



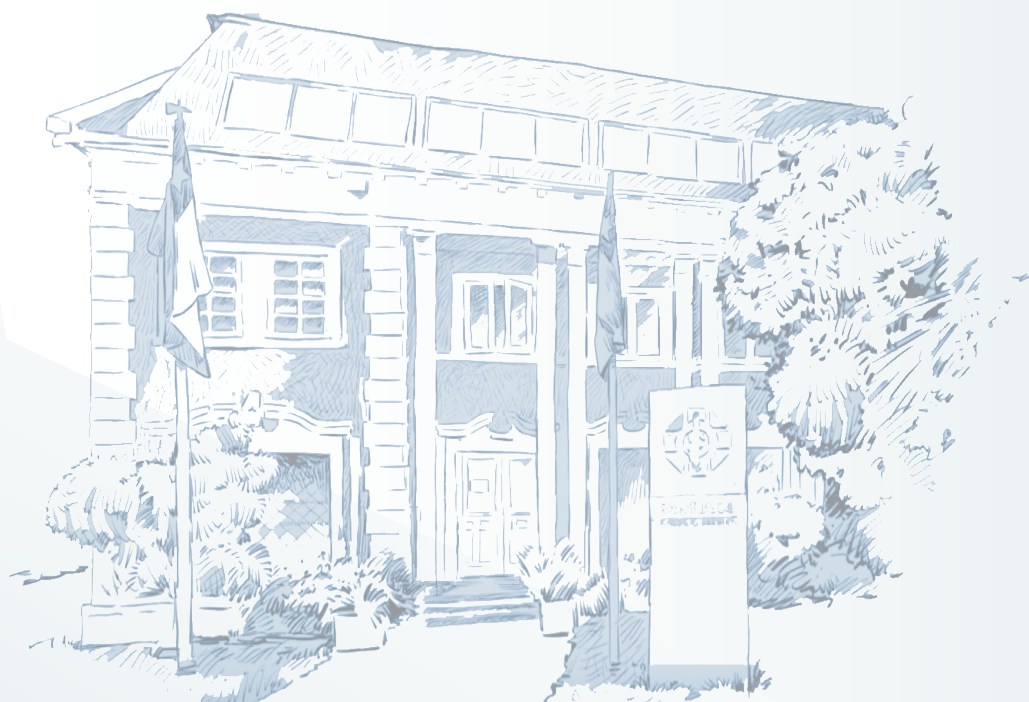
COLEGIO MÉDICO  
SANTIAGO

Financiamiento Fondo Concursable  
Consejo Regional Santiago | Colegio Médico de Chile A. G.

## RESUMEN EJECUTIVO

---

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



Autoría:

Enrique Barilari - Jaime Sepúlveda - Rodrigo Sepúlveda - Temístocles Molina

Febrero 2021



## 1.- ANTECEDENTES GENERALES

La encuesta "Percepción de los Médicos y Médicas del Área Metropolitana sobre las Condiciones Laborales que Afectan su Salud Física y Mental" se desarrolló entre los meses de septiembre y octubre de 2019, con 5 etapas de muestreos aleatorios y recordatorios hasta cubrir el padrón completo de socios/as activas/os, con sus cuotas al día, del Regional Santiago del Colegio Médico. Se obtuvieron 1.328 respuestas, de las cuales 1.315 se consideraron válidas, lo que da un índice de respuesta del 11,9%, desagregado en 15,2% en mujeres (754 de 4.948) y 9,2% en hombres (561 de 6.107).

La muestra se caracteriza por una distribución por Sexo y Grupo de Edad, con 57,3% de mujeres y 42,6% de hombres. La estructura etaria marca una mayor presencia femenina en todos los tramos de edad, particularmente en las personas más jóvenes. La composición muestral de preeminencia femenina difiere sensiblemente del universo, donde el predominio es masculino (55%). Ello confirmó la pertinencia de una ponderación por sexo y edad, recurriendo a un tercer elemento, la condición de (no) especialista, para resguardar la representatividad de la estructura sociodemográfica de la muestra.

La presentación de los resultados parte de 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 los siguientes capítulos: lugares de trabajo, atención primaria, formación, violencia, perfil de salud, salud mental, calidad de vida y género.



## 2.- LUGAR DE TRABAJO

### 2.1.- Práctica médica en un sistema de salud fragmentado:

Un desafío importante ha sido desentrañar a partir de los resultados del presente estudio, la relación entre trabajo y salud del personal médico, en el contexto de un sistema de atención de salud altamente fragmentado, asociado a una práctica médica diversa, predominantemente mixta público-privada (total 47%; mujeres 44% y hombres 52%), y una clara tendencia de género en cuanto a la práctica exclusiva en el sector público (42% de mujeres y 31% de hombres) y la inversa en el sector privado. Ello queda refrendado en la etapa cualitativa de entrevistas y focus group, donde se consignan demandas sentidas particularmente en el caso de las mujeres, de “horarios acotados y estables”, “jornada completa”, “más contrata y menos honorarios”, lo que podría contribuir retener a las profesionales en APS y Hospital Público, pese a las condiciones adversas de trabajo.

### 2.2.- La carga horaria semanal, principal componente de estrés crónico laboral:

La carga horaria semanal médica, de acuerdo con los resultados de este estudio, excede estándares internacionales. El valor promedio es 54 hrs/sem (con 52 en mujeres y 56 en hombres), siendo mayor la carga horaria semanal en el sector privado que en el público con 55 y 53 hrs/sem respectivamente. La mayor carga horaria se da en las urgencias, con 60 hrs/sem en Urgencia pública y SAPU, y 63 hrs/sem en Urgencia privada. La jornada semanal es mayor en hombres que en mujeres. Por otro lado, el impacto de la carga horaria en términos de estrés es mayor en la red asistencial pública (total OR 1,5; mujeres 1,6 con  $p < 0,02$ ; hombres 1,4 con  $p > 0,05$ ), donde predomina el desempeño femenino. Cabe señalar que dentro de las principales demandas médicas expresadas en la encuesta está la necesidad de regular y fiscalizar las horas de trabajo globales.



### **2.3.-Sobrecarga y estrés en modalidad de turnos:**

Por medio de regresión logística se identifica el impacto en términos de estrés de una carga horaria mayor o igual a 60 hrs/sem (OR 1,6 y  $p < 0,02$ ; mujeres 1,7 y hombres 1,6), destacando adicionalmente el peso de los turnos de urgencia, residencia o APS (total OR 1,3 y  $p > 0,05$ ; mujeres 1,5 y  $p < 0,03$ ; hombres 1,0 y  $p > 0,05$ ). A esto se agrega el modo relativamente común de contrato a 'honorarios' (OR 1,3; mujeres 1,5 y hombres 1,2;  $p > 0,05$ ). Los mayores índices de estrés se dan en SAPU/SAR (77%) y Urgencia Pública (70%). La duración y la falta de descanso compensatorio son dimensiones críticas de los turnos en el sector público; lo que se expresa en los relatos recogidos en la encuesta: "...he escuchado de colegas que hacen turnos seguidos por 36-48 hrs. (...) y policlínico en el mismo lugar de trabajo luego de 12-24 hrs de trabajo". En efecto, la principal demanda de los médicos y las médicas del sector público entrevistadas/os es reducir la extensión de los turnos de 24h, y contar con descanso post-turno.

