



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

Centro de Estudios Interdisciplinarios

Universidad Nacional de Rosario

Caracterización del ausentismo laboral por enfermedad en médicos y médicas de Salud Pública de Río Grande, Tierra del Fuego, período 2008-2017

Maestrando: Federico Manuel Gorostegui

Directora del Trabajo: Mónica Serena Perner

Fecha de Entrega: Noviembre de 2018

Dedicatoria

A mi esposa, Adriana y a mi pequeño hijo Pedro el cual vino al mundo durante el cursado de la Maestría.

A los trabajadores de los sistemas públicos de salud que espero que este pequeño aporte mejore sus condiciones laborales.

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Nacional de Rosario, por haberme aceptado como alumno de este importante centro de estudios. Al Director de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, Dr. Ernesto Báscolo y su equipo docente por otorgarnos las herramientas para adquirir conocimientos, pero por sobre todo por hacer el esfuerzo de viajar a un lugar tan lejano como Tierra del Fuego. Agradecimiento a mi tutora, Isabella Ceola, quien me orientó en el transcurso de todos los encuentros tutoriales. Debo agradecer de manera muy especial a Serena Perner por haber aceptado mi propuesta para realizar esta tesis bajo su dirección. Su guía y consejo en el trabajo y su capacidad para ordenar mis ideas han sido un aporte imprescindible para el desarrollo de esta investigación.

Expreso también mi agradecimiento a las autoridades de la Dirección de Medicina del Trabajo del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Tierra del Fuego por haberme permitido acceder a la información necesaria para poder llevar a cabo el estudio y ante quienes presentaré los resultados obtenidos para contribuir con ideas e información para mejorar la problemática planteada. Un especial agradecimiento a mi esposa quien estuvo a mi lado en todo momento y siempre apoyándome.

Resumen.

Introducción: El ausentismo laboral se produce por la interacción de múltiples determinantes que se relacionan entre sí, como los biológicos, sociales, culturales y económicos. Es considerado una medida cercana al grado de bienestar alcanzado por el trabajador. **Problema:** El índice de ausentismo en médicos/as hospitalarios de Río Grande durante el año 2014 fue del 11,1%. Esto generó escasez de personal, elevados niveles de estrés y fatiga al personal restante, insatisfacción laboral y agotamiento. Además generó la necesidad de profundizar sobre el tema y mejorar la producción de información sobre la salud de médico/as. **Objetivo:** Conocer y describir el ausentismo por enfermedad en médico/as de salud pública de Río Grande, Tierra del Fuego. **Metodología:** Estudio descriptivo de tendencia temporal. Población: 1.392 médico/as de planta permanente de Río Grande entre 2008 y 2017. Fueron analizadas las historias clínicas laborales. La variable dependiente fueron los días de ausentismo laboral. Se analizaron diferentes indicadores de ausentismo laboral en general, a lo largo del período, como género, edad, antigüedad laboral. **Resultados.** El ausentismo general por enfermedad en todo el periodo analizado fue del 8,2%, la causa principal fueron diagnósticos de salud mental. Se observó una tendencia creciente a lo largo del período y un mayor número de licencias los lunes. Los indicadores de ausentismo fueron más elevados en médico/as de mayor edad, antigüedad laboral, médicas y en los trabajadores que se desempeñaron en atención primaria de la salud. **Conclusiones:** Los resultados presentados en el presente estudio podrían ayudarnos a reflexionar sobre las políticas públicas que se han llevado a cabo en la última década en la provincia, modificándolas para fortalecer el componente médico de los recursos humanos en salud.

Palabras claves: Salud laboral, Salud pública, Profesionales médicos.

Listado de gráficos

Gráfico 1 Porcentaje de médico/as de salud pública según género en Departamento Río Grande, período 2008-2017. (N= 1392)	35
Gráfico 2 Porcentaje y número de médico/as de salud pública según género y grupo de edad, Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017. (N= 1373)	36
Gráfico 3 Porcentaje de Ausentismo laboral por enfermedad en médico/as de salud pública, según tipo de licencia médica. Departamento de Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017.	42
Gráfico 4 Porcentaje y número de días de baja laboral según tipo de licencia en médico/as de salud pública, Departamento en Río grande, Tierra del fuego. Período 2008-2017 (N=29.704).....	43
Gráfico 5 Indicadores de ausentismo laboral, tasa de incapacidad, tasa de frecuencia, tasa de gravedad, índice de prevalencia, en médico/as de salud pública, Departamento Río Grande, Período 2008-2017.	44
Gráfico 6 Porcentaje y número de médico/as de salud pública según categoría de ausentismo laboral, en Departamento de Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017. (N=1392).....	44
Gráfico 7 Indicadores de ausentismo laboral, tasa de incapacidad, tasa de frecuencia, tasa de gravedad, índice de prevalencia, en médico/as de salud pública según grupo edad, Departamento Río Grande, período 2008-2017.	46
Gráfico 8 Índice ausentismo general laboral de médico/as de salud pública, según lugar de trabajo. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Evolución 2008-2017.....	48
Gráfico 9 Evolución del Porcentaje de Ausentismo laboral en médico/as de salud pública según género. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. (N=1392).	53
Gráfico 10 Porcentaje de días de baja laboral en médico/as de salud pública, según grupo de patologías agrupadas, por año, período 2008-2017. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. (N=4885).....	56
Gráfico 11 Tasa de presentación de licencias x 1000 médico/as y tasa de gravedad (TG), de patologías seleccionadas como trazadoras, en médico/as de salud pública. Departamento de Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017.....	57

Gráfico 12 Porcentaje de N° de licencias médicas presentadas, según mes de presentación, por grupo de patologías, en médico/as de salud pública. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. (N= 4885).....	59
Gráfico 13 Número de licencias médicas presentadas por día de la semana. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego, Período 2008-2017. (N=6753).....	59
Gráfico 14 N° de licencias médicas por mes de presentación. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017. (N= 6753).....	60
Gráfico 15 N° y tasa por mil médico/as, de jubilaciones y renunciaciones en médico/as de salud pública, Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017. (N=119).....	61

Listado de tablas

Tabla 1 Descripción de las variables operacionales de la investigación.	31
Tabla 2 Número de médico/as según lugar de trabajo, edad, género y antigüedad laboral. Departamento Río grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017. (N= 1392)	37
Tabla 3 Número de médico/as según área de desempeño, género, antigüedad laboral y edad. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017.	39
Tabla 4 N° de licencias médicas con y sin baja laboral en médico/as de salud pública, Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017. (N= 6887).	40
Tabla 5 Índices de ausentismo laboral en médico/as de salud pública, según lugar de trabajo, Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017.	47
Tabla 6 Indicadores de ausentismo laboral, tasa de incapacidad, tasa de frecuencia, tasa de gravedad, índice de prevalencia, en médico/as del Hospital Regional Río Grande (H.R.R.G.), Departamento Río Grande, período 2008-2017.	48
Tabla 7 Indicadores de ausentismo laboral, tasa de incapacidad, tasa de frecuencia, tasa de gravedad, índice de prevalencia, en médico/as de Atención Primaria de la Salud y centro Asistencial de Tolhuin (A.P.S.- C.A.T.) Departamento Río Grande, período 2008-2017..	49
Tabla 8 Indicadores de ausentismo laboral, tasa de incapacidad, tasa de frecuencia, tasa de gravedad, índice de prevalencia, en médico/as de Otras dependencias de salud. Departamento Río Grande, período 2008-2017.	50
Tabla 9 Índices de ausentismo de médico/as de salud pública, según área médica de desempeño. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego, Período 2008-2017. (N=1392).....	51
Tabla 10 Índices de ausentismo en médico/as de salud pública, según género. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017. (N= 1392).	52
Tabla 11 Índices de ausentismo de médico/as de salud pública, según categoría de antigüedad laboral. Departamento de Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017. (N=1386)..	54
Tabla 12 Número de licencias y número de días de baja laboral en médico de salud pública, según grupo de patologías. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego.....	55

Abreviaturas

APS. Atención Primaria de la Salud.

CAT. Centro Asistencial de Tolhuin.

CIE. Codificación Internacional de Enfermedades.

DMTZN. Dirección de Medicina del Trabajo Zona Norte.

HRRG. Hospital Regional Rio Grande.

INDEC. Instituto Nacional de Estadística y censos.

IP. Índice de Prevalencia.

OIT. Organización Internacional del Trabajo.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

OPS. Organización Panamericana de la Salud.

PP. Planta Permanente.

SIGA. Sistema Integrado de Gestión Administrativa.

SSP. Sistema de Salud Público.

TF. Tasa de Frecuencia.

TG. Tasa de Gravedad.

TI. Tasa de Incapacidad.

Índice

1. Introducción	10
2. Marco teórico	11
2.1 Definición y tipos de ausentismo	11
2.3 Determinantes de ausentismo y enfermedad laboral	13
2.4 Sector Sanitario: proceso de trabajo	15
2.5 Modelo y rol médico	16
3. Estado del arte	18
3.1 Investigaciones en el mundo	18
4. Planteamiento y justificación del problema	20
4.1 Contexto y antecedentes del planteamiento del problema	21
Sistema de salud. Contexto	21
4.2 Situación local actual	23
4.3 Contexto político	23
4.4 Marco normativo	25
5. Objetivos	27
6. Metodología	28
6.1 Tipo de estudio y diseño.	28
6.2 Población universo.....	28
6.3 Muestra:.....	28
6.4 Unidad de análisis:	28
6.5 Criterios de inclusión:	28
6.6 Criterio de exclusión:	28
6.7 Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos.	29
6.8 Indicadores de ausentismo laboral.....	29

6.9 Variables de estudio	30
6.10 Plan de análisis:	34
6.11 Aspectos Éticos.....	34
7. Resultados	35
7.1 Descripción de población objeto del estudio.....	35
7.2 Distribución general del ausentismo	40
7.3 Indicadores de ausentismo por grupos de edad.	45
7.4 Diagnósticos	54
8. Discusión.....	62
8.1 Indicadores de Ausentismo	63
8.2 Diagnósticos	65
8.3 Licencias por día de la semana y mes	66
8.4 Renuncias y jubilaciones.....	67
9. Conclusiones	69
10. Recomendaciones finales	71
11. Referencias bibliográficas	72
12. Anexos	84
Anexo A. Diagnósticos de licencias médicas.	84
Anexo B. Marco normativo que regula las condiciones laborales	87

1. Introducción

El ausentismo laboral se produce por la interacción de múltiples determinantes que se relacionan entre sí, como los biológicos, sociales, culturales y económicos. Es por ello que es considerado como una medida muy cercana al grado de bienestar alcanzado por una persona, tanto en el área laboral como personal, es decir, el ausentismo no solo indica padecimientos orgánicos. Además, sirve como indicador de calidad laboral y pone de manifiesto problemas del trabajador y de la organización en la que trabaja, generando uno de los principales problemas de gestión en las relaciones laborales (Barraza, 2001).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el mundo contaba en 2013 con 9,8 millones de profesionales de la medicina, 20,7 millones de profesionales de la enfermería y la partería, y aproximadamente 13 millones de trabajadores pertenecientes a otras categorías de personal (OMS, 2016). La región de las Américas contaba con más de 21 millones de esos trabajadores, una mayor cantidad en comparación con Europa, la región del Pacífico este, Asia, la región mediterránea y África. Alrededor de dos tercios se distribuyeron en servicios de salud, mientras que el resto se organizaba en trabajos de gestión y tareas de soporte (OMS, 2016).

Nuestro país contaba según la Organización Panamericana de la salud (OPS) en estudios publicados en el año 2005, con unos 285 mil profesionales dedicados a prestar servicios de salud, lo que representaba el 1.7% de la población económicamente activa. De ese total, 120 mil correspondían a médico/as, 20 mil a bioquímico/as, 36 mil a odontólogo/as y el resto a otras profesiones como psicología, kinesiología, enfermería, etc (Abramzón, 2005).

Desde hace tiempo se tiene como parámetro básico de cálculo, uno atribuido a la OPS, a saber: 10 médicos por cada 10.000 habitantes. El que no sólo ha sido observado en su aplicación práctica sino en su calidad de recomendación internacional. (OPS, 2011). Según la OMS para el año 2005, en Argentina existía el doble de médico/as de los que se necesitaban. El promedio ascendía a 30 médico/as cada 10.000 habitantes, superior a Chile, Brasil y muchos países desarrollados como Reino Unido, Japón y Canadá. En la ciudad de Buenos Aires, por su parte, esa cifra era de 1 médico/a cada 90 personas, el índice más alto en nuestro país, mientras que en provincias como Formosa o Misiones había 1 médico/a cada 675 personas. En contraposición, el número de enfermeros/as era de 8,3 cada 10.000 habitantes mientras que el número óptimo asciende a 50 cada

10.000 habitantes (Levitin, 2011). En la Provincia del Tierra del Fuego para el año 2016 la relación de médico/as era de 31,6 médico/as cada 10 mil habitantes; en el departamento de Río Grande esta relación era de 27,3 médico/as cada 10 mil habitantes (Dirección de epidemiología e información de la salud, 2016).

2. Marco teórico

El ausentismo laboral en el mundo del trabajo es uno de los problemas más difíciles de abordar por su complejidad. Cuando no se llega a conseguir un buen entendimiento entre el individuo y la organización, el “contrato psicológico” que de modo natural se establece entre ambos, suele romperse pudiendo utilizar el trabajador un repertorio de conductas de abandono, huida o escape, que le permitirán reequilibrar y dar sentido a su ruptura psicológica con la organización (Van Vuuren, 1997).

El ausentismo laboral es un fenómeno sociológico directamente vinculado a la actitud del individuo (Bazerman, Chadwick-Jones, Nicholson y Brown, 1983) y de la sociedad ante el trabajo (Martin y Sabaté, 1983). Todo lo que propicie una actitud adecuada (integración, satisfacción, motivación, representatividad) redundará en un menor ausentismo y todo lo que favorece un deterioro de esta actitud redundará en un mayor ausentismo (falta de promoción, tareas monótonas y repetitivas) (Benavidez, 2006).

2.1 Definición y tipos de ausentismo

Existen diferentes definiciones de ausentismo laboral, según el enfoque y análisis para el cual se quiera evaluar el mismo. Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) el ausentismo se define como “la no asistencia al trabajo por parte de un empleado que se pensaba que iba a asistir, quedando excluidos los periodos vacacionales y las huelgas; y el ausentismo laboral de causa médica como el período de baja laboral atribuible a una incapacidad del individuo, excepción hecha para la derivada del embarazo normal o prisión”, entendiéndose por baja laboral al período ininterrumpido de ausencia al trabajo contabilizado desde su comienzo y al margen de su duración (OIT, 1991:5). En esta definición quedan diferenciados dos tipos de ausentismo; el llamado ausentismo voluntario que ocurre cuando el empleado toma la decisión de no ir a trabajar y el

llamado ausentismo involuntario que ocurre por razones que escapan al control de los empleados (el ausentismo laboral de causa médica).

Otra clasificación de ausentismo es el denominado de tipo I (por la falta al trabajo) es representado por la falta pura y simple del empleado al trabajo, siendo de fácil medida y costo calculado. Lleva a la pérdida de producción de las horas no trabajadas. El ausentismo tipo II (de cuerpo presente) es aquél en donde a pesar de que el trabajador no falta al trabajo, no realiza su mejor desempeño, llevando a la disminución en su productividad (Martins, Garbin, Garbin y Moimaz, 2005).

A la vez, el ausentismo tipo I se divide en cinco clases (Quick y Lapertosa, 1982)

- **Ausentismo voluntario:** Es la ausencia voluntaria al trabajo por razones particulares no justificadas por enfermedad y sin amparo legal.
- **Ausentismo compulsorio:** Es el impedimento al trabajo mismo que el trabajador no desee, por suspensión impuesta por el patrón, por prisión u otro impedimento que no le permita llegar al local de trabajo.
- **Ausentismo legal:** Comprende aquellas faltas al servicio amparadas por ley, como la incapacidad por enfermedad general. Son las llamadas faltas justificadas.
- **Ausentismo por patología profesional:** Comprende las ausencias relacionadas a accidentes de trabajo, como la incapacidad por riesgo laboral.
- **Ausentismo por enfermedad:** Incluye todas las ausencias por enfermedad o procedimiento médico.

Beil-Hildebrand (1996) estableció que la ausencia al trabajo puede ser dividida en ausencias planificadas y no planificadas.

- **Ausencia planificada o programada,** cuando es planeada con anticipación y con un control tal que no se vea afectada la jornada de trabajo en curso, es decir que se produce cuando el empleado y el empleador son conscientes de que el empleado no va a venir a trabajar y por lo tanto son capaces de planificar a la luz de esa conciencia. Diferentes ejemplos de ausencia planeada que se ajustan a esta definición se han estudiado como por ejemplo las de vacaciones.
- **Ausencia no planificada o no programada,** por el contrario, no ha sido planeado con anticipación, se produce cuando un empleado no va a trabajar y el empleador en realidad espera que él/ella este en el trabajo. Surge de manera imprevista y es de carácter urgente.

La incapacidad temporal es la forma más común de dicha ausencia, entre los que encontramos: enfermedad general, accidentes de trabajo, maternidad, licencias con goce de sueldo, licencias sin goce de sueldo.

Para el presente trabajo se optó por la utilización de la definición aportada por la OIT.

2.3 Determinantes de ausentismo y enfermedad laboral

En el campo de las ciencias de la salud, y para determinar los motivos de enfermedad de los trabajadores es muy importante el conocimiento de sus causas, no solo para su prevención, sino también para la aplicación de un tratamiento adecuado (Beaglehole, Bonita y Kjellström, 2004). Se han enunciado criterios de causalidad para concluir si un factor es o no causa de una patología: relación temporal; verosimilitud, coherencia, intensidad, dosis- respuesta, reversibilidad, diseño del estudio (Hill, 1965). Para poder adoptar medidas preventivas no es necesario comprender la totalidad de los mecanismos causales, es decir el conocimiento de alguno de esos mecanismos puede permitir una significativa prevención (Rothman y Greenland, 2005).

Los determinantes de la salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades. En 1974, Marc Lalonde, creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, en que se reconoce a los estilos de vida (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sanitarios), así como el ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural), junto a la biología humana (constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento) y la organización de los servicios de salud (mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia) (Lalonde, 1974a; Lalonde, 1974b)

Posterior a esto, Acheson, Baker y Illesley (1998) describieron en diagramas los determinantes de la salud como capas de influencia. En dicho modelo, el centro está representado por la persona y sus características no modificables: edad, sexo, y que se proyectan hacia los estilos de vida del individuo, los que se encuentran determinados o influenciados por las redes sociales y comunitarias en las que se encuentran insertos el individuo y su grupo familiar, las cuales, a su vez, se encuentran condicionadas por otros factores predictores, tales como la educación, el ambiente empleo, el

acceso a servicios básicos, la calidad de la vivienda y los servicios de atención de salud, todos éstos influyen la adopción de estilos de vida saludable.

En la bibliografía sobre ausentismo laboral, coexisten diferentes modelos explicativos con diferentes enfoques: económico, psicosocial, médico y retiro organizacional (Kaiser, 1998).

a. Modelo económico del ausentismo laboral. Este modelo sostiene que el comportamiento ausentista se debe a la interacción de dos fuerzas: las motivaciones individuales de ausencia de los trabajadores y cuánta ausencia puede ser tolerada por los empleadores. Los trabajadores tienen preferencias individuales de ausencia y como ellos son los actores de la oferta en el mercado de trabajo, eligen la cantidad de ausencias que maximizan sus utilidades mediante el cálculo de los beneficios y costos marginales de las oportunidades que enfrentan. Los empleadores pueden tolerar un cierto nivel de ausencia de los trabajadores, ya que al igual que ellos, efectúan el cálculo de los beneficios y costos marginales del ausentismo que perciben, determinando la magnitud de ausencia que minimizan los costos de la empresa, y en consecuencia maximizando las utilidades.

b. Modelo psicosocial del ausentismo laboral. Este modelo sostiene que diferentes culturas de ausencia emergen como resultado de la interacción entre individuos, grupos de trabajo y la organización. El total del tiempo perdido crea una cultura de ausencia en distintas industrias y ocupaciones. La ausencia es una conducta individual dentro de un contexto social y las motivaciones de ausencia operan restringidas o influenciadas por las normas de ausencia propias de las correspondientes culturas de ausencia.

c. Modelo médico del ausentismo laboral. Según este enfoque, existen varios factores que contribuyen a un patrón de ausentismo laboral: demográficos (edad, sexo y nivel ocupacional), satisfacción con el empleo (general, niveles de remuneración, sentido de realización, etc), características organizacionales (a organizaciones y unidades de trabajo más grandes, mayores niveles de ausentismo), contenidos del empleo (niveles de autonomía y responsabilidad) y otros como compromiso, distancia al trabajo, etc.

d. Ausentismo laboral y retiro organizacional. Este modelo sostiene que los trabajadores que se van a retirar voluntariamente de las organizaciones, tienen una mayor tasa de ausentismo que aquellos que permanecen. Existiría una relación positiva entre ausentismo laboral y retiro organizacional. Los trabajadores que abandonan la organización, tienden a ser los más jóvenes y de menor posición que los que permanecen en ella. Estos jóvenes de menor nivel, perciben más oportunidades fuera de la organización que dentro de ella. Los trabajadores de mayor edad y mejor

posición tienen mucho más que arriesgar en términos de beneficios sociales y enfrentan menos oportunidades fuera de la organización.

2.4 Sector Sanitario: proceso de trabajo

El sector de la salud está relacionado fundamentalmente con las personas; si no hay personal sanitario, no puede haber atención de salud. Los trabajadores de la salud son el recurso más importante con que cuentan los sistemas y los servicios de salud para atender las necesidades de salud de la población (OPS, 2012).

El trabajo decente en el sector de la salud es entendido como la oportunidad de acceder a un empleo productivo que genere un ingreso justo, con seguridad en el lugar de trabajo y la protección social para las familias. Todo esto mejora las perspectivas de desarrollo personal e integración social, otorgando libertad a los trabajadores sanitarios para que expresen sus opiniones, se organicen y participen en las decisiones que afectan sus vidas, y con igualdad de oportunidades y trato para todos (Ghai, 2003). Estos atributos son primordiales para asegurar sistemas de salud eficaces y resilientes, lo cual es un requisito para mejorar la escasez de trabajadores sanitarios y para lograr el objetivo de la igualdad de acceso a una atención de salud de calidad para los pacientes. Sin embargo, a escala mundial persiste la escasez de personal de la salud, así como la desigual distribución geográfica del mismo (Abramzón, 2005; Gupta, Zurn, Diallo y Dal Poz, 2003; OIT, 2017).

El personal de salud moviliza en el proceso de trabajo sus capacidades físicas, intelectuales, emocionales y de relación con las demás y el entorno. Así, el conocimiento producido en el campo de la salud en los últimos años viene señalando la necesidad de articular otros constructos teóricos a la categoría proceso de trabajo, la necesidad de incorporar las cuestiones de género, el impacto de la violencia, la precarización de las relaciones en el trabajo, retrocesos de los derechos de protección a los trabajadores, tales como modalidades de contratación regresivas y la ausencia de inversión en equipos de protección individual, entre otros. Todo ello apunta insistentemente a la existencia de una relación de malestar de los trabajadores sanitarios con el trabajo que hacen (OPS/OMS, 2013).

El campo de la salud tiene características propias en las que sustenta su singularidad y complejidad: los trabajadores tienen alta autonomía y los procesos de gestión son de los más complejos que

presentan las instituciones de la sociedad actual. Se trabaja con un objeto que no se puede definir fácilmente y con exactitud, la salud; sus organizaciones son al decir de Mintzberg "las más democráticas de la sociedad", dado que los niveles de menor jerarquía tienen altas dosis de autonomía relacionado con la singular conformación de la organización en tanto Burocracia Profesional (Mintzberg, 2001:172). A pesar de los amplios márgenes de autonomía y de la creatividad que suelen desplegar los trabajadores en su actuar cotidiano, en muchos casos su actividad es referida como limitada y en ocasiones imposibilitada por la elevada demanda. Muchos trabajadores se perciben sobrepasados y manifiestan tener la impresión de no conseguir hacer frente a las necesidades de los pacientes o estar atendiendo solo la urgencia, lo cual a su juicio afecta la calidad de la atención y su propia salud (Assunção y Brito, 2011).

