

Perspectiva de los médicos y médicas del área metropolitana sobre las condiciones laborales que afectan su salud física y mental

Resumen ejecutivo, discusión y conclusiones del estudio

Enrique Barilari ^{1*}
Jaime Sepúlveda¹
Rodrigo Sepúlveda²
Temístocles Molina³

ANTECEDENTES

En 2019 (pre pandemia Covid-19) se lleva a cabo estudio patrocinado por el Regional Santiago del Colegio Médico de Chile⁴ cuyo objetivo general fue “explorar las condiciones laborales que afectan la salud física y mental de médicos/as del área metropolitana, desde la perspectiva (percepción) de los médicos y médicas afiliados al Regional Santiago, con enfoque de género y de participación médica”.

Fundamentado en una extensa bibliografía consultada se formuló el marco teórico y orientó la metodología a seguir

Los objetivos específicos fueron:

I -Conocer la autopercepción de la situación de salud física y mental de los médicos y médicas del CRS del Colegio Médico de Chile asociadas al contexto laboral.

II- Identificar la percepción de los médicos y las médicas del CRS del Colegio Médico de Chile sobre el impacto de sus condiciones laborales, en su salud y bienestar.

III- Caracterizar las condiciones de trabajo y empleo de esos médicas y médicos del CRS

IV- Describir opiniones de médicos y médicas sobre posibles soluciones a sus problemas de salud, vinculadas a las condiciones de trabajo

Las hipótesis que se enunciaron fueron:

1. Las condiciones laborales afectan negativamente más la salud de las mujeres médicas y otros grupos vulnerables dentro del gremio.

2. Existen diferencias en la percepción de salud dependiendo el tipo de institución y las condiciones en que trabajan.

3. Existe una presión social hacia el gremio médico por priorizar el trabajo por sobre su salud y bienestar

4. El trabajo flexible, las horas de trabajo, los sistemas de turno y la falta de condiciones para la conciliación trabajo- familia impacta su salud física y mental.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Estudio cuali, cuantitativo (lo que permite una perspectiva amplia e integral del problema, incrementa la validez y entendimiento de los resultados permitiendo una visión más comprensiva y contextualizada de la realidad a investigar).

1 Médico. Chile. Correspondencia a: jsepulsa@gmail.com

2 Antropólogo. Chile.

3 Estadístico. Chile.

4 FONDOS CONCURSABLES CONSEJO REGIONAL SANTIAGO 2018 . Estudio disponible en Regional Santiago Colegio Médico de Chile

1. En cuanto al enfoque cuantitativo:

Se diseñó un estudio transversal y descriptivo, realizado entre septiembre y octubre de 2019. La población en estudio correspondió a los médicos/as activos/as afiliados/as al Colegio Médico registrados en Bases de datos del Regional Santiago del año 2019, descartando los correos inubicables (n=11.055). De la muestra seleccionada en 5 etapas de muestreos aleatorios hasta cubrir el padrón completo de socios/as activos/as, se obtuvieron 1.315 respuestas consideradas válidas. La composición muestral según sexo y edad, al diferir sensiblemente del universo confirmó la pertinencia de aplicar una ponderación por sexo y edad y también por la condición de especialista, lo que permitió que los resultados correspondan a la proporción de la población objeto de estudio.

La información se recopiló mediante la aplicación de un cuestionario auto administrado de opinión y percepción, enviado por correo electrónico (plataforma SurveyMonkey). Este cuestionario fue semiestructurado, precodificado y de carácter anónimo.

Las variables del estudio: sociodemográficas; laborales: lugar, organización del trabajo, percepción de riesgos físico y de salud mental, bienestar en el lugar de trabajo; variables psicosociales y de género: experiencia de violencia física, acoso laboral, acoso sexual; burnout, depresión, suicidalidad; errores médicos debido a sobrecarga laboral; falta de recursos, estrés laboral, doble presencia; variables de salud; uso de licencia médicas común, laboral y de salud mental; hábitos de consumo; estilo o calidad de vida: tiempo libre, vida familiar, sueño, actividad física, dieta. Variable abierta: sugerencias y propuestas.