### **2.4.- Los tiempos de traslado, bienestar y seguridad laboral:**

Los factores gravitantes de insatisfacción laboral detectados son:

- i. **Los tiempos de traslado:** son importante fuente de estrés, accidentes de trayecto y pérdida de calidad de vida. La prolongación de la jornada en más de 1 hora diaria por movilización afecta más a las mujeres (70%), y en menor medida a los hombres (64%), a pesar de un mayor multiempleo masculino.
  
- ii. **Las condiciones de bienestar del entorno, puesto de trabajo y privacidad laboral:** son referidas como insatisfactorias por un tercio de las/los colegas, con una marcada diferencia entre aquellos/as que trabajan en el sector público. En comparación, el grupo de colegas que se desempeña en el ámbito privado se presenta doblemente más satisfecho, contando con una mejor infraestructura, funcionalidad e higiene. No obstante, se percibe cierto malestar en el sentido de que está "todo enfocado en la productividad y no en las personas."



iii. **La inseguridad y percepción de riesgo físico y mental:** son una preocupación central con una percepción desfavorable de un 28% en riesgo físico y 62% en riesgo de salud mental, con predominio público y femenino en salud mental. Los mayores índices de riesgo físico y mental por lugar de trabajo se dan en SAPU (50% y 77% respectivamente), Urgencia Pública (43% y 70%) y Urgencia Privada (40% y 66%), asociados a “sobrecarga”, “maltrato laboral” y “agresiones”.

## **2.5.- La organización del trabajo y precarización:**

Una línea clave del estudio respecto a la organización del trabajo son los riesgos psicosociales, sobrecarga y factores de vulnerabilidad y precariedad laboral, donde se observan las siguientes situaciones:

### **2.5.1.-Las relaciones laborales precarias:**

Introducidas por los megaprestadores privados - según el relato del médico de una clínica se caracterizan por: *“las funcionarizaciones, los contratos disimulados, las grandes mascaradas al trabajo médico, las exigencias en tiempos que no están adecuadamente relacionadas con una relación médico-paciente”*. La tradicional ‘consulta médica’ independiente es absorbida por los megacentros, y el lugar central del interés del paciente es desplazado por los de la empresa, multiplicando los conflictos de interés a expensas de la autonomía clínica y ética profesional. La dependencia del ingreso en el Sector Privado de una modalidad generalizada de pago por acto o prestaciones realizadas, puede generar situaciones de precariedad económica ante imprevistos (lo cual es pevidente en pandemia): *“He tenido colegas que han tenido algunas otras patologías graves y que a los tres meses estaban prácticamente quebrados”* (testimonio de un médico que trabaja en el sector privado). Los márgenes de precarización se han ampliado por mecanismos que relacionan lo público con lo privado. El debilitamiento del Sector Público por la vía del traspaso de recursos a Sector Privado para resolver



la demanda insatisfecha ha sido gravitante como motor de la expansión de los megacentros. Asimismo, las formas de gestión precarizantes de lo privado han ido penetrando de rebote en lo público, lo cual es reportado en el estudio en su fase cualitativa en términos de los siguientes elementos: contratos inestables, sin previsión, o pago 'a honorarios', y otras formas de traspaso de riesgos y costos a los profesionales, de tipo 'salud administrada'.

Cabe señalar, que una fracción importante del contingente de primera línea en atención médica durante la actual pandemia de COVID19, se encuentra - según queda evidenciado en nuestra muestra - en gran medida desprotegida por estar trabajando 'a honorarios': SAPU (86%) y Urgencia Pública (20%).

**2.5.2.- Excesiva carga y burocratización a expensas de la práctica clínica:** causan grados de malestar con mayor insatisfacción en el sector público; la relación con 'estrés' se obtiene por regresión logística:

- i. La percepción de '**trabajar demasiadas horas diarias**' encabeza los factores estresantes con 67% (OR 2,8; mayor en la mujer con 3,0 que en el hombre con 2,7); el índice es similar entre sectores público y privado. En el primero, los valores máximos están representados por el SAPU (83%), Hosp/CDT/CRS y Urgencia (67% ambos) y CESFAM (63%) y en el segundo, se destacan las Consultas (71%) y Clínica (69%).
- ii. La '**sobrecarga burocrática**' se reporta como un problema mayor en un 65% (OR 2,5; mujeres 2,6 y hombres 2,2;  $p < 0,05$ ), desagregado con altos índices en Hosp/CDT/CRS (75%) y CESFAM (72%).
- iii. Un elevado '**temor a la judicialización**' afecta un 42% (OR 2,1; mujeres 2,2 y hombres 2,0;  $p$ - valores  $< 0,05$ ) con un peak en Urgencia Privada (58%) y nivel relativamente bajo en CESFAM (39%).



- iv. La percepción de no contar con **'tiempo para estudiar y actualización'** alcanza 38% (OR 2,1; mujeres 2,0 y hombres 2,3; p-values<0,05) y varía de 35% en Hosp/CDT/CRS a 48% en CESFAM.
- v. La **'sobrexigencia administrativa respecto del trabajo clínico'** (60%; OR 2,0; mujeres 2,4 y hombres 1,6; p<0,05) causan mayor afectación en Hosp/CDT/CRS (67%) y CESFAM (69%).
- vi. La percepción de **'escaso trabajo en equipo'** (15%; OR 1,3; mujeres 1,6 y hombres 1,0; p-values>0,05), es de un 12% en el Sector Público y de un 21% en el Sector Privado. Los espacios laborales donde hay menor percepción de trabajo en equipo son en lo privado, el Centro Médico (39%) y en lo público, el CESFAM (17%).
- vii. La falta de **'reconocimiento por parte de jefatura'** (30%; OR 1,3; mujeres 1,5 y hombres 1,1; p-values>0,05), es más común en el sector privado (32%) que en el sector público (28%).
- viii. La percepción de falencia de **'medidas para prevenir errores médicos'** es de 33% (OR 1,0; mujeres 0,8 y hombres 1,4; p-values>0,05), mayor en el sector público (37%) que el privado (25%); siendo en mayor grado en SAPU (61%) y menor en Clínica (26%).
- ix. La carencia de **'espacio de conversación y reflexión sobre la práctica clínica'** se manifiesta en un 38%, parejo entre sector público y privado. El espacio diálogo clínico se asocia estadísticamente como un factor protector del estrés (OR 0,9; mujeres 0,7 y hombres 1,0; p-values>0,05).



- x. Finalmente, respecto del conflicto familia-trabajo, un 43% de los médicos(as) reconocen '**preocupación por exigencias domésticas y/o familiares (siempre, muchas veces) durante su jornada laboral**'. Las mujeres lo hacen en un 48% y los hombres en un 35%. El impacto en términos de estrés es de un 70% mayor en contexto de doble presencia.