Una gran parte de las organizaciones sanitarias deben funcionar las 24 horas del día, los 365 días del año; se trabaja con el dolor, la vida y la muerte de las personas y los trabajadores pueden poner en juego valores e ideologías como parte del proceso de trabajo. Son muy pocas las organizaciones de la sociedad que cumplen esas condiciones (Spinelli, 2010). El producto del trabajo en salud solamente existe durante su misma producción y para las personas directamente involucradas en el proceso, esto es trabajadores y usuarios (Merhy, Feuerwerker y Ceccim, 2006).

2.5 Modelo y rol médico

Generalmente las instituciones médicas son descritas y analizadas a través de la "mirada" o modelo médico, con características de biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática (Menéndez, 2005). Este análisis generalmente no incluye dimensiones como lo económico, político e institucional. Las principales características estructurales que se encuentran en este modelo son que el lugar de trabajo no es el lugar de lo igual, sino de la multiplicidad, de lo diverso y de la diferencia, de la tensión y de la disputa (Franco y Merhy 2009).

Los servicios de salud son escenarios de acción de diversos actores, que tienen intencionalidades distintas en sus acciones y que disputan el sentido general del trabajo. Actúan haciendo una mezcla entre sus territorios privados de acción y el proceso público de trabajo. El cotidiano, por lo tanto, tiene dos caras: la de las normas y roles institucionales y la de las prácticas privadas de cada trabajador (Merhy, 2006).

El rol que cumple el/la médico/a es relevante en cuanto a estructura y el funcionamiento del equipo sanitario. En la medida en que la sociedad actual ha ido sustituyendo el valor de la virtud por el de la salud, el/la médico/a ha ido dejando de ser una figura sociológicamente análoga a la del sacerdote para transformarse en el gran regulador de la vida de las personas. Aunque hoy un enfermo no se relaciona tan solo con su médico/a, sino también con otros; personal de enfermería, psicólogo/as, terapistas ocupacionales, auxiliares, asistentes sociales, administrativos y hasta con actores que se encuentran no representados dentro del modelo médico, en el proceso de salud/ enfermedad, atención y cuidado (Menéndez, 1994) (Michalewicz, 2014). Ésta es una de las razones por las que ha perdido vigencia la expresión tradicional “relación médico-enfermo”, pues habría que hablar más bien de “relación sanitario enfermo” (Saar, da Costa Saar y Trevizan, 2007).

La calidad del trabajo en salud depende en gran medida de la capacidad de formar equipos. Los equipos suelen utilizar cotidianamente un saber construido en la experiencia, para enfrentar situaciones donde los recursos que ofrece la organización son insuficientes (Assunção y Brito, 2011).

Lo/as médico/as cumplen dos funciones en el desempeño de sus tareas: una función médica y una función social. La función médica es el resultado de la actividad para la que ha sido formado en el medio académico: curar enfermos, prevenir enfermedades, promover la salud. Es el resultado de su trabajo concreto. La función social es también resultado de su práctica cotidiana, pero la diferencia que existe con la anterior es que no han recibido formación de ningún tipo para realizarla. Es una función que los médico/as cumplen sin saberlo, es el resultado de su trabajo abstracto (Testa, 1993).

Para concretar un acto de salud, los profesionales de la medicina utilizan un "maletín tecnológico", compuesto por tres modalidades de tecnologías: las tecnologías "duras", que corresponden a los equipamientos, medicamentos, etc.; las tecnologías "blanda- duras", que corresponden a los conocimientos estructurados, como son la clínica y la epidemiología; y las tecnologías "blandas", que corresponden a las tecnologías relacionales, que permiten escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, y cuidar del usuario (Merhy, 2006).

3. Estado del arte

La producción de datos y su posterior análisis a fin de transformarlos en información sirven de base para generar conocimientos sobre los procesos de morbilidad y mortalidad que, a su vez, son relevantes para la toma de decisiones. Pero existen dificultades de orden diverso en la producción de datos sobre enfermedades profesionales. Entre otras razones, esto está motivado por el diagnóstico deficiente y la ausencia de reconocimiento, por parte de la mayoría de los profesionales de la salud, de su relación con el trabajo (Epelman, 1988). A su vez, en situaciones de precariedad laboral, tanto las enfermedades profesionales como los accidentes de trabajo pocas veces son informados por parte de los propios trabajadores (Santana, 2012).

3.1 Investigaciones en el mundo

Se han desarrollado diversos estudios relacionados con la temática de evaluación de ausentismo laboral por enfermedad en distintos países y sistemas de salud diversos. Los cuales a su vez utilizaron diferentes poblaciones de análisis y diferentes métodos de medición. Podemos mencionar: en América del Norte, en Canadá entre 2004 y 2005 un estudio de cohorte retrospectiva entre enfermero/as registrados, asistentes de cuidado, terapeutas respiratorios, terapeutas ocupacionales, clínicos educadores, asistentes ambientales, tecnólogos, etc. Las razones auto-reportadas más comunes para ausencia por enfermedad fueron enfermedades respiratorias (31%), enfermedades gastrointestinales (17%) y lesiones músculo-esqueléticas (15%), psicológicos (4%). La media de días de baja laboral por trabajador fue de 11 días anuales. Esta investigación destacó la cuestión del ausentismo entre los trabajadores de la salud y la necesidad de mejorar la notificación de enfermedad y lesiones al departamento de salud ocupacional para mejorar la eficacia de la vigilancia. Además, recomiendan la implementación de un sistema de monitoreo de visitas de salud ocupacional entre los trabajadores sanitarios (Donovan, Moore, y VanDenKerkhof, 2008).

Estudios desarrollados en Europa (Helsinki, Finlandia) en el año 2001 se propuso identificar los determinantes de enfermedad en médico/as de tres distritos hospitalarios municipales (Varsinais-Suomi, Kanta-Häme y Vaasa). Se basaron en un seguimiento de 2 años (1997- 1998) y cohortes de

447 médico/as (251 hombres y 196 mujeres) y 466 controles (Mujeres jefas de enfermería) coordinado por el Instituto Finlandés de Salud Ocupacional. Encontraron que las causas de ausencia por enfermedad en los médico/as del hospital no es únicamente explicado por el enfoque tradicional en la salud de una persona, la sobrecarga y el control del trabajo, sino más bien por problemas en el trabajo de equipo. Los resultados obtenidos confirman que la tasa de ausencia para los médico/as es baja con una media de presentación de certificados cortos (menor 3 días) 38/100 personas año) y largos (mayor de 3 días) 20/100 personas año. La prevalencia de morbilidad psiquiátrica esta muestra fue entre 4% a 9%, superior a la encontrada en la población general (Kivimaki, 2001); En Nottingham, Reino Unido en 2001 se realizó un estudio retrospectivo con el objetivo de comparar las ausencias por enfermedad en médico/as (607) de un servicio hospitalario del sistema nacional de salud. Encontraron que las tasas de ausencia por enfermedad autoinformadas fueron de 1,2% durante el período de estudio de 12 meses para los 607 respondedores a cualquiera de los cuestionarios y además encontraron que la ausencia de enfermedad de médico/as fue significativamente menor en esta población de estudio con relación a otros trabajadores de salud (Murphy, 2014).

En otras regiones del mundo como Oriente Medio también existen experiencias de evaluación de esta temática. En Arabia Saudita en el año 2009 se realizó un estudio transversal y descriptivo incluyó 3117 a empleados del Hospital King Khalid University. Un total de 377 empleados (12,1%) tuvieron 416 episodios de ausencia por enfermedad con 639 días de baja por enfermedad (media: $1,54 \pm 0,85$). La media de días perdidos por enfermedad fue de 1,7 días por trabajador (Khawaja, Sikander, Khawaja, Jareno, y Halepota, 2012). En Jerusalén, Israel en 1981 se estudiaron los registros de ausencia por enfermedad del departamentos de personal y salud ocupacional del Hospital Ein Kerem Hadassah. Se estudiaron de 3020 empleados de los cuales 602 corresponden a médico/as y odontólogo/as. La ausencia al trabajo fue de 3,1% durante todo el año. Los médico/as presentaron las tasas de ausentismo más bajas (2,09%) (Pines, Skulkeo, Pollak, Peritz, y Steif, 1985).

En el continente Asiático, más específicamente en Tailandia, en el entre los años 2005 y 2008 se estudió la ausencia laboral entre personal hospitalario (2181 trabajadores). El estudio mostró que lo/as médico/as (34 eventos/ 100 personas año) y lo/as enfermero/as (135 eventos/ 100 personas

año) presentaron menos casos de enfermedad de cortos término (menos de 3 días de baja laboral) comparado con el resto del personal (266 eventos/ 100 personas año) y que lo/as médico/as (6,6 eventos/ 100 personas año) presentaron menos casos de licencias prolongadas (mayor a 3 días) con relación al resto del personal (21 eventos/ 100 personas año) (Lim, 2002).

A nivel latinoamericano existen trabajos realizados en Belo Horizonte, Brasil (2008- 2009). Tuvo como objetivo describir la prevalencia de la ausencia por enfermedad y analizar los factores asociados en trabajadores de la salud del departamento de salud de Belo Horizonte. La prevalencia general de ausencia por enfermedad fue del 31,5%. Los resultados sugirieron una paradoja en cómo se organiza la atención sanitaria: los buenos resultados en términos de su objetivo global de proporcionar atención sanitaria a los ciudadanos contrastan con la falta de medidas efectivas para proteger a los trabajadores de la salud (Bassi, Assunção, Pimenta, Benavides, y Ubalde-Lopez, 2016). En el municipio de San Pablo en 2004, un estudio analizó las características de las licencias de enfermedad entre los empleados del departamento de salud del estado. La tasa general de ausentismo por enfermedad fue del 2,8%. Las tasas de ausentismo más altas se dieron entre los trabajadores de los hospitales, en los trabajos operativos (3,4%) y en los de atención a pacientes (3,3%); lo/as médico/as evaluados presentaron ausentismo de 3,8%. Los diagnósticos que motivaron más frecuentemente licencias médicas corresponden a los capítulos CIE-10 relacionadas con "enfermedades del sistema músculo-esquelético y el tejido conectivo", 21,5%; "Trastornos mentales y del comportamiento", 19,2%; "Las lesiones, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas", 11,8%; "Enfermedades cardiovasculares", 10,3%; "Enfermedades respiratorias", 5,9%. Los resultados destacan la necesidad de establecer políticas para influir en la organización del trabajo con intervenciones innovadoras en las distintas áreas de trabajo (Sala, Carro, Correa, y Seixas, 2009).

4. Planteamiento y justificación del problema

En la sociedad actual, el personal sanitario y en particular lo/as médico/as, se encuentran expuestos en una gran variedad de factores que pueden dificultar su trabajo cotidiano y que al mismo tiempo

pueden perjudicar su salud. Entre ellos: la escasez de personal sanitario (OMS, 2016), bajo nivel de reconocimiento y remuneración; las migraciones de trabajadores; condiciones deficientes de trabajo; jornadas de trabajo extendidas (Wismar, 2011); seguridad y violencia hacia los profesionales (Needham, 2014). Todos estos factores pueden generar una menor capacidad para hacer frente a la carga de trabajo, con elevados niveles de estrés y fatiga, que a su vez pueden conducir a la insatisfacción laboral, el agotamiento, al ausentismo y como consecuencia una mayor rotación del personal y una prestación de servicios deficiente, incluidos errores médicos, lo que a su vez puede traducirse en resultados adversos para los pacientes (Matos de Oliveira, 2015).

Es llamativa la falta de información específica sobre el tema de la salud de trabajadores de la salud. La OPS muestra que la atención de la salud de los trabajadores sanitarios es insuficiente por la falta de información sistemática y la escasez de estudios, y la información es más débil aún en el sector público que en el privado (OPS, 2012). Desde el análisis de las estadísticas surge que parecerían suficientes la cantidad de médicos por habitante para dar respuesta a la demanda de atención de la salud de la población (ver introducción). Entonces, se plantea el interrogante por un lado si la distribución de profesionales dentro de los Sistemas de Salud público es el adecuado, y por otro que está ocurriendo con estos trabajadores dentro del Sistema Público que parecería no pueden dar respuesta a esas demandas.

4.1 Contexto y antecedentes del planteamiento del problema

Sistema de salud. Contexto

La mayor parte de los países latinoamericanos conviven subsistemas de salud con diversos modelos de financiamiento y organización (Yavich, 2016). La Argentina inserta en el contexto latinoamericano, posee un sistema de salud fragmentado, resultado de una compleja evolución, compuesto por un subsector público, subsector de la seguridad social y subsector privado (OPS/OMS, 2011; Rovere, 2016).

Distintos estudios caracterizan a los sistemas de salud pública como carentes de objetivos claros; burocrático e ineficiente en la asignación de recursos; débil en su capacidad de conducción, e incapaz de responder a las necesidades de la población (Báscolo, 2011; Vergara, 2000). Otros

sostienen que es sistema de salud público se sostiene sobre principios y mecanismos que promueven la solidaridad y la equidad, fundado en la estrategia de atención primaria, más eficiente y efectivo que aquellos sistemas basados en la provisión de servicios especializados (Macinko, Starfield, y Shi, 2003).

Según el observatorio estadístico del municipio de Río Grande (Sala de situación de salud, 2014), el sistema de salud público (SSP) del Departamento de Río Grande en Tierra del Fuego está compuesto por SSP Provincial y SSP Municipal. El primero cuenta con: Infraestructura de 1 Hospital (Hospital Regional Río Grande), 7 centros de atención primaria de la salud y 1 centro asistencial de la localidad de Tolhuin; recursos humanos de 208 profesionales médicos, 36 profesionales no médicos y 166 enfermeros (incluye licenciados, técnicos y universitarios). Camas disponibles: 23 adultos, 15 pediátricas, 5 UTI adultos y 6 UTI pediátricos. SSP municipal que cuenta con: Infraestructura 1 Centro de atención comunitaria (CAC), 1 centro de rehabilitación multidisciplinario, 1 centro Materno Infantil, 1 centro de la tercera edad; recursos humanos de 8 médicos, 24 profesionales no médicos, 3 enfermeros y 6 agentes sanitarios (Municipalidad de Río Grande, 2014). A su vez, según información brindada por la Dirección de Fiscalización Sanitaria del Gobierno de Tierra del Fuego, para el año 2017, de 776 matrículas médicas activas en el Departamento de Río Grande, el 54% ejercía la profesión en el ámbito público, un 34% en el ámbito privado, 10% no se tiene información y 3% en ambos sistemas (información no publicada). La distribución de médicos en la provincia entre los sectores públicos y privados viene sufriendo en los últimos años un desequilibrio, generado principalmente por la migración desde el primer sector hacia el segundo, principalmente por las condiciones económicas, de remuneración y las condiciones de contratación.

Dentro del SSP Provincial el sector de trabajadores profesionales (médico/as, psicólogo/as, bioquímico/as, odontólogo/as y kinesiólogo/as) se encuentran en condiciones de contratación de planta permanente con dedicación exclusiva sanitaria, es decir, no pueden trabajar en ámbitos privados, mientras que los profesionales del SSP Municipal no cuentan con el normativa de la dedicación exclusiva sanitaria del SSP Provincial.

La participación del SSP Municipal, aunque es menor en cantidad de recursos humanos, infraestructura e historia se encuentra en franco crecimiento. El nivel de interacción y comunicación entre estos SSP Provincial- Municipal es escaso, al igual que con los sistemas privados de salud.

No obstante la asignación de recursos provinciales a salud, los servicios públicos no son suficientes para alcanzar resultados acordes a la inversión y a la demanda, otro elemento que tiene el sistema de Salud es la alta centralización hospitalaria, con lento progreso hacia la descentralización el Primer Nivel de Atención (APS). El foco de los Servicios públicos está orientado fuertemente hacia la atención del evento y el proceso de diagnóstico y tratamiento, más que hacia la promoción, prevención y rehabilitación de la salud. El crecimiento poblacional trae aparejado mayor complejidad de la demanda sanitaria y existe un importante retraso en Obra Pública, equipamiento y sistemas de información en el sistema de salud público.

4.2 Situación local actual

Desde la Dirección de Medicina del Trabajo de Provincia de Tierra del Fuego en la jurisdicción Norte (D.M.T.Z.N.) el cual incluye las ciudades de Río Grande y Tolhuin, atenta y consciente de la falta de información y análisis sobre el estado de salud de los trabajadores sanitarios, comenzó a realizar la recopilación y análisis de manera preliminar del registro de licencias por enfermedad presentados por médico/as que se desempeñaron y prestaron servicios en el Hospital Regional de la ciudad de Río Grande del sistema público de salud de la provincia durante el año 2014. El índice de ausentismo de causa médica o por enfermedad fue de 11,1%. Las licencias médicas por diagnósticos agrupados dentro del campo de la salud mental produjeron el 44% del ausentismo. En segundo lugar se encontraron las licencias por diagnósticos traumatológicos con el 14%, seguido por oncológicos 12%.

4.3 Contexto político

Los actores relevantes en las negociaciones, discusiones y las tomas de decisiones del sector de salud, son los representantes del estado (Testa, 2007). Todo actor en situación de gobierno encuentra delante de sí otros actores que también gobiernan y disputan la dirección de la acción, utilizando para esto los recursos de que disponen (Matus, 2007). Claro que los actores en situación de gobierno disponen, en principio, de un grado mayor de control sobre los recursos, pero necesitan

saber gobernar y disponer de una determinada caja de herramientas que compone su capacidad de gobernar (Merhy, 2006).

En los procesos de negociaciones y toma de decisiones entre el gobierno y los trabajadores del sector salud planteadas en los últimos años en la provincia de Tierra del Fuego (comprendidas entre los años 2014 y 2017) se han encontrado frecuentemente con dificultades y desencuentros, debido a intereses y puntos de vista alejados. Como inicio del análisis de la situación actual se puede hacer referencia al rechazo por parte de los trabajadores del Decreto Provincial N° 2366/14 que regula las condiciones laborales de los profesionales sanitarios (Decreto N° 2366, 2014). La Ministra de Salud desde esos momentos analizó los cuestionamientos que diferentes sectores realizaron con respecto de la aplicación de dicho decreto, que tenía por objetivo unificar 18 decretos del régimen de adicionales de para trabajadores profesionales de salud contemplados en condición de planta permanente provincial. La Ministra reconoció que el tema había quedado pendiente y que los distintos sectores plantearon sus reparos a la norma decretada (Se intensifican las negociaciones en salud tras rechazo del decreto 2366/14, Sur noticias).

Los Médico/as canalizan los reclamos y presentaciones ante los funcionarios del gobierno provincial y a la comunidad en general a través del SI.PRO.SA (Sindicato de Profesionales de Salud de Tierra del Fuego), el cual es la filial provincial de la Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina¹, y de los medios de comunicación de la provincia, los cuales adquieren un rol importante por el impacto social que generan (Thompson, 1998).

Se ha puesto de manifiesto desde el sindicato en reiteradas ocasiones la preocupación por la falta de resolución a los problemas del sector. Entre otros, se reclama la actualización de los valores de guardias activas y pasivas que se encuentran desactualizados desde el año 2014 (Decreto 2366/2014), la falta de discusión salarial en el 2016 y advierten que la prórroga de la emergencia en salud redundaba en falta de transparencia en la asignación de recursos en el sector salud (Si.Pro.Sa. Solicitó al Gobierno resolución a las problemáticas del Sector, 2016, NotiTDF).

Desde la misma entidad se viene reclamando por la falta de recursos humanos en el sector, equipamiento e insumos para los hospitales y los centros de salud de la provincia. Aseguran que los profesionales que ingresan al sistema, se van en muy poco tiempo dado las carencias que existen para brindar un buen servicio. Los profesionales expresan a través de los medios de prensa la

¹ FESPROSA, Personería Gremial N° 1906 MTEYSS

dificultades en la comunicación con los representantes de gobierno (Profesionales médicos alertaron sobre la “cada vez más crítica” situación del Hospital, 2014)

Por otro lado a las ya complejas realidades del sector, las declaraciones de funcionarios de gobierno realizadas al diario digital Crónicas Fueguinas en 22 de Marzo del año 2017 (Jefe de Gabinete Provincial) como por ejemplo, “los médicos no quieren trabajar” no facilitan el contexto general de negociación entre los diversos actores. El funcionario también remarcó y reconoció que “hay una movilidad muy importante de profesionales, todavía los profesionales pueden jubilarse relativamente jóvenes y eso nos obliga a una búsqueda permanente que no es fácil para ninguna provincia”. Así y todo hay muchas quejas de la población, de la atención en la guardia, de la atención de los profesionales” (Crónicas Fueguinas, 2017).

Como problemas, la provincia enfrenta una crisis financiera y grandes conflictos salariales que limitan el alcance de mayores avances, los recursos de Salud son absorbidos mayoritariamente por la masa salarial en su mayoría administrativos. Según información obtenida del Ministerio de Economía el año 2011 con respecto los presupuestos destinados a salud represento un 5,4%, en 2014 el 7,1% y el 2017 el 5,3%. (Provincia de Tierra del Fuego, Ministerio de Economía)

Frente a este panorama se pueden plantear las siguientes inquietudes: es suficiente el recurso humano médico en salud para la demanda de atención que se presenta; están bien distribuidos los médicos trabajando en sector público/ privado.

4.4 Marco normativo

Existen distintas normativas que regulan las condiciones laborales de los profesionales de salud pública de la provincia:

1). Decreto 2366/14 (Anexo B). Dedicación exclusiva sanitaria; Régimen laboral; Guardias profesionales; Adicionales profesionales (Decreto N° 2366/ 2014).

2). Decreto 3413/79 (Anexo B). Régimen de Licencias, Justificaciones y Franquicias. (Licencias por enfermedad). Capítulo III: Licencias especiales. Artículo 10. Las licencias especiales se acordarán por los motivos que se consigna y conforme a las siguientes normas:

- a) Afecciones o lesiones de corto tratamiento.
- b) Enfermedad en horas de labor.

- c) afecciones o lesiones de largo tratamiento.
- d) Accidentes de trabajo o enfermedad profesional
- e) Incapacidad.
- g) Las licencias por maternidad
- j) atención del grupo familiar que se encuentre enfermo o accidentado

3). Decreto N° 2220/16. Estructura del ministerio de salud de la Provincia de Tierra del Fuego.

- Secretaria de accesibilidad a los servicios de salud.
- Secretaria de atención primaria de la salud.
- Secretaria de salud. Subsecretaría de gestión de salud; *Subsecretaria de medicina del trabajo*; Dirección provincial de enfermería y calidad de cuidados.
- Secretaria de gestión, planificación y políticas de salud. Subsecretaría de política sanitaria; Dirección provincial de salud mental y adicciones.

Secretaria de administración financiera e infraestructura sanitaria. Subsecretaria de infraestructura sanitaria; subsecretaría de recursos humanos y despacho.

4). Resolución S.S.P. N° 168/03.

Reglamento para la presentación de certificados médico/as y trámites de licencia por razones de salud. Alcances: agentes de la administración pública provincial, y de sus reparticiones, organismos centralizados, descentralizados y autárquicos provinciales, para el control de ausentismo por razones de salud.

5. Objetivos

Objetivo general: Conocer y describir el ausentismo por enfermedad y sus determinantes, en médico/as que prestaron servicios en Salud Pública Provincial en condiciones de contratación de planta permanente en el Departamento de Río Grande, Tierra del Fuego durante el período 2008-2017.

Objetivos específicos

- Determinar los índices de ausentismo general y específicos (Tasa de incapacidad; Tasa de frecuencia; Tasa de gravedad; Tasa global de ausentismo; Índice de prevalencia) teniendo en cuenta variables de sexo, edad, antigüedad laboral, lugar de trabajo de médico/as que prestaron servicios en Salud Pública Provincial (SSP) en condiciones de contratación de planta permanente en el Departamento de Río Grande, Tierra del Fuego durante el período 2008-2017.
- Caracterizar y describir a médico/as que prestaron servicios en SSP Provincial en condiciones de contratación de planta permanente, analizando variables de sexo, edad, antigüedad laboral del Departamento Río Grande, Tierra del Fuego, durante el período 2008- 2017.
- Caracterizar las licencias por enfermedad en médico/as que prestaron servicios en SSP Provincial en condiciones de contratación de planta permanente del Departamento Río Grande, Tierra del Fuego, durante el período 2008- 2017.
- Determinar y analizar los diagnósticos de las licencias médicas y su variación temporal presentadas por médico/as que prestaron servicios en SSP Provincial en condiciones de contratación de planta permanente del Departamento Río Grande, Tierra del Fuego, durante el período 2008- 2017.
- Analizar las renunciaciones y jubilaciones presentadas por médico/as que prestaron servicios en SSP Provincial en condiciones de contratación de planta permanente del Departamento Río Grande, Tierra del Fuego, durante el período 2008- 2017.

