



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

**Desgaste en médicos del Servicio Social Obligatorio: una experiencia en la Subred Sur de Bogotá, 2023.**  
**“Servicio social obligatorio: un cristo de espaldas”**

**César Alejandro Geney Celis**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública  
Bogotá, Colombia

2025



# **Desgaste en médicos del Servicio Social Obligatorio: una experiencia en la Subred Sur de Bogotá, 2023.**

## **“Servicio social obligatorio: un cristo de espaldas”**

**César Alejandro Geney Celis**

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:

**Magíster en Salud Pública**

Director:

Mario Esteban Hernández Álvarez Ph.D.

Codirector:

Mauricio Torres Tovar Ph.D.

Línea de Investigación:

Salud ambiental y laboral

Grupo de Investigación:

Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social

Salud ambiental y laboral

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2025

*“No puede ser más que el testimonio de lo que fue necesario hacer y que sin duda deberían seguir haciendo contra el terror y su arma infatigable, a pesar de sus desgarramientos personales, todos los hombres que no pudieron ser santos se niegan a admitir las plagas y se esfuerzan, no obstante, en ser médicos” Albert Camus – La peste*

*Al amor de mi vida, Nathaly Motta, mi médica favorita.*

*A mi padre, Julio Geney, gracias por inculcarme esa vena social que me hizo elegir este camino.*

*A mi madre, Martha Celis, quien me inculcó la escasa disciplina que tengo.*

*A mi hermana, Giselle Geney, gracias por enseñarme el mundo.*

*A mí amiga, Zaideé Barbosa, quien me ayudó a encontrar la luz en medio de tanta oscuridad.*

*A mi filósofo favorito, Juan Camilo Venegas, gracias por acompañarme a rodar juntos por la senda de la salud pública.*

*A mi amiga Yudy Cusva y a mi paisano Andrés Jácome, de lo mejor que me queda de estos años de estudio.*

*A mis amigos de toda la vida, Samuel Osorio, Javier Rodríguez, Tomás Rojas, Carolina Rodríguez y Héctor García, gracias por tanto.*

*A mi despachador favorito de palabras, Hugo Chaparro Valderrama, corrector de estilo de este texto.*

*A Camila Quintana Barbosa, gracias por ayudarme a embellecer visualmente este trabajo.*

*A mis compañeros de militancia en la Corporación Abran La Puerta, y a los nuevos de la Corporación Salud y Buen Vivir.*

*A los doctores del servicio social de la Subred Sur que permitieron que esta tesis fuera posible.*

*A mi perrita Athena y a mi gata Artemisa, gracias por acompañarme en todas estas horas de escritura.*

*A la Universidad Nacional de Colombia, sin ella no me hubiese podido formar como médico, sin ella no me convertiría en salubrista.*

*Y a la memoria de mi compañero Andrés Cañón.*

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer al profesor Mario Esteban Hernández Álvarez por haberme motivado a no rendirme y buscar otra propuesta de investigación para sacar adelante la maestría. Él es una de las razones por las cuales tránsito en el campo de la salud pública. Sus enseñanzas han dejado una marca imposible de borrar en mi memoria.

También quisiera agradecer al profesor Mauricio Torres Tovar, su compañía como cotutor de este proyecto permitió que este mismo viera la luz. El apoyo que me dio fue el bálsamo necesario para adentrarme en el mundo de la salud laboral.

Al profesor Juan Carlos Eslava, quien durante todos estos años de amistad siempre me motivo a seguir adelante en la senda académica.

Nuevamente a mi padre, Julio César Geney Berrocal, quien me ayudó a realizar la corrección de estilo y ortográfica de las de las entrevistas que hacen parte de esta pesquisa. Fue él quien me enseñó que siempre era mejor buscar el camino largo.

A mi madre, quien se tomó tan en serio esta maestría que hasta volvió a estudiar estadística.

A mi amiga Zaideé Barbosa, por su apoyo también en los ajustes de algunas transcripciones y gráficas de esta pesquisa.

A la Subred Sur por haberme formado como salubrista empíricamente y por permitirme anidar mi tesis en su institución.

A los médico/as del Servicio Social Obligatorio que me apoyaron con esta investigación, ellos saben quiénes son. Sin su ayuda, esta tesis nunca hubiese podido ser escrita.

Y a todos los médicos que año tras año realizan su servicio social. Gracias por su vocación en medio de estos tiempos tan aciagos.



## Resumen

### **Desgaste en médicos del Servicio Social Obligatorio: una experiencia en la Subred Sur de Bogotá, 2023. “Servicio social obligatorio: un cristo de espaldas”**

**Introducción:** en Colombia son escasas las investigaciones que se han preocupado por la salud de los médicos del Servicio Social Obligatorio (SSO). Sería preocupante evidenciar problemas en la salud de este grupo de trabajadores. **Materiales y métodos:** Esta investigación fue mixta con predominio cualitativo. La población de estudio fueron los médicos que realizaron el SSO en la Subred Sur de Bogotá en el 2023. Del total de médicos SSO, 23 aceptaron participar. **Resultados:** el 65,2% de los médicos del SSO reportó haber presentado alguna expresión de desgaste. Dentro de estas: ansiedad reportada por el 30,4%, enfermedades osteomusculares señaladas por el 17,3% y cefaleas referidas por el 13,04%. El 74% refirieron dificultades para dormir. En esta investigación se encontró que al aumentar la cantidad de pacientes atendidos por cada médico y disminuir los tiempos de consulta, la Subred Sur está generando una extracción de plusvalor a expensas de la intensificación de los tiempos de trabajo y la cantidad de pacientes atendidos por hora, situación que favorece la presentación del desgaste médico. Los patrones de recuperación de los médicos del SSO fueron insuficientes. **Discusión:** hay diferentes expresiones de desgaste en los médicos del SSO a pesar de su corta experiencia laboral, desgaste generado por la disminución de los tiempos de atención, las condiciones laborales y el escaso tiempo para la recuperación. La situación de los médicos del SSO es una manifestación de un sistema de salud colombiano mercantilizado y que prioriza la sostenibilidad financiera por encima del derecho a la salud.

**Palabras clave:** desgaste, servicio social obligatorio, médicos, burnout, servicios de salud rural, plusvalía relativa.

## Abstract

### **Worn out in physicians of the Mandatory Social Service: an experience in the Subred Sur of Bogotá. “Mandatory Social Service: a Christ on His Back”**

**Introduction:** in Colombia, there is little research that has been concerned with the health of Mandatory Social Service (SSO) physicians. It would be worrisome to evidence problems in the health of this group of workers. **Materials and methods:** this was a mixed research with qualitative predominance. The study population were the physicians who performed the SSO in the Subred Sur de Bogotá in 2023. Of the total number of SSO physicians, 23 agreed to participate. Results: 65.2% of the SSO physicians reported having presented some expression of wornout. Among these: anxiety reported by 30.4%, musculoskeletal diseases reported by 17.3% and headaches referred by 13.04%. Seventy-four percent reported sleeping difficulties. In this research it was found that by increasing the number of patients seen by each physician and decreasing consultation times, the South Subnetwork is generating an extraction of surplus value at the expense of the intensification of work times and the number of patients seen per hour, a situation that favors the presentation of medical wornout. The recovery patterns of the SSO physicians were insufficient. **Discussion:** there are different expressions of wornout in SSO physicians in spite of their short work experience, wornout generated by the decrease in attention times, working conditions and scarce time for recovery. The situation of the SSO physicians is a manifestation of a Colombian health system that is mercantiled and prioritizes financial sustainability over the right to health.

**Keywords:** burn-out, worn-out, mandatory social service, physicians, burnout, rural health services, surplus, relative surplus.

# Contenido

<b>1. Planteamiento del problema y justificación .....</b>	<b>24</b>
1.1 Antecedentes del SSO .....	24
1.2 Síndrome de Burnout o Síndrome de Cansancio Profesional y su visión insuficiente para abordar la Salud de los médicos del SSO .....	30
1.2.1 Síndrome de Burnout en Colombia, alcances -pero sobre todo limitaciones- .....	33
1.2.2 Síndrome de Burnout en médicos rurales de otros países .....	40
1.3 Preguntas orientadoras .....	53
1.4 Objetivos .....	54
<b>2. Enfoque teórico-metodológico.....</b>	<b>55</b>
2.1 La Medicina Social (MSL) y Salud Colectiva (SC) latinoamericanas y su propuesta de salud de los trabajadores .....	55
2.2 La propuesta de Salud de los Trabajadores (SDLT).....	58
2.2.1 Proceso de producción .....	59
2.2.2 El proceso de producción de la atención en salud .....	62
2.2.3 El Modelo Obrero Italiano (MOI) .....	76
2.2.4 Algunas investigaciones que han usado el MOI y el concepto de desgaste... ..	80
<b>3. Metodología – Más allá de la punta del Iceberg .....</b>	<b>92</b>
3.1 Acercamiento inicial .....	94
3.2 Envío de consentimiento informado y realización de la encuesta individual basada en la encuesta colectiva del MOI y de la SDLT .....	95
3.3 Entrevista semiestructurada individual .....	95
3.4 Observación participante.....	97
3.5 Triangulación de la información y recolección de información oficial .....	98
3.6 Análisis de la información.....	100
3.7 Categorías centrales propuestas.....	104
<b>4. El Hospital como fábrica.....</b>	<b>107</b>
4.1 La Subred Sur .....	108
4.2 El proceso de producción de la atención en salud en la Subred Sur .....	111
4.2.1 La atención en salud en la localidad de Sumpaz .....	111
4.2.2 El proceso de producción de la atención en salud en las demás USS de la Subred Sur.....	114
4.2.3 Las cargas laborales.....	136
4.2.4 <i>Harder, better, faster, stronger</i> (más duro, mejor, más rápido, más fuerte) ..	183

<b>5. Desgaste en médicos del Servicio Social Obligatorio – Servicio Social Obligatorio, Un Cristo de Espaldas.</b> .....	<b>187</b>
5.1 Expresiones de desgaste.....	189
5.2 Patrones de recuperación de la fuerza laboral.....	210
5.3 Procesos protectores .....	216
5.4 El desgaste como categoría central en el proceso de trabajo .....	225
5.5 El sol sale todas las mañanas.....	226
<b>6. Discusión.....</b>	<b>229</b>
<b>7. Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>248</b>
7.1 Conclusiones .....	248
7.2 Recomendaciones .....	251
<b>8. Anexos.....</b>	<b>254</b>
8.1 Consentimiento informado .....	254
8.2 Encuesta individual y guion de entrevista semiestructurada individual.....	257
8.3 Guion entrevista semiestructurada individual .....	265

## Lista de figuras

Figura 1. Jerarquías dentro del sistema de salud colombiano. ....	64
Figura 2. Fases para la realización del Modelo Obrero Italiano (MOI). ....	80
Figura 3. Abordaje metodológico. ....	99
Figura 4. Factores de la productividad.....	122
Figura 5. Gestión financiera con corte a septiembre de 2023, Subred Sur. ....	133
Figura 6. Esquema del proceso de producción de la atención en salud en la Subred Sur. .....	136
Figura 7. Rotación de turnos. ....	146
Figura 8. Pausas para tomar alimentos. ....	147
Figura 9. Pausas activas. ....	147
Figura 10. Programación de actividades administrativas. ....	149
Figura 11. Percepción salario versus esfuerzo .....	151
Figura 12. Sitios de descanso. ....	159
Figura 13. Palabras más frecuentes mencionadas en las entrevistas individuales de esta tesis.....	187
Figura 14. Frecuencia de respuestas Durante su vida como trabajador ¿ha sentido algún tipo de malestar?.....	190
Figura 15. Frecuencia de respuestas para la pregunta: ¿Usted cree que ese malestar puede atribuírsele a su trabajo? ¿Sí/No? .....	190
Figura 16. Dificultades para dormir.....	211
Figura 17. Tipo de dificultades para dormir.....	212
Figura 18. Mecanismo mediante el cual se traslada a su lugar de trabajo .....	213
Figura 19. Tiempos de traslado y relación con agotamiento al inicio y final de la jornada y/o semana laboral.....	214
Figura 20. Nube de palabras de procesos protectores. ....	217

## Lista de tablas

Tabla 1. Porcentaje de obreros enfermos y tasas de morbilidad según antigüedad y edad. .....	81
Tabla 2. Perfil patológico según antigüedad.....	82
Tabla 3. Tasa de morbilidad general según tipo de actividad y antigüedad.....	82
Tabla 4. Perfil patológico según tipo de actividad.....	83
Tabla 5. Matriz de análisis de los objetivos propuestos.....	98
Tabla 6. Matriz de análisis-Encuesta individual.....	101
Tabla 7. Matriz de análisis-Entrevistas semiestructuradas individuales.....	103
Tabla 8. Análisis socio demográfico médicos del SSO en la Subred Sur. 2023.....	116
Tabla 9. Análisis tiempo, sitio de experiencia y servicio de los médicos del SSO en la Subred Sur. 2023.....	117
Tabla 10. Caracterización de las entrevistas y de los entrevistados.....	118
Tabla 11. Seguimiento a la productividad de los médicos SSO, Subred Sur.....	130
Tabla 12. Metas de producción reportadas por los médicos del SSO.....	130
Tabla 13. Cargas derivadas de los medios de trabajo (ruido, vibraciones, temperatura, humedad, ventilación, radiaciones).....	137
Tabla 14. Cargas derivadas de los agentes del trabajo (químicos o biológicos: polvos, gases, humos, vapores, líquidos, bacterias, virus).....	138
Tabla 15. Riesgos derivados de las exigencias laborales de la actividad (Incluyen la intensidad del trabajo, trabajo pesado, sedentarismo y las posiciones incómodas).....	139
Tabla 16. Cargas derivadas de la organización y división del trabajo (duración, turnos, rotación, formas de pago salarial, ritmo, control, peligrosidad, monotonía del trabajo y supervisión).....	141
Tabla 17 Razones para tomar pausas en el trabajo.....	148
Tabla 18. Riesgos que los medios de trabajo representan en sí mismos, cargas psíquicas y otras.....	153
Tabla 19. Expresiones de desgaste por sexo.....	191
Tabla 20. Expresiones de desgaste en los médicos del SSO de la Subred Sur.....	191
Tabla 21. Manejo de incomodidades durante y después del trabajo.....	207
Tabla 22 Estadística descriptiva horas de sueño.....	210
Tabla 23 Estadística descriptiva tiempos de traslado.....	212
Tabla 24. Matriz de relación tiempo de trabajo versus tiempo de sueño.....	215

## Lista de abreviaturas

### Abreviatura Término

---

AE	Agotamiento emocional
ADRES	Administradora Recursos Sistema General de Seguridad Social en Salud
APH	Atención Pre-Hospitalaria
DP	Despersonalización
DECS	Descriptores en Ciencias de la Salud
EPS	Entidades Promotoras de Salud
CESQT	Cuestionario para la evaluación de quemarse en el trabajo
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
IAP	Investigación Acción Participativa
IC	Intervalos de Confianza
IMC	Índice de Masa Corporal
IPS	Institución Prestadora de Servicios de salud
MBI	Maslach Burnout Inventory
Mesh	Medical Subject Headings
MSL	Medicina Social Latinoamericana
MSYPS	Ministerio de Salud y Protección Social
MOI	Modelo Obrero Italiano
OPS	Orden de Prestación de Servicios
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Odds ratio o razón de momios
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PTN	Puntos transitorios de normalización
RP	Realización personal
SBO	Síndrome de Burn Out
SC	Salud Colectiva
SICARTSA	Siderúrgica Lázaro Cárdenas-Las Truchas
SIVIGILA	sistema de Vigilancia en Salud Pública
SESMT	Servicio Especializado en Ingeniería de Seguridad y Medicina del Trabajo
SDLT	Salud de los Trabajadores
SGSSS	Sistema general de Seguridad Social en Salud
SIMOSTE	Sistema de Monitoreo de la Salud de los Trabajadores de Enfermería
SSO	Servicio Social Obligatorio
SMMV	Salario mínimo mensual vigente
SST	Seguridad y salud en el trabajo
UCI	Unidad de Cuidado Intensivo
ULC	Unidad Local de Comunicación
UPC	Unidad de Pago por Capitación
USS	Unidad de Servicio de Salud
ZVTN	Zonas veredales transitorias de normalización

## Introducción

En Colombia son escasas las investigaciones que se han preocupado por la salud de los médicos del Servicio Social Obligatorio (SSO), quienes son actores fundamentales en la prestación de servicios de salud tanto en áreas predominantemente rurales como en ocasiones en áreas urbanas.

El año del SSO es importante por ser el inicio de la vida laboral de gran parte de los médicos de este país. Sería problemático evidenciar problemas en la salud en este grupo de trabajadores.

Una de las formas en las que se ha evaluado la salud de los profesionales de la salud es bajo el enfoque de la epidemiología clásica, apoyada en el cuadro sindromático conocido como el síndrome de *burnout* (SBO). Otro de las formas en las que se ha evaluado la salud de este grupo de trabajadores ha sido desde la perspectiva de la Salud Laboral en donde se han estudiado sus condiciones laborales y de salud.

Torres Tovar en dos pesquisas señaló que cada vez más se están presentando situaciones de precarización laboral en el país, así como enfermedades relacionadas al trabajo. La precarización laboral en Colombia se evidencia en los diferentes tipos de contrato (incremento de los contratos por prestación de servicios, contratos tercerizados, contratos de obra labor, entre otras modalidades), en el aumento de la jornada laboral, la disminución del salario, el pluriempleo (persona que se emplea en múltiples trabajos o actividades laborales) y la mínima protección que se les brinda a los trabajadores en sus respectivos entornos (Torres-Tovar, 2023).

A 2020 en Colombia, el 71.37% de los contratos de los trabajadores de salud se encontraban tercerizados, mientras que 1.400.000 trabajadores tenían vínculo laboral con la entidad donde laboraban (contrato laboral vinculante), 20% en el sector público, el 80% en el sector privado. De acuerdo con la Encuesta de Situación Laboral para los profesionales de la salud, realizada en 2019 por el Colegio Médico Colombiano: “El 32 % de los médicos generales labora entre 48 y 66 horas semanales, y el 20 %, más de 66 horas por semana”(Colegio Médico Colombiano, 2019; Torres-Tovar, 2023, p. 2:2); 60%

de los médicos y médicas del SSO labora más de 48 horas a la semana, sobrepasando lo máximo permitido por la legislación; el 14% de los médicos del SSO reportó trabajar más de 66 horas a la semana (>264 horas al mes) y el 57% de los médicos especialistas labora más de 48 horas a la semana (Colegio Médico Colombiano, 2019; Torres-Tovar, 2023). 15% de los médicos del SSO no tienen contrato legal, a pesar de que la ley ordena este tipo de contrato. 40% de los médicos del SSO, 71% de los especialistas y el 65% de los médicos generales contestaron haber recibido su salario con atrasos. (Colegio Médico Colombiano, 2019)

Con respecto a la remuneración salarial, 91% de las profesiones diferentes a la medicina afirmaron recibir menos de 5 Salarios Mínimos Mensuales Vigentes (SMMV); 71% de los médicos generales percibe entre 3 a 5 SMMV; 15% de los médicos especialistas devengan menos de 5 SMMV (Colegio Médico Colombiano, 2019). “En ese orden de ideas, más del 77% de los profesionales de la salud se siente inconforme con su salario, piensa que está siendo explotado y no ve compensado el esfuerzo y la millonaria inversión que tuvo que hacer para costear los estudios profesionales” (Colegio Médico Colombiano, 2019:1).

A su vez, como también lo refiere Torres Tovar, debido a que el trabajo actualmente se encuentra en estas condiciones de precarización, el perfil epidemiológico de las enfermedades de los trabajadores de la salud en este momento es una mezcla de las patologías típicas de este sector laboral como lo son: las enfermedades infecciosas por los riesgos biológicos, las dermatológicas por estar expuestos a sustancias químicas, las cancerígenas por la exposición a cancerígenos, y las enfermedades “emergentes” dentro de las que están: las patologías osteomusculares desencadenadas por el trabajo, las infecciosas por el aumento de los accidentes laborales de tipo pinchazo, las enfermedades mentales como el estrés, la depresión menor o mayor, el SBO, en donde cualquiera de las anteriores ha llevado a los trabajadores de la salud a aumentar la incidencia de suicidio.

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría, los médicos son uno de los grupos laborales con mayor tasa de suicidio. En Estados Unidos la tasa de suicidios en esta población supera el doble a la de la población general, actualmente se encuentra entre 40 suicidios/100.000 habitantes. (Torres Tovar, 2021; Torres Tovar & Corcho Mejía, 2019; Vogel, 2018)

En cuanto al SBO, es relevante señalar que este síndrome es evaluado mediante una encuesta conocida como el Test de Maslach. Esta metodología tiene sus alcances, pero también sus limitaciones. La epidemiología clásica intenta explicar gran parte los problemas de salud de los trabajadores del campo de la salud mediante el concepto de los factores de riesgo. Sin embargo, su explicación termina siendo parcial y no permite una comprensión integral de los problemas.

Esta fue una investigación mixta con predominio cualitativo. El enfoque cuantitativo permitió acceder a una parte del problema a través de una encuesta individual que permitió realizar el perfil epidemiológico, sociodemográfico, de expresiones de desgaste y de cargas laborales de los médicos del SSO, veintitrés médicos contestaron la encuesta. El enfoque cualitativo (método etnográfico) permitió conocer a profundidad las expresiones de desgaste en los médicos del SSO, además de complejizarlas e intentar comprenderlas. Esta investigación no hablará de desgaste sino de expresiones de desgaste, esto debido al corto tiempo de experiencia laboral de los médicos del SSO

La población de estudio fueron los médicos que se encontraban realizando el SSO o que habían terminado recientemente el mismo (hace no menos de un año) en la Subred Sur de Bogotá. El predominio cualitativo hizo uso del enfoque de salud de los trabajadores (SDLT) propuesto por la salud colectiva (SC) y la medicina social latinoamericana (MSL) para intentar comprender de manera completa, compleja e integral, la situación en salud de los médicos del SSO de la Subred Sur de la ciudad de Bogotá.

El enfoque de SDLT fue construido a partir de lo propuesto por el modelo obrero italiano (MOI), el cual tiene un conjunto de principios entre los que sobresalen la experiencia obrera como fuente de conocimiento, el no cambio de la salud por dinero y la no delegación de la protección de la salud en el trabajo.

Esta propuesta metodológica ubica a los trabajadores como los principales conocedores de sus problemas de salud, de su proceso de trabajo y sus expresiones de desgaste. Es a partir del conocimiento de los trabajadores que se logran entender las cargas laborales a las que se enfrentan. Y es a partir del conocimiento de los trabajadores que se conoce el proceso de producción, además de las cargas laborales que son deletéreas en el proceso de trabajo, así como aquellas que son susceptibles de intervención.

El enfoque de SDLT es una investigación acción participativa (IAP) que pone a los trabajadores en el foco de la discusión, los involucra en la toma de decisiones para encontrar mejoras a sus problemas de salud y los convierte en actores activos para la reclamación de estas demandas.

Este enfoque de SDLT a diferencia del enfoque epidemiológico clínico en el que se basa el SBO implica un proceso colectivo, que comprende el proceso de trabajo como un proceso relacional, en el que se involucran tanto a los trabajadores como a los expresiones, como al sitio de trabajo, como al sistema económico, cultural y político en el que se inserta el proceso de trabajo. Una comprensión bien diferente de la propuesta del SBO. Con el enfoque metodológico del SDLT, se pretende evidenciar la presencia de desgaste, entendido como la pérdida de la capacidad efectiva o potencial de procesos biológicos o psíquicos desencadenados por el proceso de trabajo(A. C. Laurell, 1977) en los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá.