### 3.- ATENCIÓN DE SALUD PRIMARIA (APS)

La consolidación de la APS en tanto pilar del sistema y puerta de entrada a la red asistencial pública tiene como antecedente la experiencia del Centro de Demostración de Medicina Integral de Quinta Normal, desarrollada a partir de 1956, donde equipos de salud de cabecera, multidisciplinares, estaban a cargo de sectores territoriales con enfoque de salud familiar y comunitario. Posteriormente, la experiencia se masifica a través del SNS y se universaliza con la estrategia de atención primaria refrendada desde Alma Ata en 1978. A partir de 1981, se inicia un proceso de desarticulación y fragmentación del SNS, mediante la municipalización de la APS en coherencia con la lógica de desmantelamiento y privatización del SNSS en su conjunto.

El estudio proporciona algunas características del presente estado de situación en APS:

#### 3.1.- Distribución de horas en APS:

Del total de horas disponibles en la red asistencial público-privada, la Atención Programada representa el 17% de las horas médicas en CESFAM, CECOSF y COSAM (19% de médicas y 15% de médicos) y la Atención No Programada el 2% en SAPU y SAR (3% en hombres y sólo 1% en mujeres). La proporción de dedicación exclusiva es mayor que en otros campos clínicos de la red.

#### 3.2.- Tipo de Jornada de Trabajo en CESFAM, CECOSF y COSAM:

La jornada completa de 44 horas es la regla (total 67%; 70% en hombres y 65% en



mujeres), alcanzando con horario complementario (extensión horaria, turno SAPU, u otro) un total de 52 hrs/sem promedio. Es la carga horaria semanal más acotada del sector público asistencial. En las respuestas a la pregunta abierta de la encuesta se la considera, no obstante, en general excesiva y la organización del trabajo adversa, por un alto rendimiento de pacientes por hora y una rutina estresante, sin tiempo adicional asignado para administración, consejos técnicos, reuniones clínicas, educación y trabajo comunitario. Esto coincide en gran parte con los resultados del grupo focal con becarios de la especialidad de Medicina Familiar. Entre las propuestas registradas está la reducción de la jornada laboral de 44 a 40 horas.

### **3.3.- Tipo de Relación Contractual de Trabajo en APS:**

El Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal garantiza un régimen de 'contrata' alto de 90% y 10% a 'honorarios'. Los turnos de SAPU/SAR se realizan en modalidad de 'honorarios' en un 88%.

### **3.4.- Antigüedad en APS:**

La escasa estabilidad y alta rotación del personal médico son el mayor problema de la APS, donde la antigüedad promedio de 4,8 años es de las más bajas de toda la red (4,5 en hombres y 4,9 en mujeres). En contraste, en los niveles secundario y terciario de atención, CRS, CDT y Hospital la antigüedad promedio alcanza 11,4 años, algo mayor con 12,7 en hombres y 10,2 en mujeres.

### **3.5.- Especialidad compartida con APS:**

La presencia de especialistas básicos y, en particular, de medicina familiar aporta a la capacidad resolutive de la Atención Primaria. El 60% de los especialistas de medicina familiar de la muestra está en APS. Otro importante grupo de especialistas, son psiquiatras (18% de los psiquiatras de la muestra se desempeñan principalmente en COSAM). La participación de especialistas es referida como aún insuficiente en APS (focus): *"se ven muy poco. Yo creo que tiene que ver con que en general el mundo médico, a pesar de que en el discurso, porque la evidencia lo ha recontrado demostrado, que la atención primaria es importante, (...) en lo práctico, en términos*

de formación, la tendencia del médico es a la hiperespecialización”.

### **3.6.- Percepción de Riesgo y Estrés en APS:**

La APS presenta mayor percepción de riesgo físico (OR de 1,5;  $p < 0,001$ ) y riesgo de salud mental (OR de 2,4;  $p < 0,000$ ) en comparación con el resto de la red asistencial público – privada. En cuanto a las dimensiones de riesgo de 'estrés laboral' y 'temor de descuidar la atención por estrés' medidas como razón de disparidad (OR) de APS en relación al resto de la red, se obtiene un OR de 1,4 ( $p < 0,02$ ) y de 1,8 ( $< 0,000$ ) respectivamente. Entre los mayores estresores que se reportaron en el grupo focal de APS, está la rigidez de la agenda médica, el alto rendimiento exigido de atención de pacientes por hora y la concentración del trabajo en lo asistencial médico, sumado a los procesos administrativos autoritarios y abusivos que entorpecen la relación médica-paciente y del personal médico con el resto del equipo.

## **4.- ETAPA DE FORMACIÓN**

El período de formación en etapa de beca comprende un 59% de mujeres y un 41% de hombres. En postbeca es de 58% de mujeres y 42% de hombres. Se estudiaron los aspectos de organización del trabajo, percepción de riesgo de salud, estrés y desgaste ocupacional. Se destacan aspectos de la organización y carga de trabajo que afectan significativamente al personal médico en período de formación: La **'sobrecarga burocrática'** y la **'exigencia administrativa sobre la clínica'** generaría los mayores grados de insatisfacción en período de beca (75% y 69% respectivamente) y postbeca (70% y 62%). Se observan valores menores en etapa sin formación contingente (62% y 58%). En grupo focal con becarios se releva el peso de la burocracia, con sistemas de información en los CESFAM que afectan la atención de pacientes en la práctica clínica: *“piden hacer 3 formularios (...) además el genograma, el registro de familia y el riesgo familiar (..), algunos dejan de lado el examinar al paciente”*. La percepción de **'trabajar demasiadas horas diarias'** alcanza un 66% en beca, 54% en postbeca y 53 % en etapa no formativa. Como lo plantea un médico en formación de especialista, existiría la tendencia a normalizar la sobrecarga laboral y horaria como parte del “ethos” de la profesión médica: *“de autosacrificio,*



*(...) ser médico es como un apostolado, que uno tiene que morir aquí en el hospital. Percibe que se cuestiona a las generaciones más jóvenes por demandar más tiempo libre: “y eso también es un argumento que a veces ocupan los médicos mayores: ¡Ah, los millennial ya están reclamando... están llorando!”*

La percepción de **'temor a la judicialización'** es de menor afectación en becarias/os (22%) que en el resto de los encuestados/as (30%). Lo anterior sin duda contrasta con una percepción de mayor deficiencia en cuanto a **'medidas para prevenir errores médicos'**, más alta en beca (40%) y postbeca (39%), y mucho menor en etapa no formativa (29%). La doble presencia ocupa un lugar relevante en el período formativo de beca y postbeca con un mismo índice de 47% de conflictividad familia-trabajo debido a la **preocupación por asuntos familiares durante la jornada**, a diferencia del período no formativo con 40%.