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio y diseño.

Descriptivo de tendencia temporal

6.2 Población universo.

Plantel de médico/as por año, desde 2008 a 2017 en condición de planta permanente (PP) de la administración pública del Gobierno Provincial del Departamento Río Grande, Provincia de Tierra del Fuego, comprendido por las ciudades de Río Grande y Tolhuin, correspondientes a la Jurisdicción norte de la provincia.

6.3 Muestra.

Se realizó tipo censo, es decir, se analizaron todas las unidades de análisis.

6.4 Unidad de análisis.

Cada una de las licencias médicas presentadas por médico/as de planta permanente de la SSP Provincial.

6.5 Criterios de inclusión.

Los médico/as que prestaron servicios en condición de planta permanente dentro de SSP Provincial en la Jurisdicción Norte (Río Grande y Tolhuin) y hubieron realizado el examen psicofísico correspondiente en el período 2008-2017.

6.6 Criterio de exclusión.

Quedaron excluidos del seguimiento del estudio:

- Médico/as quedan excluidos luego de la fecha de presentación de la renuncia laboral con el correspondiente aviso y aceptación por parte de autoridades del ministerio de salud provincial.
- Médico/as quedan excluidos luego de la fecha del otorgamiento del beneficio jubilatorio determinando el cese de la relación laboral, es decir que quedan excluidos luego de la jubilación.
- Médico/as que por cuestiones laborales desempeñaron funciones dentro del SSP Provincial con otras condiciones de contratación, como puede ser contrataciones transitorias como es el caso de médico/as itinerantes que prestaron servicios algunas semanas al año provenientes de otras provincias para poder realizar la cobertura de servicios puntuales.

6.7 Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Fuente de datos secundaria. Historias Clínicas de Dirección de Medicina del Trabajo Zona Norte, Provincia de Tierra del Fuego. Registro de mesa de entrada de la Dirección de Medicina del Trabajo zona norte. Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA).

6.8 Indicadores de ausentismo laboral

Para las definiciones de los indicadores se siguieron las recomendaciones del Comité Permanente y la Asociación Internacional para la Medicina del Trabajo. Los siguientes indicadores (tasas) son habituales en los estudios y análisis de ausentismo laboral: (Taylor, 1989).

- **Tasa de incapacidad (TI):** Es el número de días de ausencia promedio por trabajador debido a licencias médicas.
- **Tasa de frecuencia (TF):** Es la cantidad promedio de licencias médicas que ha presentado en un año un trabajador.
- **Tasa de gravedad (TG) o severidad:** Representa la duración promedio de las licencias médicas que fueron presentadas en la población laboral analizada.
- **Tasa global de ausentismo:** indica el porcentaje de los días de trabajo perdidos en relación con el total de días de trabajo previstos o programados.

- **Índice de prevalencia:** mide el porcentaje de trabajadores ausentes en un periodo determinado, en relación el número de trabajadores que tendrían que asistir en ese periodo

Los tres primeros indicadores son complementarios y se deben analizar simultáneamente para lograr comprender las características del ausentismo laboral en una empresa u organización (Hacket, 1989). Como referencia para la medición de los indicadores se utilizó el período de tiempo de 1 año.

Las causas médicas de baja laboral se analizaron teniendo en cuenta la clasificación CIE-10.

6.9 Variables de estudio

Fueron seleccionadas en función de los hallazgos encontrados en los principales estudios mencionados en el marco teórico. La variable dependiente corresponde al ausentismo laboral, definido como en número de días de ausencia por incapacidad laboral, certificada por licencia médica. Las variables independientes corresponden a las variables sociodemográficas, condiciones de empleo y de trabajo que caracterizan individualmente a cada trabajador (Trabajo en horario habitual, reducción horarios laborales; realización o no de guardias médicas; Indicación de tareas livianas, etc)

Tabla 1

Tabla 1: Definición operacional de las variables empleadas		
Definición operacional	Categorías	Tipo de variable
A. Variables sociodemográficas		
EDAD		
Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el año de análisis	Rangos de edad: < 30; 31 -40, 41-50,51-60; >60 años	Cuantitativa dicotómica.
SEXO		
Identificación de genero del trabajador, según apto psicofísico laboral	Hombre/ mujer	Cualitativa dicotómica categórica.
B. Variables de empleo		
LUGAR DE TRABAJO		
Corresponde al departamento o unidad donde el trabajador desempeña sus funciones.	Hospital Regional Río Grande (HRRG) Atención primaria de salud (A.P.S.) Centro Asistencial de Tolhuin(C.A.T.) Otros: Medicina Laboral, Programas de salud, Fiscalización Sanitaria	Cualitativa nominal.
ANTIGÜEDAD LABORAL		
Número de años de trabajo dentro del sistema de salud pública de Tierra del Fuego, desde el ingreso hasta el año de análisis.	Menos de 5 años de antigüedad laboral; entre 5 y 15 años de antigüedad laboral; mayor a 15 años de antigüedad laboral.	Cuantitativa Dicotómica.
GRUPO OCUPACIONAL		
Especialidad o área médica que desempeña en el trabajo.	Tocoginecología/ clínica médica/ pediatría/ traumatología/ cirugía/ guardia de emergencias/ salud mental/ hematología/ neonatología/ cardiología/ auditoria medica/ terapia intensiva/ otorrinolaringología/ medicina laboral/ neurocirugía/ diagnóstico por imágenes/ oncología/ anatomía patológica/ oftalmología/ urología/ nefrología/ general y familiar/ dermatología/ epidemiologia.	Cualitativa nominal.

Tabla 1: cont

Definición	Categorías	Tipo
B. Variables de empleo (cont)		
FECHA DE INGRESO LABORAL		
Fecha de inicio laboral en salud pública de gobierno provincial en condición de planta permanente.	Fecha de ingreso laboral en Días-Mes-Año	Cuantitativa continua
FECHA DE EGRESO LABORAL		
Fecha de egreso laboral en salud pública de gobierno provincial en condición de planta permanente.	Fecha de egreso laboral en Días-Mes-Año	Cuantitativa continua
MOTIVO DE EGRESO LABORAL		
Motivo de egreso laboral del trabajador consignado en el Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA).	Renuncia/ Jubilación/Fallecimiento.	Cualitativa nominal
C. Variables de ausentismo		
TIPO DE LICENCIA		
Causa médica que no permite el trabajador asistir al trabajo.	Enfermedad de Corto tratamiento; enfermedad de Largo Tratamiento; enfermedad de Familiar a cargo; Enfermedad profesional o Accidente de trabajo; Donación de Sangre.	Cualitativa nominal.
DÍAS DE BAJA LABORAL		
N° de días de ausencia de causa médica al trabajo.	N° de días de ausencia laboral.	Cuantitativa discreta.
DÍAS LABORABLES		
Estimación de N° días potencialmente laborales por parte del trabajador por año calendario, excluyendo días de licencia anual reglamentaria (L.A.R.), licencias especiales (maternidad) y teniendo en cuenta una semana laboral de 6 días	N° de días estimados laborables anuales.	Cuantitativa discreta.
CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES		
Clasificación de enfermedad según Clasificación Internacional de Enfermedades, 10 ^a versión (CIE-10).	Clasificación CIE- 10.	Cualitativa nominal

Tabla 1: cont

Definición	Categorías	Tipo
C. Variables de ausentismo (cont)		
CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES 2		
Clasificación según grupo de patologías	Categorías: Infectocontagiosas/ Mental/ Cardiovasculares/ tumorales/ Otras	Cualitativa nominal
FECHA DE ENFERMEDAD		
fecha en la que se presenta la licencias médica por enfermedad ante el empleador	Fecha de presentación de licencias médica según MES del año en curso desde el MES N° 1 (enero) hasta el N° 12 (diciembre). Fecha de presentación de licencias médicas según DÍA del año en curso, desde DÍA N° lunes hasta domingo.	Cuantitativa discreta.
NIVEL DE AUSENTISMO		
Porcentaje de ausentismo laboral de causa médica según categoría de análisis	Sin ausentismo/ menor o igual de 5%/ ausentismo mayor a 5%	Cualitativa ordinal

6.10 Plan de análisis

El análisis de las licencias de lo/as médico/as pertenecientes a los establecimientos de salud pública provincial del departamento de Río Grande, Provincia de Tierra del Fuego, se desarrolla en cuatro bloques principales; el primero describe la población objeto de estudio; el segundo utiliza los indicadores de medición del ausentismo con indicadores generales del período para mostrar su distribución; el tercero describe las variables de tipo sociodemográficas, condiciones de empleo y de trabajo que caracterizaron a los trabajadores por incapacidad laboral; cuarto, análisis de grupos diagnósticos, y diagnósticos según clasificación CIE-10, evolución de licencias por día de la semana y mes; análisis de renunciadas y jubilaciones.

Se utilizarán medidas de frecuencias absolutas y relativas para conocer la distribución con relación a ausentismo con edad y antigüedad. N° de medidas de tendencia central y dispersión. El procesamiento estadístico de las variables se realizó mediante una hoja de cálculo Excel y el programa EPIINFO 7.0.

6.11 Aspectos Éticos

La información para realizar el presente estudio se solicitó formalmente al Ministerio de Salud, mediante una carta de autorización dirigida al jefe de la Dirección General de Medicina del Trabajo de la Provincia de Tierra del Fuego; y al Director de Medicina de Trabajo Zona Norte, con el compromiso de mantener la confidencialidad de los datos personales de los trabajadores estudiados.

7. Resultados

7.1 Descripción de población objeto del estudio

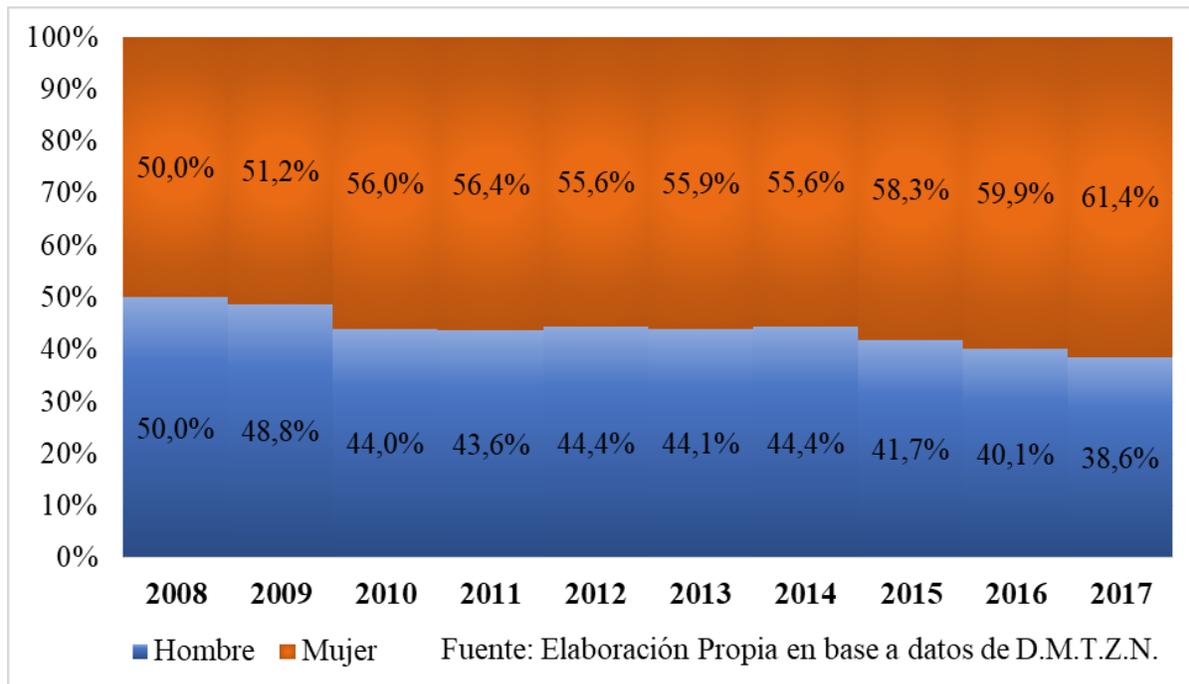
El número de médico/as por año fue el siguiente: 118 en 2008; 125 en 2009; 134 en 2010; 133 en 2011; 135 en 2012; 143 en 2013; 151 en 2014; 151 en 2015; 157 en 2016; 145 en 2017.

De los 1.392 médico/as analizados durante el estudio, 609 correspondieron a hombres (43,8%), mientras que 783 corresponden a mujeres (56,3%) (Gráfico 1).

A excepción del año 2008, en la que hubo paridad de género, en cada año fue superior el número de mujeres con relación a los números de hombres, acentuándose esta tendencia a los largo de los años y llegando el porcentaje de 61,4% mujeres contra 38,6% hombres en el año 2017.

Gráfico N°1. Porcentaje de médico/as que prestaron servicios en SSP Provincial según género en Departamento Río Grande, período 2008-2017. (N= 1392)

Gráfico 1



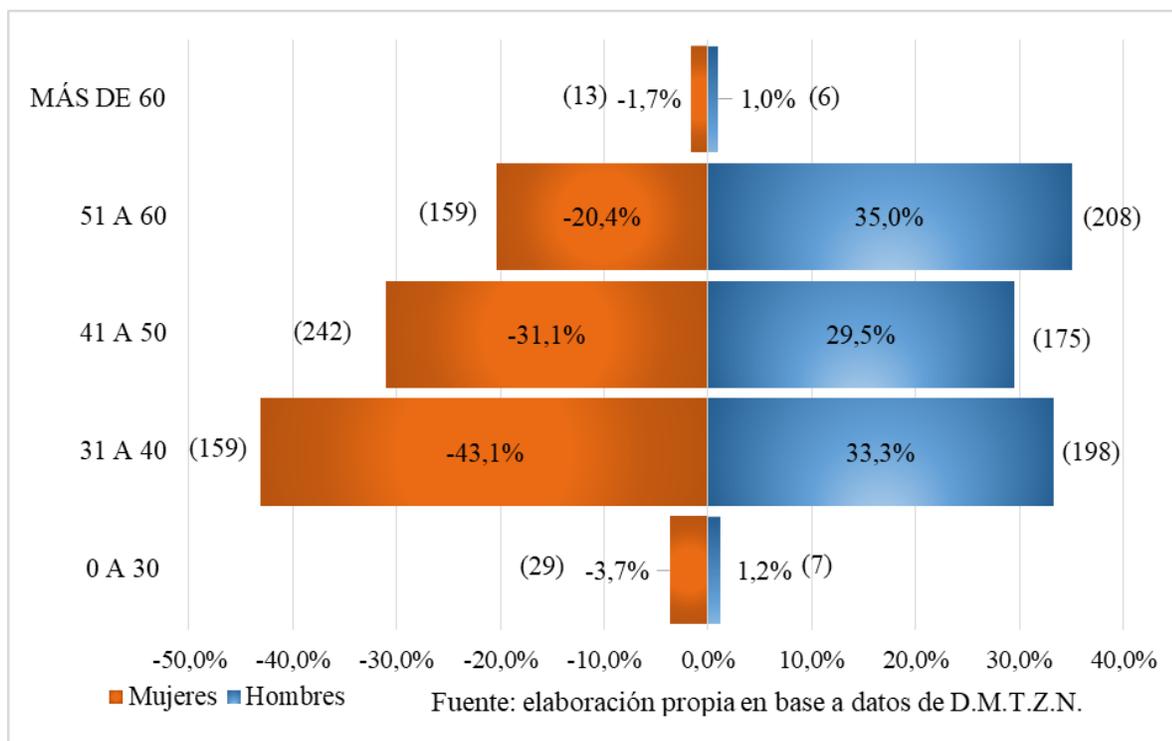
Con respecto a la edad que presentaron los médico/as evaluados, se pudo obtener 1373 (98,6%) registros. El promedio de edad fue de 43,5 años y la mediana fue 42 años para el período evaluado. El promedio de edad se mantuvo estable desde el año 2008 con promedio de edad de 44,1 años,

hasta el año 2013 con 45 años, a partir del cual comenzó un descenso en la edad que se acentuó a partir del año 2015 en adelante, terminando el promedio de edad en 39,2 años en el 2017.

Con relación a los grupos etarios se puede observar el gráfico N°2, el mayor número de médico/as en las categorías de 31 a 40 años, 41 a 50 y de 51 a 60 años, representando al 94% del total de la muestra. Los grupos de médico/as menores de 30 años fueron escasos en el período analizado. Se debe tener en cuenta que en esos grupos de edad, es decir, profesionales jóvenes, generalmente están en proceso de formación en provincias con grandes centros urbanos, y una vez concluidos o en proceso de finalización de estudios deciden radicarse en la provincia. En el otro extremo, tenemos a los médico/as mayores de 60 años. Se debe tener en consideración que el régimen de jubilaciones que estuvo en vigencia durante el período de análisis, un médico cumpliendo ciertas condiciones puede recibir el beneficio jubilatorio a los 55 años de edad. No se pudo consignar la edad de 19 médicos, por falta de información en los registros.

Gráfico N° 2. Porcentaje y número de médico/as de SSP Provincial, según género y grupo de edad, Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017. (N= 1373)

Gráfico 2



Antigüedad laboral

El total de trabajadores analizados con relación a la antigüedad laboral fue de 1386 (99,5%), con un faltante de 6 registros por falta de información en las historias médicas laborales. La antigüedad laboral promedio del período analizado fue de 8,0 años y la mediana de antigüedad fue de 6,0 años. A partir del año 2016 se observa un leve descenso en el promedio de antigüedad, con 7,5 años de antigüedad promedio en 2016 y de 7,6 años en 2017.

El grupo más numeroso correspondió a los de menos de 5 años de antigüedad, con 608 médico/as (43,9%); seguido por el grupo entre 5 y 15 años de antigüedad con 495 (35,6%); el grupo menos numeroso fue el de más de 15 años de antigüedad, con 285 médico/as (20,6%).

Lugar de trabajo.

El mayor número de médico/as se desempeñó en el Hospital con 1.079 (77,5%). Fueron más numerosas las mujeres con 590 (54,6%); los hombres en la misma dependencia fueron 489 (45,4%). La antigüedad laboral promedio en el Hospital fue de 8,3 años, con promedio de edad de 43,5 años para el período.

Los profesionales que se desempeñaron en Atención Primaria de la Salud y el Centro Asistencial de Tolhuin sumaron en total 237 (17,0%), con 156 (65,8%) mujeres, mientras que los hombres fueron 81 (34,2%); antigüedad laboral de 6,9 años y promedio de edad de 44,2 años (Tabla 2).

Otras dependencias en la que médico/as trabajaron en salud pública fueron 76 (5,5%), con una proporción hombre/mujer similar, (51,3% vs 48,7%) con antigüedad promedio de 8 años y promedio edad 42,4 años.

Tabla N°2. Número de médico/as de SSP Provincia, según lugar de trabajo, edad, género y antigüedad laboral. Departamento Río grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017. (N= 1392)

Tabla 2

Lugar de trabajos	N° médicos	%	N° Hombre (%)	N° Mujer(%)	Edad	Antigüedad
H.R.R.G	1079	77,5%	489 (45,3%)	590 (54,7%)	43,5	8,3
APS- CAT	237	17,0%	81 (34,2%)	156 (65,8%)	44,2	6,9
OTROS	76	5,5%	39 (51,3%)	37 (48,7%)	42,4	8,4
TOTAL	1392	100,0%	609 (43,8%)	783 (56,3%)	43,5	8,0
Fuente: elaboración propia en base a datos de D.M.T.Z.N						

²Lugar trabajo

En las áreas analizadas predominaron pediatría con 251 médico/as (18,0%), con predominio de mujeres 209 (83,2%) , antigüedad laboral promedio de 7 años y promedio de edad de 40 años; clínica médica con 176 médico/as (12,6%), también con predominio de mujeres 123 (69,8%), antigüedad laboral 8,5 años y promedio de edad de 42 años; y número de médico/as en área de medicina general y familiar 158 (11,4%), también con predominio de mujeres con 94 (59,4%). con antigüedad laboral de 6,4 años y 42,4 promedio de edad. (Tabla 3)

² H.R.R.G*. Hospital Regional Rio Grande.

APS- CAT*. Atención Primaria de la Salud. Centro Asistencial de Tolhuin.

OTROS*. Médico/as que se desempeñan en lugares como Programas de salud; Medicina del Trabajo; fiscalización Sanitaria.

Tabla N° 3. Número de médico/as de SSP Provincial según área de desempeño, género, antigüedad laboral y edad. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017.

(N=1392)

Tabla 3

Área Médica	N°	%	Hombre	Mujer	Edad	Antigüedad
Pediatría	251	18,0%	42	209	40,0	7,0
Clinica médica	176	12,6%	53	123	42,0	8,5
General y familiar	158	11,4%	64	94	42,4	6,4
Tocoginecología	116	8,3%	60	56	43,7	8,6
Guardia emergencia	78	5,6%	61	17	42,4	5,6
Cirugía	73	5,2%	60	13	45,8	11,3
Neonatología	66	4,7%	20	46	48,6	10,7
Cardiología	55	4,0%	25	30	46,1	10,2
Salud Mental	50	3,6%	8	42	45,3	6,5
Traumatología	45	3,2%	35	5	43,6	10,7
Terapia intensiva	36	2,6%	32	4	42,2	6,9
Medicina laboral	35	2,5%	40	0	46,9	8,6
Otorrinolaringología	27	1,9%	13	22	45,7	10,7
Diagnostico por imágenes	26	1,9%	5	13	42,0	6,9
Nefrología	24	1,7%	21	3	41,3	3,0
Anatomía patológica	20	1,4%	13	20	44,1	9,4
Epidemiología	20	1,4%	8	10	46,8	11,2
Auditoria Médica	19	1,4%	0	0	56,0	14,0
Hematología	19	1,4%	9	10	51,4	9,8
Oftalmología	19	1,4%	0	19	48,2	4,2
Urología	18	1,3%	19	10	50,4	14,1
Anestesiología	15	1,1%	8	7	56,0	20,6
Residente pediatría	14	1,0%	0	4	32,9	1,5
Neurocirugía	11	0,8%	10	11	40,1	1,0
Oncología	11	0,8%	6	5	38,2	1,9
Dermatología	8	0,6%	0	8	37,2	2,9
contralor	2	0,1%	0	2	35,5	3,4
Total	1392	100,0%	612	783	43,5	8,0
Fuente: Elaboración Propia en base a datos de D.M.T.Z.N.						

7.2 Distribución general del ausentismo

Se evaluaron 6.887 licencias médicas con y sin baja laboral, presentadas en la Dirección de Medicina de Trabajo de la provincia en el periodo 2008 a 2017 (Tabla 4).

Tabla N°4. N° de licencias médicas con y sin baja laboral en médico/as de SSP Provincial, Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017. (N= 6.887)

Tabla 4

Licencias con baja Laboral	N°	%	Licencias sin baja laboral	N°	%
Afecciones o lesiones de corto tratamiento. (10 A)	4671	69,2%	Licencia de maternidad. (10G*)	51	38,06%
Atención de grupo familiar. (10 J)	1428	21,1%	No realización de Guardias médicas	47	35,07%
Enfermedad o lesiones de largo tratamiento. (10 C)	504	7,5%	Enfermedad en horas de labor. (10 B)	18	13,43%
Atención de familiar gravemente enfermo. (1462)	116	1,7%	Incapacidad. (10 E)	15	11,19%
Accidentes de trabajo. (10 D)	26	0,4%	Tareas livianas	3	2,24%
Donación de sangre. (14 D)	8	0,1%			
Total	6753	100,0%	Total	134	100,0%

Fuente: elaboración Propia en base a datos de D.M.T.Z.N.

*licencias por maternidad. 10 G: la licencia por maternidad no contabiliza como ausentismo por enfermedad o de causa médico, por lo cual no se tiene en cuenta los días laborales y los días de baja para el cálculo.

Del total de licencias médicas presentadas, 98,1% (6.753) se correspondieron con licencias médicas con baja laboral, es decir que el/la médico/a no se presentó a trabajar por motivo de enfermedad.