En lo referente al Análisis estadístico: En una primera fase se realizó análisis descriptivo de la información. En una segunda etapa se midió la asociación entre las variables más significativas ('organización del trabajo' 'riesgo psicosocial', 'salud mental' y 'calidad de vida'), mediante las pruebas estadísticas Chi Cuadrado y Rao-Scott (muestras ponderadas).

Posteriormente se realizaron diversos tipos de análisis, incluyéndose modelos de regresión logística simple y múltiple para medir mediante el cálculo de OR (Odds Ratio) la asociación entre las variables 'estrés laboral'; 'riesgo de desgaste ocupacional' ajustado por sexo. Se construyeron tres modelos explicativos para la relación de condicionantes de trabajo y salud:

1) modelo sobre precariedad en salud; 2) modelo de organización del trabajo; 3) modelo de condicionantes de género, todos ellos ajustado por sexo; además, se incluyó para cada uno de los modelos un análisis estratificado por sexo. Dado que fue necesario ponderar la muestra, en este estudio se trabajó con análisis estadístico para muestras ponderadas (survey). Los datos del estudio fueron analizados utilizando el software estadístico STATA v12 (StataCorp LP, Texas, USA).

2. Estudio cualitativo:

Se utilizó una perspectiva narrativa de investigación cualitativa. Para la construcción de los datos se realizaron entrevistas semi estructuradas y un grupo focal, además del análisis de las respuestas a las preguntas abiertas de la encuesta. Además, las entrevistas en profundidad se utilizaron para el análisis de los resultados obtenidos a partir de la encuesta.

La Técnica de Grupo Focal se utilizó para explorar percepciones y demandas de médicos/as de Atención Primaria sobre problemas de salud en relación a sus condiciones laborales. Los resultados sirvieron para la interpretación de los resultados de los análisis cuantitativos.

Análisis de los Datos Cualitativos: Se realizó un análisis narrativo de las entrevistas, grupo focal y comentarios de las preguntas abiertas de la encuesta. Se aplicó un enfoque hermenéutico para generar categorías semánticas que sirvieron para orientar la construcción del cuestionario on line y para la interpretación de los resultados del análisis estadístico.

RESULTADOS

La presentación de los resultados del estudio se inicia con una visión descriptiva de los datos cuantitativos de la encuesta. Posteriormente, se desarrolla un análisis más complejo sobre los temas principales y emergentes los que fueron trabajados con una metodología mixta cuali-cuantitativa. De tal forma, se ordena la presentación por 8 capítulos: lugares de trabajo, atención primaria, formación, violencia, perfil de salud, salud mental, calidad de vida y género.

A continuación se presenta solamente el capítulo de Discusión y Conclusiones. El informe completo del estudio (276 páginas) más Anexos (300 páginas) está disponible en la biblioteca del Regional Santiago del Colegio Médico de Chile.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Cuando algo es necesario e imposible, hay que cambiar las reglas del juego

(Ibáñez: “El Regreso del Sujeto”, 1991) ⁵

Al alero del principio de subsidiaridad del Estado inscrito en la actual Constitución, se impone en salud un modelo de atención basado en un enfoque biomédico-asistencialista y una respuesta sanitaria centrada en prestaciones curativas, donde la racionalidad sanitaria tropieza con un sistema de salud fragmentado, evidenciado en el estudio por una práctica médica en un 50% mixta de carácter público-privado, con dos tercios de multiempleo; la planificación e integración en red es sustituida por un cuasimercado (Sojo, 2000), donde el rol público es desarticulado por lógicas ajenas de competencia, costo-beneficio, control administrativo-financiero y mercantilización. Esto implica una desvalorización del vínculo médico-paciente, pérdida de la autonomía profesional o desprofesionalización y la integración del médico/a con la comunidad.

