

Metodologías innovadoras con potencial utilidad y que detallan resultados preliminares de estudios efectuados en el área de la salud pública.

## Multiempleo: percepciones de médicos y enfermeros de la provincia de Buenos Aires durante la pandemia de COVID-19

### Physicians' and nurses' perceptions of multi-employment in the province of Buenos Aires during COVID-19 pandemic

#### María Isabel Duré

Maestría en Salud Pública, Investigadora, Escuela de Gobierno Floreal Ferrara, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Argentina

#### Cintia Karina Martínez

Doctora en Economía, Docente e Investigadora, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS), Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur (UNS)-CONICET, Bahía Blanca, Argentina

#### María Celeste Chaz Sardi

Doctora en Economía, Docente e Investigadora, IIESS, Departamento de Economía, UNS-CONICET, Bahía Blanca, Argentina

#### Verónica González

Maestría en Salud Pública, Directora de Investigación y Cooperación Técnica, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Argentina

#### Cintia L'hopital

Maestría en Salud Pública, Directora de Formación y Educación Permanente, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Argentina

#### Matías Alberto Mirofsky

Médico, Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero, Bahía Blanca; Sociedad Argentina de Medicina, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

#### Marcelo García Dieguez

Profesor Asociado; Vicedirector del Centro de Estudios sobre Educación de Profesionales, UNS, Bahía Blanca, Argentina

#### Francisco Javier López

Médico, asesor en Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Argentina

#### Ramiro Garzaniti

Licenciado en Psicología, Docente, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina

#### Eliana Soledad Gubilei

Licenciada en Sociología, Docente, UNLP; Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Argentina

#### Introducción

La situación de multiempleo (ME) en Argentina, entendido como la combinación de la práctica clínica en una o más instituciones con la realización de otras actividades, es reconocida por diversos autores<sup>1,2</sup> y se ve favorecida por las características de un sistema de salud descentralizado y de tipología mixta. La pandemia de COVID-19 incrementó la carga de trabajo y expuso la situación del ME en los profesionales de salud. Para ahondar en su caracterización, se propuso un estudio en el ámbito de la provincia de Buenos Aires (PBA), que combinó diversas técnicas metodológicas. El presente trabajo incluye los resultados obtenidos en la fase cualitativa del estudio, que tuvo lugar en 2021.

#### Objetivo

Caracterizar el ME en salud a través de las percepciones de profesionales médicos y de enfermería que se desempeñaron en la PBA durante la pandemia de COVID-19.

#### Metodología

Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo y transversal, con entrevistas semiestructuradas grupales, tres a médicos y cuatro a enfermeros, a partir de un muestreo estratificado intencional que respetó la representatividad de género identificada en la encuesta realizada previamente por el mismo equipo de investigación. Las entrevistas se llevaron a cabo por profesión y recorte territorial (partidos de ciudades grandes, pequeñas y AMBA). Para procesar e interpretar los datos se usó, en una primera etapa, una codificación abierta, identificándose durante el proceso las categorías de análisis: razones para elección del ME, tareas de cuidado, impacto de la pandemia y empleo único ideal.

#### Resultados

##### Razones de multiempleo

Los entrevistados indicaron buscar el ME para incrementar sus ingresos. En enfermería, surgen relatos de trayectorias de precarización laboral en las cuales el ME "protege" del desempleo total. Aparece la opción de dejar un empleo cuando se logran condiciones de estabilidad laboral en el sector público. Una limitante del ME es el desgaste psicofísico que genera el trabajo asistencial. Otro condicionante referido para la cantidad de empleos fue el tiempo de traslado (en el Área Metropolitana de Buenos Aires [AMBA]). En medicina, tener dos empleos no se considera ME. Hay referencias a barreras en el ingreso al mercado laboral y a trabajos precarios en los inicios de la carrera profesional. Se destacó que la elevada carga horaria y el estrés impactan en la calidad de la práctica médica e interpelan la vocación profesional.

##### Multiempleo y tareas de cuidado

Entre las mujeres, las tareas de cuidado limitan el ME y favorecen situaciones de vulnerabilidad. La percepción entre los entrevistados fue que las mujeres profesionales estaban más dispuestas a resignar trabajos, ingresos y progreso profesional para dedicarle más tiempo a tareas de cuidado. En los casos de parejas de profesionales, la mujer se dedica al cuidado y el hombre asume el ME. Durante la pandemia, el apoyo externo en el cuidado se complicó por el temor al contagio por parte del personal de salud.

##### Impacto de la pandemia

La pandemia favoreció el ME y el aumento en la carga de tareas asistenciales. El desgaste motivó cambios laborales y el abandono de un empleo por agotamiento. Hubo coincidencia en dejar el trabajo con menores garantías contractuales o asumir nuevos empleos con menor exigencia, aunque fueran inestables. Los entrevistados indicaron factores ansiógenos angustiantes, como la muerte de personas conocidas y el miedo a que pudiera sucederles a ellos, junto con baja contención de su salud mental por parte de las instituciones.

