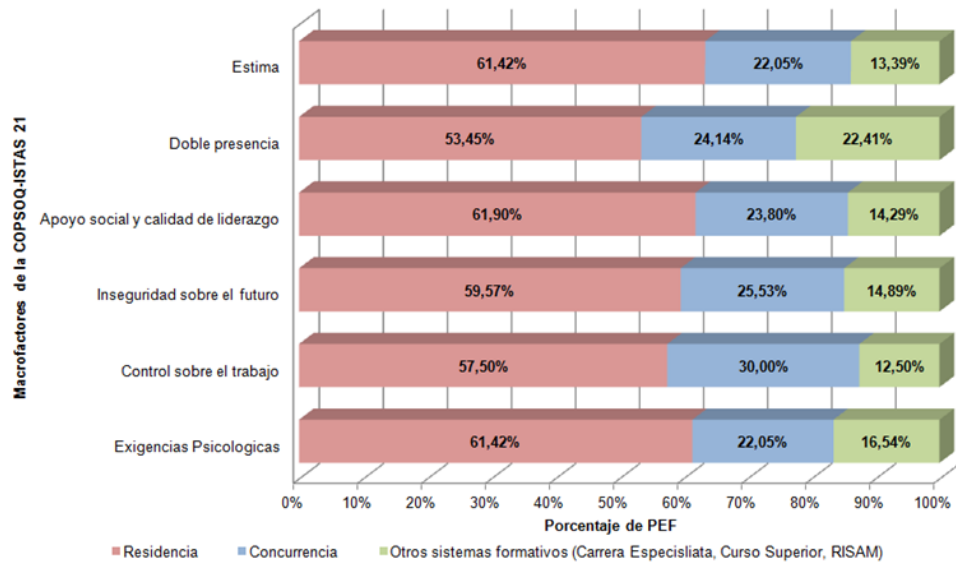


Gráfico 9. Prevalencia del año de formación en rango de exposición desfavorable de los macrofactores de la COPSOQ-ISTAS 21.

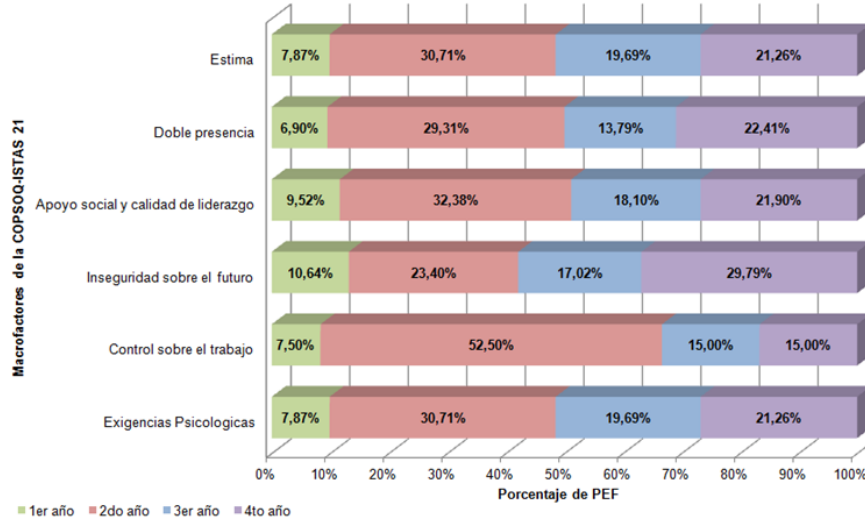


Gráfico 10. Correlación entre el puntaje de agotamiento emocional (Maslach Burnout Inventory) y el puntaje en la dimensión exigencia psicológica (COPSOQ-ISTAS 21).