La percepción de **estrés laboral** se estimó porcentualmente y como odd ratio por regresión logística, poniendo en evidencia un nivel muy alto en período de beca (76% y OR 1,5, desagregado en 1,6 en mujeres y 1,3 en hombres; p-values no alcanzan significación estadística). Durante el programa asistencial obligatorio (PAO) o postbeca alcanza un 68% y (OR 1,1 desagregado en 0,8 en mujeres y 1,7 en hombres; p-values > 0,05), siendo mucho menor en etapa no formativa (57%). Asimismo, el **'temor a no brindar buena atención por estrés'** presenta un padrón similar con mucho mayor afectación en período de beca. En general muchos de quienes terminan su período de devolución de beca abandonan el sistema público. En respuesta a la pregunta abierta de la encuesta, un ex becado señala: *“Me gusta trabajar en sistema público, pero por las condiciones actuales y calidad de vida, debería dejarlo al terminar el PAO. Una pena.”*

## 5.- VIOLENCIA LABORAL

La violencia laboral se encuentra entre las dimensiones menos estudiadas en el



ámbito médico y, no obstante, es el origen de un malestar que ha ido en aumento por el factor denuncia y la conciencia del severo impacto causado en la salud mental del personal afectado. Al respecto, la encuesta recoge 2.588 reportes de violencia laboral de tipo presencial (67%) o victimización (33%) ocurrida en el último año; ésta conlleva una denuncia en uno de cada 4 casos reportados. La prevalencia se puede expresar como razón del número de reportes por victimización directa o indirecta en el último año por 100 encuestados/as. La prevalencia de violencia 'integral' (todas las formas) es de 197 por 100 encuestados/as (2588 reportes /1315 encuestadas/os x 100).

La forma principal es la **violencia psicológica** con 1.939 reportes (75%), cuya expresión mayoritaria es el '**acoso laboral**' por parte de la jefatura con 524 reportes (20%; con una prevalencia de 44,7 por 100 encuestas en mujeres y de 33,3 por 100 encuestas en hombres) y por parte de colegas o integrantes del equipo de salud con 501 reportes (19%; prevalencia de 40,7 por 100 encuestadas y de 34,6 por 100 encuestados). La segunda categoría con similar peso es el **maltrato** por parte de pacientes o familiares con 914 reportes (35%; prevalencia de 75 por 100 en las médicas encuestadas y de 63 por 100 en los médicos encuestados).

En lo cualitativo, se pone en relieve la cultura institucional en relación al maltrato y autoritarismo de las jefaturas: *"Y más grave aún, lo que pasa es que estos patrones que son deshumanizados se van autoperpetuando. Porque muchos de mis colegas, cuando terminan la especialidad, entran en el mismo modo, o sea, no entienden que es súper asimétrica la relación, que hay bastante maltrato y caen en las mismas prácticas y lo normalizan"*.

La **violencia sexual** con 185 reportes (7% del total) se manifiesta principalmente en el contexto laboral e institucional (76%) en relación con la jefatura (24%) o con colegas o miembros del equipo (52%), siendo mucho menor este problema en el trato con la población en relación con pacientes o familiares (24%). El estudio detecta un profundo sello de género, siendo el nivel de victimización con denuncia por acoso



sexual de parte de la jefatura 7 veces más frecuente en mujeres que en hombres; la prevalencia de dicho acoso por parte de jefe es de 5,2 por 100 encuestadas y 1,1 por 100 encuestados y por parte de miembros del equipo o colegas, la tasa es de 9,0% en mujeres y 5,0% en hombres.

La **violencia física** por parte de pacientes o acompañantes reviste una prevalencia similar en ambos sexos, con un 30,9% en mujeres y un 31,9% en hombres. La distribución por lugar de trabajo identifica los mayores índices de agresión física de tipo presencial o victimización en el Sector Público (29% y 8% respectivamente), con un peak en Urgencias Públicas (41% y 10% respectivamente). También se observan altos índices en CESFAM (32% y 9% respectivamente) y Hospital/CDT (24% presencial y 6% en víctima). En tanto en el Sector Privado se presenta con 16% de presencialidad y 6% de victimización, enfrentando el problema más agudo en Urgencias Privadas (31% y 3% respectivamente) y un índice menor en Clínicas (15% y 5% respectivamente).

Finalmente, los hallazgos del presente estudio alertan sobre aspectos más preocupantes. Una especial atención merece la tendencia a la reincidencia de la victimización, un 16% de casos reporta múltiples episodios de cualquier tipo de violencia laboral en una misma o un mismo colega en todas sus formas. Un 29% de los casos reportados corresponde a un episodio único y un 56% de encuestadas/os reporta no haber sido víctima de alguna forma de violencia en el trabajo. Asimismo, un bajo índice de denuncia caracteriza el conjunto de situaciones de violencia en el trabajo, siendo más frecuente la violencia psicológica, con una brecha de 1 a 5 entre denuncia y reporte de victimización (lo cual se desagrega en 4,3 en hombres y 5,8 en mujeres).

## 6.- PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN

El trabajo médico por su alto riesgo y elevada carga fisiológica y psicológica demanda una salud compatible del personal médico. No obstante, el desempeño



profesional repercute en una autopercepción insatisfactoria respecto de la salud, hábitos de consumo no siempre saludables, una alta carga de trastornos psicosomáticos y problemas de salud tanto físicos como de salud mental y, un nivel de autocuidado y manejo muchas veces relegados ante las exigencias laborales del día a día.

### **6.1.- La Autopercepción de Salud:**

Arroja un resultado inesperado y paradójico respecto al proceso de salud-enfermedad-atención en la profesión médica. En efecto, sorprende en el grupo de colegas más jóvenes (menores de 35 años) una percepción respecto de su salud más deteriorada o insatisfactoria que en colegas mayores (OR 1,4;  $p < 0,006$ ), lo cual es un rasgo más marcado en el caso de jóvenes mujeres ( $p < 0,002$ ) que en sus pares hombres. Al cruzar el período de etapa de formación de beca o extra-beca (postbeca y etapa no formativa) con la autopercepción de salud, se manifiesta la misma evaluación negativa (OR=2,0;  $p < 0,0001$ ) respecto a la propia salud durante el período de beca, percepción que empeora en el caso de las mujeres (OR 2,2;  $p < 0,01$ ). La beca representa la etapa laboral de mayor exigencia profesional y consecuente desgaste en salud, cuya duración es comparativamente más corta que en países desarrollados y, por tanto, su intensidad mucho mayor; en parte, esto respondería a la urgencia de cerrar brechas de especialistas en el sector público, pero también de suplir una creciente demanda de ellos en el sector privado.

### **6.2.- Los Hábitos de Consumo según Etapa de Formación:**

Se estudiaron para un abanico de consumos desagregados por períodos de beca y extrabeca (es decir, postbeca y sin formación contingente), cuyos valores de odd ratio y p-value se presentan a continuación: (i) el **alcohol** destaca por un OR de 2,0, es decir, el consumo se duplica en período de beca respecto a otra etapa ( $p = 0,003$ ); (ii) **tabaco**, OR de 1,0 ( $p > 0,95$ ); (iii) **psicofármacos**, nuevamente el consumo casi dobla el de otro período con OR de 1,8 ( $p = 0,002$ ); (iv) **drogas**, consumo menor en beca con OR 0,93 ( $p > 0,95$ ); (v) **analgésicos**, serían al menos dos veces más recurridos por becarios/as con OR 2,2 ( $p < 0,004$ ). Dichos consumos están asociados a un período de

máxima carga de trabajo y estrés, donde la condición de salud del personal médico es percibida como más frágil.