Es por lo mencionado previamente que el objetivo central de esta investigación es utilizar el enfoque de SDLT para indagar las condiciones de salud de los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá y su relación con el proceso de atención de salud en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Se tiene la sospecha de que este grupo presenta diferentes problemas en salud, que hasta el momento no se han abordado, además de la presencia de desgaste laboral comprendido de una forma diferente al SBO.

En Colombia, las investigaciones que indagan sobre las condiciones de salud de los médicos del SSO no fueron encontradas en la realización del estado del arte realizado para esta tesis. Este grupo de trabajadores de la salud ha sido olvidado dentro del campo de la salud y esto también lo demuestran las pocas investigaciones de las cuales han sido foco. En esta tesis, se encontraron y analizaron estudios sobre la situación en salud de los médicos con experiencia, médicos especialistas o médicos residentes.

El año de SSO es el inicio de la vida laboral de los médicos de Colombia. De este grupo de trabajadores se conoce muy poco. Los médicos del SSO son uno de los pilares de la atención en salud en las zonas rurales, dispersas y algunas zonas urbanas. (Moya Peñafiel, 2014)

Genera preocupación que médicos recién graduados de la universidad puedan presentar problemas de salud, desgaste laboral o situaciones sociales que impidan la adecuada realización de su ejercicio profesional, sin tener siquiera un año de experiencia laboral. Los problemas de salud y el desgaste pueden generar iatrogenia. (Halbesleben & Rathert, 2008; Moya Peñafiel, 2014; Schroeder, 1992; Shanafelt et al., 2010; The Kaiser Family Foundation, 2002).

En Colombia el SSO tiene una duración de un año y es un requerimiento imprescindible para la obtención de la tarjeta profesional y el inicio de una vida laboral para los médicos/as recién graduados. El SSO fue planteado para ser prestado en las zonas rurales y urbanas más deprimidas y vulnerables del territorio nacional (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2022).

Para conseguir un lugar para realizar el SSO, los médico/as recién egresados deben presentarse a cuatro sorteos que se realizan cada trimestre durante el año.

En Bogotá existen plazas para desempeñarse como médico del SSO. Estas plazas son administradas por las cuatro Subredes de Servicios de Salud: Norte, Centro-oriente, Sur y Suroccidente; estas se encargan de prestar servicios de atención, prevención, promoción y rehabilitación de salud para los ciudadanos del distrito capital (Concejo de Bogotá, 2016). La Subred Sur comprende los hospitales de Tunal, Meissen, Tunjuelito, Vista Hermosa y Usme. Esta entidad presta servicios de salud a la población de las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Sumapaz.

La Subred Sur cuenta con 28 plazas para médicos del SSO, y además de prestar servicios en las zonas urbanas de las localidades previamente descritas, también presta atención a las zonas rurales de Usme, Ciudad Bolívar y Sumapaz.

Como fue referido por Yepes y colaboradores, no es necesario visitar zonas rurales distantes a la capital para evidenciar problemas y barreras en el acceso a los servicios de salud; dentro del distrito capital es posible observar las mismas barreras en localidades apartadas o dentro de sus zonas rurales (Yepes F et al., 2010). A su vez, de acuerdo con lo reportado por el aplicativo distrital Saludata, los bogotanos residentes en las localidades

de Sumapaz, Usme y Ciudad Bolívar pueden tardar caminando en promedio entre 81, 30 y 29 minutos hasta el centro de salud más cercano, respectivamente, tiempos que son prolongados a la hora de requerir una atención de urgencia. (Secretaría Distrital de Salud, 2017)

La Ley 1164 de 2007, que regula la formación de talento humano en salud, señala que el SSO se extiende para los egresados de los programas de educación superior de salud y este deberá “ser prestado en poblaciones deprimidas urbanas o rurales o de difícil acceso a los servicios de salud, en entidades relacionadas con la prestación de servicios, la dirección, la administración y la investigación en las áreas de la salud” (Congreso de la República de Colombia, 2007). Colombia tiene zonas de difícil acceso a los servicios de salud, muchas de ellas rurales, que necesitan asistencia sanitaria y a las que solo el Estado puede garantizar (Beltrán Valderrama, 2019a, 2019b).

La evaluación de la Comisión Global de Salud de *The Lancet* estimó que 22.080 colombianos fallecen por mala calidad de la atención en salud y 11.836 muertes se debieron a la no utilización de los servicios de salud. Entre estas muertes se encuentran ciudadanos del área rural en donde el acceso a los servicios de salud se dificulta aún más. De ahí la importancia de los médicos del SSO, debido a que este personal sería uno de los actores encargados de atender la salud de las poblaciones rurales. Si bien no son los responsables completos de la atención, sí tienen un papel central. La evidencia de hallazgos negativos en la salud de los médicos del SSO podría repercutir en la calidad de la atención de las poblaciones rurales y urbanas con problemas de acceso a la atención en salud (Beltrán Valderrama, 2019b; Kruk et al., 2018).

Esta tesis de maestría toma como subtítulo la obra del escritor costumbrista colombiano Eduardo Caballero Calderón *El Cristo de Espaldas*. La novela relata la historia de un cura recién ordenado que viaja a un pueblo colombiano para iniciar su vida clerical. En medio de la violencia entre partidos políticos, el cura queda inmiscuido en una serie de trampas, trapisondas, mentiras y otras situaciones que lo terminan desilusionando de su profesión. Similar a esta sensación de desencanto fue mi experiencia como médico SSO, así como varias de las situaciones y expresiones de los médicos del SSO que participaron en esta pesquisa. Se decidió subtítular este trabajo con el nombre de esta obra debido a las

situaciones y expresiones de desgaste que complejizan, dificultan, entorpecen el SSO y lo terminan convirtiendo en un Cristo de Espaldas.

El objetivo central de esta investigación fue indagar por las condiciones de salud de los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá y su relación con el proceso de atención de salud en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Los objetivos específicos fueron: 1. Identificar el proceso de producción de la atención en salud en el que se insertan los médicos del SSO. 2. Describir las cargas laborales y los procesos protectores de los médicos del SSO. 3. Describir las condiciones laborales de este grupo de trabajadores. 4. Identificar expresiones de desgaste. 5. Identificar patrones de recuperación.

Algunas preguntas de investigación que derivaron del reconocimiento de esta situación fueron: ¿Cuáles son las condiciones de salud de los médicos del SSO en la Subred Sur de Bogotá? ¿Existe alguna relación entre las condiciones de salud de los médicos del SSO de la Subred Sur y el proceso de atención en salud? ¿Existe desgaste en los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá? ¿Hay relación entre el desgaste y el proceso de atención en salud en el SGSSS? ¿Cuál es el proceso de producción en el que se insertan los médicos del SSO? ¿Cuáles situaciones contribuyen al fenómeno de desgaste en los médicos del SSO? ¿Qué procesos consideran los médicos del SSO que son protectores frente al desgaste? ¿Cuáles podrían ser los patrones de recuperación que usan los médicos para superar el desgaste? ¿Cuáles son las condiciones laborales y las condiciones de trabajo de los médicos del SSO de la Subred Sur?

Esta tesis de maestría consta de siete capítulos. En el capítulo 1 se encuentra el planteamiento del problema y su justificación; en el capítulo 2 se aborda el enfoque teórico-metodológico; el capítulo 3 abarca la metodología; en el capítulo 4 *El Hospital como fábrica*, se presentan los resultados de las cargas laborales encontradas en la encuesta individual, así como se describe el proceso de producción de la atención en salud; en el capítulo 5: *Desgaste en médicos del Servicio Social Obligatorio – Servicio Social Obligatorio, un Cristo de Espaldas*, se presentan las expresiones de desgaste encontradas en los médicos del SSO, así como los procesos protectores y los patrones de recuperación de la fuerza laboral; en el capítulo 6 titulado discusión, se realiza un abordaje analítico de los resultados referidos en los capítulos 4 y 5; en el capítulo 7 se encuentran las conclusiones y

recomendaciones; y en el capítulo 8 se pueden observar los anexos usados para la realización de esta pesquisa.

Dentro de los resultados de esta tesis sobresalen los siguientes: el 65,2% (n=23) de los médicos del SSO reportó haber presentado alguna expresión de desgaste en su experiencia laboral. Dentro de estas sobresalen: ansiedad (30%), las enfermedades osteomusculares y las cefaleas. Del total de los médicos, 70% refirieron dificultades para dormir. La Subred Sur al aumentar la cantidad de pacientes atendidos por cada médico y disminuir los tiempos de consulta, está generando una extracción de plusvalor a expensas de la intensificación de los tiempos de trabajo y la cantidad de pacientes atendidos por hora, situación que favorece la presentación del desgaste médico. Dentro de los procesos protectores estuvieron: buena relación con los pacientes, la actividad física (65,2%), pero principalmente la satisfacción con la profesión. Los patrones de recuperación de los médicos del SSO fueron insuficientes.

De acuerdo con esta investigación, hay diferentes expresiones de desgaste en los médicos del SSO a pesar de su corta experiencia laboral, desgaste generado por la disminución de los tiempos de atención, las condiciones laborales y el escaso tiempo para la recuperación. Las buenas condiciones laborales van más allá de un contrato laboral con todas las prestaciones sociales. La situación de los médicos del SSO es una manifestación de un sistema de salud colombiano mercantilizado y que prioriza la sostenibilidad financiera por encima del derecho a la salud. Es por esto por lo que se hace necesario generar una transformación del sistema de salud colombiano para que este genere condiciones dignas de trabajo al personal de salud.

# 1.Planteamiento del problema y justificación

## 1.1 Antecedentes del SSO

En Colombia, el servicio social obligatorio (SSO) se inicia hacia 1949, cuando el Decreto 3842, en su artículo 8, crea el servicio de salubridad rural con una duración de un año continuo en poblaciones o zonas rurales. Este servicio fue requerido por las facultades de medicina para otorgar el título de médico cirujano, que previamente debía ser radicado ante el Ministerio de Higiene y que para esta época sólo era requerido para los profesionales de medicina (Presidencia de la República de Colombia, 1949).

Años después, la Ley 50 de 1981 generó el SSO en todo el territorio Nacional. Esta ley pretendía ampliar el servicio de salubridad rural al SSO y se articuló con el Decreto 80 de 1980 para reorganizar la educación superior en pregrado y posgrado y así dar cabida a más profesiones del área de la salud (Presidencia de la República de Colombia, 1980). Aquí, se creó el vínculo entre el profesional que presta servicios de salud en el SSO y la entidad pública o privada (Congreso de la República de Colombia, 1981).

En términos textuales, el artículo 5 de Ley 50 señala:

*Crease el Servicio Social Obligatorio, el cual deberá ser prestado dentro del Territorio Nacional por todas aquellas personas con formación Tecnológica o Universitaria, de acuerdo con los niveles establecidos en el artículo 25 del Decreto -Ley 80 de 1980-. El término para la prestación del Servicio Social Obligatorio será hasta de un año. Parágrafo. El cumplimiento del Servicio Social Obligatorio se hará extensivo a los nacionales y extranjeros graduados en el exterior, que pretendan ejercer su profesión en el país, sin perjuicio de lo establecido en los tratados internacionales (Congreso de la República de Colombia, 1981).*

En 1995 el Ministerio de Salud expidió la Resolución 795. En esta se establecen los criterios técnicos para la prestación del SSO. También se enuncia que los empleados del

SSO están regidos por las normas actuales de administración de personal, salarios y prestaciones de las instituciones donde trabajan (Ministerio de salud de Colombia, 1995).

Posteriormente, la Ley 1164 de 2007 estableció las condiciones necesarias para la formación, planeación, control de la ética y del desempeño del talento humano en salud (Congreso de la República de Colombia, 2007). Por su parte, la Resolución 1058 de 2010 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSYPS) reguló el SSO para los profesionales de medicina, enfermería, odontología, y bacteriología (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2010) .

A continuación, la Resolución 2358 de 2014 transformó la 1058 y estableció el mecanismo para asignación de plazas de SSO en la modalidad de prestación de servicios de salud. Además, orientó la realización de un sorteo nacional para la distribución de las plazas del SSO. Aquellos a quienes no se les asignara plaza mediante sorteo estarían exentos de realizar el SSO y podrían solicitar su tarjeta profesional (Apráez Ippolito, 2010; Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En 2016 se promulgó la Resolución 6357. Esta resolución estableció un mecanismo de provisión directa de plazas de SSO para atender las Zonas Veredales Transitorias de Normalización —ZVTN- y Puntos Transitorios de Normalización —PTN-. Estas plazas fueron acordadas junto a las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) durante el acuerdo de Paz. (Resolución 6357 de 2016, 2016)

Consecutivamente, en el año 2020 se generaron las resoluciones 414 y 778 y en el 2021 las resoluciones 127 y 996, las cuales se realizaron para asignar directamente las plazas del SSO debido a la emergencia sanitaria internacional por la pandemia de COVID – 19 (Ministerio de Salud y de Protección Social de Colombia, 2020; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2020, 2021a, 2021b).

Actualmente la Resolución 774 de 2022 es la que reglamenta el SSO. Llama la atención que esta resolución al igual que las previas, hace hincapié en que el SSO debe ser prestado en poblaciones urbanas o rurales deprimidas o de difícil acceso a los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2022, p. 1). Esta misma establece que el SSO pueda ser realizado en: 1. Instituciones prestadoras de servicios de

salud (IPS) habilitadas; 2. Planes de intervenciones colectivas (PIC) en zonas de difícil acceso; 3. Programas de salud orientados a poblaciones vulnerables; 4. Fuerzas Militares y Policía Nacional; 5. Programas de investigación de instituciones de salud acreditados por el Ministerio de Ciencia. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2022, p. 5).

Instaura además unos deberes de la institución empleadora de los médicos del SSO:

- *Reportar oportunamente a la secretaría de salud departamental o distrital la información necesaria para la creación de la plaza, la vinculación del profesional y la demás que se requiera para el normal desarrollo del servicio social obligatorio.*
- *Generar un ambiente de trabajo saludable y seguro, propiciando espacios con condiciones que promuevan la salud y la seguridad del profesional en Servicio Social Obligatorio.*
- *Realizar el proceso de inducción al profesional conforme a sus propios reglamentos, adicional a la establecida en el artículo 31 de la presente resolución.*
- *Realizar la afiliación del profesional al Sistema de Seguridad Social Integral.*
- *Pagar oportunamente la remuneración y prestaciones sociales*
- *Proveer en forma oportuna, continua y con calidad, los elementos de protección personal, insumos y equipos necesarios para el desarrollo del servicio social obligatorio.*
- *Respetar las jornadas laborales y de descanso del profesional en Servicio Social Obligatorio mediante el establecimiento de un sistema de ordenación del tiempo de trabajo equilibrado. Dentro de los turnos deberán contemplarse jornadas de descanso que garanticen la recuperación física y mental del profesional.*
- *Adelantar las investigaciones disciplinarias al profesional en Servicio Social Obligatorio conforme con los reglamentos internos de la institución o del Código Único Disciplinario, según corresponda (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2022, p. 14:14).*

Así como también los derechos y deberes de los profesionales del SSO:

Derechos del profesional SSO:

- *Recibir la inducción de que trata el artículo 31 de la presente resolución, así como aquella que debe realizar la institución al inicio del servicio conforme a los reglamentos internos de este.*
- *Estar afiliado al Sistema de Seguridad Social Integral por parte de la institución desde el inicio de la prestación.*

- *Contar con los espacios, condiciones, medios y recursos requeridos para el desarrollo de su servicio.*
- *Desarrollar el Servicio Social Obligatorio con sujeción a los horarios y turnos establecidos por la institución, conforme con la normatividad laboral vigente. Los turnos deberán incluir las actividades de prestación de servicios de salud y los descansos que garanticen su recuperación física y mental.*
- *Contar en forma oportuna, continua y con calidad, con los elementos de protección personal, insumos y equipos necesarios para el desarrollo del Servicio Social Obligatorio.*
- *Recibir de manera oportuna la remuneración pactada y las prestaciones sociales.*
- *Informar a las secretarías de salud respecto del incumplimiento de los derechos aquí previstos (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2022, p. 14:14).*

#### Deberes del profesional SSO:

- *Registrarse y mantener actualizados sus datos de contacto en el aplicativo <https://miseguridadsocial.gov.co/Registro/>.*
- *Inscribirse en la plataforma MIPRES.*
- *Asistir a la inducción de que trata el artículo 31 de esta resolución.*
- *Acatar los reglamentos y normas de la institución.*
- *Cumplir con las tareas y actividades que se deriven de iniciativas y programas institucionales que le apliquen en el marco de la prestación de su servicio y de sus funciones.*
- *Asumir con responsabilidad y observar comportamientos que correspondan con la ética médica y la humanización en las actividades de atención en salud, reflejando en su práctica los principios de respeto y solidaridad con pacientes, familiares, comunidades, y demás personas de las áreas administrativas y asistenciales.*
- *Adelantar personalmente el servicio social bajo la supervisión del personal responsable asignado por la institución con sujeción a las circunstancias de lugar, tiempo y modo.*
- *Utilizar racionalmente los recursos en beneficio del paciente y abstenerse de realizar un uso ilegítimo de estos.*
- *Participar activamente en el trabajo de los equipos interprofesionales y multidisciplinarios, coordinando actividades y procesos estratégicos cuando haya lugar a ello.*
- *Informar oportunamente a los responsables de la supervisión del servicio social cualquier novedad o situación que pueda estar afectando o que potencialmente*

*puadiese llegar a interferir con el desarrollo del servicio (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2022, p. 15:15).*

La Resolución 774 de 2022 reglamenta además las causales de exoneración del SSO, los requisitos que deben cumplir las IPS para solicitud de plazas, la frecuencia de los sorteos para la asignación de plazas, las causales para el retiro de una plaza, el establecimiento, y los parámetros para exoneración: haber prestado servicio militar, haber cumplido el SSO con otra profesión de salud, la no asignación de plaza mediante el sorteo, presentar enfermedad catastrófica que impida el inicio del SSO, ser extranjero y haber prestado el SSO en su país de origen, tener un título de posgrado en el extranjero debidamente convalidado en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2022).

La 774 de 2022 regula además las sanciones por el no cumplimiento del término del SSO (9 meses de sanción para quien abandone la plaza o no se presente) las poblaciones especiales para priorización del SSO (raizales, indígenas, mujeres en gestación, personas cabeza de hogar, víctimas del conflicto armado y personas en condición de discapacidad), el establecimiento del Comité Nacional del SSO (comité encargado de abrir nuevas plazas y demás disposiciones relacionadas al SSO) y el establecimiento de los Comités Territoriales del SSO (comités encargados de dar respuesta a las peticiones, quejas y reclamos de los profesionales del SSO) (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2022).

Actualmente los profesionales que quieran inscribirse al SSO deben hacerlo mediante la página web del Ministerio de Salud y Protección Social. Allí deben adjuntar el diploma de grado, el acta de grado, si es un profesional extranjero debe adjuntar la convalidación de su título dada por el Ministerio de Educación y si tiene criterios de priorización debe anexar algún documento que la certifique (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2024).

Los profesionales deben elegir cinco (5) departamentos del país para realizar su SSO de acuerdo con sus preferencias. Luego de diligenciada la inscripción en el aplicativo del MSYPS no hay lugar para una anulación. En dado caso que no se consiga asignación de plaza en los 5 departamentos inscritos, el profesional será exonerado (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2024).

A la fecha se realizan cuatro (4) sorteos para asignación de plaza SSO cada año. El primero del 1 de febrero al 30 de abril; el segundo del 1 de mayo al 31 de julio; el tercero del 1 de agosto al 31 de octubre; y el cuarto del 1 de noviembre al 31 de enero (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2022, 2024).

Si bien toda esta normatividad presentada alrededor del SSO es importante para el establecimiento legal de esta práctica, a la fecha resulta problemático que muchas de estas resoluciones y leyes no se cumplen. De acuerdo con la Encuesta de Situación Laboral para los profesionales en la salud, el 60 % de los médicos del SSO trabajan más de 48 horas semanales, 20% de este grupo de médicos labora más de 66 horas por semana (>264 horas al mes) (Colegio Médico Colombiano, 2019). Horas que superan la carga máxima estipulada para este grupo de trabajadores según lo señalado por la ley.

Finalmente, 15% de los médicos del SSO no tienen contrato legal, si no que están contratados por Orden de Prestación de Servicios (OPS) a pesar de lo ordenado por la Resolución 795 de 1995 y de tener obligaciones contractuales vinculantes como los son el cumplimiento de horario, la realización de turnos y horas extra (Colegio Médico Colombiano, 2019; Ministerio de salud de Colombia, 1995).

A su vez, aunque la resolución 774 de 2022 establece que las instituciones que tengan a cargo médicos del SSO deben: generar ambientes de trabajo saludables y promover la seguridad de los profesionales, pagar oportunamente el salario y las prestaciones sociales, proveer oportunamente insumos y equipos necesarios, respetar las jornadas laborales y los horarios de descanso, en la práctica esta reglamentación ordenada por esta resolución no se cumple en diferentes instituciones con médicos del SSO.

En un reportaje realizado por la revista Cambio, titulado *¿Ya no quieren hacer el rural? Médicos denuncian difíciles condiciones en servicio social y le responden al ministro de Salud*, se exponen diferentes testimonios de médicos del SSO que denuncian malas condiciones laborales, sobrecarga laboral, jornadas laborales extendidas, escasez de insumos y servicios públicos como el agua y la electricidad, amenazas, retraso en el pago de prestaciones sociales, problemas de salud e incluso agresiones físicas (Revista Cambio, 2024).

Si existe una normatividad que ampara y garantiza los derechos laborales de los médicos del SSO, ¿por qué no se cumplen estas resoluciones y leyes en algunas plazas destinadas para el ejercicio del SSO?

Según lo referido por algunos participantes de esta tesis de maestría, los médicos recién egresados del pregrado y próximos a iniciar el SSO vienen haciendo uso de algoritmos de aprendizaje automático, de *Machine Learning* y de la inteligencia artificial para predecir cuáles podrían ser los departamentos más concurridos en el sorteo de la asignación de plazas y así salir exonerados del SSO por no designación de esta. Mediante comunicaciones por redes sociales (*Telegram, Whatsapp*) están compartiendo información relevante sobre las plazas disponibles, así como de los algoritmos.

Uno de los participantes de esta investigación, quien se presentará en el capítulo 3, a quien por mantener su nombre anónimo se le dio el nombre de Mauricio Babilonia señalaba lo siguiente alrededor del algoritmo:

*Doctor Mauricio Babilonia: se metió uno a un Telegram, con todos los médicos graduados y alguien se pone a echarle cabeza y dice: si los, no sé 10000, 2000 que somos, inscribimos estas 5 opciones, pues la probabilidad de que nos salga es bajita. Entonces, dice: Todos inscriban esta de primero, está segundo, esta tercera, está de cuarta y está de quinto. Con eso va a haber una plaza que va a tener 1500 vacantes, 1500 peticiones, pero una sola vacante. Después la posibilidad de que salgas es bajita... Uno está en internado y ya empiezan a decir: Marica le toca, Marica ya tiene el algoritmo. Entrevista al doctor Mauricio Babilonia.*

## **1.2 Síndrome de Burnout o Síndrome de Cansancio Profesional y su visión insuficiente para abordar la Salud de los médicos del SSO**

El SBO fue descrito por el psicoanalista Herbert Freudenberger en 1974, quien observó en un hospital de Nueva York cómo en la mayoría de los voluntarios hospitalarios había una pérdida progresiva de energía hasta llegar al agotamiento. El agotamiento se acompañó de irritabilidad, cambios súbitos del estado de ánimo, actitud cínica frente a la vida, paranoia, ansiedad, tristeza, pérdida de motivación para el trabajo y agresividad. Esta

sintomatología se presentó luego de completar un año de voluntariado (Freudenberger, 1974).