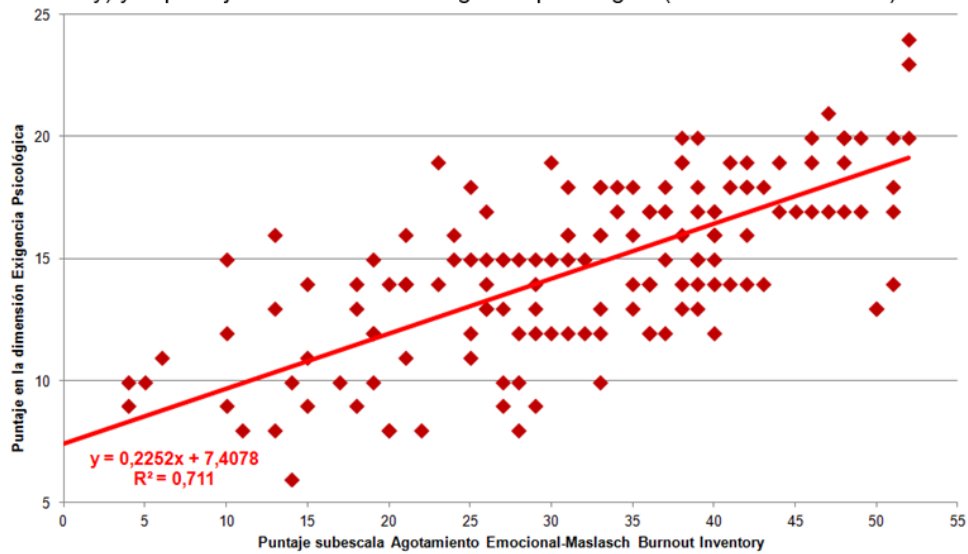
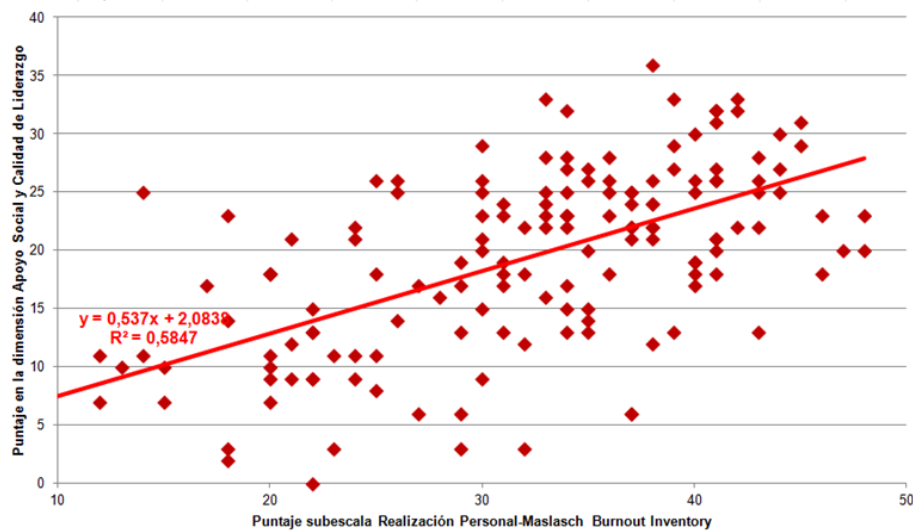


Gráfico 11. Correlación entre el puntaje de realización personal (Maslach Burnout Inventory) y el puntaje en la dimensión apoyo social y calidad de liderazgo (COPSOQ-ISTAS 21).



Vocación, condiciones laborales y nivel de satisfacción del profesional médico

Dr. José Darío CHEMAYA

Médico Cirujano Cardiovascular y Médico Legista. Docente de la 1ra Cátedra de Medicina Legal, Fac. Cs. Médicas, UBA.

En colaboración: Dra. Graciela JAISKY (Doctora en Psicología, UCES; Mg. en Psicoanálisis, UNLaM).

() Síntesis del Trabajo original completo en Carrera Especialistas Medicina del Trabajo UBA 2016-2017 – El Comité Académico del Boletín Digital consideró de interés incluirlo como motivo de difusión atento a la vigencia del tema de investigación.*

Introducción y planteamiento del problema

Este documento sintetiza el trabajo de investigación manteniendo sus objetivos, metodología, resultados, discusión y recomendaciones. La investigación estudió a 97 médicos de distintas especialidades que ejercían en la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense.

El estudio parte de una idea central como premisa: el trabajo y sus condiciones pueden influir sobre el bienestar físico, mental y social del profesional. Por ello analiza conjuntamente tres ejes: permanencia de la vocación médica, satisfacción personal-profesional y condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT).

La investigación surge de la observación del malestar expresado por profesionales médicos respecto del ejercicio cotidiano de su trabajo. El autor plantea que las condiciones laborales pueden repercutir sobre el bienestar, la satisfacción, el desempeño y eventualmente sobre la permanencia de la vocación.

Preguntas de aporte de investigación al estudio

- ¿Cómo perciben los médicos su entorno laboral?
- ¿Consideran adecuadas las condiciones y medio

ambiente de trabajo?