La dimensión de integralidad ha sido reducida por la separación de funciones y la autonomía de la gestión hospitalaria. Eso significa que la atención primaria es relegada técnica y financieramente a un regulador de puerta de entrada del sistema, prestador de una canasta básica-mínima, con un nivel primario de baja resolutivez y reducida continuidad de la atención al estar divorciado de los otros niveles de la red asistencial. Esto genera una suerte de “urgencialización” de la atención hospitalaria por el debilitamiento de la APS. Además, el estudio detecta como otros factores importantes de frustración de las médicas y médicos un inadecuado sistema de referencia y contrareferencia, a lo que se suman las desiguales condiciones de trabajo, efectos negativos de la municipalización, escasez de recursos, etc. Por otro lado, el impacto de estas determinantes estructurales en APS se reconoce en el presente estudio en el alto nivel de insatisfacción y malestar, lo que se traduce en una alta rotación y menor antigüedad promedio de desempeño en atención primaria, entre otros efectos.

En este escenario, se observan nuevas fórmulas de traspaso de los riesgos tanto a los/as

profesionales como a la población usuaria, sin revertir la derivación masiva de recursos fiscales a empresas con fines de lucro, a través de los famosos ‘vouchers’ o modalidad de libre elección y la creciente compra de servicios desde el sector público al privado. El agotado esquema de paquetes básicos y el ineficiente subsidio a la demanda (asociado a ‘pago por prestaciones’ o ‘fee-for-service’ en inglés), serían complementados por nuevas fórmulas de control de costos como los grupos relacionados de diagnósticos, en que el logro en eficiencia se asocia en muchos casos, particularmente en sectores o países de ingresos bajos o medios, en un menoscabo de las dimensiones de equidad y calidad de atención (Kun Zou, 2020; Farrar, 2009).

La profundización en las últimas décadas hasta un extremo del modelo bancomundialista (Montoya, 2013⁶), se ha complejizado hoy por la transnacionalización y la entrada al mercado de grandes controladores privados pertenecientes a holdings internacionales, al alero del TLC con EEUU. El modelo de salud administrada ha hecho crisis en el mundo y el proceso de acumulación de los holdings los ha llevado a invertir en las ISAPRES y a la expansión de los megaprestadores de salud. El acelerado crecimiento del sector privado ha requerido una importante fuerza de trabajo médica, exigida en términos de intensidad de carga laboral y ampliación de jornada de trabajo. Además, el impacto en términos de precarización y desprotección social del trabajo médico bajo el régimen de megaprestadores, ha sido consignado en nuestro estudio y se evidencia por el multiempleo, inestabilidad laboral, contratos a honorarios, exceso de control administrativo, mayor número de horas de trabajo y la reducción de los tiempos de atención a los y las pacientes. Por su lado, el sector público ha incorporado modelos de gestión basados en la lógica de salud administrada, cuyos efectos se asemejan cada vez más a los niveles de vulnerabilidad laboral que se observan en el sector privado.

El estudio explora la relación estrecha entre modelo de salud y organización del trabajo, consustancial a la lógica de acumulación en el campo sanitario, donde incluso se busca responsabilizar al médico de la contención de costos. Las condiciones de trabajo asociadas a la atención

5 Citado por Presentación de Mario Testa al libro de Gastao Wagner de Sousa Campos “Gestión en Salud: En Defensa de la Vida”. 2001. 61 Sojo, A. Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Series de la CEPAL. Políticas Sociales. Julio 2000.

6 Montoya-Aguilar, C. La Salud Dividida. Chile 1990 – 2010. Ideología, Debates y Decisiones Acerca de la Salud: Lo que Dicen los Documentos del Período de los Gobiernos de la Concertación. Editorial CEIBO, 2013.

gerenciada resultaron ser predictores de insatisfacción y pérdida de bienestar de los médicos y las médicas. Esta forma de organización del trabajo impacta además, de modo significativo, en la práctica médica, la calidad de atención, la autonomía profesional y la confianza en la relación médico/a – paciente.

El estudio detecta como principal estresor la excesiva carga de trabajo, consustancial al modelo centrado en la productividad y racionalidad económica. En efecto, un 21% de colegas trabajan jornadas de 60 horas semanales o más, con un promedio de 54 hras/sem, asociado en 2/3 a modalidad de multitrabajo o multiempleo, con una mayor carga en el sector privado, sistema de turnos y en hombres. A la carga laboral se agrega tiempos excesivos de traslado mayores en mujeres y en la modalidad de multiempleo. En el ámbito internacional se estableció desde el año 1993 a nivel europeo, una carga horaria semanal de médicos/as en un máximo de 48 horas⁷, la cual rige también para los/as médicos/as en formación desde 2009. En Estados Unidos, a pesar de la alerta de la Academia Nacional de Medicina, (NASIM, 2019) por el alto impacto de la carga de trabajo en términos de burnout, no se han implementado medidas de regulación de la jornada determinada por el mercado.