Posteriormente, la psicóloga Cristina Maslach caracterizó el síndrome como un proceso que con el tiempo genera cansancio o agotamiento emocional (pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga), despersonalización (“sensación persistente o repetitiva de separación del cuerpo de los procesos mentales”) y sensación de falta de realización personal (“el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto”). Estos cuadros en ocasiones pueden derivar en trastornos de la salud, consumo de sustancias psicoactivas y poca motivación para realizar el trabajo asignado. En el caso de los trabajadores de la salud genera un aumento de la iatrogenia, daños a la salud de los pacientes y disminución en la calidad de la prestación de los servicios de salud (Jackson et al., 1986; López Ríos & Ortega Ruiz, 2004; Maslach et al., 1996; Saborío Morales & Hidalgo Murillo, 2015; West et al., 2006).

Las tres características que componen el SBO fueron evaluadas por Maslach y Jackson mediante una encuesta de su propia elaboración conocida como el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach et al., 1996). Las otras dos posibilidades para evaluación de este síndrome son el *Mini Test Z* desarrollado recientemente para SBO y validado por Linzer y el Cuestionario para la evaluación de quemarse en el trabajo o Cuestionario para la evaluación del burnout en el trabajo (CESQT) (Gil-Monte, 2011a; Linzer et al., 2022).

El Test de Maslach consta de 22 preguntas en las que se evalúan las tres dimensiones del SBO. El agotamiento emocional es evaluado por nueve ítems (preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13,14,16 y 20); la despersonalización por cinco ítems (preguntas: 5,10,11,15 y 22); y la realización personal por ocho ítems (preguntas: 4,7,9,12,17,18,19 y 21). Cada pregunta puede obtener puntuación a partir de la escala Likert: 0= nunca, 1= pocas veces al año o menos, 2= una vez al mes o menos. 3= unas pocas veces al mes, 4= una vez a la semana, 5= pocas veces a la semana, 6= todos los días.

A partir de los resultados obtenidos se cuenta con los siguientes puntos de corte: Agotamiento emocional (AE) bajo,  $\leq 18$ , AE medio de 19-26 y AE alto,  $\geq 27$ ; Despersonalización (DP) bajo  $\leq 5$ , DP media de 6-9 y DP alta,  $\geq 10$ ; Realización personal (RP) baja  $\leq 33$ , RP media de 34-39 y RP alta  $\geq 40$ . El AE y la DP a mayor puntuación

indican mayor SBO. La RP a menor puntuación, mayor SBO. No existen puntos de corte para indicar el diagnóstico de SBO, sin embargo, se considera que puntuaciones altas en AE y DP, y puntuaciones bajas en RP son indicativas de SBO (Carrillo Vaca & Nieves Conde, 2016).

Se han estudiado los factores individuales que se consideran protectores frente al SBO: dentro de estos rasgos de la personalidad como ser optimista, afectivo y tener una alta autoestima. Dentro de los factores de riesgo que se han asociado a la presencia de SBO se encuentran: baja remuneración salarial, el exceso de trabajo en casa, la baja autonomía profesional, inadecuado manejo del estrés, carga administrativa elevada y dificultades para comunicarse con la población, entre otras (Hansen et al., 2021; Liebenberg et al., 2018). Estos factores de riesgo parecen ser claros, precisos, concisos, pero no lo son, no son tan precisos como aparentan, y por lo general luego de ser indagados y encontrados, no son relacionados entre unos y otros.

Como se puede ver, la propuesta de abordaje de problemas a la salud con base en el diagnóstico sindromático de SBO tiene un enfoque individualista, no relacional, que centra su núcleo de explicación en la responsabilidad del sujeto para la resolución de los problemas que enfrenta. Sin embargo, este enfoque de factores de riesgo aislados no relacionales, individualizantes, olvida que los profesionales de la salud se insertan en un sistema de salud, en un sistema de producción de su oficio laboral, en una sociedad y en un conjunto de factores estructurales posicionados por el mundo que determinan la forma cómo prestan sus servicios como profesionales.

Además, es distinto abordar a los profesionales de la salud que trabajan en Estados Unidos en contraste con los profesionales de salud que trabajan en México, España o Colombia. Las condiciones propias de cómo opera el sistema mundo en cada una de estas naciones, así como los sistemas de salud en los que se inscriben estos profesionales, son muy diferentes.

Es por lo anterior que este trabajo tomará distancia del enfoque epidemiológico clásico para adherirse a la perspectiva crítica de la Medicina Social (MSL) y Salud Colectiva Latinoamericanas (SC) de Salud de los Trabajadores.

### 1.2.1 Síndrome de Burnout en Colombia, alcances -pero sobre todo limitaciones-

En Colombia, el SBO ha sido estudiado en diferentes poblaciones médicas. El estudio de las psiquiatras Aguirre Roldán y Quijano Barriga, que se realizó con un enfoque epidemiológico clásico en la ciudad de Bogotá, contó con un universo de 106 médicos generales que laboraban en los servicios de urgencias, hospitalización y cirugía de tres instituciones hospitalarias, que llevaran al menos tres meses laborando en la institución, que no eran médicos del SSO, ni médicos en formación.

En este estudio se aplicó el Cuestionario para la evaluación de quemarse en el trabajo (CESQT) (Aguirre Roldán & Quijano Barriga, 2015).

*El CESQT está compuesto por 20 ítems que se distribuyen en cuatro dominios: ilusión por el trabajo (5 ítems), desgaste psíquico (4 ítems), indolencia (6 ítems) y culpa (6 ítems). Se evalúan mediante una escala Likert de cinco grados que van de 0 (nunca) a 4 (muy frecuente, todos los días). Se sospecha que la persona tiene burnout cuando tiene altas puntuaciones en el CESQT (puntuación > 2 o percentil > 90) excluido el dominio de culpa; se considera caso grave si la persona presenta bajas puntuaciones en ilusión por el trabajo junto con altas puntuaciones en desgaste psíquico e indolencia, y muy grave si hay altas puntuaciones en la escala de culpa (Gil-Monte, 2011b:153).*

Dentro de los resultados que se obtuvieron se encontraron los siguientes: el 6,6% de la población presentó SBO (IC95%,1%-11%). A pesar de que la prevalencia del SBO no fue elevada en este grupo, este estudio mostró altas frecuencias en los componentes del Burnout, por ejemplo, en agotamiento psíquico (18,9%), indolencia (45,6%) y solo el 20,8% tenían ilusión por su trabajo actual. Las autoras encontraron como factores de riesgo para presentar SBO el ser mujer, soltera, no tener hijos y trabajar en urgencias. Estos factores de riesgo los señalan, luego de relacionar las proporciones de las variables sociodemográficas indagadas y su relación con los puntajes de SBO (Aguirre Roldán & Quijano Barriga, 2015).

Aguirre y Quijano reforzaron sus hallazgos con el marco conceptual en el que presentaron esta pesquisa y donde señalaron que el SBO es multifactorial, implica factores internos

que dependen de la personalidad del individuo, como ocurre en personas ambiciosas, perfeccionistas, que constantemente necesitan ser reconocidas, que quieren complacer a los demás, quienes tienen sentimientos de ser irremplazables y consideran el trabajo como su prioridad, lo que llega a sustituir la vida social y familiar, además de factores externos dados por las circunstancias a las que se expone la persona como altas demandas en el trabajo, problemas de liderazgo o jerarquías, presión de tiempo, mal ambiente laboral, falta de libertad para tomar decisiones, alteración en la comunicación y aumento de la responsabilidad con pobre organización, donde la retroalimentación positiva es poca y el trabajo en equipo es nulo.

Los anteriores factores se ven exacerbados directamente por la ausencia de soporte social y familiar del profesional. En resumen, el síndrome es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés laboral crónico, con estrategias ineficaces de afrontamiento. *“Es decir, que en el ámbito individual los sujetos, en su esfuerzo por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, pueden llegar a esforzarse en exceso y a largo plazo, lo que lleva a esa sensación descrita como «estoy quemado»”* (Aguirre Roldán & Quijano Barriga, 2015, p. 200:200) .

Como se puede observar, los resultados de esta investigación basaron su enfoque en una mirada individualista, apoyada en la epidemiología clásica multicausal en donde fueron los diversos factores de riesgo que, sumados o potenciados en su individualidad, los que favorecieron la presencia de alguna entidad de salud, en este caso del SBO. Este enfoque es limitado, coloca toda la responsabilidad en los sujetos (Breihl, 2021).

Los trabajadores de la salud no son entes aislados y no pueden controlar diversas situaciones que pueden incidir en su proceso de salud/enfermedad. No depende completamente del sujeto la presentación de SBO. Los trabajadores de la salud hacen parte de un sistema de salud, de un sistema social, de un sistema económico, de un sistema político, por lo que la responsabilidad de la presencia de SBO no es completamente suya.

Así, y considerando el proceso de producción en el que se desenvuelven –en este caso, el sistema de salud-, hay que considerar las diferentes condiciones sociales y económicas

que presentan y que van más allá de su estado civil, por ejemplo, el número de hijos o el sexo, por nombrar algunas.

Otro estudio de corte descriptivo y transversal realizado por Franco y Ortiz, también con un enfoque epidemiológico clásico, con una muestra de 21 médicos de la especialización en salud laboral, encontró que: “*Se identifica algún grado de Burnout en el 47,6% (n=10) de los participantes, de los cuales un 66,7% (n=14) presentan agotamiento emocional, un 47,6% (n=10) presentan despersonalización y un 14,3% (n=3) baja realización personal en el trabajo*” (O. Franco & Ortiz, 2011:1).

En esta investigación, Franco y Ortiz señalaron que existen variables que generaron modificaciones en el SBO. Se mencionan las condiciones laborales, las condiciones extralaborales, los rasgos de personalidad y las expectativas con relación a la profesión, no obstante, estas no son exploradas dentro de su cuestionario. Para su estudio, dividieron a los participantes en dos grupos: el primero compuesto por jefes, profesionales y técnicos; el segundo por auxiliares y operarios administrativos.

Si bien, estas variables pudieron afectar al SBO, refirieron que no encontraron relación entre las variables sociodemográficas indagadas como sexo, edad, estado civil, tipo de vivienda donde residen, número de personas a cargo, antigüedad en el trabajo, tipo de cargo, tipo de contrato, tipo de salario, horas laboradas, número de trabajos, y su relación con el SBO. Para evaluar estas posibles relaciones, utilizaron estadística descriptiva, así como estadística inferencial con pruebas de: Chi-cuadrado y Test de Fischer. Aun así, reportan que sus resultados no son concluyentes (O. Franco & Ortiz, 2011).

Finalizaron la discusión, señalando que evidenciaron una relación estadística significativa entre el tipo de cargo que desempeña el trabajador y el componente de despersonalización del SBO. La despersonalización es comprendida como una actitud despreocupada frente a los problemas de los pacientes atendidos o respuestas frías hacia los mismos. Esta despersonalización fue más frecuente en los cargos operativos de médicos que atendían pacientes que en los médicos con funciones administrativas (O. Franco & Ortiz, 2011).

Si bien esta investigación (O. Franco & Ortiz, 2011), al igual que la señalada previamente, menciona algunas variables que se relacionan con la aparición de SBO, no identifica

ninguna que presente una relación con este cuadro sindrómico. No explican el porqué de su aparición. Similar al estudio de Aguirre y Quijano, mencionan algunas variables relacionadas a la aparición de SBO como los rasgos de personalidad, las condiciones laborales, las condiciones extralaborales, las expectativas con relación a la profesión como aquellas relacionadas a este cuadro, empero, nuevamente enfocan y condicionan la aparición de esta entidad a características individuales propias y olvidan las condiciones sociales que determinan la aparición del SBO tales como el proceso de producción, el sistema de salud, el sistema económico, condiciones que sí son abordadas bajo el paradigma de la SC y la MSL (Breihl, 2021).

Otro estudio realizado por Carrillo y Nieves, de corte descriptivo y transversal con enfoque epidemiológico multicausal, evaluó el SBO en 17 médicos generales de consulta externa de una institución prestadora de salud. Las autoras señalan que lo novedoso de su investigación fue aplicar el test de MBI antes y después de la jornada laboral. Los resultados fueron: la mediana de edad 30 años (23-48); el 41,8% tienen jornada laboral de 8 horas; el 35,3% laboran más de 8 horas; el 52,9% cuenta con tres o más años de experiencia laboral; el 64,7% de los participantes eran mujeres; el 58,8% estaban casados y el 52,9% no tenía hijos. También afirmaron:

*Se evidenció que antes de la jornada laboral existe un agotamiento emocional alto en el 35,3% de los médicos y medio-bajo del 23,5%, elevándose a 47,1% en valor de alto posterior a la jornada con disminución de medio-bajo a 17,6%. En cuanto a la dimensión de despersonalización no se evidencian cambios relevantes en los niveles alto y medio-bajo al inicio o final de la jornada. La realización personal previa a la jornada laboral para nivel alto fue de 11,8% comparada al finalizar la jornada de 5,9%, y para los valores medio-bajo fue del 5,9% al inicio de jornada y 29,4% al finalizar la misma (Carrillo Vaca & Nieves Conde, 2016, p. 10:10).*

Con relación a los hallazgos encontrados con respecto al elevado agotamiento emocional y a los niveles de realización personal, las autoras lo explicaron mediante la relación de sus resultados en comparación con otros estudios debido a que no encontraron significancia estadística entre las variables sociodemográficas que indagaron y los resultados de los componentes de SBO.

Para Carrillo y Nieves, el SBO por estudios previos se ha asociado a ser mujer, debido sus múltiples roles como mamá y trabajadora; a trabajar desde edades tempranas (ser más joven por inadecuada estructuración de la personalidad); al número de horas laboradas diariamente (a más horas laboradas mayor probabilidad de agotamiento); al estado civil (factor protector por el apoyo emocional de una pareja); al número de hijos (por su influencia positiva para continuar con el proyecto de vida). Si bien su investigación no las corrobora, diferentes estudios que referencian sí lo hacen (Carrillo Vaca & Nieves Conde, 2016).

Nuevamente, se observa en esta investigación cómo la responsabilidad del desarrollo del SBO recae sobre el individuo. Es él o ella quién debe superar o resolver estos factores individuales para evitar el SBO. Se desconoce también que los médicos presenten otra serie de condiciones que son determinantes en el favorecimiento del desarrollo del cansancio profesional.

En otro estudio con tema central SBO, Ferrel, Sierra y Rodríguez investigaron la presencia de SBO en cincuenta y seis (56) médicos especialistas (28% cirujanos, 8,9% cardiólogos, 7,1% oncólogos y en 55% de otras especialidades como internistas, pediatras, etc.), que conforman la Planta de Personal del Hospital Universitario Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta. A esta población le aplicaron el MBI y encontraron: “Un nivel alto de Agotamiento emocional en los médicos participantes, con una puntuación de 94,6%; estando el restante 5,4% en un nivel medio.

La variable *despersonalización* se encontró en general en un nivel medio, con una puntuación del 53,6%. El 39,3% de ellos se encuentran en un nivel bajo; y, sólo un 7,1% se encuentra en un nivel alto. En cuanto a la realización personal, se encontró que el 53,6% se encuentran en un nivel medio; sin embargo, el 44,6% de los médicos se ubican en un nivel alto. Sólo el 1,8% se encuentra en el nivel más bajo. Si se consideran los puntajes medio y bajo, indicadores de burnout, se tiene que el 55,4% presenta falta de realización personal en su trabajo. A nivel general, se encontró un alto nivel de agotamiento emocional en comparación con las otras dos variables, estando la despersonalización y la falta de realización personal en un nivel medio, con lo cual se establece la presencia del SBO a nivel medio en los médicos del Hospital Universitario Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta” (Robert Ferrel, 2010, p. 5:5)

Para explicar estos resultados los autores no recurrieron a pruebas estadísticas, como los análisis multivariados o bivariados con el fin de encontrar asociaciones entre valores de p con las variables sociodemográficas indagadas y su relación con SBO, sino que relacionan las proporciones de las variables sociodemográficas recabadas y su relación con el SBO.

Ferrel y colaboradores evidenciaron una relación entre la edad y el SBO, diferente de la comprobada en otros estudios, ya que, según esta pesquisa, a mayor edad hay más probabilidades de presentar desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal, contrario a lo mencionado en otras investigaciones como las mencionadas previamente.

Los autores generaron esta relación con base en las proporciones elevadas de frecuencias de SBO en las edades más avanzadas. Muy similar al análisis realizado con la variable edad, Ferrel y colaboradores asocian el tiempo de servicio (experiencia laboral) con la presentación de SBO. En esta pesquisa los médicos con mayor tiempo de servicio, de diez a quince años, y entre los 26 a 30 años, fueron los que presentaron mayor puntuación de SBO. Con esta variable realizaron el mismo análisis que con la edad y relacionaron proporciones elevadas de frecuencias de SBO con tiempo de servicio en los rangos mencionados previamente.

Los autores relacionaron el tipo de especialidad médica de los encuestados con el desarrollo de SBO: *“Las especialidades de oncología, cirugía y cardiología, con una puntuación de 100% en el componente de Agotamiento Emocional, lo cual se corresponde con la teoría planteada por Moreno Jiménez, la cual afirma que mientras más intensas sean las demandas reales de los pacientes y más alta su dependencia del trabajo del especialista, mayor probabilidad de aparición del síndrome”* (Robert Ferrel, 2010, p. 6:6). Se realizó un análisis descriptivo de los hallazgos y relacionaron frecuencias de SBO con los tipos de especialidad médico-quirúrgica.

Dentro del marco conceptual de esta investigación, Ferrel y colaboradores refieren que el SBO es un cuadro ocasionado como respuesta de los individuos al estrés laboral crónico y, a su vez, exponen que el SBO pareciera deberse *“a la influencia del ambiente laboral en el que se desenvuelven los profesionales, ya que el riesgo de aparición del síndrome*

*parece asociarse básicamente a factores organizacionales, de forma que no es la estructura de la personalidad o sus forma de conducta las determinantes más importantes sino el clima y la cultura laboral del propio ámbito de trabajo*” (Robert Ferrel, 2010, p. 4:4).

A pesar de que estos autores reconocen que existen condiciones sociales que favorecen al SBO y que estas parecen tener más relación con su aparición, dentro de estas el ambiente laboral, no son analizadas ni estudiadas en su investigación. El enfoque de su estudio es principalmente descriptivo y no explica las causas asociadas a la aparición de este síndrome. Ferrel y colaboradores relacionan débilmente la presencia de SBO con las variables edad, tiempo de servicio y especialización. En ningún momento los autores indagan por las condiciones sociales que favorecen y determinan el SBO. Por lo anterior, esta pesquisa guarda similitudes con las otras previamente descritas.

La tesis doctoral de Omar Segura, titulada Configuración de la UCI y burnout en médicos intensivistas: una mirada desde la epidemiología social abarcó a “80 profesores de la especialización de cuidado intensivo, 400 intensivistas graduados y en ejercicio, y 200 residentes de los programas de medicina crítica y cuidado intensivo en el país”(Segura Durán, 2017, p. 49:49), mediante un estudio analítico de casos y controles. Dentro de este trabajo, Segura Durán intentó abordar las causas del SBO mediante un enfoque de epidemiología social (factores sociales que favorecen la generación de riesgo), que incidían en la presencia de SBO.

El resumen de sus hallazgos fue el siguiente:

*La fase cualitativa mostró que el cuidado intensivo es una especialidad masculina, reactiva, altamente dependiente de tecnologías médicas, escasa de recursos hospitalarios, que recurre mucho a la improvisación y que tiene unas condiciones laborales precarias. La fase cuantitativa encontró baja frecuencia de SBO, la cual fue de 3,2%. Además, confirmó un alto riesgo de desarrollo de SBO en un 24%. Identificó que los médicos intensivistas varones (OR 9,28;  $p<0,001$ ), que soportaban turnos nocturnos sin descanso (OR 2,37;  $p=0,02$ ), ruido (OR 2,38;  $p=0,011$ ), maltrato por compañeros (OR 3,44;  $p=0,026$ ), relación de salario ideal/real  $<65\%$  (OR 2,42;  $p=0,015$ ), concentración territorial (OR 2,86;  $p=0,005$ ), además de otros factores comunes de riesgo físicos y biológicos, favorecieron la presentación de SBO (Segura Durán, 2017, p. 8:8).*

Segura Durán, en su tesis doctoral, se diferencia en el abordaje metodológico de las investigaciones previamente presentadas al intentar involucrar variables sociales a la explicación de la aparición del SBO. Sin embargo, las variables asociadas a SBO (sexo, turnos prolongados, ruido, maltrato, salario), que a su vez tuvieron significancia estadística, nuevamente ponen todo el énfasis en características individuales separadas y no en la comprensión de estructuras y procesos que van más allá de los individuos.

En esta tesis doctoral, se omite el análisis de la presión que puede ejercer el sitio de trabajo, el proceso de producción al que están sometidas las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), que por cierto son las que más generan dividendos en las instituciones públicas, la clase social que tienen los médicos especialistas de la UCI, así como los procesos de producción y reproducción social en los que se inscribe este grupo profesional.

El autor, a pesar de indagar por condiciones sociales como el transporte o la relación salario ideal/salario real, realiza un abordaje de factores sociales de riesgo para la presencia de SBO sin ir más allá de la comprensión compleja y completa de cómo las situaciones sociales, el proceso de producción, la clase social y el sistema de salud determinan la aparición de SBO.

### **1.2.2 Síndrome de Burnout en médicos rurales de otros países**

Mediante una revisión exploratoria de artículos en bases de datos científicas, tanto para documentos publicados como para literatura gris (Pubmed, Scielo, Lilacs, JSTORE, Open Grey), así como *Google Scholar*, se realizó una búsqueda intentando encontrar la prevalencia de SBO en los médicos rurales del mundo.

La ecuación de búsqueda planteada fue la siguiente mediante términos MESH y DECS: ("Burnout, Psychological"[Mesh]) AND ("Agotamiento Psicológico" OR "Esgotamiento Psicológico") ("Physicians"[Mesh]) AND ("Rural Health Services"[Mesh] OR "Rural Health"[Mesh]) AND ("Médicos") AND ("Salud Rural OR ("Saúde da População Rural") OR ("Servicios de Salud Rural") OR ("Serviços de Saúde Rural")

No se encontraron artículos en las bases de datos *J STORE*, *Scielo*, *Lilacs*, *Open Gray* y *Google Scholar*.

En la base de datos de Pubmed se encontraron cinco artículos:

**Primer artículo: Family Physician Burnout Rates in Rural versus Metropolitan Areas: A Pilot Study - Tasas de agotamiento de los médicos familiares en áreas rurales versus metropolitanas: un estudio piloto<sup>1</sup>**

El primer artículo relacionado en este estado del arte fue el de Hogue y Huntignton. En este, los autores estudiaron el SBO en médicos especialistas en medicina familiar del área rural del Medio Oeste de Estados Unidos con base en la hipótesis de que existiría mayor SBO en los médicos familiares del área rural en comparación con los médicos familiares del área urbana. Para comprobar esta hipótesis realizaron el envío de una pregunta basada en el cuestionario Physician Work Life History (Estudio de la vida laboral del médico), pregunta que se relaciona con el ítem de Agotamiento Emocional del MBI y que fue enviada a 99 médicos familiares vía correo electrónico que residían en áreas rurales (< 10.000 habitantes), ciudades medianas (10.000 – 50.000 habitantes) y ciudades metropolitanas (> 50.000 habitantes).