### **6.3.- Síntomas Más Prevalentes y Percepción de Riesgo Laboral:**

Aparecen estrechamente asociados en nuestro estudio, siendo necesario ahondar sobre las importantes brechas en síntomas psicósomáticos respecto del resto de la población ya descritas en el primer capítulo, como es el altísimo índice de fatiga/cansancio en médicas (82%), que duplica lo encontrado por otra encuesta en trabajadoras (ENETS 2010; 38%). A partir del cruce entre percepción de riesgo físico y de salud mental, por un lado y, por el otro, de síntomas más recurrentes, se presentan los valores de odd ratio y p-value todos los cuales alcanzan rangos significativos ( $p < 0,05$ ): (i) la **Cefalea** ostenta un OR de 1,6, es decir, se manifiesta 1,6 veces más en presencia de riesgo físico laboral y OR de 2,1, es decir, ocurre 2,1 veces más cuando hay percepción de riesgo de salud mental; (ii) la **fatiga/cansancio** alcanza OR de 2,1 y 3,6 respectivamente; (iii) el **insomnio**, OR de 2,3 y 2,4; (iv) la **irritabilidad**, OR 2,3 y 3,7; (v) la **ansiedad**, OR 1,8 y 3,3; (vi) la **depresión coloquial** (autodiagnosticada) se traduce por OR de 1,7 y 3,2 cuando concurre una percepción de riesgos físico y de salud mental respectivamente. De un modo menos marcado, los otros síntomas estudiados tales como molestias intestinales, dolores musculoesqueléticos y trastornos del apetito muestran una similar tendencia.

### **6.4.- Los controles preventivos en salud:**

Parecen postergarse cuando más se necesitan, coincidiendo un menor nivel de uso de dichas prestaciones en contexto de mayor nivel de estrés laboral en colegas, con marcada gradiente de género (OR en mujeres 2,2; hombres 1,5; total 1,7;  $p\text{-values} < 0,05$ ). Una entrevistada refiere que por ritmo laboral de la profesión muchos colegas prefieren no asistir a controles médicos: “...tengo muchos colegas que no van a sus controles, de los que yo sé que están enfermos. Que no tienen tiempo, les salió, les salió, no sé po', un congreso. Por supuesto van a preferir ir a las otras cosas que ir al médico. Y mantienen los medicamentos mucho tiempo sin consultar al médico.”



### **6.5.- Los problemas de salud reportados:**

En cuanto a morbilidad declarada, afectan a un 41% de colegas, 43% de mujeres y 38% de hombres. El principal grupo de causas son patologías de riesgo cardiovascular (HTA, DM, EIC, etc.), cuya prevalencia estimada de 12% se desagrega en 9% en mujeres y 16% en hombres. El segundo gran grupo son los trastornos de salud mental con 6% de prevalencia estimada (depresión, trastorno de tipos adaptativo, de ansiedad, bipolar, etc.), 6% en mujeres y 4% en hombres. El reporte comprende diagnósticos únicos (30%) y múltiples o comorbilidad (11%). El diagnóstico simple más recurrente es hipertensión arterial con una prevalencia total de 7%, desagregado por sexo, 5% en mujeres y 10% en hombres, lo cual podría compararse favorablemente - según datos de la ENS 2017 - con el resto de la población adulta. Desde una perspectiva de género, llama la atención que el primer diagnóstico en la mujer sea hipotiroidismo' alcanzando un 8%. Sobresale la baja prevalencia de algunas patologías como diabetes mellitus con 0,6% en circunstancia que la resistencia a la insulina alcanza 1,7%.

Respecto del conjunto de las patologías reportadas, el **control** aparece bajo (total 34%; hombres 28% y mujeres 40%) y la adherencia a **tratamiento** alcanza un mayor nivel (total 73%; hombres 70% y mujeres 75%). En período de beca dicha asiduidad a tratamiento cae a 65% (68 y 63% respectivamente).

### **6.6.- Uso de Licencia Médica según Condición de Salud:**

Es tradicionalmente bajo en el personal médico. La cobertura en colegas que declaran enfermedad no difiere significativamente de quienes no reportan estar afectados por alguna patología: OR 1,2, p-value>0,05. Cuando se analiza por desempeño en modalidad privada exclusiva (OR 0,79; p>0,57) versus pública exclusiva o mixta (OR 1,3; p<0,04), es evidente que el uso de licencia médica disminuye por precariedad de la cobertura previsional de la medicina privada. Asimismo, destacamos el peso de la salud mental en el ausentismo médico: estrés laboral (OR 1,9; p<0,0000), ansiedad (OR 2,0; p<0,00005) y depresión tratada (OR 2,0;





$p < 0,00001$ ). Desde la perspectiva de una médica entrevistada, existe cierta presión social y un alto nivel de autoexigencia dentro del gremio que les inhibe a presentar licencias: *“yo creo que sí se sienten enfermos, pero es lo que yo decía hace un rato, que cómo voy a ser débil y voy a faltar tanto, o sea. Y hay muchos que van a trabajar si están resfriados. Van con todo tipo de patología, no toman licencia porque es mal visto que un médico tome licencia.”*

## 7.- SALUD MENTAL

La dimensión de salud mental ocupa un lugar central en términos de realización profesional y tiene un sensible impacto en la calidad de atención. Crece el consenso sobre la necesidad de una fuerte regulación de la carga y riesgos laborales, con especial atención respecto de la precarización laboral, la violencia en el trabajo y la invisibilización de la salud mental laboral. Nuestro país no escapa a una espiral ascendente de reclamos por demandas insatisfechas, inaceptable brecha tecnológica, encarecimiento de la medicina y aumento de la judicialización, lo cual deriva cada vez más en un ejercicio defensivo de la medicina expuesto a estrés, desgaste ocupacional, hasta depresión grave e incluso a casos de suicidio médico.

### 7.1.- Carga de Trabajo e Impacto en Salud Mental:

Se evidencia con un 57% y 73% mayor riesgo de estrés laboral y desgaste ocupacional (OR 1,6 y OR 1,7 respectivamente;  $p < 0,05$ ) al comparar horario semanal de 60 horas y más respecto a 44 horas o menos. El impacto de sobrecarga laboral es más acentuado en la mujer con 65% de incremento de riesgo de estrés ( $p > 0,06$ ) y 90% mayor riesgo de desgaste ocupacional ( $p < 0,014$ ); el impacto en el hombre sería menor, aunque sin significación estadística ( $p > 0,05$ ). Nuestro estudio no detecta una relación clara entre sobrecarga de la jornada laboral y la depresión coloquial ( $p > 0,11$ ) o depresión tratada ( $p > 0,17$ ).

### 7.2.- Salud Mental y Etapa de Formación:



Se relacionan con un mayor desgaste ocupacional ( $p < 0,000$ ) y depresión coloquial ( $p < 0,0015$ ) en etapa de beca; el riesgo en el hombre sería menor, aunque sin significación estadística ( $p > 0,05$ ). Entre las y los médicos en formación de especialista existe conciencia del riesgo en que se encuentran, asociado a la carga laboral y a la debilidad institucional para proteger a los y las becarios/as. Desde la perspectiva de un médico en beca de especialidad, existirían experiencias de acoso académico por parte de los docentes tutores durante la formación que se relaciona con una estructura autoritaria en el entorno laboral:

*“... en estructura médica laboral y de formación, están dadas todas las condiciones para que exista maltrato en todas sus dimensiones, porque es una relación completamente asimétrica, o sea, jerárquico, en términos de poder, administrativamente.”*

### **7.3.- Organización del Trabajo y Riesgo de Desgaste Ocupacional:**

Como ya comentamos los niveles de satisfacción respecto de factores organizacionales se correlacionan fuertemente con estrés laboral. Lo mismo ocurre con el riesgo de desgaste ocupacional ( $p < 0,05$ ).