### Empleo único ideal

Tanto en médicos como en enfermeros, el empleo único ideal se indicó en el sector público y se describió como un trabajo en algún hospital, con tareas asistenciales, docentes y de formación profesional, con similar salario al que tienen con su ME, que cubra sus expectativas. Las razones de esta preferencia se relacionan con el vínculo estrecho que forjan con las instituciones públicas durante su carrera profesional y por las posibilidades de aprendizaje que estas ofrecen.

### Discusión

Estudios realizados en Latinoamérica<sup>2,3</sup> son coincidentes con los presentes hallazgos: muestran al ME como un recurso para alcanzar niveles económicos de subsistencia o mayores ingresos, pero asociados con la precarización del empleo,<sup>4,6</sup> el aumento del trabajo a tiempo parcial (entre los médicos) y las bajas remuneraciones. Si bien, en términos de ingresos, el ME podría conllevar a una situación mejor, el derrotero por el que transitan estos trabajadores aumenta y profundiza las condiciones de precarización y va configurando una forma de relación con el mundo laboral y social que excede la simple relación contractual.<sup>2</sup>

Respecto del relato de las mujeres sobre adaptar la cantidad de empleos y sus horarios laborales a las tareas de cuidado de sus hijos y el hogar, es coincidente con los trabajos que han buscado realizar una valoración monetaria acerca de las tareas de cuidado,<sup>7,8</sup> y con estudios que han identificado durante la pandemia la tendencia a dejar el trabajo y reducir horas de empleo para ocuparse del cuidado.<sup>9</sup> La sobrecarga de trabajo durante la pandemia expuso défi-

cits estructurales y mostró las repercusiones del ME sobre las condiciones de trabajo y la calidad de vida, llevando a situaciones de agotamiento y estrés que no eran evidentes en contextos prepandémicos. Investigaciones recientes identifican que la pandemia agudizó el *burnout*, principalmente entre los trabajadores de la primera línea de asistencia,<sup>10</sup> profundizando condiciones de riesgo preexistentes en quienes realizan guardias,<sup>11</sup> detectándose la presencia de síntomas depresivos e ideación suicida<sup>12</sup> y baja atención psicológica de quienes dijeron necesitarla. Los principales factores de riesgo son manifestaciones coincidentes de esta investigación: cambios en las funciones laborales habituales, necesidad de apoyo emocional y económico, preocupación por contagiar a familiares y conflictos con familiares de los contagiados.

### Conclusiones

Este estudio brinda información de valor sobre el ME, que aporta a la planificación de las políticas de la fuerza de trabajo en salud.

La regulación del ME no ha alcanzado condiciones ideales en los intentos realizados en otros países,<sup>13</sup> pero la resolución del problema no puede pensarse escindida de políticas dirigidas a la integración del sistema de salud<sup>3</sup> ni de la cobertura de las brechas en los equipos,<sup>14</sup> y mucho menos de la evolución del contexto macroeconómico y social. Lo observado muestra la importancia de revisar las políticas de inserción laboral para garantizar empleo digno que brinde estabilidad y arraigo desde el inicio de la carrera, y ayude a deconstruir los itinerarios de precarización y profundizar sobre la dimensión simbólica del trabajo en salud.

*Los autores no manifiestan conflictos de interés.*

### • Bibliografía

1. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Situación ocupacional de los trabajadores de la rama salud. Sobre datos de EPH y SIPA. Buenos Aires; 2021.
2. OPS. La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires; 2013.
3. OPS. Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington DC; 2012.
4. Aspiazú E. Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. Trabajo y Sociedad 28:11-35, 2017.
5. Ortega J. Trabajos de(s) cuidados: reformas neoliberales, feminización y precarización de las condiciones de trabajo en enfermería. Athenea Digital 19(3):1-26, 2019.
6. Dursi C, Millenaar V. Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas médicos. Informe de investigación. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 2017.
7. Rodríguez Enríquez C. El trabajo de cuidado no remunerado en Argentina: un análisis desde la evidencia del Módulo de Trabajo no Remunerado. Serie Documentos de Trabajo: Políticas públicas y derecho al cuidado; 2014.
8. Ministerio de Economía de la República Argentina. Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del Trabajo Doméstico y de Cuidados no Remunerado al Producto Interno Bruto. Buenos Aires: Ministerio de Economía; 2020.
9. Delaney RK, Locke A, Pershing ML, Geist C, Clouse E, Precourt Debbink M, et al. Experiences of a health system's faculty, staff, and trainees' career development, work culture, and childcare needs during the COVID-19 pandemic. JAMA Netw Open 4(4):e213997, 2021.
10. Sigahi TFAC, Kawasaki BC, Bolis C, Morioka SN. A systematic review on the impacts of COVID 19 on work: Contributions and a path forward from the perspectives of ergonomics and psychodynamics of work. Hum Factors Man 31:375-388, 2021.
11. Rowlands AV, Gillies C, Chudasama Y, Davies MJ, Islam N, Kloecker DE, et al. Association of working shifts, inside and outside of healthcare, with severe COVID-19: an observational study. BMC Public Health 21(1):773, 2021.
12. OPS. The COVID-19 Health caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas, OPS – WDC; 2022.
13. González P, Macho-Stadler I. A theoretical approach to dual practice regulations in the health sector. J Health Econ 32(1):66-87, 2013.
14. The Lancet. Health and care workers are owed a better future. Lancet 397(10272):347, 2021.