La pregunta que realizaron fue la siguiente:

*Usando su propia definición de SBO marque alguna de las siguientes respuestas: A. Disfruto de mi trabajo y no tengo síntomas de agotamiento. B. Estoy bajo mucho estrés, no tengo tanta energía como quisiera, pero no me siento agotado. C. Definitivamente tengo SBO, presento uno o más de sus síntomas. D. Los síntomas de SBO que siento no desaparecen, pienso constantemente en mis frustraciones. E. Me siento completamente quemado, estoy cercano a pedir ayuda profesional. Las respuestas C, D y E fueron consideradas como SBO. Entre sus resultados evidenciaron que el 25% de los*

---

<sup>1</sup> Traducción libre a partir de Google Translate.

*médicos familiares en zonas rurales reportaron SBO, en comparación con el 37,5 % de los encuestados en ciudades medianas y el 51,4 % de los encuestados de áreas metropolitanas. Las pruebas estadísticas dieron un resultado significativo para las proporciones encontradas (valor de  $p = 0,0183$ ) (Hogue & Huntington, 2019:307).*

Como conclusión, en este estudio hubo mayor SBO en médicos familiares de ciudades medianas y metrópolis que en médicos familiares de regiones rurales. Hogue y Huntington explican estos resultados de la siguiente manera:

1. Los médicos ubicados en zonas rurales tienen mayor autonomía de su proceso de trabajo, lo que reduce el estrés y la posibilidad de aparición de SBO, caso contrario a los médicos de ciudades medianas y metrópolis.
2. Los médicos de áreas rurales tienen una mejor relación con sus pacientes, y estos valoran mucho más la atención médica que les ha sido brindada, debido a las escasas opciones que los pacientes rurales tienen, lo que termina siendo un factor protector para SBO.
3. La variedad de actividades de recreación encontradas en el área rural puede ser un factor protector para prevenir el desarrollo de SBO.
4. Los médicos familiares de zonas rurales tienen un mejor estilo de vida por fuera del trabajo, lo que podría contribuir a tasas más bajas de SBO.
5. Los médicos de los territorios rurales una vez presentan SBO se trasladan a las áreas metropolitanas y de esta forma sesgan los datos encontrados (Hogue & Huntington, 2019).

Hogue y Huntington llegan a estas conclusiones con base en hallazgos de estudios previos encontrados en la literatura, pero no indagan por preguntas relacionadas a estos temas en su pesquisa. En su investigación como variables socia-demográficas indagan solamente por el sexo, la edad y la cantidad de partos atendidos (Hogue & Huntington, 2019).

Como se puede observar, este estudio trata nuevamente de una investigación descriptiva de tipo transversal con base en la epidemiología multicausal. Hogue y Huntington se quedan cortos al momento de explicar el porqué de la presentación del SBO, olvidan describir las diferencias entre el proceso de trabajo del área rural versus el área urbana,

las diferencias también en el proceso de producción, del contexto social, laboral y ambiental entre los médicos rurales y los médicos urbanos.

**Segundo artículo: Burnout among rural hospital doctors in the Western Cape: Comparison with previous South African studies - Burnout entre médicos de hospitales rurales en el Cabo Occidental: comparación con estudios sudafricanos anteriores<sup>2</sup>**

Otro estudio realizado por Liebenberg y Coetzee, en los distritos rurales de Overberg y de Cape Winelands de Sudáfrica, abordó mediante el Test de Maslach a 42 médicos de hospitales públicos de estas regiones. En este estudio, Liebenberg y colaboradores hallaron que:

*El 81 % (95 % IC 65 % a 90 %) de los participantes demostraron puntajes altos de agotamiento emocional (AE) o despersonalización (DP), cualquiera de los cuales es una medida de agotamiento clínicamente significativo. Las puntuaciones altas tanto para AE como para DP estuvieron presentes en el 50 % (IC del 95 %: 35 % a 66 %) de los participantes. Ningún médico tuvo niveles bajos de agotamiento en las tres subescalas. Las tasas de SBO fueron similares a las de un estudio anterior realizado entre médicos que trabajaban en los centros de atención primaria de salud de la Municipalidad Metropolitana de Ciudad del Cabo. Los puntajes para el agotamiento emocional (AE) y despersonalización (DP) fueron mayores que los de la encuesta nacional de Sudáfrica: Sin embargo, la puntuación de realización personal (PA) fue mayor (Liebenberg et al., 2018, p. 3:3)*

Con estos resultados los autores concluyeron que hay tasas elevadas de SBO en médicos rurales de los distritos de Sudáfrica, las cuales son muy similares a las tasas de SBO de los médicos metropolitanos de la ciudad de Cape Town. La hipótesis que presentan para

---

<sup>2</sup> Traducción libre a partir de Google Translate.

afirmar que los indicadores son similares tanto en el área rural como en el área urbana son: las dos áreas comparten situaciones análogas como la sobrecarga laboral, las malas condiciones laborales, la baja autonomía profesional, mala organización del trabajo, la toma de decisiones críticas en la atención y el inadecuado manejo del estrés en el personal médico (Liebenberg et al., 2018).

Liebenberg y colaboradores diferenciaron claramente tanto los factores individuales relacionados al SBO como los factores contextuales que contribuyeron al desarrollo de este síndrome. Dentro de los factores individuales señalaron: el tipo de personalidad, la insatisfacción laboral, la red de apoyo con la que cuente el individuo. En los contextuales mencionaron: la carga laboral, la privación del sueño, el ambiente laboral, la estructura organizacional del trabajo, la compensación salarial, el sitio de trabajo, las oportunidades de ascenso en la carrera profesional, la comunicación entre el equipo de trabajo, el tiempo de vacaciones, la jornada laboral y las características de los pacientes atendidos (Liebenberg et al., 2018).

Los autores diferenciaron los factores individuales de los contextuales para la producción del SBO y los presentaron en el mismo grupo de variables asociadas a la aparición de sus resultados sin realizar un análisis de estos, sin incluirlos dentro de las variables a indagar en su metodología. A pesar de que hicieron un hincapié importante en el contexto social como facilitador del SBO, al igual que en los estudios previos, este no es incluido dentro de las variables de estudio o de investigación, no fue analizado como parte fundamental de los resultados de la pesquisa.

Es por lo anterior que este estudio termina siendo similar a los previos, un estudio epidemiológico, descriptivo, transversal, que se queda corto al explicar el origen del SBO. No sirve mencionar una serie de procesos contextuales que favorecen la aparición del síndrome, si estos no van a ser estudiados a profundidad. Liebenberg y colaboradores se quedan en la descripción de las frecuencias que hallaron de los componentes de SBO, pero no van más allá para explicar las causas relacionadas a su aparición.

Finalmente, con base en este enfoque que prioriza factores aislados, y principalmente individuales, los autores recomendaron realizar programas de *mindfulness*<sup>3</sup>, disminuir el horario laboral, mejorar el ambiente de trabajo, mejorar las condiciones laborales, disminuir la carga laboral, aumentar la autonomía profesional de manera que se mejore la resiliencia de los médicos y se favorezca la prevención del SBO (Liebenberg et al., 2018).

Si bien todas las anteriores recomendaciones son válidas para mejorar la salud de los médicos, estas no fueron analizadas en esta investigación y son individualizantes. Liebenberg y colaboradores no examinaron ni describieron el proceso de trabajo de los médicos, ni el sistema de salud donde laboraban, lo que limitó la interpretación de los resultados de su trabajo.

**Tercer artículo: Exploring the impact of rural health system factors on physician burnout: a mixed-methods study in Northern Canada - Explorando el impacto de los factores del sistema de salud rural en el Burnout de los médicos: un estudio de métodos mixtos en el norte de Canadá<sup>4</sup>**

Hansen y colaboradores realizaron una investigación mixta en la que involucraron la realización del MBI junto a entrevistas semiestructuradas a médicos del noroeste de Canadá en las regiones de Nunavut, Yukon y Noroeste, regiones que se encuentran en el área ártica o subártica (Hansen et al., 2021).

Lo interesante de esta investigación es que buscó relacionar el contexto del campo de la salud en el norte de Canadá con la presencia de SBO. Los autores reconocieron como factor estructural para el desarrollo del SBO al contexto social donde se brinda la atención en salud y al sistema de salud, y analizaron de este último su gobernanza, su ambiente

---

<sup>3</sup> *Mindfulness* es una técnica de meditación que propende por concentrar la atención en el presente, en el aquí y en el ahora. Según Wikipedia: “El *mindfulness*, también llamado atención plena o conciencia plena, consiste en estar atento de manera intencional a lo que hacemos, sin juzgar, apegarse, o rechazar en alguna forma la experiencia. Es una práctica basada en la meditación vipassana. Consiste en prestar atención desapasionada a los pensamientos, las emociones, las sensaciones corporales y al ambiente circundante, sin juzgar si son adecuados. La atención se enfoca en lo que se percibe, sin preocuparse por los problemas, por sus causas y consecuencias, ni buscar soluciones”(Wikipedia, 2024; Williams & Kabat-Zinn, 2011).

<sup>4</sup> Traducción libre a partir de Google Translate.

laboral y su proceso organizacional. Hansen y colaboradores señalaron que trabajar en el norte y en el noroeste de Canadá es difícil, el territorio es extenso, de aproximadamente 3 millones de km<sup>2</sup>, representando el 39% del territorio canadiense, y donde residen alrededor de 80 comunidades principalmente de orígenes indígenas (Hansen et al., 2021).

Estas regiones son de las menos pobladas, representan el 0,3% de la población canadiense, y su acceso se logra principalmente por vía aérea, pero en algunas estaciones climáticas puede accederse por vía acuática. Además, en estas regiones se hablan aproximadamente 18 idiomas indígenas, hecho que dificulta la comunicación con los profesionales de salud que vienen principalmente de provincias angloparlantes del interior del país (Hansen et al., 2021).

En estos territorios se evidencian importantes inequidades en salud en comparación con la población general de Canadá, por ejemplo: la expectativa de vida es de 3 a 10 años menor que en el resto del país, existe mortalidad prematura relacionada al suicidio, causas externas y las tasas de mortalidad por diabetes, cáncer y tuberculosis también son mayores que las del resto del país (Hansen et al., 2021).

Asimismo, con respecto al contexto social y al contexto del campo de la salud, Hansen y colaboradores refieren que en estas regiones de Canadá, a pesar de que esté escrito en la ley federal que el sistema de salud deba ser universal, con financiación pública, comprensivo y accesible, la población indígena de Nunavut, Yukon y del noroeste presenta barreras geográficas que hacen difícil el acceso al sistema de salud, además de los tiempos de espera largos, las barreras idiomáticas para ser comprendidos por el personal de salud y un constante cambio de la base profesional encargada de brindar la atención (Hansen et al., 2021).

Finalizaron el análisis de estos territorios relatando que estas zonas son las que tienen el presupuesto más pobre para la atención en salud, con mayor dificultad para garantizar la permanencia de profesionales en medicina, y en donde las disparidades pueden ser tan importantes que: *“mientras el 85% de la población canadiense tiene acceso a un médico familiar, sólo el 74% de los residentes en Yukon, el 42% de los habitantes del noroeste, y*

el 17,5% de los de Nunavut tienen acceso a esta especialidad médica<sup>5</sup> (Hansen et al., 2021:2).

Con base en el contexto social, geográfico y sanitario previamente presentado, Hansen y colaboradores hicieron una pesquisa con el fin de “*caracterizar el agotamiento y su contribución, y los factores protectores con una medida estandarizada, al tiempo que explorar las perspectivas y experiencias de los médicos, en un esfuerzo por explicar el contexto del agotamiento en las regiones del norte de Canadá*”<sup>6</sup> (Hansen et al., 2021, p. 3:3).

Para cumplir con el objetivo propuesto, Hansen y colaboradores realizan el MBI a 57 médicos (principalmente especialistas en medicina familiar, pero también en Ortopedia), que laboraban en alguna de las tres regiones mencionadas previamente. Posteriormente realizan una fase cualitativa en la que 14 médicos tomaron parte: 3 de Nunavut, 10 del Noroeste y 1 de Yukon (Hansen et al., 2021).

Los resultados del estudio fueron para el análisis cuantitativo:

*De los encuestados 39% (n = 22/57) mostró características asociadas con el agotamiento emocional. Factores asociados con el agotamiento incluyeron el uso de registros médicos electrónicos ( $\beta = - 0,7$ ,  $p < 0,05$ ), inadecuada remuneración del salario ( $\beta = - 1,0$ ,  $p < 0,05$ ) y dificultades interculturales para comunicarse con la población indígena ( $\beta = - 1,1$ ,  $p < 0,05$ ), y para el análisis cualitativo se identificaron como factores asociados al SBO la escasa influencia que tienen los médicos de zonas rurales para diseñar o apoyar las políticas de salud implementadas en las áreas rurales, las fallas sistémicas en la comunicación intercultural (la barrera de comunicación con las comunidades indígenas generó agotamiento emocional e impotencia en el personal médico), la discontinuidad en la atención (estancias cortas por parte del personal médico que impedía la generación de vínculo con la comunidad, además de continuidad en los tratamientos y en los procesos), la carga administrativa elevada*

---

<sup>5</sup> Traducción libre mediante Google Translate.

<sup>6</sup> Traducción libre mediante Google Translate.

*(ajustes a la historia clínica, solicitud de laboratorios, papeleo, etc.)*<sup>7</sup> (Hansen et al., 2021, p. 1:1).

El análisis cualitativo arrojó como factores protectores para el SBO: las relaciones de colegaje entre médicos, el tiempo de ocio disfrutado en actividades paisajísticas o al aire libre y, como factores de arma de doble filo, protectores o de riesgo para el SBO: los límites difusos entre el tiempo de trabajo y el tiempo de ocio, puesto que los médicos podrían ser abordados en su tiempo libre por sus pacientes para preguntar acerca de tratamientos o para hacer consultas, pero también podían ser momentos para observar la mejoría de los pacientes; el campo de experticia de la especialidad clínica de base, la mayoría de participantes fueron médicos familiares que, en ciertas ocasiones, tenían limitaciones importantes para abordar problemas quirúrgicos y pediátricos, en otros momentos, con el apoyo de otros especialistas, podían resolver situaciones novedosas que mejoraban su curva de aprendizaje o su experiencia laboral; finalmente, un factor como las vacaciones o el tiempo afuera del territorio, ya que este podría contribuir al descanso, pero también podía favorecer la pérdida de vínculo con las comunidades, los tratamientos y procesos de salud (Hansen et al., 2021).

Hansen y colaboradores consiguen mediante un enfoque de epidemiología multicausal, con su estudio descriptivo, transversal y mixto, exponer factores estructurales (sistema de salud, contexto socio-geográficos, contexto laboral), así como factores individuales relacionados al SBO, involucrando parámetros estadísticos para ambos factores intentando darles mayor poder explicativo. Los autores reconocen como limitaciones a su estudio el tamaño muestral, el cual limita las posibilidades de inferencia estadística a otras poblaciones.

Reconocen también que podría existir un sesgo con respecto al SBO en el abordaje cualitativo debido a que existen unas probabilidades altas que médicos que presenten SBO sean quienes acepten participar en entrevistas para exponer a mayor profundidad su caso, aunque esto no necesariamente sucedería en todas las situaciones. Hansen y colaboradores realizan una investigación completa, robusta, que intenta relacionar

---

<sup>7</sup> Traducción libre a partir de Google Translate.

condiciones estructurales con la aparición de SBO, pero que finalmente no terminan de empatar para dar una explicación más compleja.

Presentan las situaciones estructurales, el sistema de salud, la remuneración salarial, el difícil acceso al territorio como factores aislados, sin lograr un análisis relacional entre las estructuras, los procesos y los sujetos involucrados de manera que se pueda dar una explicación profunda a la aparición del SBO en estas tres regiones de Canadá.

**Cuarto artículo: The impact of burnout syndrome on practitioners working within rural healthcare systems - El impacto del síndrome de Burnout en los profesionales que trabajan en los sistemas de salud rurales<sup>8</sup>**

Otro estudio fue el que hicieron Bethea et al a 127 trabajadores de la salud del servicio de urgencias, paramédicos (44,9%), enfermeras (37,8%) y médicos (9,4%) de áreas rurales del Estado de Virginia Oeste en Estados Unidos, a quienes se les realizó un *Mini test Z* de SBO, junto a una encuesta que indagaba por características sociodemográficas de los participantes.

*El Mini test Z hace referencia a: una escala breve compuesta por 10 ítems que ha demostrado adecuados valores de utilidad clínica para identificar SBO, equiparable al MBI. Los primeros 3 ítems evalúan la percepción de SBO, estrés y satisfacción en una escala Likert de 5 puntos que va desde «muy en desacuerdo» hasta «muy de acuerdo». Los 7 ítems restantes valoran factores disparadores del SBO: control sobre la carga en el trabajo, tiempo suficiente para completar el trabajo, atmosfera laboral adecuada, alineación con los valores del líder de la organización, trabajo en equipo, cantidad de tiempo de trabajo en casa y jornadas laborales frustrantes. Estas se evalúan con una escala Likert de 5 puntos (Bethea et al., 2020, p. 1:1).*

Los resultados fueron: el 31% de los trabajadores de la salud reportó SBO, médicos (45,5%), Paramédicos (35,1%) y enfermeras (25,0%). El 99,2% señaló que el SBO afecta la salud de los trabajadores de la salud y genera una barrera para la atención de los pacientes.

---

<sup>8</sup> Traducción libre a partir de Google Translate.

*Aquellos con SBO reportaron mayor estrés ( $p < 0,001$ ), caos en el trabajo ( $p < 0,001$ ) y trabajo administrativo excesivo en casa ( $p < 0,001$ ). Pocos encuestados informaron satisfacción laboral ( $p < 0,001$ ), control sobre la carga de trabajo ( $p = 0,001$ ), tiempo administrativo para documentación suficiente ( $p = 0,001$ ), alineación con los valores institucionales ( $p = 0,001$ ) y equipo eficiencia ( $p = 0,004$ ). Los factores asociados al desarrollo del SBO en este grupo de trabajadores de la salud incluyeron: falta de control sobre la carga de trabajo ( $p = 0,032$ ), mala alineación con los valores del empleador ( $p = 0,002$ ), falta de trabajo en equipo eficiente ( $p = 0,006$ ) y tiempo excesivo de documentación en casa ( $p = 0,003$ )<sup>9</sup> (Bethea et al., 2020, p. 3:3).*

Bethea y colaboradores no olvidan relatar las limitaciones de su investigación, por ejemplo, el tamaño muestral, la posibilidad de que se presente un error sistemático por la realización de la encuesta en dos lugares diferentes, y un sesgo de información, ya que recolectaron la información en un congreso y no pueden garantizar que todos los profesionales efectivamente trabajen en un servicio de urgencias. Dados los resultados anteriores, los autores concluyen que el SBO también afecta a los trabajadores de la salud de áreas rurales, independiente de la profesión que estos tengan. Recomiendan realizar programas de prevención del SBO y estudios prospectivos para encontrar nuevos hallazgos (Bethea et al., 2020).

Bethea y colaboradores hacen esta investigación de tipo transversal y descriptiva con base en la epidemiología multicausal, en donde, similar a las investigaciones anteriormente mencionadas, logran relacionar ciertos factores a la presencia de SBO en trabajadores del campo de urgencias del área rural de Virginia Oeste. Si bien los autores hallaron como factores asociados al SBO el tiempo excesivo de trabajo en casa, la falta de control que tiene el trabajador sobre la carga laboral, el ineficiente trabajo en equipo y la pobre alineación con los valores institucionales de los lugares donde se trabaja, estos terminan siendo simplemente mencionados, pero no evaluados de forma relacional. La explicación del SBO dada por estos autores es fragmentada, desconociendo las relaciones entre el proceso de trabajo (en el que está presente el sistema de salud) y su relación con la salud

---

<sup>9</sup> Traducción libre a partir de Google Translate.

de los trabajadores, por lo que nuevamente se observan varios factores que no permiten explicar de manera completa el panorama de la salud de este grupo poblacional.

**Quinto artículo: Why doctors choose small towns: A developmental model of rural physician recruitment and retention - Por qué los médicos eligen ciudades pequeñas: un modelo de desarrollo de contratación y retención de médicos rurales<sup>10</sup>**

Bajo un enfoque cualitativo y sin medición de frecuencias de SBO, Hancock y colaboradores estudiaron los factores que incidían en la permanencia de médicos en zonas rurales. Para llevar a cabo este propósito estudiaron a 22 médicos especialistas del Noreste de California y del Noroeste de Nevada en Estados Unidos. Inicialmente, captaron 5 médicos familiares para la participación del estudio en un congreso de medicina de urgencias en diciembre de 2005. Posteriormente completaron la muestra con médicos conocidos de estos 5 iniciales que laboraran también en la ruralidad; este tipo de muestreo se conoce como bola de nieve.

Metodológicamente, Hancock y colaboradores utilizaron las entrevistas semiestructuradas para indagar por su objeto de estudio. Los resultados que encontraron fueron que todos los participantes eran blancos, casados y de mediana edad. La media de la edad fue de 54,9 años (77% fueron hombres, 82% tenían hijos y el 50% creció en alguna zona rural). De los entrevistados, 11 (55%) eran médicos familiares, 6 (27%) especialistas en medicina de urgencias, 3 (14%) en medicina interna y 2 (9%) en pediatría. Luego de la realización de las entrevistas y el patrón de saturación evidenciado en ellas, las siguientes características estuvieron relacionadas a la permanencia en zonas rurales: la familiaridad, la comunidad, el sentido de pertenencia con el lugar donde se vive y la realización personal.

La familiaridad como la sensación de conocimiento y tranquilidad del sitio donde se vive, resaltan en sus resultados que el 50% de los entrevistados eran oriundos de lugares rurales y todos, en algún momento, tuvieron algún tipo de contacto con zonas rurales durante su formación académica. La comunidad como la posibilidad de servir a otros y de

---

<sup>10</sup> Traducción libre a partir de Google Translate.

construir colectividad junto al resto de la población. El sentido de pertenencia tratándose de la sensación de sentirse conectado e inspirado por el ambiente rural. Y la realización personal como la posibilidad de sentar cabeza, formar familia y construir su ejercicio profesional. Finalmente, la resiliencia previa bajo circunstancias adversas y el cubrimiento completo de las necesidades básicas fueron factores predictivos para la permanencia en la ruralidad.

Bajo los anteriores hallazgos, Hancock y colaboradores recomiendan incentivar el contacto de médicos en formación, médicos jóvenes, médicos residentes, con la ruralidad, de manera que este contacto permita una familiaridad con estas regiones para que así se apropien las costumbres de la vida en las áreas rurales y se haga más fácil vivir en estas zonas (Hancock et al., 2009).

La anterior pesquisa con enfoque cualitativo descriptivo también toma como base la epidemiología multicausal. Si bien aporta conocimiento relevante sobre la salud de los médicos en áreas rurales, ya que establece ciertas condiciones que podrían considerarse como factores protectores, no logra generar un panorama claro sobre el estado de salud de los médicos de la ruralidad. Con estos resultados no se sabe si los médicos de la ruralidad se enferman, se desgastan, presentan condiciones estructurales que intervienen en su estado de salud. Hancock et al no presentan el contexto social, económico y político donde se inscriben los médicos de estas regiones rurales de los estados de Nevada y California, lo que hace que su enfoque sea parcial.