### **7.4.- Temor a la Judicialización y Salud Mental:**

Son dos dimensiones altamente correlacionadas, siendo la relación ( $p < 0,05$ ) entre error médico y estrés laboral, riesgo de desgaste ocupacional y depresión tratada, probablemente bidireccional.

### **7.5.- Violencia y Salud Mental Ocupacional:**

Particularmente, la violencia psicológica como problema más prevalente y el acoso sexual en el trabajo, suelen repercutir en forma de intenso estrés crónico, manifestaciones psicósomáticas como cefalea, insomnio, fatiga/cansancio e irritabilidad y síntomas coloquiales ansioso-depresivos, riesgo de desgaste ocupacional (o riesgo de burnout) y, trastornos ansioso-depresivos graves ( $p\text{-valores} < 0,05$ ). La fuerza de asociación entre acoso laboral, por parte de jefatura en calidad presencial, o



victimización, con o sin denuncia, se traduce en 170% mayor 'riesgo de desgaste ocupacional' (OR 2,7); 140% más 'depresión coloquial'; y 160% mayor índice de 'depresión tratada' o 'grave' (p-values=0,000). No escapa a esta tendencia el impacto negativo de la victimización por 'violencia externa', referida a aquella proveniente de pacientes o familiares (c/s denuncia), con 180%, 60% y 90% más riesgo de burnout, depresión coloquial y trastorno depresivo grave, respectivamente (p-values<0,001). En cuanto a victimización por violencia sexual de parte de jefaturas o pares, la baja prevalencia no da cuenta del elevado impacto con OR de 3,9 en riesgo de desgaste ocupacional, OR 3,6 en depresión coloquial (p-values<0,001) y OR 2,4 en depresión tratada (p-values>0,06). En el presente estudio se estableció una relación entre presencialidad del acoso sexual por jefe, par o público, con cuatro veces más reporte de problemas de salud mental y dos veces en ocurrencia de ideación suicida entre pares (p<0,001).

#### **7.6.- Salud Mental y Lugar de Trabajo:**

Se asocian con importantes gradientes de 'riesgo percibido de salud mental' y de 'riesgo de desgaste ocupacional', con notorias diferencias entre sector público (71% y 61% respectivamente) y sector privado (48% y 45% respectivamente), en el contexto de una mayor demanda asistencial en APS, Hospitales y Urgencias. Efectivamente, el 'riesgo percibido de salud mental' y 'el riesgo de desgaste ocupacional' en APS, se presentan bastante altos, con 78% y 66% respectivamente. Le siguen Urgencia Pública con 71% y 64%, Hospital/CDT con 68% y 59%; mientras en Urgencia Privada alcanza 66% y 59%, Clínica 49% y 51% y Consulta 43% y 37% respectivamente. En el caso de la atención primaria una médica señala en la pregunta abierta de la encuesta: *"En CESFAM se trabaja de 08 a 17 sin parar, con pacientes cada 15-20 minutos, donde ni siquiera existe un descanso entremedio para ir al baño...9 horas de corrido sin parar agotan demasiado. Mentalmente uno termina destruída."*

#### **7.7.- Perfil de Salud Mental por Especialidades:**

Guarda un importante grado de correspondencia con estudios internacionales, siendo el grupo más expuesto al riesgo de burnout el de Medicina Intensiva y



Psiquiatría (80%, en ambos casos), Medicina de Urgencia (70%), Anestesiología (66%) y, también entre los más afectados se encuentran colegas sin especialidad (69%). En rango intermedio se encuentran Medicina Familiar (65%), Medicina Interna (58%) y Pediatría (62%), Gine-Obstetricia (53%) y Cirugía (51%), en contraste con especialidades como Traumatología (48%), Urología (43%) inesperadamente bajas, al nivel de las especialidades más pequeñas, como Otorrino y Oftalmología con 40 y 35% respectivamente.

### **7.8.- Gradiente de Severidad desde Riesgo de Desgaste Ocupacional a Depresión Grave:**

Resulta gravitante evaluar la incidencia secuencial e incremental de síntomas y trastornos de salud mental de origen laboral, para prevenir el avance de manifestaciones iniciales de burnout hacia síndromes depresivos severos, los cuales pueden volverse crónicos y desacoplarse de contextos laborales, siendo más difíciles de tratar. En el estudio se observa un 46% de 'riesgo de desgaste ocupacional' y un 9% de 'riesgo de burnout' acompañado de 'depresión grave', siendo ambos índices mayores en mujeres con 48% y 12%, que en hombres con 43% y 6% respectivamente. Los altos índices consignados exigen una conducta preventiva con enfoque institucional de riesgos psicosociales, género y violencia. En relación a la depresión, las y los colegas tenderían a consultar al especialista muy tardíamente, luego de haber presentado síntomas por largo tiempo e intentar sobrellevarlos, en muchas ocasiones mediante la automedicación, tal como relata un psiquiatra respecto a sus colegas: *"cuando llegan a consultar ya por trastornos del ánimo, han pasado mucho tiempo con síntomas ansiosos a largo plazo, a esto uno le llamaría síntomas por estrés...Entonces, a mí me llegan con depresión y ya vienen con esta historia de haber tomado benzodiazepinas...llegan al psiquiatra cuando ya toda esa contención no les sirvió"*.

## **8.- CALIDAD DE VIDA**

Actualmente es usual encontrar en la profesión médica un sentimiento de malestar,

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



frustración y desencanto. Emerge un contraste paradójico entre un alto compromiso médico en tiempos de pandemia y la inmensa desilusión del personal médico, generalizable al resto de trabajadores/as del sector salud respecto de la desprotección, vulnerabilidad y abandono institucional. La calidad de vida se ve profundamente afectada en aspectos estructurales de desprotección en salud e inseguridad laboral, pérdida de ingreso, dificultad de acceso a licencias médicas por contagio en trabajadoras/es a honorarios y contratados/as, complejizado por la falta de reconocimiento del factor laboral de contagio, especialmente en servicios sensibles como emergencias hospitalarias.

La pérdida de calidad de vida se hace evidente como factor estresante respecto de dimensiones como tiempo libre, vida familiar, actividad física, dieta equilibrada, sueño y vacaciones; al estimar por medio de regresión logística la concurrencia incremental de niveles insatisfactorios de dichos factores, constatamos el aumento del OR desde un valor de 2,5 cuando se afecta alguno de los 6 factores, hasta un OR mayor de 12 por afectación simultánea de los 6 factores.

### **8.1.- Tiempos de Traslado Diario y Calidad de Vida:**

Están asociados a estrés laboral cuando el tiempo de traslado sobrepasa dos horas diarias, con OR total de 1,9 ( $p < 0,05$ ). La desagregación por sexo evidencia un mayor impacto en la mujer con OR de 2,8 ( $p < 0,02$ ), que en el hombre con OR de 1,03 ( $p > 0,96$ ), lo cual estaría develando un probable efecto agregado a la doble o triple carga laboral femenina.

