

Article: Revisión

Shift schedules among healthcare personnel

Régimen de turnos en el personal de salud

¹Dioselina Anchundia Talledo  .¹ Universidad del Pacífico Ecuador, Ecuador*Corresponding author: Dioselina Anchundia Talledo 

Submitted: 26-03-2024

Revised: 01-04-2024

Accepted: 14-05-2024

Published: 15-06-2024

Cite as:

Anchundia Talledo, D. (2024). Régimen de turnos en el personal de salud. *Genius-Pro Science*, 2(1), 1-7. <https://science.genius-pro.org/index.php/gps/article/view/15>

ABSTRACT

Objective: to analyze the relationship between shift schedules and quality of life among physicians and nursing professionals at Hospital General Docente Ambato, Ecuador. Method: an observational, non-experimental, cross-sectional study with descriptive and comparative scope was conducted. The population comprised 307 healthcare professionals working 8-, 12-, and 24-hour schedules. Quality-of-life dimensions, particularly physical functioning, were assessed and compared across shift schedules and by sex. Results: personnel working rotating 24-hour shifts showed higher physical-function scores than those working 8- and 12-hour shifts; the available records described no conclusive difference between the latter two groups, but the original test statistic and p value are not available for re-audit. Women reported lower quality-of-life levels. Conclusion: the relationship between shift duration and quality of life was not linear. These findings do not establish that 24-hour shifts are universally beneficial, because the cross-sectional design cannot demonstrate causality and shift-work tolerance may depend on recovery time, schedule sequence, workload, and individual characteristics. Institutional scheduling should integrate surveillance of fatigue, sleep, recovery, and well-being.

Keywords: shift work; healthcare personnel; quality of life; physical functioning; nursing; occupational health.

RESUMEN

Objetivo: analizar la relación entre el régimen de turnos y la calidad de vida en médicos y profesionales de enfermería del Hospital General Docente Ambato, Ecuador. Método: estudio observacional, no experimental y transversal, con alcance descriptivo y comparativo. La población estuvo constituida por 307 profesionales distribuidos en modalidades de 8, 12 y 24 horas. La valoración consideró dimensiones de calidad de vida, con énfasis en la función física, y comparó los resultados entre modalidades de turno y según sexo. Resultados: el personal asignado a turnos rotativos de 24 horas presentó puntuaciones superiores en la dimensión de función física respecto de los grupos de 8 y 12 horas; entre estos dos últimos los registros consignaron ausencia de una diferencia concluyente, pero no se conservan el estadístico ni el valor p para reauditar esa comparación. Las mujeres reportaron niveles inferiores de calidad de vida. Conclusión: la relación entre duración del turno y calidad de vida no fue lineal. Los hallazgos no permiten afirmar que los turnos de 24 horas sean universalmente beneficiosos, pues el diseño transversal no establece causalidad y la tolerancia al trabajo por turnos puede depender de recuperación, secuencia de horarios, carga asistencial y características individuales. La planificación institucional debe integrar vigilancia de fatiga, sueño, recuperación y bienestar.

Palabras clave: trabajo por turnos; personal de salud; calidad de vida; función física; enfermería; salud ocupacional.

INTRODUCCIÓN

Los servicios sanitarios requieren continuidad asistencial durante las 24 horas, lo que obliga a organizar el trabajo mediante jornadas diurnas, nocturnas y rotatorias. Esta organización temporal permite sostener la atención, pero también modifica los periodos de sueño, recuperación y vida social de los profesionales. Por ello, la duración del turno no debe analizarse de forma aislada: su impacto depende de la secuencia de jornadas, la frecuencia de noches, el tiempo de descanso entre turnos, la carga asistencial y la posibilidad real de recuperación.

La literatura disponible antes de la recepción del manuscrito había relacionado el trabajo por turnos con alteraciones del sueño, fatiga, malestar psicológico, burnout y riesgos para la seguridad asistencial. Sin embargo, los resultados no son uniformes. Algunos estudios han mostrado que jornadas más prolongadas pueden concentrar el tiempo laboral y aumentar los días libres, mientras otros advierten que la extensión de la jornada incrementa la somnolencia y el riesgo de errores. Estas diferencias obligan a interpretar los horarios dentro de su contexto organizativo.