Como se observa en los estudios y en los análisis presentados anteriormente, el SBO termina siendo insuficiente a la hora de explicar la salud de los médicos. El SBO genera un abordaje parcial, que no permite comprender de manera compleja y completa el perfil de salubridad de los trabajadores de la salud. Al apoyarse en el paradigma de la epidemiología clásica, el SBO limita su espectro explicativo a factores aislados, con escasa relación entre los mismos y mínima contextualización de su presentación en un sistema mundo económico, político y cultural.

Esta concepción individualista, alienante y en ocasiones descontextualizada por par parte de la epidemiología clásica, ejemplificada en esta tesis con el SBO, ha generado que las respuestas y atenciones a los problemas y enfermedades laborales tengan un abordaje

similar en su manejo. Disciplinas como la ergonomía o la salud ocupacional se han dedicado a estudiar factores de riesgo, ha recomendar el uso constante y adecuado de los elementos de protección personal, a medir los riesgos físico-químicos, a poner la responsabilidad de la accidentalidad y enfermedad laboral en el trabajador antes que en las condiciones laborales y en el sistema de producción en el que este se inserta. Esta mirada parcial no es la mirada de este trabajo. Acá lo que se propone es una mirada compleja a las condiciones de salud de los médicos del SSO.

Es por las razones anteriormente mencionadas que esta investigación no hará uso del paradigma de la epidemiología multicausal para indagar por el SBO en médicos del SSO. Esta investigación intentará mediante el concepto de desgaste, el cual se explicará en las siguientes páginas, comprender la salud de los médicos del SSO. El concepto de desgaste fue creado por la corriente de pensamiento de la Medicina Social (MSL) y Salud Colectiva Latinoamericanas (SC) a partir del enfoque de Salud de los Trabajadores.

### **1.3 Preguntas orientadoras**

Las preguntas orientadoras propuestas fueron: ¿Cuáles son las condiciones de salud de los médicos del SSO en la Subred Sur de Bogotá? ¿Existe alguna relación entre las condiciones de salud de los médicos del SSO de la Subred Sur y el proceso de atención en salud? ¿Existe desgaste en los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá? ¿Hay relación entre el desgaste y el proceso de atención en salud en el SGSSS? ¿Cuál es el proceso de producción en el que se insertan los médicos del SSO? ¿Cuáles situaciones contribuyen al fenómeno de desgaste en los médicos del SSO? ¿Qué procesos consideran los médicos del SSO que son protectores frente al desgaste? ¿Cuáles podrían ser los patrones de recuperación que usan los médicos para superar el desgaste? ¿Cuáles son las condiciones laborales y las condiciones de trabajo de los médicos del SSO de la Subred Sur?

## 1.4 Objetivos

Los objetivos planteados para esta tesis fueron:

### Objetivo general

- Indagar las condiciones de salud de los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá y su relación con el proceso de atención de salud en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS).

### Objetivos específicos

- Identificar el proceso de producción de la atención en salud en el SGSSS en el cual se insertan los profesionales del SSO.
- Describir las cargas laborales y los procesos protectores presentes en el proceso de trabajo de los médicos del SSO.
- Describir las condiciones laborales y las condiciones de trabajo de los médicos del SSO de la Subred Sur.
- Identificar expresiones de desgaste en el grupo de médicos de SSO de la Subred Sur de la Ciudad de Bogotá y su relación con el proceso de atención de salud en el SGSSS.
- Identificar los patrones de recuperación relacionados con los procesos protectores que son utilizados por los médicos con el fin de revertir el desgaste.

A continuación, se mencionarán las diferencias que tiene la corriente de pensamiento de la MSL y SC con el enfoque de la epidemiología multicausal, así como de la perspectiva de Salud de los Trabajadores, el concepto de desgaste y el modelo obrero italiano.

## 2. Enfoque teórico-metodológico

### 2.1 La Medicina Social (MSL) y Salud Colectiva (SC) latinoamericanas y su propuesta de salud de los trabajadores

La Medicina Social (MSL) y la Salud Colectiva Latinoamericanas (SC) nacieron hacia finales de los años 70 del siglo XX en diferentes países de América Latina con una propuesta contrahegemónica al paradigma epidemiológico clásico de los factores de riesgo y su causalidad.

Para la MSL y SC la salud/enfermedad son expresiones dialécticas de un mismo proceso, expresiones en las que lo normal y lo patológico asumen una dimensión histórica y conjunta. Lo patológico no está por fuera de la salud, y la salud no está afuera de lo patológico (Breihl, 2021; Breilh, 1998; Carmiña Heidy García, 2020).

La MSL y SC discuten con la perspectiva de factores de riesgo debido a que estos ofrecen una mirada parcial de los problemas de salud. La perspectiva epidemiológica de los factores de riesgo no logra generar una relación de estos con los diferentes modos de vida que tienen los colectivos. Así como tampoco entiende las desigualdades derivadas de las relaciones de poder entre grupos poblacionales con inserciones sociales distintas; tampoco comprende a profundidad la relación sociedad-naturaleza y sus consecuencias dentro del mundo (Breilh, 1998).

De acuerdo con la MSL y la SC, la epidemiología y la salud pública no deben dedicarse exclusivamente a estudiar factores de riesgo, factores protectores, tasas de mortalidad, tasas de natalidad, coberturas de vacunación, indicadores de calidad de agua, indicadores de calidad de aire. Estas disciplinas deben convertirse en herramientas para comprender el proceso de salud-enfermedad desde una perspectiva compleja, comprendiendo su historicidad e involucrando la participación de los colectivos en la comprensión de sus problemas de salud, además de promover la salud y la vida (Breilh, 1998; Carmiña Heidy García, 2020; García et al., 2017).

La MSL y la SC comprenden la salud mediante tres dominios: general, particular y singular. El dominio general hace referencia a la sociedad en su conjunto. El dominio particular se refiere a los diferentes modos de vida de los colectivos (unidades de producción y acumulación de poder, regidas por las clases sociales, la etnia y el género). El dominio singular trata de la cotidianidad de las familias y las personas que funcionan como unidades de producción y reproducción social (Breilh, 1998).

Dentro de la corriente de MSL y SC se dieron tres grandes escuelas de pensamiento, lideradas, en México, por la médica sueca Asa Cristina Laurell; en Ecuador por Jaime Breihl y en Brasil por Naomar de Almeida Filho. Este mismo movimiento latinoamericano ha tenido diferentes líneas de trabajo durante los últimos años donde se encuentran las líneas de derecho a la salud, proceso de salud-enfermedad, saberes ancestrales, proceso de trabajo, entre otras (Borde & Hernández, 2019).

La línea de proceso de trabajo y salud ha sido estudiada ampliamente por Asa Cristina Laurell, Mariano Noriega y Óscar Betancourt, además de otros autores. Para Laurell el trabajo es una categoría fundamental para comprender el proceso salud-enfermedad y de allí radica la importancia de su estudio. Tomando el modelo obrero italiano, Laurell, Noriega, Betancourt, entre otros, generan la propuesta metodológica que denominan “salud de los trabajadores”, la cual será utilizada en esta investigación.

Según Laurell, el trabajo es una categoría central para comprender el proceso de salud-enfermedad ya que:

*El trabajo, entonces, es básico a toda vida social, dado que su reproducción es imposible sin él. Este, sin embargo, es el nivel más abstracto de comprensión del trabajo y el proceso de trabajo dado que no se especifica bajo qué relaciones sociales ocurre. El determinante fundamental del proceso de trabajo bajo el capitalismo es que se organiza para crear el máximo de plusvalía y, consecuentemente, de ganancia, hecho que, como veremos, lo transforma profundamente (A. C. Laurell, 1977:212)*

Para esta autora el trabajo reúne dos dimensiones: una dimensión técnica y una social. La dimensión técnica se refiere al proceso por el cual la naturaleza se transforma en algún bien material necesario para la humanidad mediante el trabajo (esfuerzo), el uso de

instrumentos y el objeto de intervención; y la dimensión social hace referencia a la valorización del capital producido mediante el trabajo (A. C. Laurell, 1977).

El trabajo, a su vez, puede generar desgaste, comprendido por Laurell como aquella “pérdida de capacidades biopsíquicas, potenciales o efectivas, generada por transformaciones negativas a partir de las cargas laborales. Y estas últimas entendidas como los elementos del proceso laboral que interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del trabajador produciendo aquellos cambios en los procesos biopsíquicos que se manifiestan como desgaste “ (Organización Panamericana de la Salud et al., 2000:21). El desgaste puede progresar o presentar fenómenos de recuperación. La recuperación solo es posible con la identificación oportuna del desgaste.

Laurell, bajo una perspectiva marxista, señala que es posible generar desgaste en los trabajadores mediante dos vías: la vía de la plusvalía absoluta y la vía de la plusvalía relativa. La plusvalía fue definida por Marx (en su libro *El Capital*) como aquel valor adicional del trabajo producido por algún trabajador que termina siendo apropiado por su empleador (Marx, 2007).

Siguiendo la anterior definición, la plusvalía absoluta resulta del aumento de la jornada laboral o de la disminución del salario. La plusvalía relativa es aquella que se genera mediante la intensificación del trabajo o mediante cambios tecnológicos. Esta última forma de extracción de plusvalía es la más común en el capitalismo actual. Los incrementos en la intensidad del trabajo y las nuevas adaptaciones a la tecnología favorecen situaciones de estrés, agotamiento y cambios en el cuerpo que pueden generar daños, patologías, tanto en un corto como en un largo plazo. El desgaste suele darse en procesos de largo plazo (A. Laurell, 1991; A. C. Laurell, 1977; A. Laurell & Márquez, 1983).

Laurell además señala que el abordaje al proceso de trabajo debe darse intentando entender no solo las consecuencias biológicas que este puede traer consigo, sino además su determinación social. El análisis de la determinación social del trabajo permitirá conocer las posibles condiciones de explotación laboral, además de diferentes expresiones de desgaste (A. C. Laurell, 1977).

Es el propósito de este trabajo comprender el proceso de trabajo y el desgaste de los médicos del SSO, no solamente desde su concepción biológica, también intentando recabar los fenómenos sociales que determinan el desgaste y la relación que el desgaste pueda tener con el proceso de atención en salud en el SGSSS.

## **2.2 La propuesta de Salud de los Trabajadores (SDLT)**

En cuanto a la propuesta de salud de los trabajadores (SDLT), Torres Tovar, tomando a Noriega, señala que esta corriente ubica como objeto de estudio el proceso productivo ya que allí se ubican las cargas y exigencias laborales. Señala que la SDLT intenta prevenir estas cargas y exigencias intentando controlar el proceso de producción por parte de los propios trabajadores/as para guiar las formas de organización del trabajo a estadios desalienados y emancipados (Noriega, 1989; Torres-Tovar, 2019).

La SDLT comprende la existencia de un nexo bio-psíquico humano, el cual hace referencia a la expresión en el cuerpo de un proceso histórico, en un momento específico, el cual no tiene solamente manifestaciones de enfermedad o mortalidad, también otras entidades como el desgaste, el cansancio, el envejecimiento acelerado o precoz. La SDLT tiene en cuenta el conocimiento y perspectiva de los trabajadores para la comprensión de la relación trabajo y salud, así como para la formulación de las posibles soluciones a los problemas identificados (A. C. Laurell, 1984; Organización Panamericana de la Salud, 1994).

La SDLT comprende el trabajo no exclusivamente como un proceso productivo, sino como un proceso enriquecedor, formador y emancipatorio, en donde el principal objetivo no es la productividad, menos si esta origina desgaste, procesos malsanos y fatiga. Por el contrario, la SDLT prioriza la vida, el buen vivir y la emancipación, y coloca como actor principal a los trabajadores para que sean ellos quienes lideren los procesos de trabajo (Torres-Tovar, 2019).

Es por las anteriores razones que este trabajo se sitúa bajo los planteamientos de la MSL y SC. En esta investigación no se intentará realizar un estudio epidemiológico clásico o

identificar factores de riesgo y posibles asociaciones probabilísticas dependiendo de los estilos de vida, ocupación y factores socio-ambientales de la población, sino que se realizará un abordaje complejo, que comprenda las condiciones de vida de esta población de médicos del SSO, entendidas como la inserción de cada uno de estos profesionales en la sociedad en el proceso específico de producción de servicios de salud en el marco del sistema de salud colombiano que impone ciertas condiciones de explotación y extracción de plusvalor, su historia, sus relaciones políticas como colectivo y su relación con el ambiente.

Si bien Laurell es enfática en comprender la categoría trabajo para comprender el proceso de salud-enfermedad en el mismo, esta autora señala que lo que principalmente se debe comprender del trabajo es cómo se da el proceso de producción del mismo.

### **2.2.1 Proceso de producción**

El proceso de producción hace referencia a los pasos o procedimientos que se requieren para transformar una materia prima en algún producto destinado para venderse. Laurell señala además que para comprender el proceso de producción en el capitalismo se hace necesario entender que este proceso se realiza con el fin de obtener plusvalor (A. C. Laurell & Noriega, 1989). Si la obtención de plusvalor es la finalidad última, el proceso de producción se divide en proceso de valorización y proceso de producción de bienes. A pesar de que el apartado técnico del proceso de producción (producción de bienes) es fundamental, lo que diferencia los procesos productivos es el proceso de valorización que cada uno de estos tiene, es decir, la manera como se genera plusvalía en determinado momento (A. C. Laurell & Noriega, 1989).

Pero, entonces, ¿qué determina al proceso de valorización? Por lo general se trata de la competencia intercapitalista, que determina los precios de X o Y en el proceso de producción. En el capitalismo no basta con producir, es necesario producir y obtener un margen de ganancia por el producto. Para favorecer este margen de ganancia suele acomodarse a la tecnología como punto bisagra del proceso de producción para el aumento de su productividad. ¿Y qué favorece la introducción de una tecnología?

Laurell hace hincapié en que la tensión capital versus trabajo es aquella que facilita la introducción de estas nuevas tecnologías, una tensión que siempre se da entre antagonistas (A. C. Laurell & Noriega, 1989).

Este antagonismo entre capital y trabajo se da por lo general por la búsqueda de plusvalor, pero también se da por cómo generar aún más plusvalor, y allí se incluyen las disputas referentes a la fuerza laboral. Las tensiones dentro de la fuerza laboral se terminan decantando en discusiones por la distribución del valor producido y el salario. De esta forma, señala Laurell, si para el capital lo más importante es el proceso de valorización, para el trabajo lo principal es pelear contra la explotación, lo que genera su antagonismo ineludible (A. C. Laurell & Noriega, 1989). Actualmente, por causa del neoliberalismo, gran parte de los trabajadores creen que no son explotados porque son autónomos en las decisiones que toman, como es señalado por el filósofo coreano Byung-Chul Han (Han, 2014).

Señala Laurell además que la comprensión del proceso de producción permite el entendimiento del nexo bio-psíquico evidenciado en los trabajadores. El nexo biopsíquico puede comprenderse a partir de la descomposición del proceso de producción para el conocimiento de sus partes, pero con una recomposición del mismo proceso hacia al final para lograr una comprensión compleja del problema (A. C. Laurell & Noriega, 1989).

Laurell refiere que los elementos centrales en el proceso de trabajo son: el objeto de trabajo, los instrumentos de trabajo y el trabajo mismo. Aun así, estos elementos deben analizarse desde una perspectiva técnica como desde una perspectiva social. La perspectiva técnica permite reconocer las cargas físicas, químicas, mecánicas y fisiológicas que pueden generar tanto el objeto de trabajo como los instrumentos de trabajo. La perspectiva social facilita la comprensión de la organización y división del trabajo. El comprender los objetos e instrumentos básicos del trabajo, así como el trabajo mismo, permitirá reconstruir la dinámica del proceso de producción (A. C. Laurell & Noriega, 1989).

Para dar un ejemplo de la importancia de la perspectiva técnica y social en el proceso de producción, Laurell señala que la maquinaria es completamente visible en el proceso de producción al comprender la división y organización del trabajo que se da dentro del

mismo. Sin este conocimiento no es posible reconstruir el papel que juega cada uno en el proceso de producción (A. C. Laurell & Noriega, 1989).

El proceso de producción también ha tenido fases históricas basadas principalmente en la forma de extracción de la plusvalía, absoluta o relativa, pero también en los cambios en el proceso de trabajo, en la presencia de subsunción real el capital somete al trabajo y se precisa del conocimiento de los obreros para generar plusvalor, o de subsunción formal el capital domina el proceso de producción, de trabajo; no se requiere del conocimiento obrero para generar plusvalor; los dueños de la fábrica automatizan procesos o simplifican otros con movimientos sencillos de manera que no se requiera del conocimiento obrero para generar ganancias (Pagura, 2008).

Además de estas etapas, el proceso de producción también ha presentado subetapas, generadas a partir de las transformaciones dadas al interior del proceso laboral, así como de las transformaciones en la organización y división del trabajo. Entonces, más que enfocarse en la forma de obtener el plusvalor, las subetapas se han organizado por la forma de conseguir plusvalor mediante la organización del proceso de trabajo. De allí que, señala Laurell, la primera subetapa se trató de cooperación simple y manufactura.

La segunda, conformada por el maquinismo simple, el taylorismo (propuesta implementada por Frederick Taylor a principios del siglo XX, en la que se proponía reducir las tareas obreras a gestos y movimientos sencillos con los que se lograban controlar los tiempos de producción), el fordismo (modelo de producción implementado por Henry Ford, en el cual se establecía una línea de montaje en la que se subdividían las labores de la producción y donde los tiempos de producción se dictan de acuerdo a los intereses de la empresa, que subyuga al obrero a partir de las máquinas), y la automatización de la transformación físico-química. Laurell reconoce en su libro *La salud en la fábrica hasta el proceso de trabajo de automatización físico-química* (A. C. Laurell & Noriega, 1989).

Actualmente, la acumulación de plusvalor se da principalmente mediante la financiarización (el mercado financiero mundial es el principal acumulador de capital en el mundo y el que dicta la forma en cómo se debe invertir) y la implementación del capitalismo cognitivo (registro de patentes en la producción científica e intelectual que permita generar réditos) (Hernández-Álvarez et al., 2020). En este cambio es fundamental el sector de servicios de

salud, que se llamó en los setenta “complejo médico industrial” (CMI). La financiarización fue posible porque hubo un cambio profundo en el régimen de acumulación de capital desde los años setenta, debido a la crisis de sobreacumulación que produjo el mismo fordismo como modelo económico predominante y también por los cambios tecnológicos que permitieron la inclusión de la telemática y las telecomunicaciones. En palabras de Hernández y colaboradores, “en este contexto, el sector de servicios de salud creció cada vez más hasta convertirse en un complejo médico-industrial rentable. En los años setenta, este sector fue parte de la crisis de sobreacumulación de capital que impulsó el cambio del régimen de acumulación hacia la financiarización y, un poco más tarde, hacia el capitalismo cognitivo” (Hernández-Álvarez et al., 2020:4)

Para el caso de esta investigación, el proceso de producción a analizar es diferente del generado comúnmente en una fábrica, lo que analizaré en relación con el proceso de producción de la atención en salud.

### **2.2.2 El proceso de producción de la atención en salud**

La Ley 100 de 1993 decretó la salud como un servicio público esencial, cargo del Estado, pero delegado a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por lo menos en su componente individual. Estas EPS compiten en un mercado regulado por el Estado (competencia regulada, término acuñado por Enthoven) (Enthoven, 1993) por medio del valor de la Unidad de Pago por capitación (UPC) ofrecido por el Estado para la atención en salud como plan un de beneficios para los ciudadanos que éstas tengan afiliados. Las EPS con mayor calidad de atención, de esta forma compiten y contarán con mayor número de afiliados, por ende, recibirán más dinero estatal.

A su vez, la propuesta de la Ley 100 era que existieran EPS para dos planes de afiliación al sistema de salud, uno pagado por trabajadores formales e independientes, llamado régimen contributivo, y otro para aquellas personas que no tuvieran capacidad de pago denominado régimen subsidiado. Además, esta ley propuso en sus inicios un plan diferenciado de beneficios en salud tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado. Sin embargo, durante los últimos años y posterior a la Sentencia T

760 de 2008, la Corte Constitucional de Colombia ordenó la equiparación de los planes de salud contributivo y subsidiado bajo el argumento de lograr equidad en la atención al derecho en la salud de todos los ciudadanos (Corte Constitucional de Colombia, 2008b).

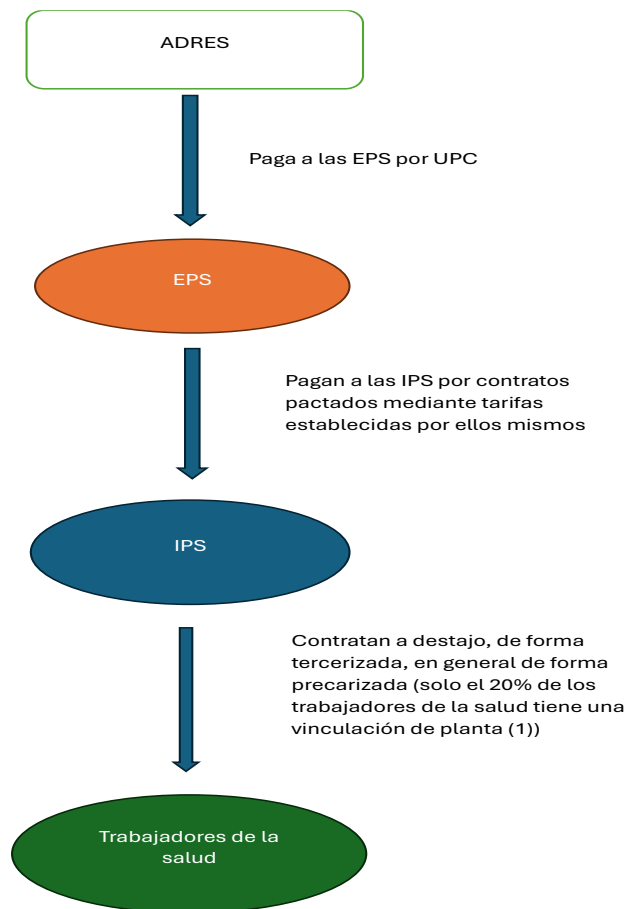
Las EPS a su vez requieren de Instituciones de Prestación de Servicios de Salud (IPS), popularmente conocidos como centros médicos de diferentes niveles de complejidad, con el fin de prestar servicios de atención, promoción, prevención y rehabilitación de la salud. Estas IPS requieren de profesionales y trabajadores de la salud para prestar sus servicios. Por cada prestación específica de servicios de salud (atención en salud, solicitud de exámenes, cirugías, medicamentos u otras intervenciones), las IPS cobran los servicios prestados a las EPS, según los contratos previamente establecidos entre ellas. Un fondo estatal conocido como Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) realiza el pago de las UPC mensualmente a la EPS y ellas pagan los servicios que les facturas las IPS. Existe un mecanismo de pago directo a los prestadores, principalmente en el régimen subsidiado hasta en un 70% de los servicios prestados, pero las EPS deben autorizar el pago previamente.

El fondo estatal ADRES, que es el principal recaudador y distribuidor del sistema de salud colombiano, hace la mancomunación de los recursos de cotizaciones (parafiscales), impuestos generales e impuestos de destinación específica, para luego ser entregados a las EPS con la figura de la UPC a cambio de un Plan de beneficios en Salud (PBS) (Congreso de la República de Colombia, 1993; Hernández-Alvarez, 2019)

En este sistema de salud se insertan los profesionales y trabajadores de la salud bajo diferentes modalidades de contratación, y es dentro de este mismo sistema que se insertan los médicos del SSO. En los últimos años se ha ampliado cada vez más la contratación por terceros, reduciendo el salario de los profesionales en salud, así como la garantía de sus derechos laborales (1, 23).