De acuerdo a nuestro estudio, un factor central de insatisfacción con la organización del trabajo por parte de los médicos y las médicas se relaciona con el excesivo control administrativo en desmedro de la clínica. Ello conlleva a la pérdida de autonomía médica, desprofesionalización consignada en el estudio por una carga burocrática cada vez mayor a expensas del tiempo dedicado al paciente, y a los espacios de participación en reuniones técnico-administrativas, trabajo comunitario, diálogos clínicos y tiempo de formación, entre otros. Una queja recurrente en el estudio respecto de los sistemas de estadística e información, es su escasa utilidad y pertinencia para la práctica clínica, primando un diseño en base a indicadores administrativo – financieros y, la ausencia de seguimiento de resultados e impacto sanitario. Se impone una mirada productivista y de contención de costos, por sobre la lógica sanitaria. Las mediciones se desagregan por centros de costos, vinculando las prestaciones con los mecanismos de pago por acto médico o pago por prestación ('fee-for-service' en inglés) en términos de costo/

beneficio, sin importar la cobertura poblacional ni la necesaria evaluación de costo/efectividad, respecto del cumplimiento de objetivos sanitarios.

Tradicionalmente, la formación médica se tiende a caracterizar como autoritaria y patriarcal. Se trataría de una suerte de cultura institucional que se reproduce en el tiempo en los centros de formación y los espacios laborales. Los médicos y médicas en formación son los que más recientes la sobrecarga, el estrés, la discriminación de género y el trato autoritario que estaría naturalizado.

Por otro lado, la organización del trabajo no contempla la participación en la toma de decisiones. De acuerdo a nuestro estudio, desde la perspectiva del modelo de demanda-control de Karasek, existe una menor "latitud decisional" en el sector privado respecto del público. Dada la administración gerenciada, se privilegia el trabajo compartimentado y el peso de las decisiones recae en las jefaturas que tienden a imponer el cumplimiento de metas o indicadores de proceso y productividad, principalmente de número de prestaciones, limitando los espacios de participación, restringiendo las auditorías y los consejos técnicos.

El trabajo en equipo tiende a concebirse como la articulación entre los distintos actores involucrados en el acto médico. El estudio constató una percepción de menor grado de trabajo en equipo en el ámbito privado. En general, existirían tanto en lo público como en lo privado pocos espacios de reflexión sobre la práctica, dado que el trabajo se orienta al cumplimiento de metas y el rendimiento en el número de prestaciones realizadas.

Pese a tener una percepción general de vivir situaciones riesgo a la salud, sobre todo mental, por su actividad laboral, las médicas y médicos reportan un perfil de patologías de la esfera de enfermedad metabólica y riesgo cardiovascular, trastornos de ansiedad y depresión, hipotiroidismo, entre otras, todas ellas con franca asociación fisiopatológica con altos niveles de estrés. En un contexto de sobrecarga laboral, se observan en el estudio altos índices de automedicación, bajo cumplimiento de controles de salud y restringido uso de licencias médicas, entre otros indicadores preocupantes que tienen implicancias también en su práctica y la probabilidad de cometer errores.

La condición laboral de los riesgos registrados no parece ser adecuadamente identificada como

7 Council Directive 93/104/EC. Official Journal of the European Community. 1993;L307:18–24. [Google Scholar] [Ref list] 64 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being. Consultado en: <https://doi.org/10.17226/25521>.

generadora de patologías por parte los médicos y médicas. Se trataría de una invisibilización del impacto de las condiciones laborales sobre su situación de salud, lo que impide tomar medidas preventivas de salud y seguridad en el trabajo. Por otro lado, se reporta una baja preocupación de las jefaturas por el bienestar y la salud de las médicas y médicos en sus espacios de trabajo.