### **8.2.- Modalidad de Atención Pública o Privada Exclusivas o Mixta y Calidad de Vida:**

Los factores de calidad de vida son menos satisfactorios en la modalidad pública y mixta ( $p < 0,05$ ) que en la de desempeño privado exclusivo.

### **8.3.- Régimen de Trabajo con/sin Turnos y Calidad de Vida:**

Una dimensión crítica del ejercicio médico tiene que ver con el régimen de turnos y



sus repercusiones en términos de compensación fisiológica y psicológica, hoy mucho más evidente por la crisis sanitaria. En quienes hacen turnos los niveles insatisfactorios alcanzan 71% en actividad física; 67% en tiempo libre; 64% en falta de sueño; 42% en dieta y 38% en vida familiar, todas estas cifras arrojan coeficientes de correlación significativos excepto para el primer factor. En la entrevista a un médico psiquiatra, mencionó que, de acuerdo a su experiencia clínica, las crisis familiares son uno de los factores principales que afectan frecuentemente la salud mental y la calidad de vida de las y los médicos/as, lo cual tendría relación con condiciones naturalizadas de trabajo como la excesiva carga horaria. Como terapeuta considera significativo además que recién de avanzado el proceso terapéutico, los colegas asocian el ritmo de trabajo y el tiempo fuera del hogar con el quiebre familiar.

#### **8.4.- Uso de Licencias Médicas y Desrealización Laboral:**

Un 57% de quienes sienten una pérdida de realización profesional, contra 42% en colegas sin desrealización, se acogen a reposo con licencias médica por patología común (OR 1,7; p-value<0,0001) y un 17% de quienes sienten una sensación de pérdida de eficacia profesional, contra 6% en colegas sin desrealización, se benefician de licencias médica por patología mental (OR 3,1; p-value<0,000). En las entrevistas realizadas observamos que desde los y las médicos mayores se percibe un cambio generacional en relación al valor que tiene la calidad de vida para las y los jóvenes colegas. Un médico joven comenta: *"No nos hace bien a nosotros, ni a nuestros pacientes, ni a nuestros compañeros de trabajo estos estilos de vida insanos. Adonde voy veo cada vez más médicos que odian a sus pacientes, más profesionales fríos y sin empatía. Es triste y a mí también me pasó pese a ser muy joven en mi profesión"*

### **9.- GÉNERO COMO DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD**

La perspectiva de derechos con enfoque de género está refrendada en sendos instrumentos internacionales, entre otros la Declaración Universal de los DDHH (ONU, 1948), la CEDAW (ACDH/ONU,1979), y el reciente Convenio de la OIT N° 190 sobre la Violencia y el Acoso en el Mundo del Trabajo (C190/OIT, 2019). El estudio pretende



destacar desde un enfoque de género las condicionantes estructurales según campo de trabajo, la violencia laboral con sesgo de género y la doble presencia, poniendo énfasis en algunas de las brechas de género más elocuentes en términos de impacto en salud y calidad de vida.

## **9.1.- Condicionantes Estructurales de Género:**

### **9.1.1- Una 'Feminización' de la Profesión Médica:**

Asistimos a la transformación universal de la medicina en una carrera mayoritariamente femenina. En Chile, según datos de la Superintendencia de Salud se registran desde el 2018 por primera vez más mujeres que hombres con título médico, y las especialidades tradicionalmente masculinas se han convertido en preferentemente femeninas.

### **9.1.2.- Un Campo de Trabajo Público con Predominio Femenino:**

En efecto, el 58% de las horas médicas totales del Sector Público son cubiertas por mujeres, según nuestro estudio. Un caso aparte, por sus altos niveles de estrés y riesgo de desgaste ocupacional, son los turnos de urgencia, los cuales tienen mayor presencia masculina y donde claramente el trabajo es menos compatible con la maternidad.

El malestar frente a la discriminación de género se consigna en nuestro cuestionario ante pregunta abierta: *"...Las médicas sufrimos discriminación, desde el momento que somos llamadas "señoritas" por los usuarios, y mediante diminutivos por los colegas. El "doctorcita" no es de cariño, es simplemente una forma de infantilizarnos...No toman en cuenta nuestras opiniones, no estamos en jefaturas...La protección a la maternidad es un chiste, ... nos hacen devolver las horas nocturnas los sábados (12 horas). No respetan el derecho de nuestros hijos a la alimentación..."*.



### 9.1.3.- Impacto Psicosocial y Riesgo de Desgaste Ocupacional según Campo de Trabajo:

El campo de desempeño público se asocia con mayor estrés por exposición a factores de precariedad, escasez de recursos, inseguridad y maltrato laboral: carga laboral excesiva 'percibida' en términos de estrés laboral (OR 3,0 en mujeres y 2,7 en hombres) y 'registrada', es decir, medida por la encuesta en 60 horas o más semanales (OR 1,7 en mujeres y 1,6 en hombres; ambos  $p$ -values $>0,05$ ). Por otra parte, los turnos provocan un incremento de 50% de estrés en mujeres. Los factores de organización del trabajo impactan más en términos de estrés en las mujeres, especialmente la sobrecarga burocrática y la pérdida de autonomía clínica a expensas de lo administrativo (OR 2,7 y 2,1 respectivamente;  $p<0,001$ ). El lugar de trabajo con mayor índice de 'riesgo de desgaste ocupacional' es la APS con 72% en mujeres y 56% en hombres; luego Urgencia Pública 65 y 62%; Hospital/CDT de 63 y 51%; y en conjunto el Sector Público 65% y 53% y Sector Privado 49% y 43% respectivamente.

### 9.1.4.- Condicionantes de Género según Etapa de Formación:

Se miden las gradientes u odd ratio de género, en términos de riesgo psicosocial y de salud mental, generalmente más altas en la mujer, aunque estadísticamente no significativas. En beca: (i) 'estrés laboral' (OR mujer / hombre de 2,2;  $p=0,07$ ); (ii) 'riesgo de desgaste ocupacional' (OR mujer / hombre de 2,0;  $p=0,10$ ); (iii) 'depresión coloquial' y de (iv) 'depresión tratada' sin gradiente de género demostrable; en **postbeca** asimismo, no se registra brecha de género; en contraste, el período '**sin formación contingente**', correspondiente a colegas mayoritariamente especialistas y mayores de 40 años, los odds ratio de género ( $p<0,05$ ) van desde 1,8 en 'estrés' y 'riesgo de desgaste ocupacional' a un máximo OR de 3,0 en 'depresión tratada', coincidente con la modalidad de desempeño mixto.





## **9.2.- Género y Violencia Laboral:**

La endémica 'violencia de género' constituye una dimensión de creciente preocupación para el gremio médico, en el contexto cultural patriarcal predominante. En tanto factor estresor central, la violencia laboral se presenta con dos caras, por un lado, la 'violencia externa' por parte de pacientes o acompañantes (OR 2,7;  $p < 0,000$ ); y, por otro lado, la 'violencia interna' representada principalmente por el acoso laboral y sexual por parte de jefaturas o pares (OR 1,9;  $p < 0,000$ ). El primero es más trascendente entre el personal médico, particularmente entre colegas de los servicios de emergencia o en unidades de cuidados intensivos, constatando en el estudio que la 'violencia externa' afectaría a mujeres y hombres a la par, con 'odd ratio de género' de 1,2 ( $p < 0,005$ ) en 'maltrato psicológico' y 1,0 ( $p > 0,77$ ) en agresión física.