El siguiente esquema puede ser útil para sintetizar el orden jerárquico del sistema de salud colombiano

Figura 1. Jerarquías dentro del sistema de salud colombiano.



Fuente: Elaboración propia junto a los profesores: Mario Hernández y Mauricio Torres Tovar.

La propuesta inicial del proceso de producción de atención en salud de esta investigación fue la siguiente:

El proceso de producción al que se refiere esta investigación es el proceso de producción de la atención en salud. Dentro de este proceso, la salud es comprendida como un objeto y un bien privado, que cuando se daña o altera es necesario restablecer. Para su restablecimiento se requiere del trabajo conocido como la atención en salud. Dentro del proceso de atención en salud se encuentran varios participantes:

1. Laborales: Los trabajadores/as de la salud, que para efectos de este estudio se trataría de los médicos del SSO, y quienes trabajan dentro de IPS por su conocimiento médico y

tecnológico (exámenes, rayos x, procedimientos, medicamentos) con el que tratan de reestablecer la salud.

2. Institucionales: Las IPS, las cuales son instituciones prestadoras de salud, compuestas por una planta física y profesional que se encarga de prestar servicios para la atención en salud. Las IPS pueden ser públicas o privadas, sin embargo, la Ley 100 declaró que, sin importar su naturaleza jurídica, estas debían ser autosostenibles (Congreso de la República de Colombia, 1993). Las IPS públicas pasaron a denominarse Empresas Sociales del Estado (ESE) y han presentado mayores dificultades para sobrevivir al SGSSS, debido a que escasas EPS (principalmente terminan siendo las EPS del régimen subsidiado las que contratan sus servicios) quieren realizar contratos con ellas. Las IPS privadas han sido creadas por lo general por las EPS favoreciendo el mecanismo de integración vertical, mediante el cual disminuyen costos de producción y aumentan acumulación de plusvalor (Yepes F et al., 2010). Dentro de las ESE o IPS públicas es donde laboran los médicos del SSO.

Estas instituciones de salud obtienen plusvalía de sus trabajadores mediante la intensificación de las jornadas laborales, incrementando el número de atenciones diarias a personas, el número de procedimientos, laboratorios, entre otros (plusvalía relativa). También pueden obtener plusvalía a partir de la disminución del valor de los salarios (plusvalía absoluta)(A. C. Laurell, 1977, p. :5; Marx, 2007, Chapter: 8), situación que podría presentarse a partir de la negociación de tarifas de servicios de salud con las EPS. Las IPS disminuyen costos de producción, disminuyendo los costos del trabajo.

La planta física de la IPS, así como su modelo organizacional, generan cargas laborales a sus trabajadores que podrían culminar en procesos de desgaste. Estas IPS son contratadas por o son propiedad de las EPS.

Las EPS que son intermediarias y las encargadas de administrar los recursos de las UPC y de garantizar la salud de sus afiliados, compiten entre ellas mismas para ver cuál consigue el mayor número de afiliados, y de esta forma mayores dividendos por UPC asignadas. De esta forma se da una competencia dentro de las EPS por la búsqueda de plusvalor.

Además, las EPS imponen tarifas para la prestación de servicios de salud por parte de las IPS, lo que favorece el control de los costos de producción para lograr mayor acumulación de plusvalor.

Para iniciar el proceso descriptivo y analítico del proceso de producción de la atención en salud de la Subred Sur, el primer apartado de este proceso que se discute tiene que ver con los actores. Es por esto por lo que en primer lugar se relatan las clases sociales que componen el proceso de producción de la atención en salud en Colombia.

### **Las clases sociales del proceso de producción de la atención en salud**

La categoría de clase social en la atención en salud o en los sistemas de salud fue trabajada por el médico y sociólogo español Vicente Navarro. Navarro estudió esta categoría en el sistema de salud de Estados Unidos, cuando en este país estaba en plena discusión de reforma de su sistema sanitario a mediados de la década de los setenta. El autor encontró que para esta fecha las clases sociales que componían el sistema de salud eran: la clase corporativa en donde estaban los dueños de las corporaciones y sus dirigentes o gerentes; la clase media alta compuesta por los médicos, otros profesionales en la salud, los tecnócratas y los dirigentes de las juntas de los hospitales; los trabajadores de cuello blanco o no manuales dentro de los que estaban los técnicos y administrativos a quienes nombró como la clase media baja; y la clase trabajadora en donde estaban ubicados los empleados de servicios generales, mantenimiento y otras labores. Además, señala que existe todo un Complejo Médico Industrial (CMI) análogo al Complejo Militar Industrial encargado de proveer suministros, medicamentos y tecnologías a los sistemas de salud, quien tiene además como objetivo primordial generar la mayor cantidad de lucro a partir de estas transacciones (Navarro, 1975).

Navarro describe que estas clases sociales se encuentran tanto en el sistema privado de atención como en el sistema público. En el sistema privado recalca que en varias de las juntas directivas de las clínicas hay dirigentes del sector financiero (sector que dinamiza y controla la economía del mundo moderno actualmente), lo que demuestra la intención de generar plusvalor a partir del servicio de atención en salud. Mientras que el sistema público, a pesar de ser público, tiene poca capacidad de negociación con los proveedores privados, quienes hacen parte del CMI y generan todo tipo de presiones para su contratación. En aquellos tiempos de posibilidades de cambios en el sistema de salud de Estados Unidos,

el español intuye que la presión del CMI, en donde también están las grandes corporaciones, impedirá que se gaste un sistema público y solidario de atención. Para estos años, tenía la hipótesis de que el erario público de Estados Unidos terminaría financiando a las corporaciones privadas dueñas de los seguros médicos privados, la industria farmacéutica y de las grandes clínicas (Navarro, 1975) , y no estuvo para nada errado. Estados Unidos tiene uno de los sistemas más desiguales de atención en salud (National Institute of Health, 2018; Weinstein et al., 2017), los programas de atención a pobres MEDICAID y MEDICARE tienen amplios vínculos con clínicas privadas y en donde los ideales neoliberales del mercado libre, los derechos transformados en servicios generaron un sistema con unas disparidades tremendas. Esta introyección tan fuerte del libre mercado y del individualismo favorecen también a la generación de un sistema inequitativo y privado, algo que ha mencionado Paul Starr (Starr, 1992) y que incluso sirvió como idea para la escritura de una serie de Televisión como *Breaking Bad*, en donde un profesor de química de secundaria se convierte en narcotraficante para poder pagar los altos costo de su tratamiento de cáncer.

A su vez, Navarro expone que el sector público o Estatal está compuesto de dos subsectores. El primero ofrece bienes y servicios a la población bajo la batuta del Estado; el segundo involucra la producción organizada de las industrias que contratan con el Estado, y coloca como ejemplo la compra de equipos militares y suministros, a este subsector lo denomina como el CMI.

En sus palabras:

*El primer subsector produce bienes y servicios bajo la dirección del propio Estado, por ejemplo, los servicios de salud pública, y el segundo comprende la producción organizada por industrias contratadas por el Estado. Los contratos, por ejemplo, para equipos y suministros militares, se celebran principalmente con empresas pertenecientes al sector monopolista (corporativo). (Navarro, 1975:75)<sup>11</sup>*

Del análisis de economía política del español, llama la atención que señala que los médicos estadounidenses ubicados en la clase social profesional media alta favorecen el statu quo, y apoyan los intereses de las grandes corporaciones, esto porque así mantienen sus

---

<sup>11</sup> Traducción libre con Google Translate.

privilegios y su posición de élite social, y sustenta esta afirmación al mostrar los salarios de los médicos que para esta época eran 10 veces superiores a los de la clase trabajadora (40.000 USD al año como media de sueldo versus 6.000 a 4.000 USD) (Navarro, 1975:73). A este respecto también cabe resaltar que para los años setenta en Estados Unidos, sólo el 17 % de los médicos eran hijos de artesanos y de ciudadanos de la clase trabajadora, situación que llama la atención y que potencia la generación de un nicho cerrado y elitista alrededor de los médicos de este país (Navarro, 1975).

Esta composición de las clases sociales en el sistema de salud de Estados Unidos se sostiene en gran parte de las instituciones de Estados Unidos al de hoy día, en donde los médicos en asociaciones como la American Medical Association (AMA) continúan favoreciendo a las grandes corporaciones del sector farmacéutico, industrial y alimentario (CMI), continúa predominando un aseguramiento privado, el mercado como principal regulador de la atención en salud, las inequidades y el predominio de la idea neoliberal de transformar la salud de derecho a servicio.

Aunque en Estados Unidos continúen predominando estas clases sociales, el médico y sociólogo estadounidense Howard Waitzkin en su libro *La atención en salud bajo el cuchillo* señala que, durante los últimos años, el fenómeno de proletarización de los médicos en E.E.U.U. se ha venido extendiendo en este país. Waitzkin actualiza el análisis de economía política de Navarro refiriendo que hasta los años ochenta los médicos en Estados Unidos controlaban su proceso de producción y su escenario laboral. En este época los médicos decidían cuánto cobraban por sus servicios, el tiempo de atención por cada paciente, entre otras cuestiones ligadas a su trabajo. En este momento, las corporaciones y grandes seguros son las que tienen el poder y control de las condiciones laborales de los médicos y de gran parte de las decisiones que toman en su quehacer clínico y es por esto que considera que el gremio médico ha entrado en proceso de proletarización, sólo que “debido a la mística de la profesionalidad y a los salarios relativamente elevados, los médicos no suelen ser conscientes de que su descontento es reflejo en gran parte del cambio de su posición de clase social”.(Waitzkin & Grupo de trabajo de la salud más allá del capitalismo, 2024:31)

Empero, en Colombia este trasegar en las clases sociales dentro del sistema de salud ha sido diferente. Antes de la ley 100 de 1.993, las clases sociales conformadas alrededor del sistema de salud de Colombia estaban orientadas de la siguiente manera: 1. Los dueños

de las clínicas y cajas de compensación que podrían hacer parte de esta clase corporativa de la que habla Navarro; 2. Los médicos que ejercían una profesión liberal, controlaban sus horarios de trabajo y el valor de sus honorarios, y quienes tenían ingresos de hasta 15 SMMV en comparación a la población trabajadora y que en ocasiones hacían parte de las juntas directivas de hospitales o incluso del Ministerio de Salud; 3. Algunos médicos y médicas que laboraban el Instituto de Seguros Sociales y en la Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL) junto a los demás trabajadores/as de la salud o la clase trabajadora (técnicos, administrativos, empleados de servicios generales, mantenimiento y otras labores manuales), todos eran asalariados ; 4. La clase política dirigente que manejaba algunos de los hospitales públicos. 5. Los mandos medios entre los que estaban los gerentes, subgerentes de hospitales y clínicas, y también la tecnocracia (Ardila Sierra, 2016).

Posteriormente, hacia la década de los años setenta, a partir de las posturas de los *Chicago Boys* (Harvey, 2009) se introduce el Neoliberalismo a nuestro país. A pesar de que las medidas económicas neoliberales no fueron introducidas de manera clara y consciente durante estos años, la escasez de recursos económicos en el antiguo Sistema Nacional de Salud por consideraciones de que ya se estaba cumpliendo con el balance entre oferta/demanda de profesionales de la salud, aunados al discurso frontal en contra del sistema público de la atención en salud, de su burocratización y su corrupción, y finalmente a la presión que generada por las empresas financieras para ingresar al mercado del sistema de salud colombiano fueron algunas de las razones que permitieron la entrada del discurso Neoliberal(Hernández-Álvarez et al., 2020; Torres Tovar, 2006). Los salarios de los médicos generales se redujeron de 25 SMMV en 1967 a encontrarse dentro de un rango de 3,88 a 5,81 SMMV para el año de 1.978. La jornada laboral también cambió. El tiempo completo para el año de 1967 era de 5 horas, para el año de 1976 la jornada legal completa fue de 8 horas (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1964; Paredes Manrique, 1967).

Y es que a finales de los años ochenta, las condiciones en Colombia fueron propicias para la implementación de las políticas neoliberales. Debido a las grandes deudas externas que tenían varias de las naciones latinoamericanas con la banca internacional tipo Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, la presión para el desarrollo de políticas donde el Estado fuera mínimo fue muy fuerte. Los sistemas de salud poseían esos erarios susceptibles de intervención. Ya desde finales de los setenta y en los ochenta eran amplios

los discursos que señalaban que el Sistema Nacional de Salud Colombiano gastaba demasiado dinero(Ardila Sierra, 2016).

A continuación, a principios de los años noventa, y en medio de un país con un cambio de vientos en lo político, se dio el ambiente perfecto para que se introdujera la reforma neoliberal al sistema de salud colombiano llamada pluralismo estructurado. El nuevo modelo de salud colombiano generado a partir de la ley 100 y propuesto por Julio Frenk y Juan Luis Londoño(Londoño & Frenk, 1997b, 1997a) transformó los establecimientos conocidos como centros de salud, hospitales o clínicas en IPS. Las IPS en este caso son las USS agrupadas en la Subred Sur. La Subred Sur como fue mencionado previamente, es el conglomerado de ESEs de las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz.

La creación de esta figura de las IPS generó una nueva clase social dentro del grupo de personas que laboran dentro del sistema de salud, la cual está constituida por los dueños o gerentes de las IPS quienes son los que controlan los medios de producción en la atención en salud. Ellos deciden la extensión de la jornada laboral, los tiempos de atención, pactan contratos para la prestación de servicios, fijan los salarios de sus trabajadores entre otras cosas.

Y por otro lado se encuentran las EPS. Las EPS son intermediarias en el manejo de los recursos de la salud. Para el caso de la Subred Sur, la EPS que más contrata sus servicios es la EPS Capital Salud, la cual es una empresa mixta, con 90% de capital público y 10 % de capital privado, pero que es administrada como operador privado, no por el Distrito (Capital Salud EPS, 2021). Las EPS están encargadas de administrar los recursos de la UPC y de garantizar la salud de sus afiliados, compiten entre ellas mismas para ver cuál consigue el mayor número y de esta forma mayores dividendos por UPC asignadas. Además, las EPS imponen tarifas para la prestación de servicios de salud por parte de las IPS, lo que favorece el control de los costos de producción para lograr mayor acumulación de plusvalor.

La creación de las EPS generó a su vez otra clase social en donde están los dueños de estas entidades. Estos dueños hacen parte del CMI descrito por los académicos Howard Waitzkin y Celia Iriart(Iriart et al., 2011; Waitzkin, 2013), quienes se enriquecen a partir de tecnologías, medicamentos, insumos, pero también todo lo que tiene que ver con el sector de aseguramiento en salud. Con este panorama de introducción de reformas a los sistemas

de salud en América Latina, los grandes dueños del CMI encontraron un nicho perfecto para anidar sus empresas encaminadas a obtener réditos por la atención en salud. Waitzkin e Iriart señalan que las compañías de seguros consiguieron un crecimiento exponencial en la década de los noventa debido a la inyección de capital por parte del sector financiero (Iriart et al., 2011; Waitzkin, 2013).

En conjunto, los dueños y gerentes de las EPS y de las IPS podrían equipararse a la clase corporativa de la que hablaba Vicente Navarro en su análisis. Dentro de su investigación, Navarro nunca olvidó incluir a los gerentes o *managers* dentro de los miembros de esta clase social.

Hasta inicios de los noventa, el CMI sacaba réditos a partir de inducir la demanda de prescripción de medicamentos y/o tecnologías mediante publicidad, bonos de dinero y visitas a los médicos. Para observar este fenómeno se recomienda ver la serie *Painkiller* y la película del Amor y otras adicciones (*Love and other drugs*). Sin embargo, pareciera paradójico o contraproducente combinar el sector de aseguramiento en salud con el CMI. Iriart, Franco y Mehry señalan que estos dos sectores lograron compaginarse de la siguiente manera: debido a que los aseguradores no les convenía el uso de los servicios o tecnologías usados para la atención en salud, sino que lo que les era útil era restringirlo, se introdujeron los conceptos de las intervenciones costo efectivas y de la sostenibilidad financiera para justificar las diferentes restricciones alrededor del gasto en salud y para no desfinanciar ni desestimular completamente al CMI (Ardila Sierra, 2016; Iriart et al., 2011).

Y es que la transformación del sistema de salud con la llegada de las aseguradoras internacionales, el cambio de un modelo fragmentado de atención como lo fue el del Sistema Nacional de Salud a un modelo mercantilizado como lo es el de la ley 100, y la disminución de los salarios de los médicos establecieron las condiciones necesarias para sustentar la tesis de Adriana Ardila quien sostiene que el trabajo médico pasó de ser una ocupación liberal a un trabajo explotado (Ardila Sierra, 2016). Con la introducción de la ley 100, la mayoría de los médicos perdieron el control de sus medios de trabajo, el consultorio particular y el trabajo en clínicas privadas cada vez se fue haciendo más raro y debieron empezar a vender su fuerza laboral a las EPS para asegurar su sustento. Expone Ardila que el trabajo médico terminó en una subsunción real al capital, ya que *a posteriori* de la ley 100, los médicos no tienen control sobre su proceso de trabajo, afirmación que se sostendrá con algunos de los resultados presentados en este capítulo.

Señala también Ardila que, el usufructo generado por el trabajo médico es alto, ya que con los pacientes que son atendidos en una semana, sería suficiente para cubrir los costos del salario mensual de un médico, argumento que también se corrobora en los resultados presentados más adelante (Ardila Sierra, 2016).

Ardila Sierra explica la baja salarial de los médicos en Colombia de la siguiente manera:

*Pero en un sentido más amplio, la baja salarial médica en Colombia tiene que ver con que la atención a la salud humana fue vista desde los tempranos años 70 del siglo XX como un mercado, de oferta y demanda de recursos humanos, intervenido según criterios financieros de sostenibilidad y de productividad económicas y no según criterios de producción de bienestar social, de calidad del cuidado de la salud o de bienestar laboral (Ardila Sierra, 2016: 66).*

Con base a la argumentación presentada previamente, Ardila, pero también esta investigación sostienen que los médicos pasaron de encontrarse en una de las esferas más altas de la sociedad a convertirse en proletarios como los que laboran en fábricas y otros procesos productivos, todo esto porque no controlan los medios de producción, son explotados laboralmente, el plusvalor que produce su trabajo no tiene una inversión social sino que favorece las arcas de los privados, se les paga un valor menor por su trabajo en comparación de cómo se vende y no tienen ingresos que sean superiores a los de la clase trabajadora del país (Ardila Sierra, 2016; Navarro, 1975)

La transformación de una profesión liberal a una proletaria es uno de los argumentos de los que hago uso para sostener el símil del Hospital como fábrica.

Entonces para las clases sociales en el sistema de salud colombiano podría usarse la propuesta de Vicente Navarro con ligeros ajustes: la clase corporativa en donde están los dueños IPS, las EPS y sus gerentes; la clase media alta compuesta por los tecnócratas; y la clase trabajadora o proletaria en donde están ubicados los médicos junto a otros trabajadores de la salud, los empleados de servicios generales, mantenimiento, los técnicos y administrativos.

Fue entonces la transformación del sistema de salud colombiano la que favoreció la proletarización del trabajo médico, este argumento sustentado por las razones previamente expuestas: los médicos actualmente deben vender su fuerza de trabajo para subsistir, el consultorio privado o particular del médico general es un espacio en peligro de

extinción; el ingreso del capital financiero internacional sumado al de las aseguradoras cambió el vínculo laboral de la mayoría del gremio médico, ya no manejaban su consulta o trabajaban para clínicas privadas u hospitales públicos sino que fueron las EPS quienes empezaron a controlar el valor de sus salarios, además de sus obligaciones contractuales; con el cambio del sistema de salud colombiano y con el cambio a su vez de sus actores, los médicos perdieron el control de su proceso de producción y son explotados laboralmente en diferentes instituciones; el plusvalor producido por su trabajo no se invierte socialmente sino que enriquece los erarios privados; por su trabajo se les paga menos de cómo son vendidos los servicios que ofertan; y sus ingresos no están por encima que los de la clase trabajadora colombiana (Ardila Sierra, 2016).

### **La nueva división del trabajo generada por la ley 100.**

Y es que el neoliberalismo trajo toda una serie de cambios a la atención en salud, como bien lo señala Ardila Sierra. Cambios tecnológicos, de medición de indicadores de productividad y de expropiación y despojo que son planteados en su tesis doctoral. Dentro de los cambios tecnológicos estuvieron: la introducción de programas informáticos para el manejo de la historia clínica y demás procedimientos de los pacientes, la automatización de ciertos métodos de laboratorio, las transferencias por vía electrónica de los pagos por procedimientos a ciertas instituciones y trabajadores, entre otras.

Con respecto a la productividad, a esta se le dedicará un acápite más adelante. Y referente a la expropiación y despojo, Ardila argumenta que el Neoliberalismo ha despojado del trabajo médico los medios de producción, la protección social, la autonomía como profesión, el valor de la calificación de la fuerza de trabajo, el capital simbólico, la intimidad y la razón de ser del acto médico. Despojo de los medios de producción porque ya los médicos no trabajan en sus consultorios privados, sino que lo hacen en los consultorios de las diferentes IPS en donde son las IPS quienes les suministran las herramientas necesarias para su proceso de trabajo. Actualmente los médicos no son dueños de su bata, de su fonendoscopio, no son dueños de ninguno de sus instrumentos de trabajo; despojo de la protección social por los contratos de orden de prestación de servicios (OPS) en donde los médicos no tienen prestaciones laborales completas ni vacaciones reales sino que, las “vacaciones” se hacen por desempleo o a través de un ahorro que es financiado por el mismo profesional; de la autonomía médica cuando se les ordena a los médicos controlar los gastos en aras de la sostenibilidad financiera sin advertir si puede

haber un detrimento de la salud de las personas; del valor de la calificación de la fuerza de trabajo por los cambios salariales y laborales, y porque se ha configurado una pérdida del prestigio y del respeto por la profesión; del capital simbólico porque el potencial terapéutico de la palabra médica ha perdido poder; despojo de la intimidad cuando se reproduce la lógica de la cadena fordista de montaje y dos pacientes son atendidos en el mismo consultorio, a pesar de tratar de escalonarlos, arriesgando el respeto a la privacidad de lo que el otro va a contar; y despojo de la razón de ser del acto médico porque actualmente la prioridad es cuidar la salud financiera antes que la salud humana (Ardila Sierra, 2016).

Y es que esta transformación en la división del trabajo se dio por el cambio en las condiciones laborales y los tipos de contrato de los médicos y otros trabajadores de la salud en los años noventa, pero con inicios desde finales de los setenta. Ardila expone cómo el trabajo médico pasó de una productividad directa a una productividad indirecta. Productividad directa como mecanismo para obtener plusvalor, la cual era obtenida antes de los años noventa (pre-ley 100) a partir de la disminución de los salarios de los médicos y la extensión de la jornada laboral. Los salarios de los galenos pasaron de ser 25 veces el SMMV en el año de 1.967 a 5,81 SMMV en 1.978 y a 4,89 SMMV en el año de 1.997 con el agregado del cambio en la jornada laboral de tiempo completo, la cual pasó de ser de 5 horas en el año de 1967 a extenderse a las 8 horas en el año de 1.976 (Ardila Sierra, 2016).

Estos cambios del valor del salario y de la extensión de la jornada laboral son evidencias para que la doctora Adriana Ardila señale que se empezó a fomentar una generación de plusvalor a partir de productividad directa. Pero, además, para señalar que, con los cambios en salarios y jornadas, el trabajo médico empezó a subordinarse a las condiciones que el empleador le imponía. Cada vez fue más difícil para los galenos en la década de los setenta y de los ochenta sostener su consulta privada y su práctica liberal, aunque aún tenían control sobre ciertos aspectos de su trabajo como el valor de su consulta privada, los tiempos de atención y la cantidad de pacientes evaluados por jornada (Ardila Sierra, 2016).