El mayor número de licencias médicas de este grupo fueron las licencias de corto tratamiento con el 69,2% (4.671); seguidas por las licencias de atención de familiar enfermo con el 21,1% (1.428) a las cuales se puede agregar la licencia especial por familiar gravemente enfermo con 1,7% (116), sumando en conjunto 22,8% de licencias por cuidados familiares; y por las licencias de largo tratamiento con el 7,5% (504). Se presentaron en todo el período 0,4% (26) licencias por accidentes de trabajo o enfermedad profesional y 0,1% (8) licencias por donación de sangre.

Sobre el total de licencias médicas presentadas en el período (6.887), el 1,9% (134) de las licencias médicas fueron sin generar baja laboral, es decir, no se las contabiliza como ausentismo laboral, aunque puedan disminuir la capacidad de trabajo del profesional. Se presentaron 48 licencias médicas con la indicación de no realización de guardias médicas, 18 licencias por enfermedad en horas de trabajo que significa que un trabajador después de transcurridas más de la mitad de la jornada laboral habitual se retira por enfermedad. Se presentaron 3 licencias con indicación de

tareas livianas, es decir, tareas laborales que no conlleven la realización de grande esfuerzos físicos con condicionamientos según puesto laboral.

Una mención especial merecen las licencias por maternidad, ya que son evaluadas y emitidas por la Dirección de Medicina del Trabajo de la provincia. Fueron en total 51 licencias por maternidad, a cada una de ellas le correspondieron 210 días de licencia laboral, amparadas bajo la Ley de maternidad N° 911. Estos días de baja laboral no son contabilizados al momento de evaluar ausentismo laboral de causa médica, y excluyendo esos días potencialmente laborables para el cálculo.

Ausentismo general del período

El ausentismo general en el período analizado (2008-2017) fue de 8,2%, esto en base al cálculo del total de días de baja laboral por enfermedad que fueron 29.704, generadas por 6.753 licencias médicas con baja laboral, sobre un total de 362.926 días potencialmente laborales, estimación realizada teniendo en cuenta año calendario, excluyendo días de licencia anual reglamentaria (L.A.R.), licencias especiales (maternidad) y teniendo en cuenta una semana laboral de 6 días. Existió un marcado aumento del ausentismo de causa médica a lo largo de los años, en 2008 fue de un 4% con 1.281 días de baja laboral, pasando por un máximo de 10,2% con 4.062 días de baja laboral en 2014 y alcanzando en el año 2017 el 10,1% con 3.428 días de baja laboral por enfermedad.

Ausentismo según tipo de licencias médica.

La clasificación de las licencias médicas que generan ausentismo laboral según régimen de licencias, justificaciones y franquicias de Tierra de Fuego³: Corto tratamiento; Largo tratamiento; Cuidados familiares; Accidente de trabajo o enfermedad profesional; Donación de sangre.

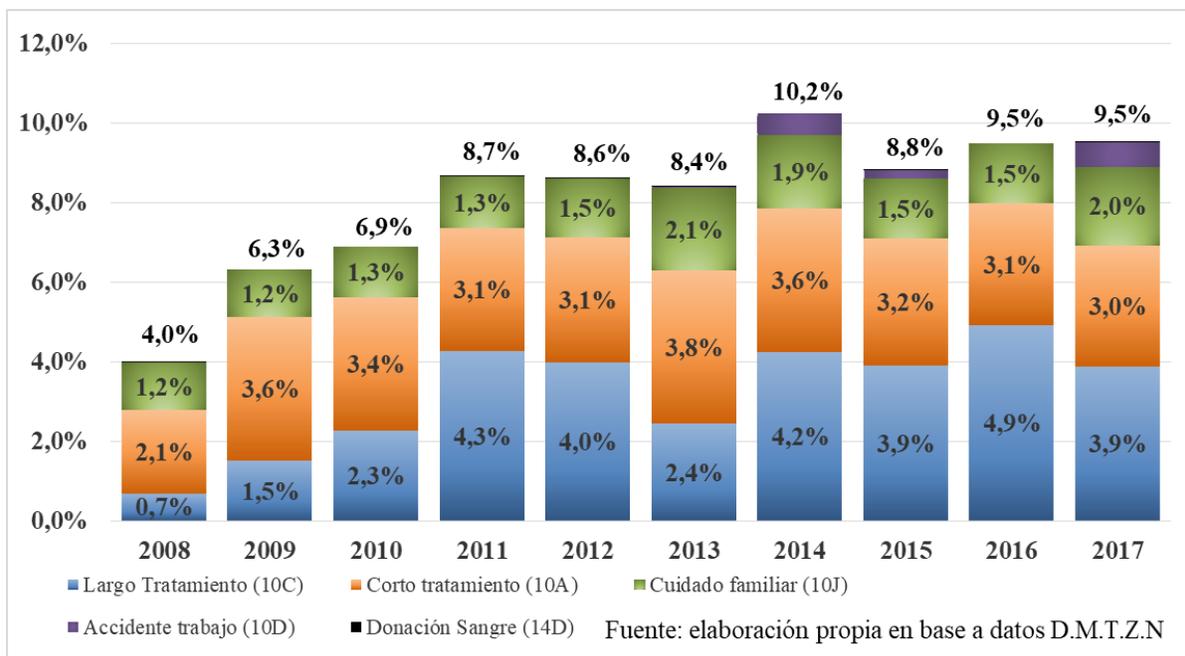
En el gráfico N° 3 se puede observar el porcentaje agrupado de ausentismo laboral según tipo de licencia, en detalle por año. El cálculo se establece por el N° de días no trabajados por licencias

³ Afecciones o lesiones de corto tratamiento. Para la atención de afecciones o lesiones de corto tratamiento, que inhabiliten para el desempeño del trabajo, incluidas operaciones quirúrgicas menores, c) afecciones o lesiones de largo tratamiento, para la atención que inhabiliten para el desempeño del trabajo por largos periodos de tiempo y para los casos de intervenciones quirúrgicas no comprendidas en el inciso a) "afecciones o lesiones de corto tratamiento", d) Accidentes de trabajo o enfermedad profesional; d) "accidentes de trabajo o enfermedad profesional; j) atención del grupo familiar que se encuentre enfermo o accidentado y requiera la atención personal del agente. Artículo 14D: corresponde a la donación de sangre, corresponde un 1 día de reposo laboral.

médicas/ días potencialmente trabajados por Año calendario por factor de amplificación de 100. Se observa un porcentaje de ausentismo creciente en general y en todas los tipos de licencias. Por ejemplo en la categoría de largo tratamiento el ausentismo en el año 2008 fue de 0,7%, llegando al punto de representar el 4,9% y el 3,9% en los años 2016 y 2017 respectivamente. La misma tendencia se observó en la licencia de corto tratamiento pasando del 2,1% en el año 2008 a pasar a ser de 3,0% en el 2017 (Gráfico 3).

Gráfico N° 3. Porcentaje de Ausentismo laboral por enfermedad en médico/as de SSP Provincial, según Tipo de licencia médica. Departamento de Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017.

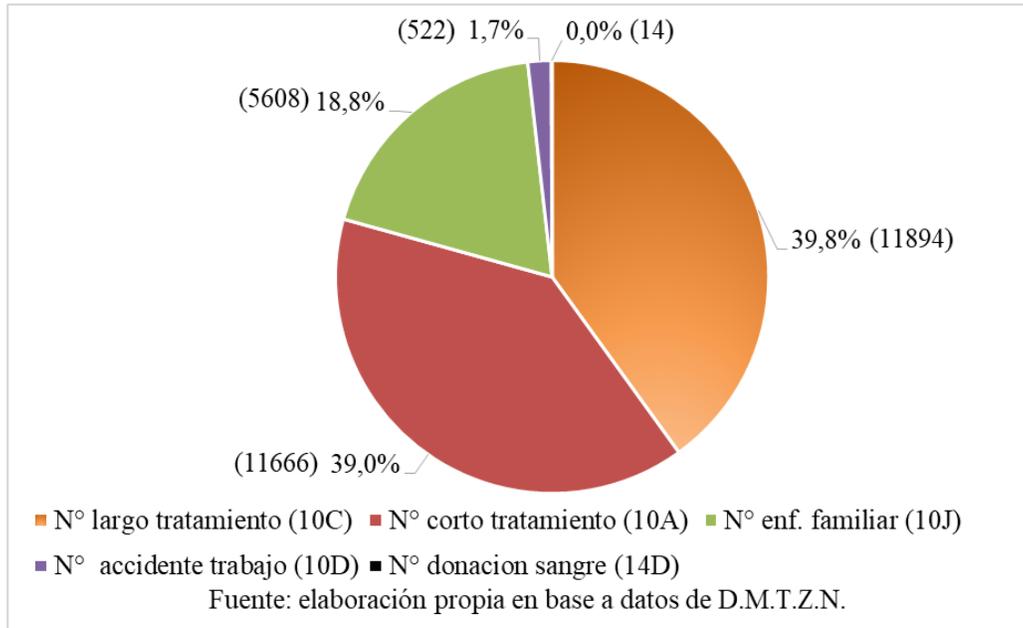
Gráfico 3



Con relación al tipo de artículo de licencia, las de largo tratamiento generaron el 39,8% (11.894) días de baja; las de corto tratamiento generaron 39% (11.666) días de baja laboral; las de enfermedad familiar generaron 18,8% (5.608) de días de baja laboral; los accidente de trabajo generaron 1,7% (522) días de baja; y las donaciones de sangre generaron 14 días de baja en todo el período.

Gráfico N° 4. Porcentaje y número de días de baja laboral según tipo de licencia en médico/as de SSP Provincial, Departamento en Río grande, Tierra del fuego. Período 2008-2017 (N=29704)

Gráfico 4

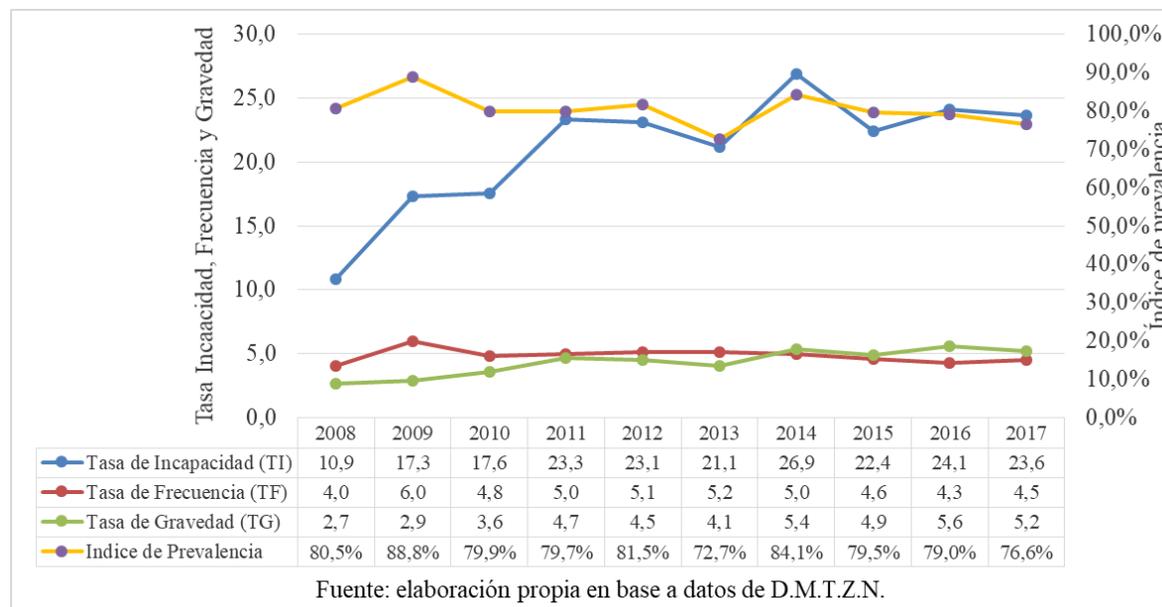


Para todo el período analizado, la tasa de incapacidad (TI) fue de 21,3 días/año (promedio de días por año que se ausentó cada médico). La tasa de frecuencia (TF) fue de 4,9 licencias por año (promedio que cada médico presentó por año licencias por enfermedad). La tasa de gravedad (TG) fue de 4,4 días (promedio de duración de cada licencia médica). El índice de prevalencia del período fue del 80,1%, representa el porcentaje de médico/as que presentaron por lo menos 1 licencias médica al año, con relación al total de médico/as evaluados.

La evolución de los indicadores de TI, TF, TG y ausentismo general de lo largo del período en estudio, mostraron una tendencia creciente, especialmente TI y TG; el primero pasando de 10,9 en 2008 hasta el 23,6 del 2017, el segundo pasando de 2,7 en 2008 hasta 5,2 en 2017. (Ver gráfico N° 5)

Gráfico N°5. Indicadores de ausentismo laboral, tasa de incapacidad, tasa de frecuencia, tasa de gravedad, índice de prevalencia, en médico/as de SSP Provincial, Departamento Río Grande, Período 2008-2017 (N= 1.392).

Gráfico 5

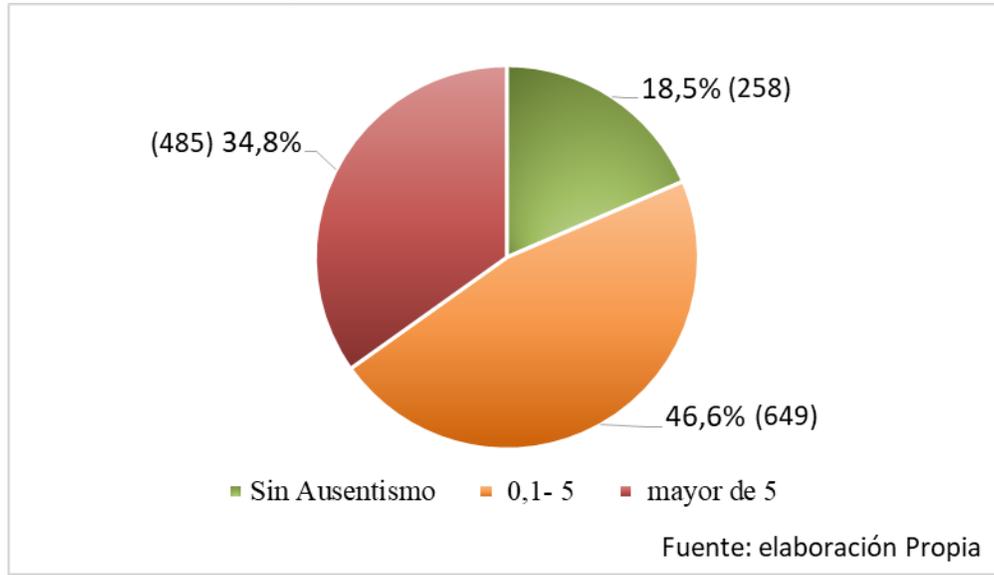


⁴ Nota al pie

Gráfico N°6. Porcentaje y número de médico/as de SSP Provincial, según categoría de ausentismo laboral, en Departamento de Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017. (N=1.392)

Gráfico 6

⁴ Tasa de incapacidad (TI): Es el número de días de ausencia promedio por trabajador debido a licencias médicas.
 Tasa de frecuencia (TF): Es la cantidad promedio de licencias médicas que ha presentado en un año un trabajador.
 Tasa de gravedad (TG) o severidad: Representa la duración promedio de las licencias médicas que fueron presentadas en la población laboral analizada.
 Tasa global de ausentismo: indica el porcentaje de los días de trabajo perdidos en relación con el total de días de trabajo previstos o programados.
 Índice de prevalencia: mide el porcentaje de trabajadores ausentes en un periodo determinado (1 año), en relación el número de trabajadores que tendrían que asistir en ese periodo.



Durante los años analizados 258 médico/as (18,5%) no han presentado licencias médicas que generen baja laboral; 649 médico/as (46,6%) se agruparon dentro de la categoría de trabajadores que tuvieron hasta un 5% de ausentismo y 485 médico/as (34,8%) se agruparon dentro de la categoría de ausentismo superior al 5% durante el período.

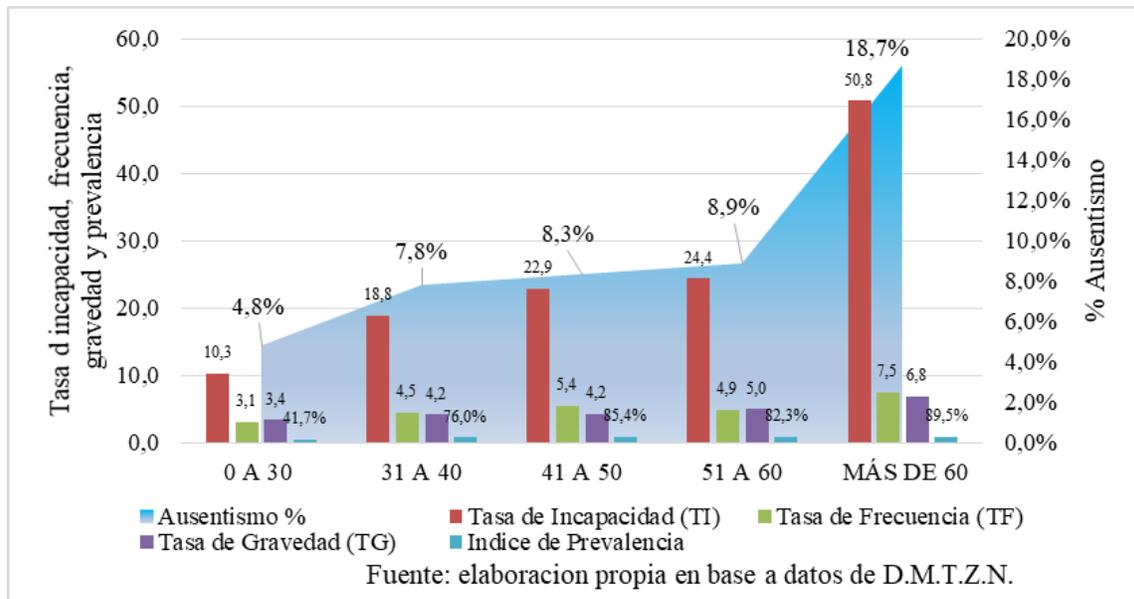
7.3 Indicadores de ausentismo por grupos de edad.

El grupo de menos de 30 años y el grupo de 31 a 40 años de se encuentran por debajo del promedio de ausentismo general del periodo (8,2%). El grupo de más de 60 años presentó un ausentismo de 18,7%, es decir 2,28 veces superior a la media del período. En concordancia con el porcentaje de ausentismo general de los distintos grupos, los demás indicadores, TI, TF, TG aumentan a lo largo de las categorías de grupo edad.

Gráfico N°7. Indicadores de ausentismo laboral, tasa de incapacidad, tasa de frecuencia, tasa de gravedad, índice de prevalencia, en médico/as SSP Provincial, según grupo edad, Departamento

Río Grande, período 2008-2017. (N=1392)

Gráfico 7



5

Ausentismo laboral del período, según lugar de trabajo

De un total de 6.753 licencias médicas presentados con baja laboral, la mayor cantidad se produjo en trabajadores del Hospital con 4.445 licencias que generaron 21.574 días de baja laboral con un promedio de 4,1 licencias por médico/as; los médico/as que trabajaron en atención primaria de la salud (APS) y en el centro asistencial de Tolhuin (CAT) generaron 1.896 licencias con 6.630 días de baja laboral con un promedio de 8 licencias por médico/a; lo/as médico/as que se desempeñaron en otras dependencias de salud generaron 412 licencias con 1.500 días de baja laboral por enfermedad y 5,4 licencias por médico/a.

El nivel de ausentismo del Hospital fue de 7,7% para el período, similar a las de la categoría otras dependencias, con 7,5%, el nivel más elevado se observa en los médico/as de APS-CAT, con el

⁵ Tasa global de ausentismo: indica el porcentaje de los días de trabajo perdidos en relación con el total de días de trabajo previstos o programados.

Tasa de incapacidad (TI): Es el número de días de ausencia promedio por trabajador debido a licencias médicas.

Tasa de frecuencia (TF): Es la cantidad promedio de licencias médicas que ha presentado en un año un trabajador.

Tasa de gravedad (TG) o severidad: Representa la duración promedio de las licencias médicas que fueron presentadas en la población laboral analizada.

Índice de prevalencia: mide el porcentaje de trabajadores ausentes en un periodo determinado, en relación el número de trabajadores que tendrían que asistir en ese periodo.

10,5% para el período. Al igual que los niveles de ausentismo general, los indicadores de TI y TF fueron superiores en APS-CAT, con niveles de 28,0% y 8,0% respectivamente; mientras que la TG fue superior en el Hospital con 4,9% para el período.

Tabla N°5. Índices de ausentismo laboral en médico/as de SSP Provincial, según lugar de trabajo, Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017.

Tabla 5

LUGAR DE TRABAJO	Ausentismo %	Tasa de Incapacidad (TI)	Tasa de Frecuencia (TF)	Tasa de Gravedad (TG)	Índice de Prevalencia
H.R.R.G.*	7,7%	20,0	4,1	4,9	77,6%
APS- CAT*	10,5%	28,0	8,0	3,5	88,6%
OTROS*	7,5%	19,7	5,4	3,6	89,5%

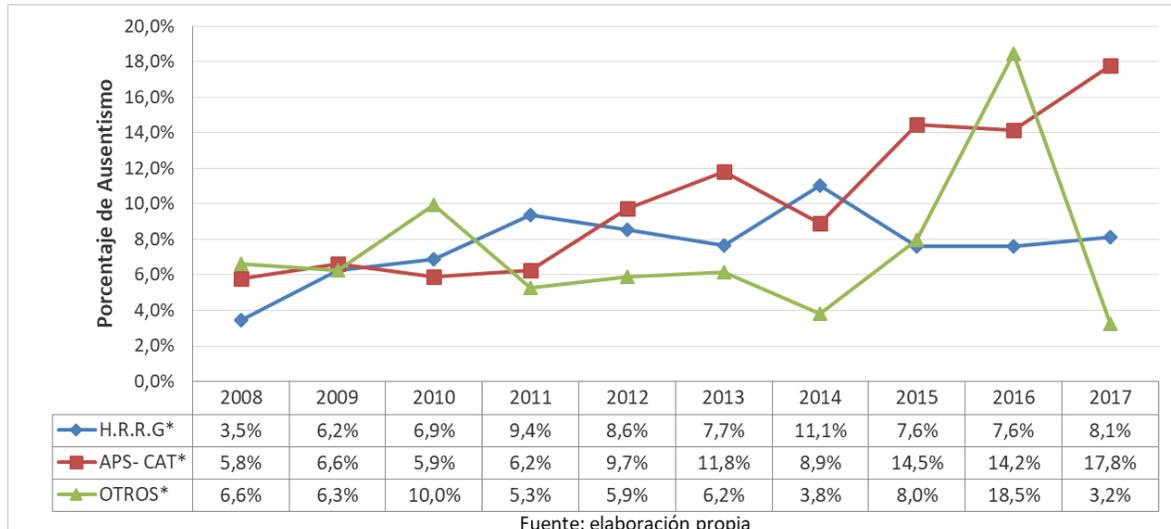
Fuente: elaboración Propia

Ausentismo laboral por año, según lugar de trabajo

Los niveles de ausentismo de los diferentes lugares de trabajo presentan variaciones a lo largo de los años. Por un lado se observa un aumento paulatino y sostenido del ausentismo en el hospital y una tendencia de crecimiento más acentuada en el primer nivel de atención, mientras que en otras dependencias presenta oscilaciones, con un pico en 2016, aunque con tendencia a estabilización en niveles más bajos, además en este último grupo fue más susceptible a oscilaciones en los indicadores debido a que su número de integrantes es menor con relación a los otros grupos, con lo cual procesos de enfermedad grave de pocos integrantes puede aumentar en gran medida los indicadores (Gráfico 8).

Gráfico N° 8. Índice ausentismo general laboral de médico/as de SSP Provincial, según lugar de trabajo. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Evolución 2008-2017. (N=1392)

Gráfico 8



Índice de ausentismo general: Se calcula teniendo en cuenta la sumatoria de días de baja laboral por enfermedad y de cuidados de familiar a cargo del grupo de médico/as, dividido la sumatoria del número de días potencialmente trabajados por el mismo grupo, amplificado por un factor de 100.