- ¿La retribución económica es acorde con el esfuerzo y dedicación?
- ¿La carga laboral es percibida como excesiva?
- ¿Existe relación entre especialidad, experiencia, edad y satisfacción?
- ¿La vocación médica permanece o puede deteriorarse frente a condiciones desfavorables?

Contexto laboral

El trabajo describe dificultades vinculadas con espacios físicos deteriorados, carencias de insumos, vestuarios y comedores inadecuados, problemas en las relaciones interpersonales y obstáculos para expresar el descontento. También se señala la importancia de la capacitación continua y las diferencias en el acceso a cursos y congresos.

Estas situaciones pueden contribuir al desgaste laboral, con posibles consecuencias para la salud física y mental del médico y para la calidad de la atención. Sin embargo, el autor advierte que las respuestas individuales son heterogéneas: personas sometidas a situaciones similares pueden presentar distintos niveles de adaptación y satisfacción.

Limitaciones iniciales

El proyecto comenzó con una pequeña experiencia cualitativa de cinco médicos. Las dificultades para realizar entrevistas extensas llevaron a simplificar el instrumento y ampliar la muestra, transformando la propuesta en un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal.

Objetivos y marco conceptual

Objetivo general

Describir la vocación, las condiciones de trabajo y el nivel de satisfacción laboral en un grupo de profesionales médicos argentinos de la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense.

Objetivos específicos

- Observar cambios en la permanencia de la vocación médica.
- Identificar el nivel de satisfacción laboral profesional, institucional y respecto de la retribución económica.
- Analizar la relación entre años de ejercicio profesional, satisfacción laboral y elección de especialidad.

Vocación médica

La vocación es presentada como una inclinación o llamado hacia una ocupación. En medicina se vincula con servicio, humanidad, sensibilidad, preparación formal, prudencia y compromiso ético. La investigación considera que la elección inicial de la profesión puede enfrentarse posteriormente con responsabilidades, cargas y dificultades concretas del ejercicio.

Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo – CyMAT

El concepto comprende tanto las condiciones de trabajo como el medio ambiente donde se desarrolla la actividad. Incluye organización, contenido y tiempo de trabajo, remuneración, ergonomía, tecnología, gestión, servicios y participación, además de factores de riesgo físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales.

Satisfacción y bienestar

La satisfacción laboral se entiende como una percepción individual que surge del balance entre el trabajo real y las expectativas del trabajador. Entre sus determinantes aparecen el desafío profesional, las compensaciones, las relaciones interpersonales, el liderazgo y las condiciones de trabajo.

CyMAT, carga laboral y desgaste profesional

La especificidad del trabajo médico

La medicina combina exigencias físicas, cognitivas, técnicas y emocionales. El profesional debe diagnosticar y tratar, pero también establecer vínculos humanizados con pacientes y familias, afrontar sufrimiento y tomar decisiones de alta responsabilidad.

Riesgos identificados en el marco teórico

- Condiciones de seguridad e infraestructura.
- Contaminantes físicos, químicos y biológicos.
- Carga física y mental de trabajo.
- Horarios, ritmos y duración de la jornada.
- Relaciones interpersonales y estilos de liderazgo.
- Falta de recursos y oportunidades de actualización.
- Violencia y pérdida de autonomía profesional.

Carga de trabajo

La carga laboral se define como la suma de requerimientos psicofísicos que el trabajo exige al trabajador. Incluye esfuerzo físico y mental y se relaciona con capacidades, conocimientos, motivación, adaptación y condiciones organizacionales.

Estrés y Burnout

El trabajo revisa estudios que relacionan sobrecarga, horarios extensos, falta de recursos, restricciones de autonomía y escaso tiempo personal

con estrés crónico. El Burnout es presentado como una respuesta al estrés prolongado y puede manifestarse mediante agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

El estudio original aclara que no midió directamente indicadores de Burnout en su muestra. Por lo tanto, cuando relaciona sus resultados con riesgo de desgaste laboral, lo hace como inferencia apoyada en antecedentes bibliográficos, no como diagnóstico de Burnout en los participantes.

Impacto asistencial

El marco teórico sostiene que el bienestar del médico no es un aspecto aislado: las condiciones de trabajo pueden repercutir en la calidad de la atención, el compromiso y el desempeño profesional.

Metodología

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, no experimental y de enfoque cuantitativo. Las respuestas fueron categorizadas y analizadas mediante estadística descriptiva y pruebas no paramétricas.