La calidad de vida ofrece una perspectiva integradora para valorar estas consecuencias. Incluye componentes físicos, emocionales y sociales y permite observar cómo las exigencias del trabajo se relacionan con el funcionamiento cotidiano. En personal sanitario, la función física resulta especialmente relevante porque las tareas combinan permanencia de pie, movilización de pacientes, desplazamientos, trabajo bajo presión y recuperación irregular.

Las diferencias por sexo también merecen consideración. La exposición laboral puede coexistir con responsabilidades domésticas y de cuidado, disponibilidad desigual de tiempo de recuperación y distintas condiciones de conciliación. Por ello, identificar variaciones de calidad de vida según sexo puede aportar información útil para el diseño de políticas de bienestar sin asumir que esas diferencias responden a una única causa.

En el Hospital General Docente Ambato coexistían modalidades de 8, 12 y 24 horas. Esta diversidad ofreció la oportunidad de comparar la calidad de vida entre grupos sometidos a esquemas temporales distintos. El objetivo fue analizar la relación entre régimen de turnos y calidad de vida en médicos y profesionales de enfermería, con especial atención a la función física y a las diferencias según sexo.

METHOD

Diseño y ámbito

Se realizó un estudio observacional, no experimental y transversal, con alcance descriptivo y comparativo, en el Hospital General Docente Ambato, Ecuador. La medición se efectuó sin modificar la organización habitual de los turnos.

Población

La población estuvo conformada por 307 médicos y profesionales de enfermería que desarrollaban actividades asistenciales bajo tres modalidades de jornada: 8, 12 y 24 horas. La distribución numérica

completa por modalidad no quedó documentada con suficiente precisión; por ello, el análisis se limita al tamaño total y a las modalidades comparadas, sin asignar frecuencias de subgrupo no demostrables.

Variables y análisis

La variable de exposición fue la modalidad de turno. La variable de resultado fue la calidad de vida, examinada mediante sus dimensiones, con énfasis en función física. También se consideró el sexo como característica de comparación. El análisis comparó los grupos según modalidad de turno. Debido a que no se conservan los estadísticos exactos ni sus valores p, las diferencias se describen únicamente en el nivel cualitativo documentado, sin atribuir magnitudes o significación que no puedan verificarse.

La documentación disponible no identifica con precisión el instrumento de calidad de vida, su versión ni las reglas de puntuación, y tampoco conserva los tamaños de los subgrupos por modalidad, los estadísticos de contraste o los valores p. Por ello, los patrones comparativos se presentan como hallazgos consignados en el estudio y no como estimaciones inferenciales reproducibles.

Consideraciones de interpretación

Por tratarse de un estudio transversal, las diferencias entre modalidades describen asociaciones y no demuestran que la duración del turno cause mejores o peores resultados. Factores como edad, profesión, antigüedad, número de noches, descanso entre jornadas, segundo empleo, carga familiar, cronotipo y carga asistencial pueden modificar la relación observada.

RESULTS

La población analizada estuvo integrada por 307 profesionales. La comparación se realizó entre tres modalidades de jornada. La documentación del estudio muestran un patrón diferencial en la dimensión de función física y diferencias de calidad de vida según sexo.

Tabla 1

Síntesis del diseño comparativo

Elemento	Descripción
Población total	307 médicos y profesionales de enfermería
Modalidades comparadas	8, 12 y 24 horas
Resultado principal	Calidad de vida; énfasis en función física
Comparaciones	Entre modalidades de turno y según sexo

Nota. No se reconstruyen tamaños de subgrupos no conservados de forma verificable en los documentación del estudio.

El grupo con turnos rotativos de 24 horas presentó mejores resultados en función física que los grupos de 8 y 12 horas. Entre las modalidades de 8 y 12 horas, la documentación del estudio describieron ausencia de una diferencia concluyente; no se conservan el estadístico, el valor p ni los tamaños de los subgrupos para reauditarla. Este patrón indica que, en la población estudiada, una mayor duración nominal del turno no se correspondió de manera simple con peor función física.

Tabla 2

Hallazgos principales según modalidad de turno y sexo

Comparación	Hallazgo
24 h frente a 8 h	Mayor función física en el grupo de 24 h
24 h frente a 12 h	Mayor función física en el grupo de 24 h
8 h frente a 12 h	Registro histórico de ausencia de diferencia concluyente; estadístico no disponible
Sexo	Las mujeres reportaron menor calidad de vida

Nota. Los hallazgos expresan asociaciones observadas en un diseño transversal. No deben interpretarse como efectos causales de la duración del turno.