Tabla N° 6. Indicadores de ausentismo laboral, tasa de incapacidad, tasa de frecuencia, tasa de gravedad, índice de prevalencia, en médico/as de Hospital Regional Río Grande (H.R.R.G.), Departamento Río Grande, período 2008-2017. (N=1079)

Tabla 6

AÑO	Ausentismo %	Tasa de Incapacidad (TI)	Tasa de Frecuencia (TF)	Tasa de Gravedad (TG)
2008	3,5%	7,8	3,0	2,6
2009	6,2%	15,3	4,9	3,1
2010	6,9%	14,5	3,3	4,4
2011	9,4%	20,7	3,2	6,4
2012	8,6%	19,2	3,2	6,0
2013	7,7%	14,4	3,1	4,6
2014	11,1%	24,1	3,9	6,1
2015	7,6%	15,5	2,9	5,3
2016	7,6%	15,3	3,0	5,1
2017	8,1%	15,7	4,4	3,6

Fuente: Elaboración Propia

El rango de ausentismo general dentro del Hospital fue desde un mínimo de 3,5% en el año 2008, hasta un máximo de 11,1% en el año 2014, la media del período fue de 7,7%, mostrando una tendencia creciente a lo largo de los años. La TI mostró variaciones, con una media de 20,0 y valores mínimos en el año 2008 con TI 7,8 y máximos en 2014 con TI 24,1, mostrando también una tendencia creciente. La TF promedio del periodo fue de 4,1, con valores mínimos en 2015 con TF de 2,9 y valores máximos en 2009 de TF de 4,9. La TG media fue de 4,9, valores mínimos en 2008 con TG 2,6 y máximos en 2011 de 6,4.

Tabla N°7. Indicadores de ausentismo laboral, tasa de incapacidad, tasa de frecuencia, tasa de gravedad, índice de prevalencia, en médico/as de Atención Primaria de la Salud y centro Asistencial de Tolhuin (A.P.S.- C.A.T.) Departamento Río Grande, período 2008-2017. (N=237)

Tabla 7

AÑO	Ausentismo %	Tasa de Incapacidad (TI)	Tasa de Frecuencia (TF)	Tasa de Gravedad (TG)
2008	5,8%	14,4	5,1	2,8
2009	6,6%	17,3	7,9	2,2
2010	5,9%	14,0	7,5	1,9
2011	6,2%	14,9	7,6	2,0
2012	9,7%	22,0	8,3	2,7
2013	11,8%	30,7	9,3	3,3
2014	8,9%	22,6	6,4	3,5
2015	14,5%	34,5	7,8	4,4
2016	14,2%	32,6	5,9	5,5
2017	17,8%	37,7	6,6	5,7

Fuente: Elaboración Propia

El rango de ausentismo en el ámbito de A.P.S.- C.A.T. fue desde un mínimo de 5,8% en 2008, hasta un máximo de 17,8% en 2017, la media de ausentismo general fue de 10,5%. La TI del periodo fue 28,1 con un mínimo en el año 2010 con TI 14, máximo en 2017 con 37,7 con un marcada tendencia al crecimiento en el período. La TF media del periodo fue de 8, con mínimo en 2008 con TF de 5,1, y máximo en 2013 con TF 9,3. La TG del período fue de 3,5, con mínimo en el año 2010 de 1,9, y máximo TG en 2017 con 5,7. La tendencia del período es hacia el aumento

del indicador.

Tabla N° 8. Indicadores de ausentismo laboral, tasa de incapacidad, tasa de frecuencia, tasa de gravedad, índice de prevalencia, en médico/as de Otras dependencias de salud. Departamento Río Grande, período 2008-2017. (N=76)

Tabla 8

AÑO	Ausentismo %	Tasa de Incapacidad (TI)	Tasa de Frecuencia (TF)	Tasa de Gravedad (TG)
2008	6,6%	16,3	4,6	3,6
2009	6,3%	15,6	6,6	2,4
2010	10,0%	17,1	5,6	3,1
2011	5,3%	11,5	7,2	1,6
2012	5,9%	15,9	8,3	1,9
2013	6,2%	11,1	3,4	3,3
2014	3,8%	11,1	3,6	3,1
2015	8,0%	19,6	6,1	3,2
2016	18,5%	48,9	3,7	13,2
2017	3,2%	8,4	3,8	2,2

Fuente: Elaboración Propia

El ausentismo general en otras dependencias de salud fue en el período de 7,5%, con un mínimo en el año 2017 de 3,5%, y máximo en el año 2016 con 18,5%. La TI del período fue de 19,9, con mínimo en el año 2017 con TI de 9,2, y máximo en el año 2016 con 48,9. La TF en el período fue de 5,4, con mínimo en el año 2013 de 3,4 y máximo de TF en el año 2012 con 8,3. La TG en el período fue de 3,7, con TG mínimo en 2011 de 1,6 y máximo en 2016 con 13,2. En estas dependencias de salud variaciones en enfermedades graves de un grupo pequeño de médico/as puede hacer variar enormemente los indicadores de ausentismo, como es el caso del año 2016.

Ausentismo de área/sector laboral

Los trabajadores que se desempeñaron en el área del servicio de Anestesia fueron los que presentaron los mayores índices de ausentismo de causa médica, con un 23,8%, con tasa de incapacidad de 62,1, tasa de frecuencia de 8,5 y tasa de gravedad de 7,3. Se debe tener presente que es un servicio en el cual se desempeñaron un número bajo de trabajadores, con lo cual los índices se encuentran influenciados ante variaciones de procesos de enfermedad de gravedad

considerables en pocos médico/as. Algo similar ocurre con el área de oftalmología, presento un índice de ausentismo de 19,3% con tasa de incapacidad de 47,4, tasa de frecuencia 5,1, tasa de gravedad de 7,3. Teniendo en cuenta en el análisis los servicios más numerosos, como pueden ser pediatría (251); clínica médica (176) y médico/as de familia (158), todos presentaron indicadores de ausentismo superiores a la media; con valores de 8,4%; 11,5%; 9,9% respectivamente. Otro servicio numeroso en el número de médico/as como la Guardia de emergencias generales (78) que presento índices de ausentismo diferentes, con ausentismo general en el período de 2,9%, tasa de incapacidad 6,8, tasa de frecuencia 2,5, tasa de gravedad 2,8 (Tabla 9).

Tabla N°9. Índices de ausentismo de médico/as de salud pública, según área médica de desempeño. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego, Período 2008-2017. (N=1392)

Tabla 9

Área Médica	Ausentismo %	Tasa Incapacidad	Tasa de frecuencia	Tasa Gravedad	Índice de prevalencia
Anestesiología	23,8%	62,1	8,5	7,3	93%
Oftalmología	19,3%	47,4	5,1	9,4	89%
Clinica medica	11,5%	30,8	7,1	4,3	84%
Neonatología	10,7%	29,6	5,8	5,1	92%
Urología	10,5%	31,4	5,2	6,1	100%
General y familiar	9,9%	26,1	7,9	3,3	87%
tocoginecologia	9,9%	25,6	4,5	5,7	86%
Cardiología	9,5%	25,0	4,0	6,3	82%
Traumatología	8,9%	16,5	1,6	10,2	64%
Pediatría	8,5%	22,1	4,5	4,9	81%
Fiscalizacion sanitaria	7,9%	78,0	15,5	5,0	0%
Neurocirugía	7,8%	19,7	3,1	6,4	36%
Auditoría Médica	7,6%	21,7	3,0	7,2	74%
Dermatología	6,6%	23,9	8,8	2,7	88%
Anatomía patológica	6,1%	14,5	2,4	6,2	85%
Diagnostico por imágenes	5,8%	16,0	4,4	3,6	73%
Salud Mental	5,3%	14,1	5,5	2,5	74%
Epidemiología	5,1%	11,4	4,8	2,4	100%
Otorrinolaringología	5,1%	13,3	2,0	6,5	78%
Oncología	3,9%	9,8	3,3	3,0	82%
Cirugía	3,6%	9,6	3,5	2,7	77%
Medicina laboral	3,3%	11,8	5,1	2,3	80%
Hematología	3,1%	8,8	2,3	3,9	74%
Guardia emergencia	3,0%	6,8	2,5	2,8	65%
Terapia intensiva	2,5%	6,6	2,8	2,3	81%
Residente pediatría	1,8%	0,5	0,4	1,4	100%
Nefrología	0,5%	1,3	0,4	3,4	13%
Total	8,2%	21,3	4,9	4,4	80%

Fuente: Elaboración Propia en base a datos de D.M.T.Z.N.

Ausentismo por género

El nivel de ausentismo laboral entre los hombres en el período evaluado fue de 5,7%, con una tendencia creciente, con un mínimo en el año 2008 con 3,6% y con un pico máximo en el año 2012 de 7,7%. La TI del período fue de 15,0 con mínimo en el año 2008 de 9,7 y máximo en el año 2012 de 20,7. La TF del período fue de 3,6, TG fue de 4,2 y IP de 74,7%, todos los indicadores son más bajos con relación a las mujeres.

El indicador en las mujeres para el período fue de 10,4%, con tendencia creciente a la largo de período con picos en los años 2014 y 2016, con 14,7% y 12,8% respectivamente. Todos los indicadores de TI con 26,2, TF con 6,1, TG con 4,3 y IP con 84,3%, fueron superiores en mujeres a lo largo del todo el período analizado. (Ver tabla N°10)

Tabla N°10. Índices de ausentismo en médico/as de salud pública, según género. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017. (N= 1.392)

Tabla 10

Año	Hombre					Mujer				
	% Ausentismo	TI	TF	TG	IP	% Ausentismo	TI	TF	TG	IP
2008	3,6%	9,7	3,5	2,8	76,3%	4,5%	12,0	4,5	2,6	84,7%
2009	6,4%	18,1	5,3	3,4	86,9%	6,4%	16,6	6,7	2,5	90,6%
2010	4,3%	11,6	4,0	2,9	76,3%	9,4%	22,2	5,5	4,1	82,7%
2011	6,8%	18,6	4,1	4,6	75,9%	10,2%	27,0	5,7	4,7	82,7%
2012	7,7%	20,7	3,4	6,1	73,3%	9,3%	25,1	6,6	3,8	88,0%
2013	4,8%	12,1	3,1	3,9	61,9%	11,3%	28,3	6,8	4,1	81,3%
2014	5,1%	13,8	3,7	3,8	83,6%	14,7%	37,4	6,1	6,1	84,5%
2015	5,5%	13,8	2,7	5,1	71,4%	11,8%	28,5	5,9	4,8	85,2%
2016	6,5%	17,2	2,4	7,2	65,1%	11,8%	28,8	5,5	5,2	88,3%
2017	6,0%	15,0	3,8	4,0	76,8%	12,1%	29,1	7,2	4,0	76,4%
Total	5,7%	15,0	3,6	4,2	74,7%	10,4%	26,2	6,1	4,3	84,3%

Fuente: Elaboración Propia

Tasa global de ausentismo: indica el porcentaje de los días de trabajo perdidos en relación con el total de días de trabajo previstos o programados.

Tasa de incapacidad (TI): Es el número de días de ausencia promedio por trabajador debido a licencias médicas.

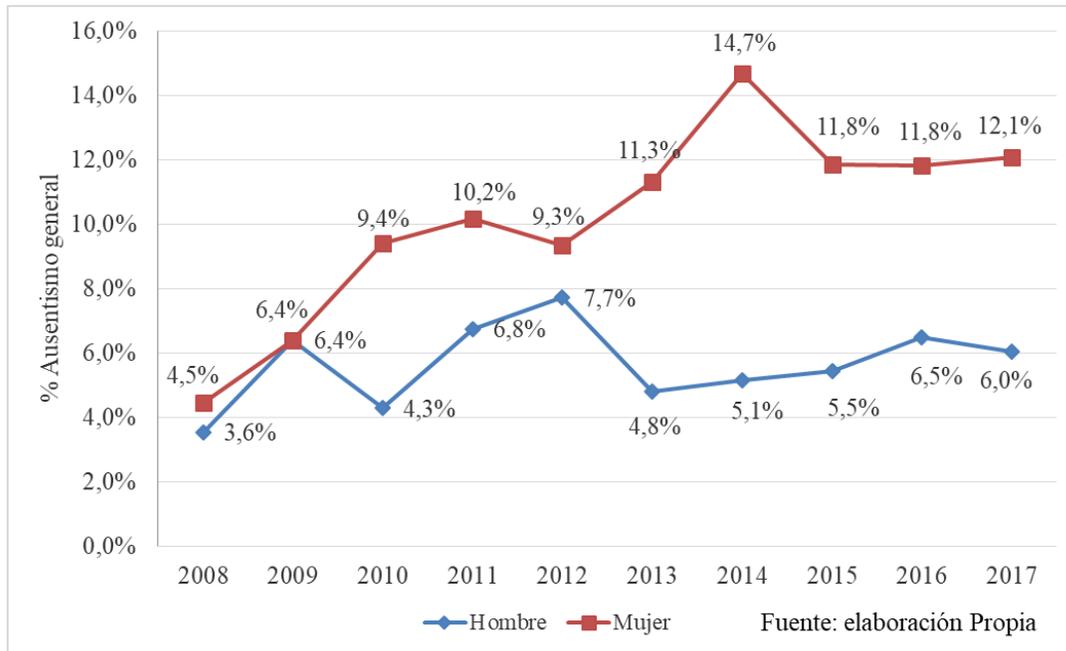
Tasa de frecuencia (TF): Es la cantidad promedio de licencias médicas que ha presentado en un año un trabajador.

Tasa de gravedad (TG) o severidad: Representa la duración promedio de las licencias médicas que fueron presentadas en la población laboral analizada.

Índice de prevalencia: mide el porcentaje de trabajadores ausentes en un periodo determinado, en relación el número de trabajadores que tendrían que asistir en ese periodo.

Gráfico N° 9. Evolución del Porcentaje de Ausentismo laboral*en médico/as de salud pública según género. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. (N=1392)

Gráfico 9



*Porcentaje de ausentismo: Total de días potencialmente trabajados de médico/as por género y por año, dividido el número de días de baja laboral por enfermedad propia y grupo familiar por género y por año.

Ausentismo y Antigüedad laboral

Los grupos de antigüedad laboral analizados fueron, de menos de 5 años de antigüedad (608 médico/as); entre 5 a 15 años (493 médico/as); y mayor a 15 años (285 médico/as).

El ausentismo fue de 5,6 % en el grupo de menos de 5 años de antigüedad laboral. Este grupo dejó un total de 8.286 días de baja laboral y 2.322 licencias médicas en el período. A su vez la tasa de incapacidad fue 13,6, tasa de frecuencia de 3,8, tasa de gravedad de 3,6 y índice prevalencia de 72,4% menores a los encontrados en los otros grupos de edad. El ausentismo en los grupos de 5 a 15 y mayor a 15 años de antigüedad fue del 10%, el doble del 1er grupo. (Ver tabla 11). La antigüedad laboral no se pudo constatar en 6 médico/as de total de la población en estudio (1.392).

Tabla N°11. Índices de ausentismo de médico/as de SSP Provincial, según categoría de antigüedad laboral. Departamento de Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017.

(N=1386)

Tabla 11

Antigüedad laboral	N° de médicos	% Ausentismo	Tasa de incapacidad (TI)	Tasa de Frecuencia (TF)	Tasa de frecuencia (TG)	Índice de Prevalencia (IP)
Menor de 5 años	608	5,6%	13,6	3,8	3,6	72,4%
Entre 5 a 15 años	493	10,0%	27,3	6,1	4,5	86,6%
Mayor a 15 años	285	10,1%	28,0	5,0	5,6	84,9%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de D.M.T.Z.N.

7.4 Diagnósticos

De las 6.887 licencias médicas presentadas en el período de estudio, las que generan ausentismo laboral, es decir, que generan la falta al trabajo por licencias médica, en el período de estudio fueron el 6.752 (98%) (Ver tabla N°4). El 77% (5.201) de las licencias médicas que generaron baja laboral, correspondieron a licencias por enfermedad del trabajador, es decir, de licencia de corto tratamiento (Art. 10A), largo tratamiento (Art. 10C), accidente de trabajo o enfermedad profesional (Art. 10D), excluyendo licencias de cuidados familiares (Art. 10J) y donación de sangre (Art. 14D). Se pudo determinar el diagnóstico a través de la investigación en la historia clínica laboral y a través del certificado correspondiente del 93,9% (4.885) de las licencias propias del trabajador (excluido familiares)

Tabla N° 12. Número de licencias y número de días de baja laboral en médico/as de SSP Provincial, según grupo de patologías. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. (N=4.885)

Tabla 12

Grupo de patologías agrupadas*	N° licencias	% Licencias	N° días de baja	% días de baja
Salud mental	494	10,11%	8645	36,80%
Otras	1173	24,01%	4596	19,56%
Traumatológicas	832	17,03%	3861	16,43%
Infectocontagiosa	1910	39,10%	3764	16,02%
Enfermedades Cardiovasculares	418	8,56%	1326	5,64%
Tumorales/ oncológicas	58	1,19%	1302	5,54%
Fuente: elaboración Propia en base a datos D.M.T.Z.N.				

* Anexo A tabla N°1.

Se codificaron los diagnósticos por enfermedad según la clasificación internacional de enfermedades 10ma edición (CIE-10), y se agruparon por grupo de patologías para facilitar su ponderación y comparación en: las patologías agrupadas en la categoría de salud mental generaron un total de 494 licencias médicas (10,1%), y produciendo el mayor número de bajas laborales del período con 8.645 días (36,8%), siendo los principales diagnósticos: reacción al estrés grave y trastornos de adaptación (CIE-10 F43) con 200 licencias (4,1%) y 3.083 días de baja laboral; y trastorno depresivo recurrente (CIE-10 F33) con 110 licencias (2,3%) y 2700 días de baja laboral (11,5%).

Las patologías agrupadas en la categoría de traumatológicas generaron en total de 832 licencias médicas (17%), con un total de 3.861 días de baja laboral (16,4%), siendo los principales diagnósticos dentro de esta categoría las dorsalgias (CIE-10 M54), produciendo 517 licencias médicas (10,6%) y 1677 días de baja laboral (7,1%).

El grupo de patologías infectocontagiosos generó un total de 1.910 licencias médicas (39,1%), con un total de 3764 días de baja laboral (16%). Los principales diagnósticos en este grupo fueron: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (CIE-10 A09) con 540 licencias (11,1%) y 745 días de baja laboral (3,2%); e influenza debido a virus no identificado (CIE-10 J11) con 250 licencias (5,1%) y 462 días de baja laboral por enfermedad (2%) (Ver detalle Anexos 1- Tabla 1).

Evolución de Diagnósticos

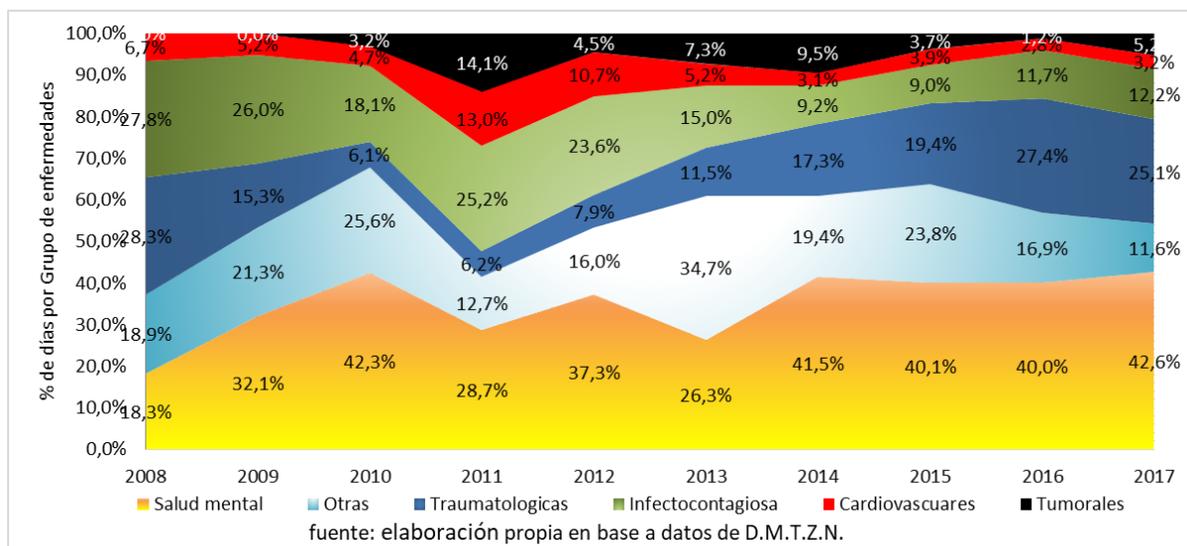
Los diagnósticos agrupados en la categoría de salud mental, han experimentado un importante incremento en la proporción de días de bajas laborales en los últimos 10 años en médico/as, partiendo de 18% en el año 2008, hasta llegar al 40% en los últimos años.

En la categoría de otros se agrupan patologías reumatológicas y las no clasificadas en otras categorías, como por ejemplo la fibromialgia. También es esta categoría se agruparon aquellos diagnósticos que no pudieron ser evaluados o reconocidos por la dirección de medicina del trabajo de la provincia, ya que las certificaciones médicas provenían de Centros de reconocimientos médicos nacionales en los cuales no se constataba el diagnóstico de enfermedad. Esta categoría tuvo un promedio de 20% en la cantidad de días de baja laboral, con un rango que fue desde 11,6% en 2017 hasta 25,6% en 2010 (Anexo 1 tabla 1)

Gráfico N° 10. Porcentaje de días de baja laboral en médico/as de SSP Provincial, según grupo de patologías agrupadas, por año, período 2008-2017. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego.

(N=23.494)

Gráfico 10



Se seleccionaron 3 patologías por su frecuencia e impacto en el ausentismo laboral como trazadoras para evaluar la evolución en el período de estudio 2008- 2017. Se tomó como elementos de comparación la tasa de presentación de licencias médicas con los diagnósticos CIE-10, reacción

al estrés grave y trastornos de adaptación (F43), trastorno depresivo recurrente (F33) y dorsalgia (M54). Para la construcción de la tasa, el numerador es el número de licencias médicas presentadas cada año según diagnóstico (CIE-10), y en el denominador el número de médico/as que presto servicios cada año, utilizando un factor de amplificación de 1000 (Representadas a tasa en el gráfico N°11 por las líneas continuas).

También se utilizaron para la comparación y evaluación la tasa de gravedad (TG) entendida como la duración promedio de las licencias médicas que fueron presentadas cada año para esos diagnósticos, representados en el gráfico N°11 por las barras verticales.

Gráfico N° 11. Tasa de presentación de licencias x 1000 médico/as y tasa de gravedad* (TG), de patologías seleccionadas como trazadoras⁶, en médico/as de SSP Provincial. Departamento de Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017.

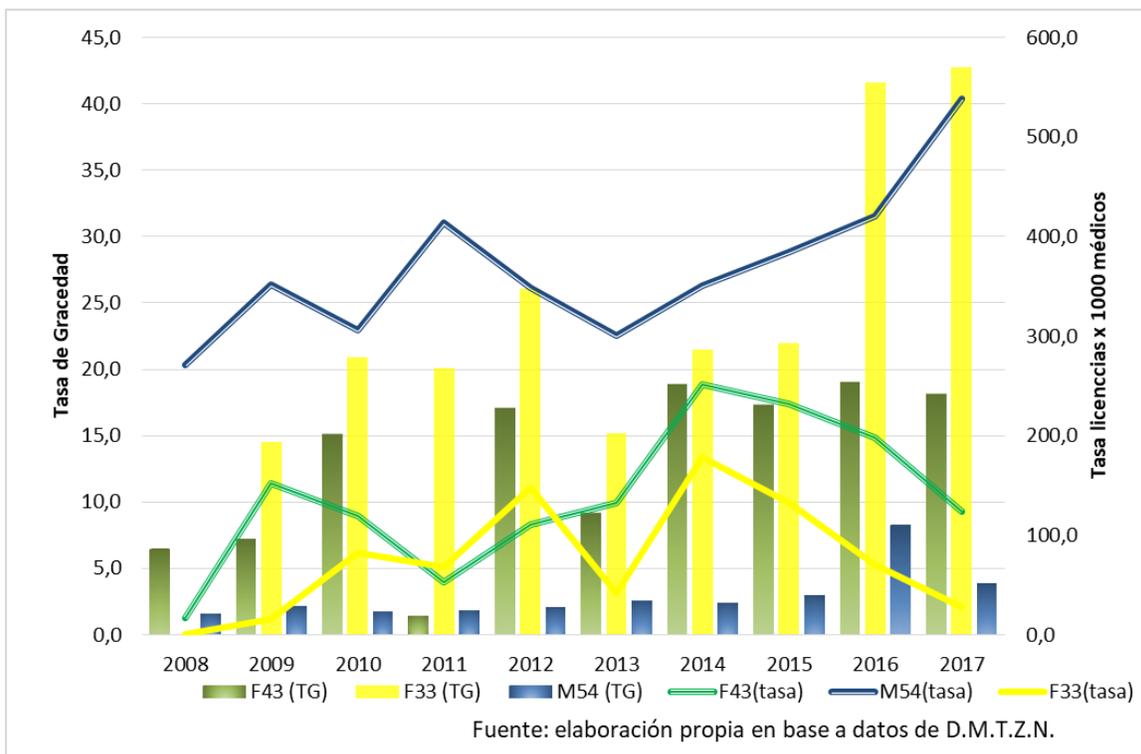


Gráfico 11

⁶ CIE-10: Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación (F43), trastorno depresivo recurrente (F33) y dorsalgia (M54).