Participantes

La muestra fue intencionada e incluyó 97 médicos de CABA y el conurbano bonaerense, de ambos géneros, con al menos cinco años de ejercicio profesional y procedentes de distintas especialidades clínico-quirúrgicas. Se incluyeron profesionales del ámbito público, privado o ambos.

Características de la muestra

- 67 varones (69,1%) y 30 mujeres (30,9%).
- Edad entre 31 y 67 años; media 49,7 años.
- Experiencia profesional entre 5 y 41 años; media 23,2 años.
- 5,2% trabajaba exclusivamente en instituciones públicas.
- 20,6% trabajaba exclusivamente en instituciones privadas.
- 74,2% trabajaba simultáneamente en instituciones públicas y privadas.

Especialidades

La muestra incluyó, entre las seleccionadas como principales por accesibilidad al estudio, Clínica Médica, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General, Emergencias, Diabetes, Diagnóstico por Imágenes, Ginecología, Neurología, Traumatología, y accesoriamente otras especialidades (ORL, Dermatología).

Instrumento y variables

Se utilizó una encuesta anónima autoadministrada. Las variables principales fueron satisfacción laboral, retribución económica, condiciones laborales, carga horaria, permanencia de la vocación, valoración por pacientes/pares/superiores y necesidad de apoyo psicológico o psiquiátrico.

Resultados descriptivos

Perfeccionamiento profesional

El 60,8% respondió que su trabajo le brinda posibilidades de perfeccionamiento, mientras que el 39,2% indicó que no. No se encontró asociación estadísticamente significativa con el género.

Carga horaria

El 72,2% consideró excesiva la carga horaria. La respuesta fue similar entre mujeres y hombres, sin diferencia estadísticamente significativa por género.

Satisfacción laboral

El resultado global fue favorable: 85,6% manifestó sentirse muy satisfecho o satisfecho con su actividad profesional.

Condiciones laborales

La evaluación fue predominantemente negativa: aproximadamente 71% calificó las condiciones de trabajo como inadecuadas. La percepción desfavorable estuvo presente en los diferentes grupos etarios y años de experiencia.

Retribución económica

El 73% se ubicó entre muy conforme y conforme con la retribución económica. El análisis posterior

mostró que la percepción del salario se relaciona con la satisfacción laboral.

Valoración del trabajo

El 64,9% presentó una percepción favorable de la valoración de su trabajo por sus pares, mientras que 66% manifestó no sentirse valorado por jefes y superiores.

Vocación

El dato más contundente fue que 99% volvería a elegir la medicina como profesión. La elección de la especialidad también se mantuvo mayoritariamente, aunque la proporción disminuyó en algunos grupos que evaluaron negativamente sus condiciones laborales o su retribución.

Relaciones entre variables

Edad y satisfacción

El estudio observó que los profesionales más jóvenes tendían a sentirse más a gusto, mientras que los de mayor edad mostraban mayor insatisfacción. Entre los médicos de 60 años o más, 57% manifestó estar insatisfecho.

Condiciones laborales y edad/experiencia

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la evaluación de las condiciones laborales y la edad ni entre condiciones laborales y años de experiencia. La percepción de condiciones inadecuadas aparece distribuida entre los grupos.

Especialidad y condiciones laborales

Se observaron diferencias significativas entre especialidades: Cirugía General, Cirugía Cardiovascular, Clínica Médica y Traumatología calificaron mayormente las condiciones como inadecuadas.

Condiciones y permanencia de la especialidad

Cuando las condiciones fueron inadecuadas, 17,4% indicó que hubiera elegido otra especiali-

dad. Sin embargo, la asociación no alcanzó significación estadística.

Retribución y vocación

Se encontró asociación significativa entre retribución económica y permanencia de la vocación hacia la especialidad. Entre quienes estaban inconformes con la retribución, 26,9% hubiera elegido otra especialidad.

Satisfacción y condiciones de trabajo

La relación fue leve y no alcanzó significación estadística. Sin embargo, todos los profesionales que se declararon insatisfechos evaluaron sus condiciones laborales como inadecuadas.

Satisfacción y retribución

Aquí sí se encontró una asociación estadísticamente significativa y una correlación positiva moderada ($\rho = 0,514$), indicando que la percepción salarial tiene un peso relevante en la satisfacción.

Discusión e interpretación

Una paradoja central

El hallazgo más significativo es la coexistencia de una vocación médica muy estable y una satisfacción profesional elevada con una valoración ampliamente negativa de las condiciones laborales. El 99% volvería a elegir medicina, mientras 71% considera inadecuadas sus condiciones de trabajo.