En tanto, la 'violencia interna' como una cara institucional más bien invisibilizada, presenta gradientes de género en 'acoso laboral' por jefatura (OR mujer / hombre de 1,4;  $p < 0,001$ ) y pares (OR de 1,2;  $p > 0,06$ ) e importante diferencia entre géneros en 'acoso sexual' por jefatura (OR 4,9;  $p < 0,0002$ ) y pares (OR de 1,8;  $p < 0,01$ ). Lo anterior demuestra el profundo desequilibrio de poder en las relaciones laborales al interior de las instituciones, lo cual sin duda favorece expresiones de abuso contra las mujeres.

### **9.2.1- Gradientes de Género en Violencia Laboral por Principales Lugares de Trabajo y Etapas de Formación según Sexo:**

El contexto de exposición a la 'violencia de género' abordado en el presente estudio es, por un lado, según lugar de trabajo principal hasta nivel de agregación por sector público y privado y, por otro lado, según etapa de formación, considerando los momentos más sensibles de la carrera profesional, beca, postbeca y etapa no formativa (sin formación contingente).

En cuanto a brecha de género desagregada por lugar principal de trabajo, se



pone en evidencia la mayor exposición relativa a acoso laboral por parte de jefatura o pares de víctimas mujeres en el Sector Privado (OR de 2,4;  $p < 0,0004$ ), destacándose el más alto valor en Clínica (OR género de 3,7;  $p < 0,00007$ ) y, en una cifra menor en el Sector Público (OR de 1,4;  $p < 0,034$ ), donde resaltaría el lugar 'protector' respecto a violencia de género en CESFAM (OR de género de 0,92;  $p > 0,90$ ). Finalmente, la victimización por acoso laboral por jefatura o pares en etapa de formación de beca se destacaría por factor 'protector' respecto a violencia de género (OR de género de 0,72;  $p < 0,42$ ), mientras que las etapas 'formación no contingente' y 'postbeca' son de mayor brecha de género en violencia (OR 1,9 y 2,2 respectivamente; ambos  $p$ -values  $< 0,05$ ).

### **9.3 Doble Presencia:**

**9.3.1.-**Ante la pregunta: **¿Está preocupado/a de las exigencias doméstica o familiares durante la jornada laboral?**, se constata una clara manifestación de doble presencia en las mujeres (OR mujer/hombre de 1,7;  $p < 0,001$ ).

La necesidad de responder simultáneamente a las demandas del trabajo remunerado y del trabajo doméstico-familiar puede afectar negativamente a la salud y el bienestar. La conciliación de la vida laboral y familiar o su contracara de conflicto familia-trabajo se expresa con mayor intensidad en la etapa inicial de la carrera profesional, coincidiendo con la mayor carga laboral de los períodos de beca y postbeca. Además, el sector público de salud es el campo preferido del desempeño profesional para las mujeres, con 70% de las horas semanales contra 64% para los hombres en nuestro estudio, por las ventajas comparativas respecto del sector privado, al contar con – entre otros – contrato, horarios fijados por ley y estabilidad laboral.

El estudio abordó el impacto de la doble presencia representada por preocupaciones familiares durante la jornada laboral en términos de pérdida de componentes seleccionados de calidad de vida del cuestionario, como son



vida familiar, tiempo libre y horas de sueño. Se observa una asociación estadísticamente significativa entre calidad de vida y doble presencia: hombres con progenie (1 o más hijos/as) con 'preocupaciones familiares durante su jornada' acusan mayor impacto en su calidad de vida (OR 4,0) respecto de sus pares mujeres (OR 3,0). Este hallazgo es congruente con la relación del mismo componente de doble presencia con mayor estrés en el hombre (OR 1,8) respecto de la mujer (OR 1,6), suponiendo roles culturales con mayor conflictividad familia/trabajo en el sexo masculino.

### **9.3.2.-¿Con qué frecuencia tiene que faltar al trabajo para atender asuntos familiares?:**

Se confirma la dimensión de la doble carga de la mujer (OR 1,4;  $p>0,05$ ), aunque sin alcanzar significación estadística. Dicho ausentismo laboral por razones familiares se manifestaría 40% más en mujeres, 55% más en aquellas menores de 35 años y 74% más en mujeres con hijos, respecto a sus pares hombres ( $p>0,05$ ).

## **9.4.- Brechas de Género e Impacto en Salud:**

### **9.4.1.- Escala de Gravedad desde el Riesgo de Desgaste Ocupacional a la Depresión:**

Desde una perspectiva de género, detectamos en primer lugar una proporción menor de mujeres con ausencia de síntomas (30%) en comparación con los hombres (42%); es decir, las mujeres se encuentran más afectadas que los hombres en las restantes condiciones: riesgo de desgaste ocupacional o RDO (30% en mujeres y 25% en hombres); coexistencia del RDO y depresión (31% entre las médicas y 25% en los médicos) y finalmente sólo depresión (9,4% vs 8,9% respectivamente). La condición de mayor severidad representada por la depresión medicamente tratada (o depresión 'grave') es considerada separadamente, y su prevalencia en mujeres alcanzó un 15,1%, un 3,2% como depresión aislada y un 11,9% en superposición con RDO; mientras que en hombres la prevalencia de depresión es 6,6%, un 0,8% como depresión aislada y un 5,8% en combinación



con RDO.

#### **9.4.2.- Impacto en Salud Mental de Violencia de Género:**

El riesgo de trastorno de salud mental en ambientes laborales de violencia institucional, se hace evidente al desagregar por sexo la asociación entre reporte de acoso laboral por parte de jefatura o pares y el antecedente de ansiedad o depresión médicamente tratadas; además, se observa una intensidad de exposición similar entre mujeres y hombres, con  $OR=2,3$  en ambos para ansiedad ( $p<0,003$  y  $p<0,00003$  respectivamente) y depresión con  $OR=2,8$  y  $2,7$  ( $p<0,003$ ) y ( $p<0,00000$  respectivamente), al tratarse de victimización con o sin denuncia.

Del mismo modo, se constata una clara asociación ( $p<0,0000$ ) entre reporte de acoso laboral por jefatura o pares y la dimensión de uso de licencias médicas comunes ( $OR=1,7$ ), licencias ocupacionales ( $OR=7,0$ ), o por salud mental ( $OR=4,3$ ), en el último año. La desagregación por sexo de dicha asociación entre reporte de acoso laboral por jefatura o pares según uso de licencia médica, muestra ostensiblemente una mayor cobertura relativa en hombres (a menor prevalencia de acoso laboral en ellos) para licencia por enfermedad profesional ( $OR=11,3$  y  $p<0,0001$  en el hombre vs  $OR=5,0$  y  $p<0,0003$  en la mujer) y por el contrario, un cobertura un poco mayor en la mujer para licencia de salud mental ( $OR=3,8$  y  $p<0,00015$  en el hombre y  $OR=4,0$  y  $p<0,0000$  en la mujer), como víctimas con o sin denuncia.