*Tasa de gravedad (TG): Tasa de gravedad (TG) o severidad: Representa la duración promedio de las licencias médicas que fueron presentadas en la población laboral analizada.

En la comparativa de los 3 diagnósticos analizados, se puede observar que dorsalgia presenta la tasa de presentación más elevada, con un promedio de 368,5 por mil; seguido por trastorno de adaptación con 139,0 por mil y tercero trastorno depresivo recurrente con 76,5 por mil. Ahora si se evalúa la tasa de gravedad para los mismos diagnósticos, el orden de presentación se invierte. La mayor tasa de gravedad la presenta el trastorno depresivo recurrente con 22,5; seguido por trastorno de adaptación con 13,0 y tercero dorsalgia con 3,0.

Además como se puede observar en el gráfico 11, la tasa de presentación de licencias por dorsalgia presentó un crecimiento en los últimos años (2015-2017) sin que presente modificaciones o variaciones de consideración en la tasa de gravedad. Por otro lado, la tasa de presentación de licencias de trastorno de adaptación y trastorno depresivo recurrente, que presentaron una disminución desde el año 2014 (punto máximo de presentación del período), hasta el año 2017, pero aumentando la tasa de gravedad en el mismo período. Es decir este tipo de licencias disminuyó en número en los últimos años, pero cada una de las licencias fue de mayor gravedad, utilizando un mayor número de días de licencias laboral y mayor repercusión en la salud de los trabajadores.

Diagnósticos por mes

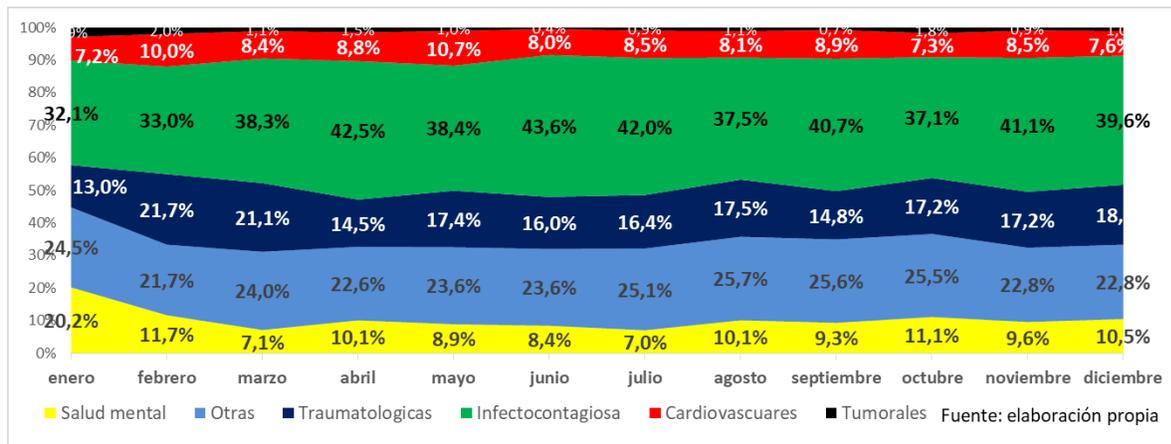
El total de licencias médicas en la categoría de patologías infectocontagiosas fue de 1.910 (39%), con una media por mes de 149 licencias, distribuidas de manera de oscilante a lo largo de los meses durante los años analizados, con picos en los meses de junio con 207 licencias representando el 43,6% del total de licencias, atribuibles principalmente a las licencias por Influenza debida a virus no identificados (CIE-10 J11), y elevaciones proporcionales en el mes de noviembre con 41,1%, atribuible al aumento de casos de Diarrea y gastroenteritis (CIE-10 A09). Los meses de menor cantidad de casos fue enero con 89 (32%) licencias, y el máximo fue en junio con 207 licencias durante el período.

En el caso de los diagnósticos de salud mental el promedio mensual de la proporción de este tipo de diagnósticos fue 10,3%. A lo largo de los meses del año la proporción más elevada fue en los meses de enero con el 20,2%, seguido de febrero con el 11,7%. Los meses más bajos para este tipo

de licencias fue julio con el 7% y marzo con 7,1% (Gráfico 12)

Gráfico N°12. Porcentaje de N° de licencias médicas presentadas, según Mes de presentación, por grupo de patologías, en médico/as de SSP Provincial. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. (N= 4.885)

Gráfico 12



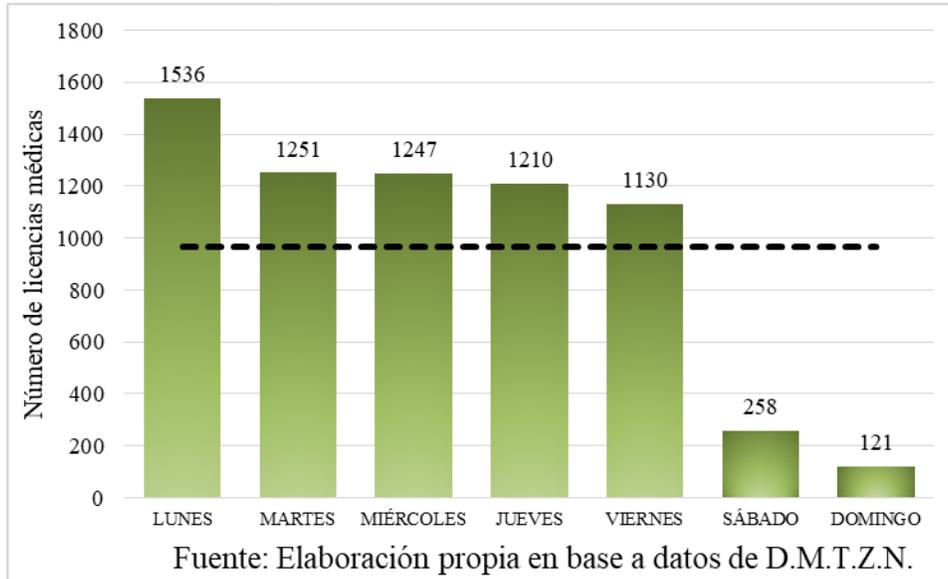
Las patologías agrupadas en las categorías cardiovasculares, tumorales, y traumatológica no presentan grandes oscilaciones observables a lo largo de los meses del año.

Licencias por día y mes

Del total de licencias que generaron baja laboral (enfermedad propia / familiar) analizadas durante el período 2008-2017, de las que se pudo constatar la fecha (6.753), el día más frecuente de la semana de presentación de licencias médicas fue el día lunes con el 22,7% (1536) del total de licencias presentadas (Gráfico 13).

Gráfico N° 13. Número de licencias médicas presentadas por médico/as de SSP Provincial, por día de la semana. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego, Período 2008-2017. (N=6753)

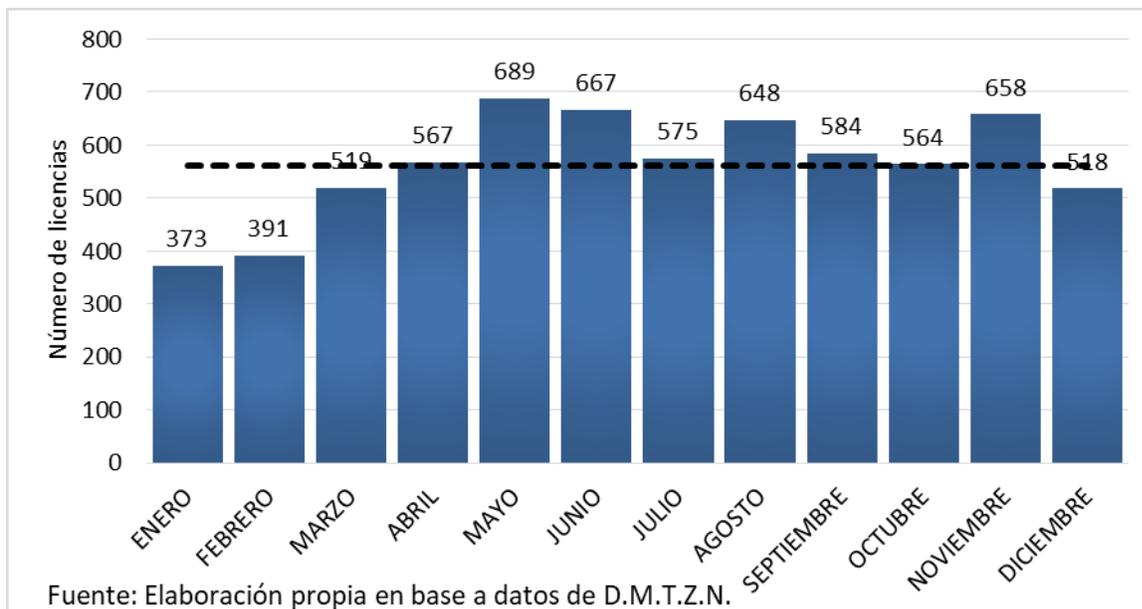
Gráfico 13



Con relación al inicio de las licencias médicas con baja laboral y el mes de inicio de la licencias se encontró que la presentación de licencias médicas fue más elevado en las meses de mayo con 10,2% (689); junio con 9,9% (667) y noviembre con 9,7% (658) (Gráfico 14).

Gráfico N° 14. N° de licencias médicas por mes de presentación de médico/as de SSP Provincial. Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017. (N= 6753)

Gráfico 14



Renuncias y jubilaciones.

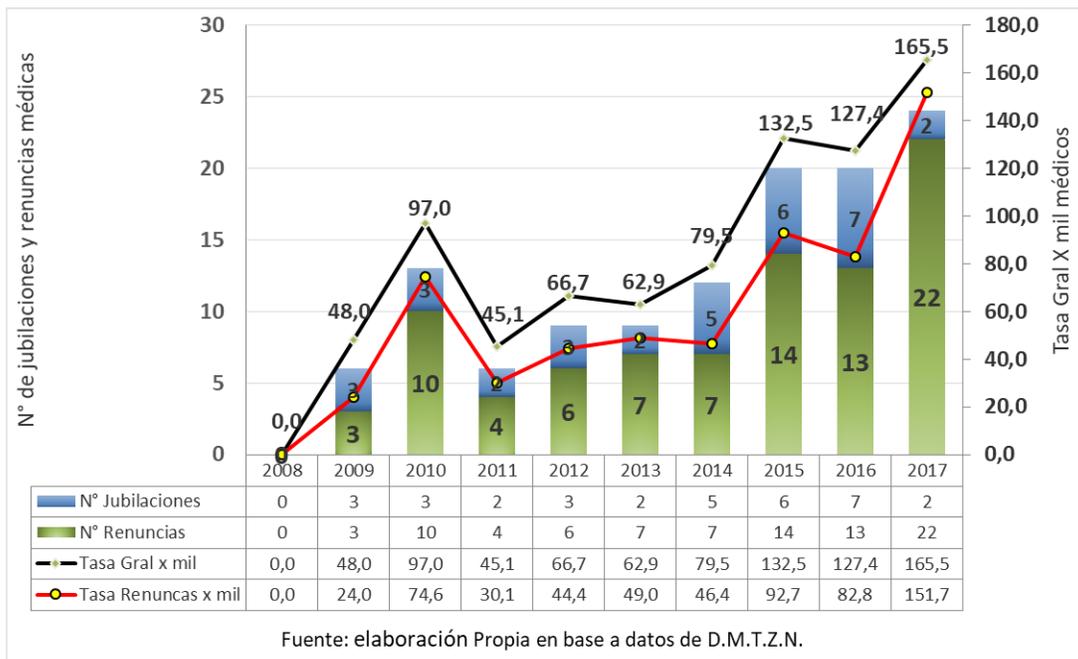
Se realizó la constatación y análisis de las renuncias y jubilaciones médicas, con la información contenida en el registro de sistema integral de gestión administrativa (S.I.G.A.) de la provincia.

A fines de poder comparar los diferentes años con estructura poblacional (médico/as/año) diferentes, se realizó la construcción de una tasa general (renuncias + jubilaciones) y una tasa específica de renuncias, en donde el numerador son el número de médico/as, el denominador es el total de médico/as/año evaluado en ese año, y un factor de amplificación por mil médico/as.

El total de jubilaciones en el período fue de 33, mientras que las renuncias fueron 86. La tasa general para el período analizado fue de 85,5 por mil, y la tasa específica de renuncias para el mismo período fue de 61,8 por mil.

Gráfico N° 15. N° y tasa por mil médico/as, de jubilaciones y renuncias en médico/as de salud pública, Departamento Río Grande, Tierra del Fuego. Período 2008-2017. (N=119)

Gráfico 15



El promedio de edad de médico/as que renunciaron fue de 39,3 años, con una antigüedad laboral de 4,2 años y una media de ausentismo de 7,4% para el año de renuncia. Para el caso de las jubilaciones la media de edad fue de 57 años, promedio de antigüedad laboral 20,9 años y ausentismo de 15,9 % para el año de jubilación.

8. Discusión

La distribución encontrada en el presente trabajo en cuanto al plantel médico con relación al género es acorde a los hallazgos en diversos estudios, es decir, el proceso de feminización en los planteles laborales en el área de la salud. Concepto de “feminización de la medicina” hace referencia al aumento de la cantidad de mujeres en relación a los varones en el ejercicio de la profesión médica (Eiguchi, 2017).

Novick (2005) señala que este proceso existe desde 1960, y otros estudios señalan que el proceso se da tanto a nivel nacional como internacional (Abramzón, 2005; Dal Poz, 2009; OPS/ OMS, 2013; Katz y Muñoz, 1988). Se trata de una tendencia mundial a la que Argentina no es ajena. En Europa, el 75% de la matrícula de estudiantes de Medicina corresponde a mujeres, mientras que en México, Estados Unidos y Canadá representan el 50% (Eiguchi, 2017). Avanzando en este proceso, el sector salud presenta además un fenómeno de “feminización profesionalizada”, es decir un proceso que convergió en la participación mayoritaria de mujeres en el desempeño de ocupaciones que requieren estudios universitarios completos como es el caso de la medicina (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018)

La edad promedio en el presente estudio (43,5 años) se puede entender como equilibrada para el tipo de trabajo que desarrollan lo/as médico/as. El sector de la salud requiere en sus puestos profesionales altos niveles educativos, que insumen un importante volumen de tiempo y recursos en formación y entrenamiento profesional. Alcanzar estudios terciarios o universitarios completos es una condición prácticamente universal para estas carreras y se vincula con una tendencia hacia una inserción laboral más tardía en el sector salud, debido a que sus trabajadores estudian en promedio un mayor número de años (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018). Estudios de Katz también señalan que existe una linealidad entre médicas de edad joven y trabajo asalariado (Katz y Muñoz, 1988), es decir, en relación de dependencia.

La antigüedad laboral (8 años) es levemente inferior comparada a un estudio presentado sobre trabajadores en salud de la Provincia de Buenos Aires, quienes presentaron un 74% de los trabajadores con más de diez años, 36,9% más de 20 años y un 10,2% más de 30 años de antigüedad (OPS/ OMS, 2013). Estructuras similares de edad se han encontrado en un trabajo de Chile (Rojas Concha, 2014).

Con relación al lugar de trabajo, el número de médico/as hospitalarios (1.079) fue 3,44 veces superior al número médico/as de Atención Primaria y de Otros sectores (313). El porcentaje de profesionales que prestaron servicios en Atención Primaria fue el 17% (237) del total de médico/as analizados. Generalmente a nivel hospitalario el número de atenciones, prestaciones y el número de especialidades médicas es más elevado. En definitiva OPS (2011), estima que para la región el porcentaje de trabajadores de los sistemas sanitarios de Atención Primaria de la salud es el 25% de total, además plantea metas deseables del 40%, con lo cual sería necesario incrementar la cantidad de médico/as dentro del equipo de atención primaria de salud. Ya daban cuenta de este fenómeno a nivel nacional un estudio realizado por Bertolotto y col. (2012) en el que el Ministerio de Salud de la Nación estimaba que poco menos de 70.000 trabajadores de salud en sus diferentes categorías (cerca de un 12% de la fuerza laboral del sector) se desempeñaban en el primer nivel del sector público y muchos de ellos con formas de contratación precaria o engañosa, además destacan el estancamiento y el retroceso del desarrollo de la infraestructura pública en salud, generando una desproporción de un primer nivel que se expande en la precariedad y en la informalidad; y una inversión en el segundo y tercer nivel que retrocede, un fenómeno que se refleja en la expresión de que “el primer nivel de atención devino en un primer nivel de contención”.

8.1 Indicadores de Ausentismo

Diversos estudios han encontrado que los niveles de ausentismo son más elevados en los organismos públicos que el los privados. Esto puede ser debido al efecto de variables como la política sociolaboral, la estabilidad y la seguridad en el puesto, e incluso la cultura y los sistemas de gestión del ausentismo (Lokke, Eskildsen y Jensen, 2006). Otros autores apuntan que, en general, son las actividades sanitarias, como en el presente trabajo y en las actividades de servicios sociales son las que presentan mayores tasas de ausentismo. (Barmby et al. 2002).

El ausentismo se considera aceptable cuando su nivel está dentro de límites tolerables y aceptados dentro de cada organización y lugar de trabajo, pero cuando este alcanza niveles muy altos, afecta el funcionamiento de una organización. Actualmente este valor de base del ausentismo total se ubica alrededor del 4,5% a 5% (Bastide, 2012).

El porcentaje de ausentismo general (8,2%) del presente trabajo fue muy superior al encontrado en diversas publicaciones; entre ellos médico/as de salud pública en San Pablo, Brasil (3,8%) (Sala et al, 2009), Nottingham, Reino Unido la tasa de ausentismo en médico/as fue de 1,2% (Murphy,

2014), mientras que en Jerusalén, Israel fue de 2,09% (Pines et al, 1985).

En estudios realizados en el área de salud público en Chile (Rojas Concha L., 2014; Mesa, 2004) se han encontrado indicadores de ausentismo general, tasa de incapacidad, frecuencia, gravedad similares al presente trabajo, con la diferencia que la tendencia es ascendente a lo largo del período analizado. Con relación al índice de prevalencia (80%) encontrado, se puede decir que es muy superior al encontrado en estudios realizados en Belo Horizonte, Brasil (31,5%) (Bassi, et al, 2016). Los índices de ausentismo laboral por enfermedad presentan un aumento con relación a los grupos de edad analizados, por ejemplo el grupo de 60 y más años tiene un ausentismo 3,9 veces superior al grupo de menos de 30 años. Diversos autores respaldan que el ausentismo aumenta con la edad (Sala et al, 2009), como resultado de una mayor exposición a condiciones estresantes (Kivimäki, 1997), el deterioro general de la salud y una mayor propensión a enfermedades a largo plazo (Martocchio, 1989).

Todos los indicadores de ausentismo, tanto el porcentaje general del ausentismo, la tasa de incapacidad, la tasa de frecuencia, la tasa de gravedad, el índice de prevalencia, fueron más elevados en mujeres en comparación con hombres. La distribución de licencias médicas por género es superior en mujeres, coincidiendo con gran cantidad los estudios relacionados al ausentismo laboral presentados que evaluaron la variable de género (Cuevas, 2011; Danatro, 1997; Rojas Concha L., 2014; Villaplana, 2012). La explicación a estos resultados algunos autores (Kristensen, 2006) la atribuyen, por una parte, al papel de la mujer al cuidado de los niños que justifica la mayor frecuencia de las ausencias de mujeres y, por otra, que estas todavía tienen situaciones de trabajo objetivamente menos favorables. Leigh (1983), justificó que las diferencias se deben a dos motivos: por un lado, al desempeño del rol trabajo-familia, con una desproporción en el reparto de labores y responsabilidades familiares para el cuidado de hijos, familiares dependientes o tareas del hogar ; y, por otro, al desempeño de puestos “inferiores” en las mujeres, con tareas menos cualificadas, menor posibilidad de promoción y/o salarios más bajos (Leigh, 1983). Nilsson (2005), tras analizar los datos de las ausencias laborales registrados desde 1971 hasta 1991, también confirma mayor ausentismo en las mujeres y, además, añade que la distancia entre ambos grupos ha ido en aumento con el transcurso de los años. Petrone (2018), señala que históricamente, las mujeres han desempeñado una función de suma importancia en la prestación de asistencia sanitaria. Así ocurrió en la mayoría de los países con anterioridad a

la aparición de los sistemas modernos de atención de salud, siendo las mujeres las principales dispensadoras de cuidados en el seno de las familias y de sus comunidades. Fuera del ámbito familiar, las mujeres ocupan el primer lugar en las filas del personal voluntario que trabaja en los hospitales y otras organizaciones comunitarias. Se debe tener presente en el análisis que el grupo de trabajadores de medicina en salud pública se viene “feminizando” progresivamente, y el incremento del ausentismo entre estas podría deberse a un aumento en la incidencia ausentista, o bien al aumento en la población de mujeres como grupo de trabajadores.

Los indicadores de ausentismo fueron más bajos en los grupos de menor antigüedad laboral (5 años). En indicadores como porcentaje de ausentismo general, tasa de incapacidad y tasas de frecuencia fueron la mitad con relación a los otros grupos de edad. En consonancia con los hallazgos del presente estudio, diversos autores también han encontrado que a mayor antigüedad en el empleo se asocia con períodos más largos del permiso por enfermedad. Señalan que los trabajadores con más antigüedad tienden a mayores tasas de ausencia, incluso cuando la edad se controla en la investigación (Barmby, Ercolani y Treble, 2002; Beemsterboer y Stewart, 2009). González y López (2009) observaron que los trabajadores de 10 a 15 años de antigüedad, presentan regular relación con la autoridad, sobrecarga de trabajo y poca promoción de ascenso, lo que a su vez genera una inadecuada unión con la institución, lo que refiere que tal vez no se encuentran identificados con la misión de la institución (González y López, 2009). Se debe tener en cuenta en el análisis de la información que la población de médicos de menor antigüedad laboral es menor en cuanto a su conformación, esto podría generar una incidencia diferente o un artefacto metodológico, con lo cual son elementos que se deben seguir investigando en estudios futuros.

8.2 Diagnósticos

La existencia de una amplia diversidad de daños a la salud que van desde lesiones físicas hasta padecimientos mentales en la población de estudio, concuerda con los hallazgos de estudios internacionales en trabajadores de la salud (Domínguez et al., 2012; Jungerman et al., 2012; OPS/OMS, 2012; Wright et al., 2012).

Las licencias de salud mental han experimentado un considerable aumento en la proporción de días de bajas laborales en los últimos 10 años en médico/as del presente estudio, iniciando en 18% en

el año 2008, hasta afirmarse en un piso de 40% en los últimos años. El aumento de los padecimientos de salud mental, se reflejan en los informes presentados en el campo de los servicios humanos o en las denominadas “profesiones de ayuda”. Se ha postulado que están vinculadas con el tipo de tarea que desempeñan estos trabajadores (Noriega M et al, 2004). Asimismo, la presencia de estos problemas están relacionados con los factores de riesgos psicosociales en el trabajo (Gil-Monte, 2012).

Algunos autores encontraron una prevalencia baja de morbilidad psiquiátrica entre trabajadores de la salud, Kivimaki de 4% a 9% (2001) y Donovan, Moore, VanDenKerkhof 4% (2008). En cambio otros autores la encuentran entre las primeras causas de incapacidad. Ferraro, (2016) describió 33% de patologías psiquiátricas, seguidos por respiratorias, quirúrgicas (17% respectivamente), ginecológicas (11%), generales o estivales (10%) y osteoartromusculares (6%).