Esto sugiere que la vocación no depende exclusivamente de las condiciones laborales y que existen diferencias individuales en la forma de afrontar el contexto. El propio estudio señala que la permanencia de la vocación no fue afectada de manera general por las demás variables.

El papel de la edad

La relación entre edad y satisfacción constituye un aspecto relevante. El mayor nivel de insatisfacción entre los profesionales de mayor edad plantea la necesidad de considerar cómo se acumulan las exigencias laborales a lo largo de la trayectoria profesional.

El peso de la retribución

La asociación entre salario y satisfacción fue una de las relaciones más sólidas del análisis. Además, la retribución se vinculó con la permanencia de la elección de especialidad. El trabajo interpreta estos resultados en consonancia con la literatura que considera las compensaciones como un determinante del bienestar laboral.

Condiciones laborales y calidad asistencial

La discusión sostiene que la sobrecarga, el estrés y las condiciones deficitarias pueden acumular efectos a lo largo del tiempo y afectar tanto al profesional como a la calidad de atención. No obstante, el estudio no permite afirmar causalidad entre las variables; sus resultados muestran asociaciones y tendencias dentro de esta muestra.

Conclusiones

Conclusiones principales

- La vocación médica se mantiene extraordinariamente alta: 99% volvería a elegir la medicina.
- La satisfacción personal-profesional también es elevada: 85,6% se declara muy satisfecho o satisfecho.
- La percepción de la retribución es favorable en 73% de los participantes.
- Existe una valoración predominantemente negativa de las condiciones de trabajo: 71% las considera inadecuadas.
- El 72,2% considera excesiva la carga horaria.
- El 39,2% no identifica posibilidades de perfeccionamiento en su trabajo.
- El 66% no se siente valorado por jefes y superiores.
- No se hallaron diferencias estadísticamente significativas por género en satisfacción, condiciones laborales y permanencia de la vocación.
- La edad se relaciona con la satisfacción: los más jóvenes tienden a estar más satisfechos y los de mayor edad presentan mayor insatisfacción.

- Las condiciones laborales fueron calificadas como inadecuadas con especial frecuencia en determinadas especialidades.
- La satisfacción laboral y la retribución económica presentan una asociación estadísticamente significativa.
- Las condiciones laborales y la retribución económica también muestran asociación estadísticamente significativa.
- El estudio no encontró evidencia de que las condiciones laborales, por sí solas, determinaran la permanencia de la vocación.

Lectura integradora

El trabajo muestra que la vocación constituye un componente resistente y persistente del ejercicio médico, pero no debe interpretarse como un recurso ilimitado. Las condiciones de trabajo, la carga horaria, la valoración institucional y la retribución forman parte del contexto que sostiene o tensiona la experiencia profesional.

El bienestar médico aparece, así, como una cuestión organizacional y laboral, además de individual. Mejorar las CyMAT no solo implica proteger al trabajador, sino crear condiciones para un ejercicio profesional digno y una atención de calidad.

Recomendaciones y síntesis final

Recomendaciones producto del trabajo original

- Ampliar la muestra y realizar un muestreo pareado por género y edad.
- Repetir y profundizar el análisis de la permanencia de la vocación y el nivel de satisfacción.
- Incorporar muestras de otras especialidades e instituciones.
- Extender la investigación a profesionales de distintas provincias para construir un panorama nacional.
- Ampliar el instrumento para estudiar clima laboral y bienestar profesional.

- Generar investigaciones que permitan comprender mejor el impacto de las condiciones de trabajo sobre el ejercicio cotidiano y la vocación.

Implicancias

El estudio propone considerar el bienestar del personal médico como un componente que debe ser atendido por organizaciones públicas y privadas, así como por las políticas y regulaciones laborales. También destaca la necesidad de vigilancia de la salud y del ambiente y de educación para la salud.

Síntesis final

La investigación presenta una imagen compleja del trabajo médico: la vocación y la satisfacción profesional pueden mantenerse altas aun frente a condiciones laborales que una mayoría considera inadecuadas. Sin embargo, el análisis estadístico muestra que la retribución económica está vinculada de manera relevante con la satisfacción y que también se relaciona con la permanencia de la elección de especialidad.

El mensaje central es que la calidad del ejercicio médico no puede separarse de la calidad de las condiciones en que se trabaja. La protección de la salud del profesional, la organización adecuada del trabajo, las posibilidades de capacitación, el reconocimiento y una retribución percibida como justa forman parte de un mismo problema.