Para la década de los noventa (pos-ley 100) Ardila argumenta que inició la obtención de plusvalor a partir de productividad indirecta, es decir a partir de la intensificación de los ritmos de trabajo, de la jornada laboral con la consecuente producción de más productos

o servicios (atención de pacientes, número de procedimientos, entre otros) en menor tiempo y con un costo menor. Aquí hay un sometimiento completo del trabajo al capital, sustentado por los testimonios que logra recabar en su tesis doctoral. Los médicos a partir de la ley 100 tienen cero control sobre su trabajo, algo que también se encontró en esta pesquisa. No controlan la cantidad de pacientes que ven (cada vez ven más pacientes en menos tiempo), el valor de su salario, sus tiempos de descanso, entre otras condiciones laborales (Ardila Sierra, 2016).

La nueva organización del trabajo pos-ley 100 se dio, ya que la atención se dejó de dar en la consulta y clínica privada, ahora se realiza a través de IPS que pactan contratos con EPS. Para atender a una persona ya no es suficiente con solicitar el documento de identidad, ahora es necesario verificar su afiliación para ver si está suscrito a EPS subsidiada o contributiva e indagar si esta tiene contrato con la institución que prestará el servicio. Todo esto generó una serie de trabajos nuevos dentro del sistema de salud como la atención al usuario, el personal de facturación, los auxiliares de programas, el personal que agenda citas, los líderes y gerentes de cada IPS, entre otras, quienes son los que terminan controlando el trabajo médico actual.

En las palabras de Adriana Ardila:

*Lo que hemos presentado en este capítulo permite concluir que las transformaciones del trabajo médico en el neoliberalismo corresponden a una subsunción formal y real de la práctica médica liberal al capital. El trabajador médico transitó de ser un profesional liberal hacia la condición de obrero asalariado que vive para trabajar intensamente por un salario del cual depende, y bajo controles sobre el ritmo y el contenido de su trabajo que responden primordialmente a los imperativos de la productividad y de la eficiencia (Ardila Sierra, 2016:86).*

Si bien Ardila prefiere usar los conceptos de productividad directa e indirecta, esta investigación no tendrá inconvenientes en usarlos junto a los de plusvalía absoluta (obtención de réditos a partir de la extensión de la jornada laboral o disminución del salario) (A. C. Laurell, 1977:5; Marx, 2007, Chapter 8) y plusvalía relativa (obtención de réditos a partir de la intensificación de los ritmos de trabajo) (A. C. Laurell, 1977:5; Marx, 2007, Chapter 8), previamente presentados en capítulo de enfoque teórico metodológico.

Empero, esta tesis de maestría intenta presentar algunos de los puntos centrales que permitieron que se diera la transición del trabajo médico liberal a trabajo explotado. Si él(la) lector(a) quisiera ahondar en el tema, se recomienda leer a profundidad la tesis de la doctora Adriana Ardila Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de la profesión liberal al trabajo explotado(Ardila Sierra, 2016).

Esta tesis dialoga con el trabajo de Ardila colocando foco en el tema de la productividad y su relación con el desgaste médico.

En el capítulo 3. *El Hospital como fábrica* se ampliará lo encontrado en esta investigación con todo lo referente al proceso de producción de la atención en salud en la Subred Sur.

Para comprender el proceso de producción con mayor profundidad, Laurell toma como método el usado por el modelo obrero italiano.

### **2.2.3 El Modelo Obrero Italiano (MOI)**

El Modelo Obrero Italiano (MOI) fue una propuesta de abordaje metodológico de tipo investigación acción participativa para evaluar las cargas laborales encontradas en el trabajo. Además, el MOI ha sido usado para evidenciar estas cargas en las diferentes fases del proceso productivo, sus consecuencias y sus posibles soluciones (A. C. Laurell, 1984). Esta propuesta es oriunda de Italia, de mediados de los años setenta, y fue producto de la situación de explotación, accidentalidad y morbilidad de los trabajadores italianos automotrices (A. C. Laurell, 1984).

Luego de la Segunda Guerra Mundial, Italia entra en un proceso fuerte de industrialización que toma como base la industria automotriz, siderúrgica, petroquímica, del calzado, de confección, de textiles, entre otras. La masa de trabajadores industriales en Italia llega a ser tan importante que hacia finales de la década de los años 60 del siglo XX corresponde a un total de 5,5 millones de trabajadores, aproximadamente el 42% de la fuerza laboral italiana. Esta gran masa de trabajadores inicia reclamos patronales debido al incremento del 15% de los accidentes laborales.

En los años transcurridos entre 1960 y 1968, los accidentes se incrementaron de 1.035.913 accidentes a 1.187.156. A su vez, las enfermedades relacionadas al trabajo presentaron un aumento del 113%. En este mismo período pasaron de ser 22.976 a 48.937 (A. C. Laurell, 1984:8). Tanto el incremento de la accidentalidad laboral como de la morbilidad laboral son consecuencia del modelo económico y de acumulación italiano.

El modelo de acumulación italiano, en la época de posguerra, tuvo como base el crecimiento y la producción hacia afuera, por lo que durante las décadas de los años cincuenta y sesenta, para lograr competitividad internacional, se instalan medidas de mejoramiento de la productividad de corte taylorista-fordista al incrementar los ritmos y cargas de trabajo, y al generar descalificación obrera y recortar personal, así como también al articular el proceso de producción bajo el eje de la tecnología (A. C. Laurell, 1984).

Este contexto de la situación laboral en Italia a finales de los años 60 permite la articulación entre trabajadores industriales y sindicatos con el fin de exigir mejoras a su proceso laboral. La fuerza obrera llega a ser tan abundante que hacia 1969, cerca de 7.5 millones de trabajadores realizan huelgas para hacer evidentes sus reclamos. Dentro de estas reclamaciones estuvieron los incrementos salariales no relacionados a aumento de la productividad, la reducción de la jornada laboral, el establecimiento bilateral de los ritmos de trabajo, el mecanismo de control de los sindicatos que resalta la realización de un contrato colectivo, y la participación de los trabajadores en el análisis de su situación de salud (A. C. Laurell, 1984).

Es a partir de todos los anteriores acontecimientos que nace el MOI. El MOI se origina en una articulación entre los trabajadores fabriles, la academia y los profesionales técnicos en salud laboral. Este modelo tiene cuatro principios estructurales: la experiencia o subjetividad obrera como base de creación de conocimiento, el grupo homogéneo, la no-delegación, los problemas de los trabajadores son resueltos por los trabajadores, y la validación consensual (A. C. Laurell, 1984).

La propuesta del MOI es colocar a los trabajadores como eje articulador de la producción de conocimiento sobre los problemas en la fábrica. El conocimiento obrero es el más relevante a la hora de establecer los riesgos y cargas laborales. No existe nadie que

conozca más sobre los peligros a los que se somete que los propios trabajadores, por esto no se deben delegar tareas a técnicos o profesionales de la salud (A. C. Laurell, 1984).

La primera fase para llevar a cabo el MOI consiste en el establecimiento del grupo homogéneo y la realización de la encuesta colectiva. El grupo homogéneo hace referencia a un grupo de trabajadores con características similares -mismo tiempo de antigüedad en la empresa, misma área de trabajo, conocimientos similares del área de producción en la que trabajan, similar exposición a los riesgos laborales-. Este grupo debe estar compuesto de al menos doce trabajadores (Organización Panamericana de la Salud et al., 2000).

La segunda fase es la realización de la encuesta colectiva, la cual se da posterior a la conformación del grupo homogéneo. La encuesta colectiva se compone de una evaluación de las cinco principales cargas laborales secundarias al proceso de producción. Laurell prefiere el concepto de cargas para tener una idea completa de la nocividad en su conjunto y como entes aislados (Organización Panamericana de la Salud et al., 2000) :

*A) Grupo I. Cargas derivadas de los medios de trabajo: ruido, vibraciones, temperatura (calor, frío), humedad, ventilación, radiaciones. Estos riesgos conforman el denominado ambiente laboral y tradicionalmente son analizados como factores o agentes físicos. B) Grupo II. Cargas resultantes de los objetos de trabajo y sus transformaciones. Son de carácter químico o biológico. Entre ellos están los polvos, gases, humos, vapores, líquidos, bacterias, virus. C) Grupo III. Cargas originadas por las exigencias laborales de la actividad física. Incluyen la intensidad del trabajo (trabajo pesado, sedentarismo) y las posiciones incómodas. D) Grupo IV. Cargas derivadas de las exigencias laborales de la organización y división del trabajo. En ellas se analizan los aspectos que tienen que ver con la jornada de trabajo (duración, turnos, rotación); formas de pago salarial (fijo, a destajo, cuotas, estímulos, etc.); ritmo, control, peligrosidad y monotonía del trabajo y supervisión. e) Grupo V. Cargas laborales generadas por lo que los medios de trabajo representan en sí mismos. Incluyen tanto los riesgos que representan la maquinaria y herramienta (tradicionalmente identificados como riesgos mecánicos), como las propias instalaciones (Villegas Rodríguez & Ríos Cortázar, 200 C.E.:71).*

Las respuestas a esta encuesta colectiva deben realizarse mediante consenso, es decir, todos los trabajadores deben estar de acuerdo en cada una de las respuestas dadas. No

se trata de la sumatoria de experiencia de individuos, se trata de un saber colectivo generado en un grupo a partir de su participación en el proceso productivo (A. C. Laurell, 1984). A través de la encuesta colectiva se logran identificar las cargas laborales, las exigencias laborales, el proceso de producción y las propuestas para el control y prevención de los riesgos detectados (Organización Panamericana de la Salud et al., 2000).

La tercera fase consiste en la realización del mapa de riesgos. El mapa de riesgos es un instrumento útil para sintetizar la información recabada en la encuesta colectiva de manera gráfica, además de ayudar a dinamizar la discusión con un grupo mayor de trabajadores. El mapa puede representar áreas, departamentos del proceso de producción o incluso la totalidad de este. Por lo general los riesgos y las exigencias encontradas en el trabajo se representan por círculos de diferente tamaño (Villegas Rodríguez & Ríos Cortázar, 200 C.E.).

También se registran las medidas preventivas propuestas. Se suele identificar con un color cada grupo de riesgos: el primer grupo de color verde, el segundo rojo, el tercero amarillo, el cuarto azul y el último grupo morado. Si no se cuenta con colores, se utilizan figuras geométricas: el primero con un óvalo, el segundo con un círculo, el tercero con un triángulo, el cuarto con cuadrado y el quinto con un pentágono. A su vez, el tamaño de la figura podrá representar la magnitud del riesgo. Figuras grandes representan riesgos graves, las medianas riesgos moderados y las pequeñas representan riesgos leves. Además, dentro del mapa se puede incluir la cantidad de trabajadores expuestos a cada uno de estos riesgos (Villegas Rodríguez & Ríos Cortázar, 200 C.E.).

El mapa de riesgos es muy útil para valorar la nocividad del proceso de trabajo. En el mapa se priorizan los problemas existentes dentro del proceso de producción, así como las propuestas para su solución. Es además un instrumento didáctico en el que se explican los hallazgos de lo investigado a otros trabajadores, también un instrumento de investigación participativa ya que sirve como mecanismo de denuncia y reivindicación de las condiciones dañinas del trabajo. Así mismo es útil para la vigilancia epidemiológica y para el control obrero sobre las modificaciones propuestas referentes a la nocividad laboral (Villegas Rodríguez & Ríos Cortázar, 200 C.E.).

Finalmente, la cuarta fase consiste en la realización de la plataforma de demandas para mejorar las condiciones laborales. Esta se realiza con los aportes al mapa de riesgos y la encuesta colectiva (A. C. Laurell, 1984; Villegas Rodríguez & Ríos Cortázar, 200 C.E.)

Figura 2. Fases para la realización del Modelo Obrero Italiano (MOI).



Fuente: Elaboración propia

Bajo el MOI se han realizado diferentes tipos de investigaciones, algunas de estas reportadas por Laurell en su artículo Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud en Italia (A. C. Laurell, 1984).

#### 2.2.4 Algunas investigaciones que han usado el MOI y el concepto de desgaste

Laurell, además, utiliza el MOI para abordar su perspectiva sobre el desgaste en los obreros de la siderúrgica SICARTSA (Siderúrgica Lázaro Cárdenas-Las Truchas) en México hacia finales de la década de los ochenta. En esta investigación que se encuentra

descrita en el libro La salud en la fábrica, Laurell evidencia desgaste obrero en los trabajadores (sin importar su edad) con mayor antigüedad y con menor rotación de turnos.

Dentro de su libro, la autora señala que la tasa de morbilidad en el grupo de mayor antigüedad es 57% más alta que en el grupo de 25 a 34 años; 46% más alta que en el grupo de 35 a 44 años y 34% más alta que en el grupo de 44 años o más. Además, si los trabajadores se encontraran dentro del mismo rango de edad, la tasa de morbilidad sería 156% más alta en trabajadores de 25 a 34 años en aquellos con más de 7 años de antigüedad que en trabajadores dentro de estas edades con 6 años o menos de antigüedad. Asimismo, la tasa de morbilidad sería 145% más alta en trabajadores de los 35 a 44 años, con más de 7 años de antigüedad, que en aquellos trabajadores dentro de estas edades, con 6 años o menos de antigüedad. Finalmente, la tasa de morbilidad sería 133 % más alta en trabajadores de 45 años o más en aquellos con más de 7 años de antigüedad que en trabajadores dentro de estas edades con 6 años o menos de antigüedad.

Tabla 1. Porcentaje de obreros enfermos y tasas de morbilidad según antigüedad y edad.

Antigüedad (años)	Edad del obrero (años)				Total
	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 o más	
<i>1 a 6</i>					
Número de enfermos	14	24	11	6	55
% de enfermos	35.0	52.2	73.3	66.7	50.0
Tasa de morbilidad	47.5	71.1	100.0	133.3	72.1
<i>7 o +</i>					
Número de enfermos	—	44	41	28	113
% de enfermos	—	71.0	89.0	100.0	83.1
Tasa de morbilidad	—	111.3	145.7	178.6	135.8
<i>Total</i>					
Número de enfermos	14	68	52	34	168**
% de enfermos	35.0	62.9	85.2	91.8	68.6
Tasa de morbilidad	47.5	94.4	134.4	167.6	107.8

\* Por 100 obreros.

\*\* Siete casos no pudieron ser clasificados por edad y antigüedad  $p < 0.01$ .<sup>4</sup>

FUENTE: Exámenes médicos periódicos, Escalafón y Nómina, SICARTSA.

Fuente: Laurell AC, Noriega M. La salud en la fábrica (Ciudad de México: Ediciones Era, 1989). 1–232 p. p 162.

Igualmente, se evidenciaron aumentos en morbilidades específicas. La tasa de morbilidad para enfermedades de vías respiratorias fue 3,4 veces mayor en aquellos trabajadores más antiguos con respecto a los más nuevos. La tasa de morbilidad de las enfermedades osteomusculares fue 3,6 veces mayor en aquellos trabajadores más antiguos con respecto

a los más nuevos, y la tasa de morbilidad de las enfermedades psicósomáticas fue seis veces mayor en aquellos trabajadores más antiguos con respecto a los más nuevos.

Tabla 2. Perfil patológico según antigüedad.

Tipo de enfermedad	Antigüedad en años					
	1 a 3		4 a 6		7 o más	
	Tasa <sup>1</sup>	REM <sup>2</sup>	Tasa <sup>1</sup>	REM <sup>2</sup>	Tasa <sup>1</sup>	REM <sup>2</sup>
Enf. vías respiratorias	6.4	100	17.2	269	21.9	342
Enf. espalda y articulaciones	6.4	100	4.7	73	23.4	366
Enf. psicósomáticas	2.1	100	9.1	433	12.4	591
Neurosis	4.3	100	6.3	147	8.8	205
Enf. de ojos	6.4	100	4.7	73	7.1	112
Enf. de piel	4.3	100	3.1	72	7.3	170
Subtotal	29.8	100	45.3	152	81.1	272
Parasitosis intestinal	6.4	100	14.1	220	8.8	138
Las demás	10.6	100	31.2	294	44.5	420
Total	46.8	100	90.6	193	134.4	287

FUENTE: Exámenes médicos periódicos y Escalafón, SICARTSA.

<sup>1</sup> Tasa por 100 obreros.

<sup>2</sup> Razón Estándar de Morbilidad (tasa de 1 a 3 años = 100).

Fuente: Laurell AC, Noriega M. La salud en la fábrica (Ciudad de México: Ediciones Era; 1989). 1–232 p. p 162.

Laurell consigue además recrear completamente el proceso de producción de la siderúrgica SICARTSA, así como toda la organización y la división del trabajo. De esta forma logra señalar también que existe un incremento de la morbilidad relacionado directamente con la antigüedad e independiente del puesto de trabajo, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 3. Tasa de morbilidad general según tipo de actividad y antigüedad.

Tipo de actividad	Antigüedad en años					
	1 a 3		4 a 7		7 o más	
	Tasa <sup>1</sup>	REM <sup>2</sup>	Tasa <sup>1</sup>	REM <sup>2</sup>	Tasa <sup>1</sup>	REM <sup>2</sup>
Operación	50.0	100	60.9	122	118.2	236
Mantenimiento*	85.7	100	166.7	195	165.2	193
TCI	22.2	100	68.8	310	93.5	421
Transporte	150.0	100	100.0	67	170.0	113
Apoyos	33.3	100	60.0	180	147.0	441
Total	46.8	100	90.6	194	135.8	290

FUENTE: Exámenes médicos periódicos, Nómina y Escalafón, SICARTSA.

\* Incluye Cuadrilla Volanta.

<sup>1</sup> Por 100 obreros.

<sup>2</sup> Razón Estándar de Morbilidad.

Fuente: Laurell AC, Noriega M. La salud en la fábrica (Ciudad de México: Ediciones Era; 1989). 1–232 p. p 168.

Finalmente, gracias a esta el establecimiento de la organización de los puestos de trabajo, logra diferenciar el perfil de morbilidad dependiente de cada uno.

Los obreros de mantenimiento son quienes tienen las tasas de morbilidad más alta, esto debido a que están expuestos a todas las cargas laborales del proceso de producción. Los obreros que realizan el transporte presentan mayor morbilidad en problemas psíquicos o psicósomáticos (incluido el estrés). Le siguen las enfermedades osteomusculares. Los obreros de operación presentan principalmente morbilidad por enfermedades osteomusculares, enfermedades psicósomáticas, neurosis y patología ocular.

Los obreros de la tamizadora tienen morbilidad relacionada con enfermedades respiratorias, enfermedades osteomusculares, psicósomáticas y oftalmológicas. Por último, los obreros de apoyo tienen tasas bajas de morbilidad relacionadas a cargas físicas y químicas, pero una morbilidad importante relacionada a las cargas psíquicas. Este perfil de morbilidad diferenciado por puesto de trabajo u ocupación dentro del proceso de producción se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 4. Perfil patológico según tipo de actividad.

PERFIL PATOLÓGICO SEGÚN TIPO DE ACTIVIDAD, SICARTSA, 1985

Tipo de enfermedad	Tasa por 100 obreros				
	Operación	Manteni- miento*	TCI	Transporte	Apoyos
Enf. vías respiratorias	6.9	31.9	18.5	11.8	9.4
Enf. espalda y articulaciones	12.5	29.0	7.7	17.6	6.3
Enf. psicósomáticas	11.1	8.7	6.2	23.5	9.4
Neurosis	6.9	7.2	1.5	23.5	12.5
Enf. de ojos	9.7	2.9	7.7	17.6	3.1
Enf. de piel	6.9	8.7	1.5	0.0	6.3
Subtotal	54.2	107.9	43.0	100.0	47.3
Parasitosis intestinal	8.3	13.4	6.2	11.8	12.5
Las demás	27.8	35.2	18.5	35.3	46.9
Total	90.3	156.5	67.7	147.1	106.7

FUENTE: Exámenes médicos periódicos y Nómina, SICARTSA.  
\* Incluye Cuadrilla Volante.

Fuente: Laurell AC, Noriega M. La salud en la fábrica (Ciudad de México: Ediciones Era; 1989). 1-232 p. p 166.

Con los datos anteriores, Laurell demuestra la importancia de la organización laboral dentro del proceso de producción y su relación con el perfil de morbilidad propio de cada puesto de trabajo. Esta diferenciación es importante ya que con ella se realizan diagnósticos y demandas específicas para disminución de la nocividad para cada puesto de trabajo dentro del proceso de producción.

Otra investigación que señala hacer uso del marco conceptual de la propuesta de SDLT, junto al concepto de desgaste, fue la realizada por Mininel et al en un centro hospitalario de una ciudad del centro-oeste de Brasil. En una investigación realizada en el año 2009, Mininel y colaboradores analizaron las cargas de trabajo, el proceso de desgaste y el absentismo laboral en enfermeros (técnicos y profesionales) de un hospital universitario de la ciudad de San Pablo (Mininel et al., 2013).

El total de la población fue de 572 enfermeros (25,67% del equipo total del hospital), siendo 120 (20,9%) enfermeros profesionales, cuatro (0,7%) técnicos de enfermería y 448 (78,4%) auxiliares de enfermería (Mininel et al., 2013)

*Las cargas laborales, el absentismo y el desgaste fueron estudiados mediante un software llamado SIMOSTE (Sistema de Monitoreo de la Salud de los Trabajadores de Enfermería), desarrollado por el grupo de Investigación Estudios de la Salud de los Trabajadores de Enfermería, de la Universidad de Sao Paulo. Los casos de absentismo y enfermedad de los enfermeros fueron aquellos relacionados a trabajadores de enfermería que contactaron al Servicio Especializado en Ingeniería de Seguridad y Medicina del Trabajo (SESMT), con quejas relacionadas a la salud o al trabajo (accidentes, enfermedades o síntomas), entre noviembre de 2008 y octubre de 2009 (Mininel et al., 2013, p. 1291:1291).*

Los datos encontrados de esta población fueron introducidos al SIMOSTE para su posterior análisis. El *software* SIMOSTE fue construido dentro del marco conceptual del proceso de salud-enfermedad, proceso de trabajo, cargas laborales, proceso de desgaste y resultados o desenlaces. Las cargas laborales son identificadas por un profesional experto en el tema y los procesos de desgaste utilizados son aquellos clasificados dentro del CIE 10. Los datos recabados fueron extraídos del *software* SIMOSTE en formato Excel para su posterior análisis de frecuencias relativas, absolutas y coeficiente de riesgo (número de

eventos ocurridos en el mismo lugar y período de tiempo/ total de personas expuestas al evento)(Mininel et al., 2013).

Los trabajadores de enfermería realizaron 144 notificaciones relacionadas a las cargas de trabajo. 129 notificaciones (89,58%) fueron de trabajadoras del sexo femenino y 15 (10,42%) del sexo masculino. El 89% de las notificaciones fue de los auxiliares de enfermería. Empero, los técnicos de enfermería tienen mayor coeficiente de riesgo, seguidos por los auxiliares.

Aproximadamente el 56% de los trabajadores tenía una remuneración mensual entre R\$ 1.501 y R\$ 2.000, el 25% entre R\$ 500 y R\$ 1.500 y el 17% superior a R\$ 2.001. La jornada laboral de los trabajadores del estudio estuvo entre 10h a 36h. El rango de edad entre 31 y 40 años generó el 37,5% de las notificaciones, seguida por el rango de 41 a 50 años, con el 36,8%.