La menor calidad de vida reportada por las mujeres constituye un segundo resultado relevante. El dato sugiere una distribución desigual del bienestar dentro de la población estudiada, pero los documentación del estudio no permiten atribuir esa diferencia a una causa específica ni separar el efecto de profesión, responsabilidades extralaborales u otras variables potencialmente relacionadas.

DISCUSSION

El resultado más llamativo fue que la función física fue superior en quienes cumplían turnos rotativos de 24 horas respecto de los grupos de 8 y 12 horas. Este hallazgo debe interpretarse con especial cautela. La duración de la jornada representa solo una parte de la arquitectura del horario: un turno prolongado puede ir acompañado de periodos de descanso más extensos, menor frecuencia de desplazamientos o secuencias diferentes de recuperación. Sin información completa sobre estas características, no es metodológicamente válido concluir que las 24 horas produzcan una mejor calidad de vida.

La evidencia previa ha mostrado resultados heterogéneos al comparar duraciones de turno. Las revisiones sobre personal de enfermería han advertido que las jornadas prolongadas pueden incrementar fatiga y somnolencia, pero también que la experiencia del trabajador depende de la distribución del descanso y de la organización local. Esta heterogeneidad coincide con el patrón observado: los grupos de 8 y 12 horas no presentaron diferencias significativas entre sí, lo que cuestiona cualquier interpretación lineal basada únicamente en el número de horas.

Desde la fisiología circadiana, el momento del trabajo y la secuencia de rotación pueden ser tan importantes como la duración. El trabajo nocturno obliga a mantener actividad durante la fase biológica destinada al sueño y puede reducir la cantidad y calidad de la recuperación diurna. Las rotaciones rápidas, los retornos cortos entre jornadas y las series consecutivas de noches pueden aumentar la deuda de sueño. Por tanto, una política de turnos debería evaluar la jornada dentro del ciclo completo de trabajo y recuperación.

La función física puede reflejar tanto condiciones laborales como mecanismos de selección. Es posible que profesionales con mejor tolerancia física permanezcan con mayor frecuencia en determinados esquemas, mientras quienes presentan problemas de salud soliciten o reciban otros horarios. Este

posible efecto del trabajador sano es una explicación alternativa que un diseño transversal no puede descartar.

La menor calidad de vida observada en mujeres requiere un enfoque organizacional y no esencialista. En los servicios sanitarios, las diferencias pueden relacionarse con distribución ocupacional, exposición a determinadas tareas, doble presencia laboral-doméstica, responsabilidades de cuidado y oportunidades de recuperación. Sin análisis multivariable no es posible establecer cuál de estos factores explica el resultado, pero sí justificar que la planificación de turnos incorpore evaluación de equidad y conciliación.

Las implicaciones para la gestión hospitalaria son directas. La selección de horarios no debería basarse únicamente en preferencias operativas ni en una supuesta superioridad universal de una duración específica. Resulta más apropiado monitorizar sueño, fatiga, incidentes, ausentismo, satisfacción y calidad de vida, y revisar periódicamente las secuencias de rotación. La participación del personal en el diseño de horarios puede además mejorar aceptabilidad y detectar combinaciones particularmente difíciles.

En materia de seguridad asistencial, la literatura ha relacionado fatiga y privación de sueño con deterioro de la atención sostenida y mayor probabilidad de errores. Aunque el presente estudio no evaluó eventos adversos, esta evidencia contextual refuerza la necesidad de que la calidad de vida del trabajador se considere parte de la calidad y seguridad de la atención.

El estudio aporta información local sobre una población numerosa de profesionales y compara tres modalidades existentes en un mismo hospital. Su principal fortaleza es que examina el fenómeno en condiciones reales de organización del trabajo. A la vez, la ausencia de seguimiento longitudinal y de información completa sobre la secuencia de turnos limita la posibilidad de explicar los mecanismos detrás de las diferencias observadas.

Limitaciones

El diseño transversal impide establecer temporalidad y causalidad. Los registros conservados no permiten reconstruir con suficiente precisión el número de participantes en cada modalidad, la secuencia exacta de rotación, el número de noches consecutivas, los intervalos de descanso ni todos los estadísticos de contraste. Tampoco se dispone de ajuste multivariable por edad, profesión, antigüedad, segundo empleo, responsabilidades familiares, cronotipo o comorbilidad. En consecuencia, los resultados deben interpretarse como asociaciones descriptivas y comparativas de la población estudiada.