Las patologías agrupadas en la categoría de traumatológicas generaron el 17% de los días de baja laboral. También son descritas en la bibliografía como algunas de las más frecuentes entre los trabajadores de la salud (Sala et al, 2009), a la vez que se destaca su vínculo con el trabajo (OPS/OMS, 2012)

Las estadísticas encontradas en el presente estudio con relación a las enfermedades profesional o accidentes de trabajo, podrían estar subestimada dada la naturalización y la falta de reconocimiento de este tipo de daños entre los trabajadores de la salud (Epelman, 1988). La Organización Panamericana de la Salud estima que en América Latina solamente son notificadas entre el 1% y el 5% de las enfermedades profesionales, (OPS/OMS, 2001). La falta de visibilidad de la relación salud y trabajo, aparece como problema de diagnóstico por parte de los profesionales de la salud, pero también hay responsabilidades en los trabajadores afectados, que minimizan y relativizan la importancia de este tipo de riesgos (Assunção, 2011; OPS/OMS, 2012).

Otros estudios han encontrado más comunes enfermedades respiratorias (31%), enfermedades gastrointestinales (17%) y lesiones músculo-esqueléticas (15%), psicológicos (4%) (Donovan, Moore, VanDenKerkhof, 2008)

8.3 Licencias por día de la semana y mes

Las licencias médicas comenzadas los días lunes fueron las más frecuentes, con el 22,7% de las licencias, disminuyendo a lo largo de los días de la semana hasta llegar a los domingos con el 1,8%

de las licencias. Se han encontrado distribuciones similares en estudios realizados en Uruguay, donde el día de la semana con mayor cantidad de días son los Lunes (31%), seguido de los Martes (26%) (Danatro, 1997). Cabe mencionar que no todos los/as médicos/as trabajan los sábados y domingos, con lo cual eso podría explicar los bajos porcentajes de esos días, por otro lado, se debe mencionar que los valores de guardias médicas de los días viernes, sábados y domingos son superiores al resto de los días, lo que podría presentar un incentivo económico importante. Tampoco se podrían descartar, y como sucede en otros ámbitos laborales, la presentación de licencias médicas los días lunes, para la ampliación de la jornadas de descanso y recreación de los fines de semana.

Los meses del año con mayor número de licencias fueron mayo, junio y noviembre. En Chile han encontrado variaciones similares con relación a las variaciones en meses de las licencias médicas. Mayor distribución de licencias en junio, que coincide con el alza de enfermedades respiratorias y la menor proporción de licencias se presentó en febrero, mes que corresponde vacaciones de verano (Rojas Concha L., 2014). Diversos estudios han investigado sobre trastornos depresivos y de ansiedad relacionado a variaciones estacionales, y al igual que el presente estudio, sobre estos diagnósticos no existe consenso entre los investigadores en que estas patologías presenten un comportamiento estacional, es decir que no presentaron grandes oscilaciones a lo largo de los meses de año (San, J., de Rivera, L. y González, J., 1986; Zung, W. y Green, R., 1974)

8.4 Renuncias y jubilaciones

Existen factores expulsivos de los profesionales de salud de los sistemas sanitarios como ser remuneración poco gratificante, incertidumbre sobre el futuro, debilidad de infraestructura, equipamiento y carencia de material de trabajo, horarios rígidos y jornada prolongada, pocas oportunidades para el desarrollo profesional, mala gestión de los servicios, en especial en lo referido al bienestar del personal (OPS/OMS, 2006).

El reconocimiento y la realización laboral, son construcciones complejas que van más allá del hecho de sentirse orgullosos por lo que los trabajadores hacen (Franco y Merhy, 2011). En el caso de los trabajadores de hospitales públicos se derivan también en esas construcciones las recompensas financieras, la organización y la intensidad del trabajo, es decir, por sus condiciones laborales (Alfonso, 2017). Cuando estas construcciones fallan, se producen abandonos de trabajo,

representados por ausentismo laboral o renunciadas al puesto.

En el presente trabajo, las jubilaciones no presentaron oscilaciones o variaciones importantes a lo largo del período; en cambio las renunciadas fueron mucho más importantes, generando una tendencia ascendente, acentuándose en los últimos años, sobre todo entre los años 2015-2017, en los cuales se concentraron el 57% de las mismas. Esto puede ocurrir por diversos motivos, entre ellos, el contexto político y económico en el cual se ven inmersos los profesionales de la salud de la provincia. Estos acontecimientos toman relevancia en los medios de comunicación en titulares como “Se profundiza la fuga de profesionales de los Hospitales Públicos” publicada el 12/10/17 (Gremiales del sur, 2017), o “Falta de profesionales en el hospital público”: médicos piden una reunión con la Gobernadora” (El fueguino, 2018). A su vez se implementan medidas para intentar mejorar la situación, también reflejadas en algunos medios con las declaraciones de la actual gobernadora provincial “Hace más de 20 años que nuestro sistema de salud no funciona como debe, pero creo que en estos meses hemos definido un rumbo que tiene como una de sus máximas prioridades la salud de los fueguinos y queremos que el sistema de salud pública de Tierra del Fuego recupere el prestigio perdido”, publicado el 8/10/17 (Bertone, 2017)

En instituciones de salud, se evalúan las renunciadas laborales como un indicador de gestión. Se hace necesario conocer las motivaciones de las renunciadas y detener su avance, ya que sus efectos dentro de las instituciones tienen que ver principalmente con el desgaste, agotamiento del personal que permanece en la institución y el debilitamiento de la organización. Estas circunstancias pueden afectar la calidad de la prestación de los servicios, dando como resultado aumento en los riesgos para el paciente, mayor incidencia de eventos adversos, demoras en los procesos de atención del usuario. La preocupación por el tema de las renunciadas representa además una amenaza para la calidad de la atención sanitaria, ya que podría deteriorar el funcionamiento organizacional, reducir la eficiencia de los equipos y provocar una pérdida de conocimientos institucionales (OMS, 2006).

9. Conclusiones

Uno de los indicadores más relevantes evaluados en el estudio fue ausentismo por licencias médicas. Fue del 8,2% entre los años 2008-2017, mostrando una tendencia creciente a lo largo del período, iniciando en el 2008 con el 4,0 % y llegando en 2017 al 9,5%.

Además el ausentismo de causa médica fue más elevada en médicos/as de mayor edad, seguramente como resultado del deterioro habitual del estado de salud con el pasar de los años, mayor proporción de enfermedades crónicas-degenerativas y más años de exposición a condiciones laborales estresantes como se observan en el campo de la salud. Esto último también podría explicar el aumento de los indicadores de ausentismo con relación a la antigüedad laboral. Con relación al género, las mujeres presentaron indicadores de ausentismo más elevados en relación a los hombres. Esto debe hacer analizar a los tomadores de decisión de las diferentes realidades y necesidades de los trabajadores sanitarios, es decir, teniendo en cuenta el proceso de feminización, analizar si las condiciones laborales, la legislación y la reglamentación son acordes a los momentos actuales o hace falta llevar a cabo una revisión de las mismas.

También fueron más elevados los indicadores en médicos/as que se desempeñaron en atención primaria de la salud en comparación con los del hospital y otras dependencias de salud. Esto se debe analizar en el contexto de que la proporción de médico/as de atención primaria en el estudio (17%) fue más bajo que la media regional (25%) (OPS, 2011) y esto no puede ser explicado únicamente por la historia de la APS en la provincia, ya que durante la última década se amplió en 1 número de centros de atención primaria dependientes del gobierno provincial, pasando de 6 a 7 en año 2011 para luego permanecer constantes. Teniendo en cuenta los incrementos demográficos de la última década en la provincia y la demanda también creciente de servicios sanitarios de la población, podrían desembocar en procesos de sobrecarga de trabajo y de mayores responsabilidades en el personal de este nivel de atención, lo que podría explicar estos indicadores desfavorables.

La principal causa de ausentismo laboral por enfermedad se debió a las licencias por diagnósticos de salud mental, los cuales han mostrado un incremento importante en los últimos años, pasando del 18,3% del total de días de baja laboral en 2008 a representar el 42,6% del total de días en 2017, con una tendencia creciente a lo largo del período.

Es importante mencionar el marcado aumento en las renuncias a los cargos médicos en salud

pública en los últimos años, especialmente al final del período analizado (2015-2017). Esto puede estar asociado a los cambios en las políticas sanitarias en los últimos años, cambios en las normativas (Decretos 2366/14, 2220/16), sumado al deterioro de las condiciones económico-salariales del sector público provincial y nacional, haciendo que en muchos casos lo/as médico/as opten por condiciones más favorables, como por ejemplo la posibilidad de mejorar la capacidad económica, estabilidad laboral, oportunidades de carrera, oportunidades de desarrollo profesional y terminen optando por trabajos en el sector privado u optando por diferentes condiciones de contratación en otras provincias del país o la región, y que a diferencia de la Provincia de Tierra del Fuego cuentan además en general con mejores condiciones climáticas y con ciudades más cercanas a los grandes centros urbanos.

Los resultados obtenidos del presente estudio deberían llevar a reflexionar sobre las políticas públicas en el área de salud que se han llevado a cabo en la última década en la provincia. Esa reflexión debería indagar e investigar sobre la importancia de los recursos humanos en salud, y además analizar cuestiones inherentes a realidades económicas, sociales y de condiciones laborales existentes en el campo de salud provincial. Todas las políticas tendientes a fortalecer el componente médico de los recursos humanos en salud, mejora la capacidad del equipo para el desarrollo capacidades de innovación, liderazgo, y además proporciona una respuesta más amplia, flexible y efectiva frente a las necesidades y prioridades de la comunidad en salud.

10. Recomendaciones finales

El mejoramiento de la calidad de un sistema de salud se evidencia en la atención, la seguridad del paciente, la reducción de errores médicos, y en la mejora de la eficiencia en la utilización de los recursos disponibles (Franco, 2014).

Según Franco (2004), las organizaciones públicas y privadas deben aspirar al mejoramiento de la calidad de la atención en salud, basada en un enfoque sistemático denominado garantía de la calidad. Los elementos esenciales para implementar y sostener las actividades aplicadas a la mejora de la calidad de sistema sanitario y teniendo en consideración los resultados observados y analizados en el presente estudio se presentan las siguientes propuestas tendientes a mejorar la gestión de los recursos humanos en salud:

Ellos son: (a) políticas adecuadas; por ejemplo la determinación e implementación de políticas que mejoren las condiciones laborales de personal sanitario que incluya la participación de políticos, trabajadores de salud, y comunidad; (b) liderazgo que marque prioridades, promueva el aprendizaje y se preocupe por el personal, desde la autoridades del ministerio de salud, los jefes y jefas de servicios y las asociaciones civiles; (c) promover valores organizacionales básicos; (d) recursos adecuados; Concientizar a las autoridades sanitarias sobre las debilidades de las políticas sanitarias con respecto a los recursos humanos en salud, especialmente con el sistema de dedicación exclusiva sanitario y de la necesidad de cambios estructurales y presupuestarios que favorezcan al sector ;(e) la organización para la calidad, supervisión, coordinación e implementación de actividades, por ejemplo procurar la implementación de un programa de salud mental que favorezca el equilibrio ambiental, físico, psíquico y social del individuo y su entorno a partir de la integración grupal; (f) fortalecimiento institucional, como entrenamiento, supervisión y capacitación de los proveedores de servicios de salud y sus administradores, mejorando las condiciones y medio ambiente del trabajo, promoviendo acciones de prevención de conflictos en el lugar de trabajo y la existencia de instancias de apelación que dificulten los abusos de autoridad y de situaciones de conflicto interpersonal; (g) la información y comunicación; formar al personal en la gestión del estrés, los programas de prevención de accidentes laborales; (h) el reconocimiento y la recompensa a los esfuerzos individuales y de equipo para mejorar la calidad.

11. Referencias bibliográficas

1. Abramzón M. (2005). Argentina: recursos humanos en salud en 2004, Buenos Aires: OPS/OMS.
2. Acheson, D., Baker, D., y Illsley, R. (1998). Inequalities in health. *BMJ*, 317(7173), 1659–1659.
3. Alfonso, Y. A. (2017). Renuncias del personal de enfermería y eventos adversos en los servicios hospitalarios de adultos del Hospital Universitario San Ignacio: Bogotá 2013-2015. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10554/21037>
4. Assunção, A. Á., y Brito, J. (2011). Traballar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. SciELO - Editora FIOCRUZ. Recuperado de: <https://doi.org/10.7476/9788575413760>. ISBN: ISBN: 978-85-7541-217-6
5. Barmby, T., Ercolani, M. G., y Treble, J. G. (2002). Sicknes Absence: An International Comparison. *The Economic Journal*, 112(480), p F315-F331. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/1468-0297.00046>
6. Barraza, C. y Col. Ausentismo no programado asociado a síndrome de Burnout. [Tesis]. Veracruz: IMSS; 2001
7. Báscolo, E. (2011). Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina. *Ciencia y Saude Coletiva*, 16(6), 2763–2772. Recuperado de: <http://saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-255.pdf>
8. Bassi, I., Assunção, A. Á., Pimenta, A. M., Benavides, F. G., y Ubalde-Lopez, M. (2016). Sicknes absence among health workers in Belo Horizonte, Brazil. *Journal of Occupational Health*, 58(2), 179–185. Recuperado de: <https://doi.org/10.1539/joh.15-0121-OA>
9. Bastide, P. (2012). Ausentismo: un Costo Oculto Cada Vez Más Significativo. Reporte BIG. (15) Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.egestionar.com.ar/pdf/articulos/ausentismo.pdf>
10. Bazerman, M. H., Chadwick-Jones, J. K., Nicholson, N., y Brown, C. (1983). Social Psychology of Absenteeism. *Contemporary Sociology*, 12(4), 452.
11. Beaglehole, R., Bonita, R., y Kjellström, T. (2004). Epidemiología Básica. *Revista Española de Salud Pública*, 78(5). Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/s1135->

57272004000500010

12. Beemsterboer, W., Stewart, R., Groothoff, J., y Nijhuis, F. (2009). A literature review on sick leave determinants (1984-2004). *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 22(2), 169. Recuperado de: [10.2478/v10001-009-0013-8](https://doi.org/10.2478/v10001-009-0013-8)
13. Beil-Hildebrand, M. (1996). Nurse absence the causes and the consequences. *Journal of Nursing Management*, 4(1), 11–17. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.1996.tb00022.x>
14. Bertone: “Queremos que el sistema de salud pública de Tierra del Fuego recupere su prestigio”; publicado el 8 de Octubre de 2017. 94diez.com, <http://www.94diez.com/noticias/leer/12250-bertone-queremos-que-el-sistema-de-salud-publica-de-tierra-del-fuego-recupere-su-prestigio.html>.
15. Benavides FG, Ruiz Frutos C, García AM, Delclos J.(2006). Salud laboal. Conceptos y Técnicas para la prevención de riesgos laborales; 3: 33-50.
16. Bertolotto, A.; Fuks, A.; Rovere, M. (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto *Saúde em Debate • Rio de Janeiro*, 36, (94), 362-374. ISSN 0103-1104. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300009>.
17. Crónicas Fuegoinas, Los médicos no quieren trabajar, 22 de Marzo de 2017. Recuperado de www.cronicasfuegoinas.blogspot.com.ar/2017/03/los-medicos-no-quieren-trabajar.html
18. Cuevas Y, García T, Villa M. (2011). Caracterización del ausentismo laboral en un centro médico de I nivel. Universidad del Rosario. Colombia. 26-39. Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/2834>
19. Dal-Poz MR, Gupta N, Quain E, Soucat ALB. (2009). Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud: Con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos. Ginebra: OMS Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243547701_spa.pdf.
20. Danatro D. (1997); Ausentismo laboral de causa médica en una institución pública, Montevideo 1994-1995. *Revista médica Uruguay*. 13: 101-109. Recuperado de: <http://www.rmu.org.uy/revista/1997v2/art4.pdf>
21. Decreto N° 2220, Boletín Oficial N° 3749, Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, Argentina, 14 Octubre de 2016.

22. Decreto N° 3413, Régimen de Licencias, Justificaciones y Franquicias. Boletín Oficial de la República Argentina N° 24332, Buenos Aires 11 de Enero, 1980
23. Decreto Provincial N° 2366, Boletín Oficial N° 3374, Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, Argentina, 8 Octubre de 2014.
24. Domínguez Fernández JM, Padilla Segura I, Domínguez Fernández J, Martínez Bagur M, Ortega Martín G, García Espejo M, Moreno Varela A. (2012). Acoso laboral en trabajadores de atención a la salud de Ceuta. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 58(227):117-127. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v58n227/original4.pdf>.
25. Donovan, T. L., Moore, K. M., y VanDenKerkhof, E. G. (2008). Employee Absenteeism Based on Occupational Health Visits in an Urban Tertiary Care Canadian Hospital. *Public Health Nursing*, 25(6), 565–575. Recuperado de: http://www.kflaphi.ca/wp-content/uploads/PHN_744.pdf
26. Eiguchi K. (2017); La feminización de la Medicina [editorial]. *Rev. Argent Salud Pública.*; Mar;8(30):6-7. Recuperado de: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen30/6-7.pdf>
27. El Fuego; Falta de profesionales en el hospital público”: médico/as piden una reunión con la Gobernadora, (2018). Recuperado de: <http://www.elfuego.com.ar/medicos-piden-una-reunion-con-bertone>. publicado 27/2/18
28. Epelman M, Meyrialle P, Novik M, Piccinini A, Rodríguez C. (1988). Salud y trabajo. En: II° Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a22.pdf>.
29. Ferraro C.(2016). Incidencia de ausentismo laboral y factores determinantes en el personal de enfermería del Hospital Zonal Especializado en Oncología “Luciano Fortabat de Olavarria” [Tesis]. Rosario: Universidad Nacional de Rosario. Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Recuperado de: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/07/TESIS-FINAL.pdf>
30. Franco, T. B., y Merhy, E. E. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colectiva*, 5(2), 181. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/731/73111763003.pdf>
31. Franco, Túlio Batista, y Merhy, Emerson Elias. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud colectiva*, 7(1), 9-20. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1851-

82652011000100002yInq=esyInq=es.

32. Franco, L.M., D.R. Silimperi, T. Veldhuyzen van Zanten, C. MacAulay, K. Askov, B. Bouchet y L. Márquez. (2004); Sostenibilidad de la calidad en la atención de salud: Institucionalización de la garantía de la calidad. Serie de monografías de garantía de calidad 2(1): Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad. Recuperado de: https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/sostenibilidad_de_la_calidad_de_la_atencion_de_salud_2004.pdf
33. Ghai, D. (2003). Trabajo decente. Concepto e indicadores. *Revista Internacional Del Trabajo*, 122(2), 125–160. Recuperado de: <http://ilo.org/public/spanish/revue/download/pdf/ghai.pdf>
34. Gil-Monte, Pedro R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(2), 237-241. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttextypid=S1726-46342012000200012yInq=esyInq=es.
35. González, J. y López, S. (2009). Decadencia Económica en hospitales de salud pública y Síndrome de Burnout. *Revista Alternativas en Psicología*, 21, 71-81 Recuperado de : http://www.amapsi.org/portal/index.php?option=com_searchyItemid=5ysearchword=GONZALEZ+JAIMESysubmit=Buscarysearchphrase=anyordering=newest
36. Gremiales del sur.com; se profundiza la fuga de profesionales de los Hospitales Públicos, (2017), Recuperto de: <http://gremialesdelsur.com.ar/nota/17671-Se-profundiza-la----fuga----de-profesionales-de-los-Hospitales-P--blicos>. Publicado 12/10/17
37. Gupta, N., Zurn, P., Diallo, K., y Dal Poz, M. R. (2003). Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. *International Journal for Equity in Health*, 2(1). Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-2-11>
38. Hacket, R. D. (1989). Work attitudes and employee absenteeism: A synthesis of the literature. *Journal of Occupational Psychology*, 62(3), 235–248. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1989.tb00495.x>
39. Hill, A. B. (1965). The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58, 295–300. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1898525/pdf/procrsmed00196-0010.pdf>

40. Jungerman F, Palhares-Alves HN, Carmona MJC, Conti NB, Malbergier A. (2012). Abuso de fármacos anestésicos por parte de los anestesiólogos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*;62(3):375-386. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n3/es_v62n3a10.pdf.
41. Kaiser, C. P. (1998). What do we know about employee absence behavior? An interdisciplinary interpretation. *The Journal of Socio-Economics*, 27(1), 79–96. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S1053-5357\(99\)80078-X](https://doi.org/10.1016/S1053-5357(99)80078-X)
42. Katz, Jorge y Alberto Muñoz (1988), "Organización del sector salud: puja distributiva y equidad", (LC/BUE/G.102), Buenos Aires (Centro Editor de América Latina). Publicaciones de las Naciones Unidas. Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/28583>
43. Khawaja, R. A., Sikander, R., Khawaja, A. A., Jareno, R. J. M., y Halepota, A. T. (2012). Medically certified sickness absence among health care workers. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 62(9), 900–904. Recuperado de: http://jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=3670
44. Kivimäki M., Vahtera, J., Thomson, L., Griffiths, A., Cox, T. y Pentti, J. (1997) Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline. *Journal of Applied Psychology*, 82(6), 858-872. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.82.6.858>
45. Kivimaki, M. (2001). Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occupational and Environmental Medicine*, 58(6), 361–366. Recuperado de: <https://oem.bmj.com/content/oemed/58/6/361.full.pdf>
46. Kristensen, K., Juhl, H. Jr., Eskildsen, J., Nielsen, J. (2006). Determinants of absenteeism in a large Danish bank. *The International Journal of Human Resource Management*, 17 (9), 1645-1658. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/09585190600878527>
47. Lalonde, M. (1974a). Guest editorial: A more positive approach to health promotion. *The Canadian Nurse*, 70(1), 19–20.
48. Lalonde, M. (1974b). [Social values and public health]. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique*, 65(4), 260–268.
49. Leigh, J. P. (1983). Sex Differences in Absenteeism. *Industrial Relations*, 22(3), 349. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.1468-232X.1983.tb00940.x>

50. Levitin, Diego (2011); Administración del Sistema de Salud de Argentina; Benchmarking Nacional e Internacional con utilización del Índice de Desarrollo y Eficiencia Sanitaria (IDES) y la Matriz de Comparaciones Relativas. Tesis de Maestría en Administración UBA. Recuperado de: http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/tpos/1502-0299_LevitinD.pdf
51. Ley Nacional N° 19640, Exención impositiva en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, Sanción 16 de Mayo de 1972, Publicada en Boletín Oficial 2 de Junio 1972, Buenos Aires.
52. Ley N°911. Régimen de licencia prenatal y por maternidad, paternidad, nacimiento, lactancia y adopción para agentes del estado provincial. Sanción: 19/12/12 Boletín Oficial N° 3120, Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, Argentina, 18 Enero de 2013.
53. Ley Nacional N° 23775, Provincialización del Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, sancionada Buenos Aires, 26 de Abril, 1990, Boletín Oficial 15 de Mayo, 1990.
54. Lim, A., Apiradee, L., Chongsuvivatwong, V., Geater, A., Chayaphum, N., y Thammasuwan, U. (2002). Influence of Work Type on Sickness Absence among Personnel in a Teaching Hospital. *Journal of Occupational Health*, 44(4), 254–263. Recuperado de: <http://www.mcs.sat.psu.ac.th/phd/Apiradee4.pdf>
55. Løkke A, Eskildsen J, Jensen T, (2006) "Absenteeism in the Nordic countries", *Employee Relations*, Vol. 29 Issue: 1, pp.16-29, Recuperado de <https://doi.org/10.1108/01425450710714450>
56. Macinko, J., Starfield, B., y Shi, L. (2003). The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38(3), 831–865. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
57. Martín E, Sabaté E. (1983). “Entorno a un análisis sociológico del absentismo y la enfermedad de corta duración”. *RevSeg Social*; 17,9-10.
58. Martins, R. J., Garbin, C. A. S., Garbin, A. J. Í., y Moimaz, S. A. S. (2005). Absenteísmo por motivos odontológico e médico nos serviços público e privado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 30(111), 9–15. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572005000100002>
59. Martocchio, J.J. (1989). Age-related Differences in Employee Absenteeism: A Meta-analysis. *Psychology and Aging*, 4, 409–414. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0882->

7974.4.4.409

60. Matos de Oliveira, A. (2015) Brazil: Case study on working time organization and its effects in the health services sector, Departamento de Políticas Sectoriales, documento de trabajo núm. 308, Ginebra, OIT.
61. Matus, C. (2007). Las ciencias y la política. *Salud Colectiva*, 3(1), 81. Recuperado de: http://ricardo.ecn.wfu.edu/~cottrell/ope/archive/0801/att-0216/01-Carlos_Matus-Sciences_Politics.pdf
62. Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 1 (1), 9-32 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110102>
63. Menéndez, E. (1994) La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 1994, 4 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>. ISSN 0188-7017
64. Merhy, E. E. (2006). *Salud: Cartografía del Trabajo Vivo*. Buenos Aires: Editorial Lugar, Colección Salud Colectiva.
65. Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., y Ceccim, R. B. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 2(2), 147-160. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/731/73120204.pdf>
66. Mesa F, Kaempffer A. (2014); 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. *Revista médica Chile*. 132: 1100-1108. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000900012>
67. Michalewicz, A., Pierri, C., y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, XXI , 217-224. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994021>
68. Mintzberg H. (2001); La burocracia profesional. En: *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo. p. 159-179. Recuperado de: <https://tecnoadministracionpub.files.wordpress.com/2016/08/u2-mintzberg-e28093-disec3b1o-de-organizaciones-eficientes.pdf>
69. Municipalidad de Rio Grande, Observatorio estadístico. Sala de situación de salud, 2014. Disponible en: https://riogrande.gob.ar/formularios/observatorio-estadistico/?drawer=observatorio_estadistico*Publicaciones*Sala_de_Situaci%C3%B3n_de_Sal

ud_Local_(SSSL).