Los contextos laborales con fuertes asimetrías de poder favorecen conductas abusivas que derivan en violencia institucional. El riesgo de trastorno de salud mental en estos ambientes se hace patente al observar la asociación de acoso laboral por parte de jefatura o pares y el antecedente de ansiedad o depresión médicamente tratadas.

Desde la perspectiva de género, las mujeres médicas se ven más impactadas en términos de estrés por factores asociados a la organización del trabajo y condiciones laborales que se relacionan con las implicancias de la sociedad patriarcal en la configuración del trabajo médico. Las médicas presentan una mayor prevalencia por trastornos de salud mental y uso de licencias médicas por esta causa y, en contraste, un índice significativamente menor de coberturas de licencias por enfermedades profesionales respecto a los médicos.

Las médicas están más expuestas a la violencia interna, en términos de acoso laboral por parte de jefaturas y de pares, expresando importantes brechas de género. Lo observado en la relación por sexo entre uso de licencias laborales y victimización por acoso laboral, indicaría que en las médicas victimizadas existe una invisibilización de las causales laborales de trastornos derivados de ser víctimas de acoso en sus espacios de trabajo y esto podría deberse a una discriminación por parte de los organismos administradores de la ley 16.744.

Por otro lado, el trabajar en el sector público es un factor protector de acoso laboral por parte de jefaturas hacia las médicas. Esto podría asociarse a un menor control normativo de las jefaturas en el sector privado y otros factores que deben ser abordados en futuros estudios.

En relación a la doble presencia, si bien son las médicas las que ocupan más tiempo en actividades

de trabajo doméstico familiar, la preocupación por temas familiares cuando están en el trabajo tiene mayor impacto en términos de estrés y calidad de vida en los médicos. Esto puede relacionarse con las dificultades que genera la emergencia de nuevas masculinidades y roles de género para los médicos, en el contexto del conflicto familia – trabajo.

La calidad de vida de las y los médicos/as presenta resultados inquietantes relacionados con el ritmo de trabajo y las condiciones laborales; tales como descanso, horas de sueño, tiempo libre, principalmente. El nivel de estrés laboral se relaciona en forma directa con la calidad de vida, existiendo diferencias de género. Por ejemplo, el mayor tiempo destinado a traslado afecta más las médicas en términos de estrés, lo que se asocia a la exigencia de doble presencia. Las condiciones de trabajo en el sistema público y el régimen de turnos parecen estar afectando en mayor medida la percepción de bienestar de médicos y médicas, dando cuenta de factores estructurales de la organización del trabajo que inciden en la calidad de vida y deben ser abordados de manera integral.

Por otro lado, la escasez de recursos y brecha tecnológica en el sector público pone en jaque un ejercicio profesional acorde con estándares mínimos y reglas de la *lex-artis*, lo que obligaría al personal médico a tomar decisiones en contextos de conflictos éticos. A lo que se suma el estrés en las y los médicos por no poder cumplir con un tratamiento óptimo de sus pacientes. En algunos casos, esta conflictividad de la práctica médica sería un aliciente para trabajar en el sector privado; aunque en ese sector la falta de objetivos sanitarios y la orientación mercantil de la administración gerenciada implica también un dilema ético.

La aplicación de la encuesta en la que se basó este estudio se realizó antes de que nuestro país fuera afectado por la pandemia y la institucionalidad sanitaria fuera puesta a prueba. Los resultados obtenidos permiten contar con una línea base para posteriores estudios que permitan evaluar los efectos de la crisis sanitaria en la salud ocupacional de los médicos y las médicas.

1* Referencia póstuma:

En abril de 2022 fallece Enrique Barilari Davies, destacado epidemiólogo con una amplia trayectoria como salubrista, militante de la medicina social y la salud colectiva. Su compromiso con la defensa de los derechos humanos y de la salud en particular, quedan para siempre en la memoria de las comunidades, trabajadores de la salud y todos aquellos que le conocieron y compartieron junto a él los sueños de una sociedad más justa.

En el presente estudio cumplió la tarea de investigador principal, destacando su profesionalismo y la entrega de sus saberes y afectos al equipo que le acompañó en este empeño....Vaya nuestro reconocimiento....