Implicaciones prácticas

Evaluar los turnos como ciclos completos de trabajo y recuperación, no solo por su duración nominal.

Vigilar periódicamente calidad del sueño, fatiga, calidad de vida, ausentismo e incidentes relacionados con somnolencia.

Evitar retornos excesivamente cortos y revisar las secuencias de noches consecutivas.

Incorporar la participación de médicos y personal de enfermería en el diseño y evaluación de los horarios.

Analizar diferencias por sexo y responsabilidades de cuidado para orientar medidas de conciliación y equidad.

Desarrollar estudios longitudinales con registro detallado de exposición horaria y ajuste por factores individuales y organizacionales.

CONCLUSIONS

El régimen de turnos se relacionó con diferencias de calidad de vida en los 307 profesionales evaluados. La dimensión de función física fue más favorable en el grupo de turnos rotativos de 24 horas que en los grupos de 8 y 12 horas, mientras para los grupos de 8 y 12 horas los registros describieron ausencia de una diferencia concluyente, sin conservar el estadístico original que permita reauditarla.

Este resultado no demuestra que los turnos de 24 horas sean superiores ni protectores. La relación entre organización temporal del trabajo y bienestar es multifactorial y puede depender de recuperación, secuencia de horarios, noches consecutivas, carga asistencial y características personales.

Las mujeres reportaron menor calidad de vida, hallazgo que justifica incorporar una perspectiva de equidad en la organización de jornadas. La gestión hospitalaria debería combinar necesidades asistenciales con vigilancia de fatiga, sueño, recuperación y bienestar.

Futuras investigaciones deberían documentar de manera longitudinal la exposición real a cada patrón de turnos, incorporar indicadores objetivos y subjetivos de sueño y fatiga, y utilizar análisis multivariantes que permitan distinguir el efecto independiente de la organización horaria.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

- Bernstrøm, V. H., Alves, D. E., Ellingsen, D., & Ingelsrud, M. H. (2019). Healthy working time arrangements for healthcare personnel and patients: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 19.
- Castillo Guerra, B., et al. (2022). Calidad del sueño y sistemas de turnos en personal de enfermería.
- Di Muzio, M., Diella, G., Di Simone, E., et al. (2019). Nurses and night shifts: poor sleep quality exacerbates psychomotor performance. *Frontiers in Neuroscience*, 13.
- Ganesan, S., Magee, M., Stone, J. E., et al. (2019). The impact of shift work on sleep, alertness and performance in healthcare workers. *Scientific Reports*, 9.
- Reisinho, P., et al. (2021). Shift work and burnout in nurses: a systematic review.
- Ritonja, J., Aronson, K. J., Matthews, R. W., et al. (2019). Working Time Society consensus statements: individual differences in shift work tolerance and recommendations for research and practice. *Industrial Health*, 57(2).
- Søvold, L. E., Naslund, J. A., Kousoulis, A. A., et al. (2021). Prioritizing the mental health and well-being of healthcare workers: an urgent global public health priority. *Frontiers in Public Health*, 9.
- Viana, M. C. O., et al. (2019). Quality of sleep and quality of life in day and night shift nurses.

FUNDING:

Los autores declaran que este estudio no recibió ningún tipo de financiación externa por parte de agencias públicas, privadas, ni de organizaciones sin ánimo de lucro. Todas las actividades de investigación, análisis y desarrollo fueron realizadas con recursos propios.

CONFLICT OF INTEREST:

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses relacionados con este estudio y que todos los procedimientos seguidos cumplen con los estándares éticos establecidos por la revista. Asimismo, confirman que este trabajo es inédito y no ha sido publicado, ni parcial ni totalmente, en ninguna otra publicación.

AUTHOR CONTRIBUTION

Nombres de autores e iniciales: Dioselina Anchundia Talledo (DAT)

1. Conceptualización: (DAT)
2. Curación de datos: (DAT)
3. Análisis formal: (DAT)
4. Adquisición de fondos:
5. Investigación: (DAT)
6. Metodología: (DAT)
7. Administración del proyecto: (DAT)
8. Recursos: (DAT)
9. Software:
10. Supervisión: (DAT)
11. Validación: (DAT)
12. Visualización: (DAT)
13. Redacción – borrador original: (DAT)
14. Redacción – revisión y edición: (DAT)