70. Murphy, I. J. (2014). Self-reported and employer-recorded sickness absence in doctors. *Occupational Medicine*. 64(6), 417–420. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu098>
71. Needham, I. (2014): Violence in the Health Sector. Proceedings of the Fourth International Conference on Violence in the Health Sector: Towards safety, security and wellbeing for all, Miami. Amsterdam, Kavanah, Dwingeloo y Oud Consultancy. Recuperado de: <http://www.oudconsultancy.nl/Resources/Proceedings%204th%20Workplace%20Violence.pdf>
72. Nilsson, M. (2005). Differences and similarities in work absence behavior (Doctoral thesis); Växjö University, Faculty of Humanities and Social Sciences, School of Management and Economics. 1-128. Recuperado de: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:vxu:diva-626>.
73. Noriega, M., Gutiérrez, G., Méndez, I., y Pulido, M. (2004). Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1361-1372. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500031>
74. Novick M. Trabajo, ocupación y empleo (2005); Trayectorias, negociación colectiva e ingresos. Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales Buenos Aires.
75. Organización Internacional del Trabajo (2017). Mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud: Informe para la discusión en la Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud, Ginebra. Recuperado de : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_548292.pdf ISBN 978-92-2-331351-7
76. Organización Internacional de Trabajo OIT (1991). Ausentismo, definiciones y estadísticas. Enciclopedia de Salud y Seguridad e Higiene en el trabajo. Ministerio de trabajo y Seguridad Social. España, p.8.
77. OMS (2016) Global strategy on human resources for health: Workforce 2030, 2016, Recuperado de: http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/
78. OPS (2011). Manual de medición y monitoreo de indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido. Washington, D.C. ISBN 978-92-75-07423-7. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS-Manual-medicion-MetasReg-2011.pdf>
79. OPS/ OMS (2011). El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo -

- PNUD, 2011. 88 p. Recuperado de:
<http://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20%20pnud%20ops%20cepal%20version%20final.pdf>
ISBN 978-987-1560-32-5.
80. OPS/ OMS (2013). La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado. Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Argentina, 69, Buenos Aires 2013. Recuperado de:
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3462> ISBN 978-92-75-31813-3.
81. OPS/OMS. (2006). La migración del personal de salud en la región de las Américas, situación, perspectivas y sugerencias para la acción. VIII Conferencia Iberoamericana de Ministros de salud. Uruguay (5 y 6 de Octubre) Ministerio de Salud de Uruguay. Recuperado de:
https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/7conf_iberoamer_migracion.pdf
82. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). El Informe sobre la salud en el mundo. Colaboremos por la salud. Ginebra:. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>
83. Organización Panamericana de la Salud (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú Washington, D. C.: OPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HSS-Cond-Trab-RHS2012.pdf> ISBN 978-92-75-31663-4
84. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2001. La higiene ocupacional en América Latina: una guía para su desarrollo. Washington DC: OPS/OMS Recuperado de:
http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehhigiene.pdf.
85. Petrone P. (2018). La feminización en la Medicina. Rev Colomb Cir. 33:132-34. Recuperado de: <https://doi.org/10.30944/20117582.54>
86. Pines, A., Skulkeo, K., Pollak, E., Peritz, E., y Steif, J. (1985). Rates of sickness absenteeism among employees of a modern hospital: the role of demographic and occupational factors. Occupational and Environmental Medicine, 42(5), 326–335. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1007480/pdf/brjindmed00181-0038.pdf>
87. Provincia de Tierra del Fuego, Ministerio de Economía, Presupuestos. Disponible en:
<https://economia.tierradelfuego.gob.ar/presupuesto/>
88. Profesionales médicos alertaron sobre la “cada vez más crítica” situación del Hospital (9

- de Octubre de 2014) eldiariodelfindelmundo.com. Recuperado de:
<http://www.eldiariodelfindelmundo.com/noticias/2014/10/09/55072-profesionales-medicos-alertaron-sobre-la-cada-vez-mas-critica-situacion-del-hospital>.
89. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD (2018). Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. 1ª ed. Buenos Aires: 116 pp; 280x215 cm. Recuperado de:
http://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/PNUD_InformeGenero_2018.04.04.pdf ISBN 978-987-1560-77-6
90. Quick TC, Lapertosa JB. Análisedo absentismo em usina siderúrgica. Ver Bras Saúde Ocup 1982; 10(40):62-67.
91. Rojas Concha, L. (2014). Tesis para Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile, 2014. Recuperado de: <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/handle/123456789/440>.
92. Rothman, K. J., y Greenland, S. (2005). Causation and causal inference in epidemiology. American Journal of Public Health, 95 Suppl 1, S144–S150. Recuperado de: DOI: 10.2105/AJPH.2004.059204
93. Rovere, M. (2016). Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires” Año 6 - Nro. 12. Artículos centrales El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades. Recuperado de:
http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/12/05_Rovere-1.pdf ISSN 18536654.
94. Saar, S. R. da C., da Costa Saar, S. R., y Trevizan, M. A. (2007). Professional roles of a health team: a view of its components. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15(1), 106–112. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100016>
95. Sala, A., Carro, A. R. L., Correa, A. N., y Seixas, P. H. D. (2009). Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. Cadernos de Saúde Pública, 25(10), 2168–2178. Recuperado de:
<https://www.scielo.org/pdf/csp/2009.v25n10/2168-2178/pt>
96. San, J., de Rivera, L. y González, J. (1986). Tiempo atmosférico, clima y psicopatología. Aportaciones recientes en Psicopatología Ed. Novamedia, Madrid, 1986 B. Sandín.
97. Santana, V. S. (2012). Empleo, condiciones de trabajo y salud. Salud Colectiva, 8(2), 101–106.

98. Si.Pro.Sa. le solicitó al Gobierno resolución a las problemáticas del Sector - NotiTDF - Noticias de Ushuaia, Tierra del Fuego, Argentina. (20 de diciembre de 2016) Recuperado de: <http://www.notitdf.com/noticias/leer/23076-siprosa-solicito-gobierno-resolucio-las-problematicas-del-sector.html>.
99. Spinelli, Hugo. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004&lng=es&tlng=es
100. Se intensifican las negociaciones en salud tras rechazo del decreto 2366/14. Sur Noticias. Disponible en <http://surnoticias.com.ar/nota/87-Se-intensifican-las-negociaciones-en-salud-tras-el-rechazo-del-decreto-236614>
101. Taylor PJ. (1989) En: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Organización Internacional del Trabajo. Ministerio de Trabajo y Seguridad Industrial. España. 5-11.
102. Testa, M. (1993). Pensar en salud. Lugar Editorial, Buenos Aires.
103. Testa, M. (2007). Decidir en salud: ¿quién?, ¿cómo? y ¿por qué? *Salud Colectiva*, 3(3), 247-257. Recuperado de: <http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista09/3.Decidir%20en%20Salud.pdf>
104. Thompson, J. B. (1998). Los media y la modernidad: una teoría de los medios de comunicación. Paidós Iberica Ediciones S A.
105. Van Vuuren, T. (1997). European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Preventing absenteeism at the workplace: European research report. Recuperado de: <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/2c1ec3f8-dc68-45cf-8ad1-b85553d7f3a5>
106. Vergara, C. (2000). El contexto de las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, 8(1-2), 7-12. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/8802>
107. Villaplana M. (2012). El absentismo laboral por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes en el período 2005-2010. Universidad de Murcia. España. 1:8-76.
108. WebINDEC - Población / Censos / Censo 2010. Retrieved November 1, 2017, from https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2yid_tema_2=41yid_tema_3=135
109. WebINDEC - Población / Censos / Censo 2010. Retrieved November 1, 2017, Recuperado

de: www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2yid_tema_2=41yid_tema_3=135

110. Wismar, M. (2011). Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European countries, Copenhagen, OMS/Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud.

111. Wright EL, et al. (2012). El abuso de opiáceos entre enfermeras anestésistas y anesthesiólogos. American Association of Nurse Anesthetists Journal. 80(2):120-128.

112. Yavich, N., Báscolo, E., y Haggerty, J. (2016). Financiamiento, organización, costos y desempeño de los servicios de los subsistemas de salud argentinos. *Salud Pública de México*, 58 (5), 504-513. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10647486003> ISSN 0036-3634

113. Zung WWK, Green RL. Seasonal Variation of Suicide and Depression. Arch Gen Psychiatry. 1974;30(1):89-91. doi:10.1001/archpsyc.1974.01760070067010

12. Anexos

Anexo A. Diagnósticos de licencias médicas.

TABLA N° 1. Grupo de patologías y diagnósticos de licencias médicas, según codificación CIE-10 en médico/as de Río Grande, Tierra del Fuego, período 2008- 2017.

Grupo de patologías	DIAGNÓSTICO CIE-10	CIE-10	N° licencias	% N° licencias	N° Días baja	% Días de Baja
Enfermedades Cardiovasculares	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10	281	5,8	684	2,9
	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	I21	11	0,2	295	1,3
	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	N39	99	2,0	224	1,0
	ANGINA DE PECHO	I20	12	0,2	73	0,3
	SINCOPE Y COLAPSO	R55	7	0,1	35	0,1
	OTRAS ARRITMIAS CARDIACAS	I49	8	0,2	15	0,1
	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	I64	0	0,0	0	0,0
	INFLUENZA DEBIDA A VIRUS DE LA INFLUENZA IDENTIFICADO	J10	0	0,0	0	0,0
Infectocontagiosas	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09	540	11,1	745	3,2
	QUERATITIS	H16	40	0,8	613	2,6
	INFLUENZA DEBIDA A VIRUS NO IDENTIFICADO	J11	250	5,1	462	2,0
	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	K05	225	4,6	322	1,4
	FARINGITIS AGUDA	J02	166	3,4	246	1,0
	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO	R50	148	3,0	207	0,9
	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, DE SITIOS MULTIPLES O NO ESPECIFICADOS	J06	88	1,8	195	0,8
	GASTRITIS Y DUODENITIS	K29	151	3,1	193	0,8
	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	J18	34	0,7	188	0,8
	BRONQUITIS AGUDA	J20	82	1,7	180	0,8
	CONJUNTIVITIS	H10	67	1,4	152	0,6
	TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LA MAMA	N61	16	0,3	65	0,3
	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	J00	39	0,8	52	0,2
	OTITIS MEDIA NO SUPURATIVA	H65	20	0,4	35	0,1
	PAROTIDITIS INFECCIOSA	B26	4	0,1	29	0,1
	SINUSITIS AGUDA	J01	18	0,4	23	0,1
	INFECCIONES HERPETICAS [HERPES SIMPLE]	B00	5	0,1	21	0,1

	OTALGIA Y SECRECION DEL OIDO	H92	13	0,3	21	0,1
	IRIDOCICLITIS	H20	4	0,1	15	0,1
Otras	RECONOCIMIENTOS MEDICOS NACIONAL		95	1,9	1002	4,3
	OTROS TRASTORNOS DE LOS MUSCULOS	M62	60	1,2	373	1,6
	DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO	R10	139	2,8	365	1,6
	AMENAZA DE ABORTO	O20	40	0,8	356	1,5
	ANORMALIDADES DE LA DINAMICA DEL TRABAJO DE PARTO	O62	37	0,8	303	1,3
	INFERTILIDAD FEMENINA	N97	20	0,4	191	0,8
	DOLOR Y OTRAS AFECCIONES RELACIONADAS CON LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS Y CON EL CICLO MENSTRUAL	N94	56	1,1	179	0,8
	CEFALEA	R51	130	2,7	151	0,6
	MIGRAÑA	G43	125	2,6	140	0,6
	MENSTRUACION EXCESIVA, FRECUENTE E IRREGULAR	N92	44	0,9	115	0,5
	OTROS TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	M79	18	0,4	110	0,5
	NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL CRONICA	N11	8	0,2	103	0,4
	COLECISTITIS	K81	25	0,5	83	0,4
	NAUSEA Y VOMITO	R11	63	1,3	81	0,3
	COLICO RENAL NO ESPECIFICADO	N23	37	0,8	77	0,3
	TRASTORNOS DE LA FUNCION VESTIBULAR	H81	42	0,9	77	0,3
	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	N18	3	0,1	74	0,3
	HEMORROIDES	I84	14	0,3	72	0,3
	ANOMALIAS DENTOFACIALES [INCLUSOLA MALOCLUSION]	K07	23	0,5	65	0,3
	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	K92	11	0,2	60	0,3
	TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y DE LA ERUPCION DE LOS DIENTES	K00	16	0,3	59	0,3
	HEMORRAGIA PRECOZ DEL EMBARAZO	O20	9	0,2	46	0,2
	PANCREATITIS AGUDA	K85	5	0,1	45	0,2
	OTROS TRASTORNOS TIROIDEOS	E7	6	0,1	40	0,2
	EXAMEN GENERAL E INVESTIGACION DE PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNOSTICO INFORMADO	Z00	15	0,3	35	0,1
	OTRAS EMBOLIAS Y TROMBOSIS VENOSAS	I82	3	0,1	34	0,1
	TRASTORNOS NUTRICIONALES METABOLICOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	E90	3	0,1	34	0,1
FALSO TRABAJO DE PARTO	O47	7	0,1	31	0,1	
ALTERACIONES DE LA VOZ	R49	20	0,4	29	0,1	
DESPRENDIMIENTO Y DESGARRO DE LA RETINA	H33	3	0,1	27	0,1	

	GLAUCOMA	H40	8	0,2	26	0,1
	OTROS EXAMENES ESPECIALES PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNOSTICO INFORMADO	Z01	14	0,3	26	0,1
	TRASTORNOS DEL NERVIOTRIGEMINO	G50	5	0,1	23	0,1
	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES	I83	5	0,1	22	0,1
	OTRAS OSTEOCONDROPATIAS	M93	12	0,2	22	0,1
	EPILEPSIA	G40	3	0,1	20	0,1
	OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DE LA LENGUA, DE LA BOCA Y DE LA FARINGE	Q38	1	0,0	20	0,1
	DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO	O24	3	0,1	15	0,1
	URTICARIA	L50	8	0,2	14	0,1
	GOTA	M10	9	0,2	13	0,1
	CATARATA SENIL	H25	6	0,1	12	0,1
	OTRAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL HIGADO	K75	6	0,1	8	0,0
	MALESTAR Y FATIGA	R53	3	0,1	4	0,0
	DONANTES DE ORGANOS Y TEJIDOS	Z52	3	0,1	3	0,0
	RINITIS ALERGICA Y VASOMOTORA	J30	3	0,1	3	0,0
	TRASTORNOS NO ORGANICOS DEL SUENO	F51	3	0,1	3	0,0
	ANORMALIDADES DE LA RESPIRACION	R06	1	0,0	2	0,0
	TOS	R05	1	0,0	1	0,0
	HEMORRAGIAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	R04	1	0,0	1	0,0
	OTROS TRASTORNOS DEL OIDO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	H93	1	0,0	1	0,0
	CALCULO DEL RINON Y DEL URETER	N20	0	0,0	0	0,0
Salud mental	REACCION AL ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	F43	200	4,1	3083	13,1
	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	F33	110	2,3	2700	11,5
	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	F41	83	1,7	1267	5,4
	EPISODIO DEPRESIVO	F32	42	0,9	898	3,8
	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	F31	20	0,4	389	1,7
	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	F60	17	0,3	168	0,7
	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMPLEO Y EL DESEMPLEO	Z56	17	0,3	113	0,5
	TRASTORNOS FOBICOS DE ANSIEDAD	F40	4	0,1	18	0,1
	ESQUIZOFRENIA	F20	1	0,0	9	0,0
Traumatológicas	DORSALGIA	M54	517	10,6	1677	7,1
	LUXACION, ESGUINCE Y TORCEDURA DE ARTICULACIONES Y LIGAMENTOS DE LA RODILLA	S83	77	1,6	766	3,3
	FRACTURA DEL PIE, EXCEPTO DEL TOBILLO	S92	17	0,3	295	1,3
	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	S60	14	0,3	238	1,0

	TRASTORNOS DEL DISCO CERVICAL	M50	8	0,2	222	0,9
	GONARTROSIS	M17	28	0,6	163	0,7
	LUXACION, ESGUINCE Y TORCEDURA DE ARTICULACIONES Y LIGAMENTOS DEL TOBILLO Y DEL PIE	S93	28	0,6	131	0,6
	LARINGITIS Y TRAQUEITIS AGUDAS	J04	76	1,6	123	0,5
	SINOVITIS Y TENOSINOVITIS	M65	31	0,6	89	0,4
	LESIONES DEL HOMBRO	M75	15	0,3	64	0,3
	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL TORAX	S20	8	0,2	39	0,2
	FRACTURA DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	S42	1	0,0	30	0,1
	OTROS TRAUMATISMO Y LOS NO ESPECIFICADOS DE CABEZA	S09	5	0,1	15	0,1
	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL CUERPO	T00	5	0,1	6	0,0
	HERIDA DE LA MUNECA Y DE LA MANO	S61	2	0,0	3	0,0
Tumorales/ oncológicas	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	C50	53	1,1	1137	4,8
	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	C61	5	0,1	165	0,7
	TOTAL		4885	100,0	23494	100,0
Fuente: elaboración Propia						

Anexo B. Marco normativo que regula las condiciones laborales de los profesionales de salud pública de la provincia

Decreto 2366/14. Dedicación exclusiva sanitaria; Régimen laboral; Guardias profesionales; Adicionales profesionales. (Decreto N° 2366/ 2014) Agrupamiento profesional universitario bajo sistema de dedicación exclusiva sanitaria: Comprende al personal que requiere acreditar formación de grado o superior para el desempeño de su tarea, bajo alguna de las dos condiciones subsiguientes: Médico; odontólogo; bioquímico; farmacéutico. Estarán obligatoriamente comprendidos dentro del sistema de dedicación exclusiva sanitaria. El régimen de trabajo exigible al agente es de 40 horas semanales, distinguidas según las necesidades del servicio, más la concurrencia fuera de ese horario o cuantas veces resultare necesario por razones de servicio, sin perjuicio del franco semanal y licencias reglamentarias. La dedicación exclusiva sanitaria es incompatible con toda otra tarea, rentada o no, relacionada con

la profesión, u otra que altere el normal desempeño de su tarea, excepto la docencia, la investigación y la actividad pericial.

Este régimen implica la aceptación de las siguientes condiciones: 1. Disponibilidad institucional: todo cumplimiento de las actividades planificadas para el desarrollo de las tareas propias de su profesión, que comprometan directamente la prestación de servicio. 2. Disponibilidad para el Ministerio de Salud: respuesta a requerimientos excepcionales de orden público cuando exista una necesidad debidamente justificada. 3. Disponibilidad de actividades no asistenciales de importancia sanitaria: de planificación, capacitación o asesoría técnica vinculada a la calidad de atención en materia de salud pública, 4. Disponibilidad para cubrir guardias: respuesta, dentro de límites exigibles y de acuerdo a los alcances del apartado de referencia, para garantizar la cobertura del sistema de acuerdo a las necesidades del servicio en el que reviste el agente en casos excepcionales aquellos vinculados a su competencia. Esta disponibilidad es optativa para aquellos agentes que hayan cumplido 20 años bajo el sistema de dedicación exclusiva sanitaria o 50 años de edad, excepto situaciones de emergencia justificada.

Guardias profesional universitario. Activa: personal que permanece en forma continúa en el establecimiento más allá de la jornada laboral habitual. Cada agente podrá cumplir hasta 24 horas de guardia activa consecutivas como máximo cada vez, las que darán derecho a un periodo de descanso inmediato de igual duración, cuando sean de 24 horas. La afectación al servicio podrá ser durante 24, 12, u 8 horas corridas.

Pasiva. Debe permanecer dentro del ejido urbano al que pertenece el establecimiento. Obligación de prever los medios con los que el establecimiento lo localizara en caso de necesitarlo.

Decreto 3413/79. Régimen de Licencias, Justificaciones y Franquicias. (Licencias por enfermedad). Capítulo III: Licencias especiales. (Decreto N° 3412/79) Artículo 10. Las licencias especiales se acordarán por los motivos que se consigna y conforme a las siguientes normas:

a) Afecciones o lesiones de corto tratamiento. Para la atención de afecciones o lesiones de corto tratamiento, que inhabiliten para el desempeño del trabajo, incluidas operaciones quirúrgicas menores, se concederán 45 días corridos de licencia por año calendario, en forma continua o discontinua, con percepción íntegra de haberes. Vencido este plazo, cualquier otra licencia que sea necesario acordar será sin goce de haberes.

- b) Enfermedad en horas de labor. Si por enfermedad, el agente debiera retirarse del servicio, se considerará el día como licencia por enfermedad de corto tratamiento si hubiere transcurrido menos de media jornada de labor, y se le concederá permiso de salida, sin reposición horaria, cuando hubiere trabajado más de media jornada.
- c) afecciones o lesiones de largo tratamiento. para la atención que inhabiliten para el desempeño del trabajo y para los casos de intervenciones quirúrgicas no comprendidas en el inciso a) "afecciones o lesiones de corto tratamiento", hasta 2 años con goce íntegro de haberes, 1 año con el 50% y 1 año sin goce de haberes, vencido el cual quedará extinguida la relación de empleo.
- d) Accidentes de trabajo o enfermedad profesional, se concederá hasta 2 años con goce íntegro de haberes, 1 año con el 50% y 1 año sin goce de haberes, vencido el cual quedará extinguida la relación de empleo.
- e) Incapacidad. Cuando se compruebe que las lesiones o enfermedades por las que se hubiera acordado licencia con arreglo a lo previsto en los incisos c) "afecciones o lesiones de largo tratamiento" y d) "accidentes de trabajo", son irreversibles o han tomado un carácter definitivo, los agentes afectados serán reconocidos por una junta médica del ministerio de salud y acción social, el que determinará el grado de capacidad laborativa de los mismos, aconsejando en su caso el tipo de funciones que podrán desempeñar, como así también el horario a cumplir, que no podrá ser inferior a 4 horas diarias. Esta excepción se acordará con goce íntegro de haberes por un lapso que no podrá extenderse por más de 1 año en todo el curso de su carrera. En caso de que la incapacidad dictaminada sea total, se aplicarán las leyes de seguridad social.
- g) Las licencias por maternidad, se acordarán conforme a las leyes vigentes (Ley N° 911) a petición de parte y previa certificación de autoridad médica competente que así lo aconseje, podrá acordarse cambio de destino o de tareas a partir de la concepción y hasta el comienzo de la licencia por maternidad. El personal femenino podrá gozar con goce íntegro de haberes por el término de 210 días corridos. Siendo 30 días previos a la fecha probable de parto, y 180 días posteriores al parto. En caso de parto múltiple, el período siguiente al parto se ampliará en 10 días corridos por cada alumbramiento posterior al primero.
- j) atención del grupo familiar que se encuentre enfermo o accidentado y requiera la atención personal del agente, hasta 20 días corridos por año calendario, continuos o discontinuos, con goce de haberes.