*Los grupos entre 21 y 30 años y 51 y 60 años corresponden al 10,4% y 11,1%, respectivamente, y el grupo menos representativo está entre los profesionales con edad superior a 60 años (4,2%). El total de cargas laborales referidas (160) fue superior a las notificaciones realizadas (144), lo que demuestra interacción entre dos cargas o más, por ejemplo, las cargas psíquicas con otros tipos de cargas. Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo corresponden al principal problema de salud, con acerca del 21% de las notificaciones, seguidos de los trastornos mentales y comportamentales (15,3%) y problemas respiratorios (13,9%). Por otro lado, el análisis de los días de baja indica que las enfermedades del aparato circulatorio, que suman siete notificaciones, llevaron a 353 días de baja, mientras las 30 notificaciones por enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo causaron 325 días, y las 22 notificaciones por trastornos mentales y comportamentales resultaron en 246 días de baja (Mininel et al., 2013:1292-1293).*

Estos datos señalan que existe una reiteración de las notificaciones con respecto a un problema ya señalado por algún trabajador, el cual no ha sido resuelto. Y, además, que los días de absentismo no superaron los 15, por lo que las abstenciones son cortas (Mininel et al., 2013).

Mininel et al refieren que los datos de esta investigación corroboran estudios previos sobre las cargas laborales a las que someten a los trabajadores de enfermería. Refieren, además, que al igual que en otras investigaciones el rango de edad que presenta mayor morbilidad o accidentalidad es el de 31 a 50 años. Este rango de edad ha sido asociado a mayor accidentalidad porque es el que tiene turnos más largos y no sigue completamente las recomendaciones de salud ocupacional. Además, los autores señalan que las cargas fisiológicas, aquellas derivadas de la manipulación de peso excesivo, trabajar de pie, posiciones inadecuadas e incómodas fueron prevalentes en esta investigación y han sido también relacionadas en otras pesquisas.

Las cargas psíquicas también fueron importantes en esta pesquisa como, por ejemplo, la organización precaria del trabajo, las relaciones verticales establecidas por las instituciones, la presión organizacional, la supervisión estricta, la ausencia de autonomía, el abuso de poder y la ausencia de defensa colectiva. Los procesos de desgaste relacionados a estas cargas psíquicas son insomnio, gastritis, elevación de la presión arterial, ansiedad, estrés y depresión. Las cargas biológicas estuvieron en tercer lugar: accidentes con elementos cortopunzantes, contacto con fluidos y secreciones corporales. Finalmente, las cargas físicas y químicas fueron las menos notificadas (Mininel et al., 2013).

Con respecto al perfil de morbilidad de este grupo de trabajadores, Mininel y colaboradores señalan que:

*Las enfermedades osteomusculares y los trastornos mentales fueron los principales grupos de morbilidad recabados. Las enfermedades osteomusculares son las de mayor incidencia en enfermería y suelen ser la principal causa de absentismo. Lo anterior debido a que el trabajo de enfermería requiere esfuerzos físicos constantes, que en gran proporción de ocasiones se realizan en posiciones y condiciones inapropiadas... Los trastornos mentales y de comportamiento, igualmente relevantes, acaban por desencadenar procesos de desgaste ni siempre fácilmente relacionables al trabajo y que muchas veces son atribuidos al estilo de vida general del individuo. En el presente estudio, los episodios depresivos fueron los más representativos en este grupo de enfermedades, hallazgo de acuerdo con la literatura. El grupo de enfermedades del aparato respiratorio está asociado a las sinusitis, amigdalitis y faringitis; solamente tres casos fueron directamente relacionados a la gripe H1n1, que*

*acometió contra la población mundial y causó diversas bajas en aquel momento, incluso para los casos sospechosos y no confirmados de la enfermedad (Mininel et al., 2013, p. 1295:1295)*

Mininel y colaboradores, a pesar de señalar que utilizan el concepto de desgaste y la propuesta de abordaje del proceso de trabajo de Laurell, caen en la realización de un estudio de salud laboral que podría clasificarse dentro de la perspectiva tradicional y positivista. En su investigación el proceso de desgaste no es comprendido como pérdida de las potencialidades físicas o psíquicas de los trabajadores, sino como diagnósticos relacionados al CIE 10, que son notificados por un experto en salud laboral; esta pesquisa no hizo uso de la construcción colectiva vía MOI para el establecimiento del proceso de trabajo, así como para el establecimiento de las cargas laborales. Mininel y colaboradores, a pesar de hacer uso de conceptos propuestos a partir de epistemologías contrahegemónicas, terminan realizando una investigación con un fuerte tinte biomédico.

No basta con señalar que se hará uso del concepto de desgaste, que se evaluarán las cargas laborales, cuando en los resultados no existe un análisis particular, ni una interpretación diferente a la señalada por la epidemiología multicausal. Además, a su investigación le hace falta la descripción del proceso de producción de la profesión de enfermería y diferenciar expresiones de desgaste de diagnósticos del CIE 10. Dicho lo anterior, este trabajo intenta incorporar conceptos de SDLT, de la MSL y SC, pero finalmente se queda corta, termina abordando el tema desde una perspectiva clásica y biomédica de la salud laboral.

Otro artículo que utiliza la metodología MOI, el enfoque de SDLT y el proceso de desgaste es el realizado por Sápia y colaboradores en Brasil. Durante el año 2008, Sapia et al realizaron un estudio que tuvo como objetivo identificar los problemas de salud generados por las cargas fisiológicas (aquellas que ocurren en la interacción del trabajador con su objeto de trabajo, con materiales y equipos pesados; incluyendo aquellas relacionadas con la forma de organización del trabajo, ya que en algunos cargos se genera que el trabajador recorra distancias largas, pase muchas horas de pie, y tenga una alta rotación en turnos nocturnos) que conlleva el trabajo de enfermería, su relación con el índice de masa corporal (IMC) y su impacto en la calidad de vida de estos trabajadores. Para cumplir con

este objetivo estudiaron a 19 profesionales de enfermería que laboraban en un servicio ambulatorio de un Hospital de San Pablo. (Sápia et al., 2009)

De las 19 profesionales, 9 (47,3%) fueron auxiliares de enfermería, 2 (10,5%) técnicas de enfermería y 8 (42,1%) enfermeras profesionales. A las 19 trabajadoras se les aplicó un instrumento que contenía datos de identificación del trabajador, medidas antropométricas y las siguientes preguntas: ¿Cuál es su altura y peso? ¿A qué cargas fisiológicas te has dado cuenta de que estas expuesta? ¿En cuáles actividades te ves expuesta a esas cargas fisiológicas? De acuerdo con su percepción, ¿qué problemas de salud se deben a la exposición a este tipo de cargas? ¿Cómo estos problemas de salud interfieren con su trabajo y calidad de vida? Las investigadoras señalaron que analizaron las variables cuantitativas mediante frecuencias relativas y absolutas, y las variables cualitativas de acuerdo con convergencias y divergencias de lo relatado durante la entrevista (Sápia et al., 2009).

Los resultados obtenidos en esta investigación fueron los siguientes: de las 19 participantes, 21,0% ejercían otra actividad remunerada diferente a la enfermería y 79% estaban dedicadas solamente a la enfermería. La carga horaria semanal variaba entre 41 a 76 horas para aquellas con otra actividad profesional y, para las dedicadas solamente a enfermería, la carga laboral era de 36 horas a la semana. El 21,0% de las trabajadores tenían sobrepeso, 26,3% eran obesas de acuerdo con la clasificación del IMC de la OMS (25-30 es sobrepeso, > 30 es obesidad); con respecto a la percepción de exposición a cargas fisiológicas, ocho enfermeras (42,1%) consideraban que se exponían a manipulación de peso excesivo en las actividades que desarrollaban, 19 (100,0%) declararon estar expuestos a trabajar de pie y 15 (79,9%) señalaron que trabajaba en puestos laborales incómodos.

*De las de auxiliares de enfermería: cuatro (44,4%) presentaban de uno a dos signos, síntomas y/o enfermedades; dos auxiliares de enfermería (22,2%) tenían de tres a cuatro signos, síntomas y/o enfermedades; y tres auxiliares de enfermería (33,3%) tenían cinco o más signos, síntomas y/o enfermedades. Con respecto a los dos técnicos de enfermería, un trabajador relató tener de tres a cuatro síntomas y/o enfermedades y un trabajador afirmó tener cinco o más signos, síntomas y/o enfermedades. En cuanto a las enfermeras profesionales, uno (12,5%) relató no tener ningún signo, síntoma y/o queja de enfermedad; tres (37,5%) afirmaron tener uno o*

*dos signos, síntomas y/o enfermedades; dos (25,0%) informaron tener de tres a cuatro signos, síntomas y/o enfermedades y dos (25,0%) informaron tener cinco o más signos, síntomas y/o enfermedades. En relación con los procesos de desgaste generados por las cargas fisiológicas, las trabajadoras refirieron los siguientes: dolores en las piernas, aparición de venas varices; dolor de pies y callosidades; dolor de manos, brazos, hombros, articulaciones; lumbalgia, hernias discales, problemas de rodilla y tendinitis y cansancio de brazo y hombro (Sápia et al., 2009, p. 810:810).*

En esta investigación, Sápia y colaboradoras señalan la dificultad que presentan las mujeres al tener múltiples roles en la sociedad: ser madres, atender el hogar, además del trabajo, favorece la presencia de procesos de desgaste. A la par, aquel 21% de las participantes que realiza otra actividad laboral diferente a la enfermería y que tiene horarios entre 41 y 76 horas, tendría mayor presentación de desgaste por consumo exagerado de la fuerza de trabajo. (Sápia et al., 2009)

De esta manera, las autoras señalan que el IMC elevado favorece la presentación de problemas musculoesqueléticos, como artralgias de rodillas y lumbago, y si a lo anterior se suma la movilización de cuerpos y las posiciones incómodas, los problemas de salud serán aún mayores. (Sápia et al., 2009)

Por lo anterior, Sápia y colaboradoras recomiendan implementar programas de nutrición y actividad física en centros médicos con el fin de prevenir el sobrepeso y la obesidad y sus consecuencias.

Consecutivamente, Sápia y colaboradoras refieren que la antigüedad profesional de las trabajadoras de la pesquisa (que en su mayoría supera los 15 años), se relaciona con los problemas de salud reportados, derivados de la antigüedad laboral por exposición prolongada a estas cargas fisiológicas. “La duración de la práctica profesional y la edad avanzada sugieren que estos trabajadores estuvieron expuestos a cargas fisiológicas durante muchos años, en comparación con trabajadores más jóvenes y con menos experiencia profesional” (Sápia et al., 2009, p. 812:812).

También el 77,8 % de las auxiliares de enfermería señalaron exponerse a más de 3 cargas fisiológicas, el 62,5% de las enfermeras, y el 50% de las técnicas en enfermería señalaron

estar expuestas a 2 cargas. Finalmente, el 37,5% de las enfermeras profesionales y el 11% de las auxiliares dijeron estar expuestas a 1 carga.

Estos datos corroboran las frecuencias de síntomas de desgaste señalados previamente, siendo los auxiliares de enfermería quienes presentan más signos de desgaste debido al tipo de actividades que les competen (traslado, baño, movilización de los pacientes) en comparación con las enfermeras profesionales, que están más dedicadas a realizar labores de gerencia de las unidades en las que trabajan.

Finalmente, las autoras señalan que, dentro de sus entrevistas, el 77% de las trabajadoras dijeron que el trabajo generaba procesos de desgaste, este último comprendido como dolencias o disturbios osteomusculares relacionados al trabajo por las cargas laborales. Sin embargo, el 22% de las auxiliares de enfermería y el 25% de las enfermeras profesionales consideraban al trabajo como un proceso que aportaba para mejorar su calidad de vida y su crecimiento personal (Sápia et al., 2009).

Con estos últimos hallazgos se evidencian las percepciones paradójicas del proceso de trabajo dentro de este grupo de trabajadoras, en el que el trabajo a su vez desgasta/mejora la calidad de vida, situación contraria a la propuesta de SDLT. Para la SDLT el trabajo no es solo el medio para garantizar las condiciones de vida, sino que es un proceso emancipatorio, enriquecedor, formador y transformador.

Sápia y colaboradoras mediante esta investigación descriptiva mixta (cuantitativa-cualitativa) se aproximan a utilizar la metodología del MOI y a comprender el proceso de desgaste. Sin embargo, termina siendo descriptiva, apoyada en el paradigma biomédico, por lo que terminan dando recomendaciones en donde las responsabilidades de prevenir las cargas laborales, de prevenir las dolencias relacionadas al desgaste son responsabilidad de los trabajadores, y no del proceso de trabajo en el que están inscritos; las autoras no describen completamente el proceso de producción de la enfermería en los servicios ambulatorios ni evalúan cargas diferentes a las fisiológicas en sus participantes. Si bien esta intenta indagar el concepto de desgaste, no logra cumplir su objetivo.

En el libro *Luchas obreras por la salud en el trabajo en Colombia*, Mauricio Torres Tovar aplica el MOI a tres grupos de trabajadores. El primero de ellos fue un grupo de

trabajadores de la industria automotriz en la ciudad de Bogotá. Mediante el MOI se logra establecer que el principal grupo de enfermedades que está generando desgaste, son las enfermedades musculoesqueléticas, estas secundarias a las presiones por productividad, y a la intensificación de la jornada laboral. El segundo fue un grupo de trabajadores (compuesto principalmente por mujeres) de la industria de productos alimentarios marinos ubicados en la costa Caribe. Debido a la contratación precaria originada por la tercerización laboral, y el pago de actividades a destajo, los trabajadores de esta industria tienden a sobre esforzarse. Este sobre esfuerzo les desencadena problemas en salud secundarios a las malas posturas, los movimientos repetitivos, entre otros, los cuales tienen además su origen en sus precarias condiciones laborales y la violación de sus derechos laborales. Y finalmente, en el último grupo estuvo compuesto por trabajadores expuestos al asbesto en la ciudad de Manizales. Estos trabajadores presentaron principalmente una problemática de enfermedades pulmonares desencadenadas por la exposición prolongada a este mineral y en donde el saber especializado de profesionales no fue útil a la hora de realizar estrategias de prevención (Torres Tovar, 2022)

Lo interesante de este trabajo de Torres Tovar es que la investigación realizada mediante el MOI en estos tres grupos de trabajadores finaliza como es propuesto por el modelo, con diferentes acciones colectivas interpuestas por cada grupo, las cuales iban encaminadas a la exigencia y garantía de tanto sus derechos laborales como de su salud en el trabajo (Torres Tovar, 2022)

La pesquisa de la que trata esta tesis hizo uso de los preceptos del MOI, del enfoque de SDLT y del concepto de desgaste para explicar de manera completa y compleja el proceso de desgaste en los médicos del SSO. Se realizó un abordaje relacional para intentar comprender el proceso de desgaste, así como las condiciones laborales, de trabajo y patrones de recuperación en los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá.

### **3. Metodología – Más allá de la punta del Iceberg**

Esta tesis de maestría fue una investigación mixta con predominio cualitativo que hizo uso del enfoque de SDLT y de los preceptos de la MSL y de la SC. El enfoque cuantitativo permitió acceder a una parte del problema, datos concretos y objetivables, pero que no podían explicar la totalidad. El enfoque cualitativo (método etnográfico) permitió conocer a profundidad el desgaste en los médicos del SSO, además de complejizarlo e intentar explicarlo.

Se hizo uso del enfoque mixto, ya que como es señalado por la MSL y SC, el abordaje epidemiológico clásico es insuficiente para analizar los problemas en salud (Breilh, 1998). La epidemiología clásica ha utilizado la metáfora del iceberg para señalar en muchas oportunidades que de las patologías o entidades en salud solamente es posible conocer y explicar una parte, la parte visible del iceberg. La parte invisible siempre está pendiente por conocer y para conocerla siempre serán necesarios nuevos estudios en los que aparezcan nuevas relaciones o formas de entendimiento.

Es por esto por lo que este trabajo se basó en los conceptos de la MSL y SC para darle profundidad al proceso de desgaste en los médicos del SSO. Para la MSL y SC los métodos cualitativos son importantes para relacionar, profundizar y complejizar situaciones en salud y no quedarse solamente en la superficie. Bajo el anterior argumento, la MSL y SC se han apoyado de herramientas de la antropología, de la antropología médica y de las ciencias sociales (Breilh, 1998).

La antropología médica con el método etnográfico pretende comprender a profundidad situaciones y comportamientos de las personas, su cultura, sus problemas sociales e intentar mostrar una realidad desde los testimonios o discursos de las mismas personas que viven esa realidad. En palabras de la antropóloga argentina Rosana Guber “la etnografía, en su triple acepción de enfoque, método y texto, es un medio para lograrlo. Como enfoque la etnografía es una concepción y práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros (entendidos como “actores”, “agentes” o “sujetos sociales”).

La especificidad de este enfoque corresponde, según Walter Runciman<sup>12</sup>, al elemento distintivo de las Ciencias Sociales: la descripción. Estas ciencias observan tres niveles de comprensión: el nivel primario o "reporte" es lo que se informa que ha ocurrido (el "qué"); la "explicación" o comprensión secundaria alude a sus causas (el "por qué"); y la "descripción" o comprensión terciaria se ocupa de lo que ocurrió para sus agentes (el "cómo es" para ellos). En suma, las etnografías no sólo reportan el objeto empírico de investigación -un pueblo, una cultura, una sociedad— sino que constituyen la interpretación/descripción sobre lo que el investigador vio y escuchó"(Guber, 2001, p. 11,12:11-12).

Guber señala que la etnografía es un método flexible y abierto, en donde pueden figurar encuestas, observación participante y las entrevistas. En sus palabras *"los fundamentos y características de esta flexibilidad o "apertura" radican, precisamente, en que son los actores y no el investigador, los privilegiados para expresar en palabras y en prácticas el sentido de su vida, su cotidianidad, sus hechos extraordinarios y su devenir. Este status de privilegio replantea la centralidad del investigador como sujeto asertivo de un conocimiento preexistente convirtiéndolo, más bien, en un sujeto cognoscente que deberá recorrer el arduo camino del des-conocimiento al re-conocimiento"*(Guber, 2001, p. 13:13).

La etnografía entonces se acerca a la realidad de los sujetos a partir de la aproximación a sus testimonios como del vecindad de sus realidades. Bajo estos preceptos la etnografía hace uso de técnicas como la observación participante, la realización del diario de campo y el uso de entrevistas. Esta investigación hizo uso de estas tres técnicas etnográficas.

Con el uso de estas técnicas se pretendió conocer la realidad de los sujetos de estudio, los médicos del SSO (que en este caso también son el objeto de estudio), pero a su vez como señala Malinowski, intentar cotejar lo que dicen las personas con lo que en realidad

---

<sup>12</sup> Rosana Guber en este apartado hace referencia al libro *A Treatise on Social Theory* del sociólogo británico Walter Garrison Runciman. Se prefirió dejar una cita completa de la antropóloga Guber, ya que este apartado es muy esclarecedor en la explicación sobre el método etnográfico. Al libro Runciman al que hace referencia es: Runciman, WG. (1983): *A Treatise on Social Theory*. Volume I. The Methodology of Social Theory, Cambridge, Cambridge University Press.

hacen (Baker, 1987; Guber, 2001), para lo cual fue muy útil el uso de la observación participante.

Esta técnica fue usada al acompañar en la jornada laboral a los médicos que hicieron parte de esta fase cualitativa, de esta forma se garantizó corroborar lo que los médicos señalaban en las entrevistas con su quehacer diario.

A su vez, esta tesis de maestría tiene la pretensión de presentar el problema de investigación a partir de las voces de los protagonistas, así como fue realizada la tesis doctoral de la doctora Adriana Ardila (Ardila Sierra, 2016). Quien mejor que los propios médicos para señalar sus conflictos laborales, sus problemas e inconvenientes de salud.

La población de estudio de esta investigación fueron los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá.

### **3.1 Acercamiento inicial**

Para contactar a los médicos del SSO de la Subred Sur fue necesario asistir a la oficina de Talento Humano, en donde se solicitó una base de datos de Excel con el fin de realizar el primer acercamiento a este grupo de trabajadores. Posterior al envío de la base de médicos del SSO por parte de la oficina de Talento Humano, se procedió a llamar telefónicamente a todos los médicos del SSO.

En esta primera llamada se comentaron los objetivos de este proyecto de tesis, su finalidad, la propuesta metodológica y los requerimientos para la participación por parte de los médicos. De 28 médicos que estaban realizando el SSO en la Subred a fecha corte de septiembre de 2023, fue posible contactar a 23, quienes dieron respuesta afirmativa para su participación en el proyecto.

### **3.2 Envío de consentimiento informado y realización de la encuesta individual basada en la encuesta colectiva del MOI y de la SDLT**

A continuación, mediante vía electrónica, ya fuera correo electrónico personal o el aplicativo de *Smartphones WhatsApp*, se hizo envío del consentimiento informado (Anexo 8.1), junto a la encuesta individual realizada mediante el software *Microsoft Forms* (Anexo 8.2).

Consecutivamente se dio un plazo de 15 días para la realización de ambos formatos. Veintitrés de veintiocho (23/28) médicos dieron su consentimiento y respondieron la encuesta.

La encuesta individual se tituló: *Instrumento para indagar por las expresiones de desgaste en los médicos del SSO de la Subred Sur, Encuesta Individual*. (Anexo 8.2). Esta encuesta individual se adaptó a partir de: 1. *La encuesta colectiva* encontrada en el libro *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores* (Organización Panamericana de la Salud et al., 2000, pp. 83–97:83-97) y de los instrumentos utilizados por la doctora Nancy Liliana Henao-Kaffure en su tesis de maestría titulada *Patrón de desgaste de las trabajadoras del café en el departamento del Quindío, Colombia* (Henao-Kaffure, 2004).

Mediante esta encuesta individual se pretendió recabar información relacionada con las categorías propuestas en los objetivos de este trabajo, categorías como el proceso de producción, las cargas laborales, los mecanismos para la mitigación de estas cargas, las condiciones laborales (tipo de contrato, horas laboradas semanalmente, cantidad de horas extra), enfermedades laborales, expresiones de desgaste percibidos, mecanismos de recuperación de la fuerza laboral y tiempos de traslado.

### **3.3 Entrevista semiestructurada individual**

A continuación, se realizaron las entrevistas semiestructuradas individuales para profundizar las categorías centrales propuestas. Se entrevistaron 9 médicos, quienes se eligieron por laborar en las diferentes USS de la Subred Sur.

El guion de estas entrevistas puede ser observado en el Anexo 8.3, segundo apartado<sup>13</sup>.

Con estas entrevistas individuales se pretendió profundizar las categorías indagadas en la encuesta individual, además de abordar temas de cotidianidad, del proceso de producción, de las cargas laborales, algunos expresiones de desgaste evidenciados en su experiencia laboral, incapacidades médicas, los procesos protectores que tienen los médicos del SSO para enfrentar y prevenir el desgaste, los patrones de recuperación de la fuerza laboral, su contexto socioeconómico, cotidianidad, preguntas directas relacionadas a su vocación como profesionales en medicina y su proyección profesional, la autonomía que tienen para tratar a sus pacientes y finalmente un balance entre el deber ser y lo que pueden hacer.

Inicialmente en el protocolo de investigación se había propuesto realizar un grupo o algunos grupos focales para abordar los temas y categorías propuestos en la encuesta individual, sin embargo, cuando se solicitó permiso administrativo para que los médicos del SSO pudieran asistir a este espacio, la respuesta fue negativa por parte de la Subgerencia de Servicios de Salud. Este departamento argumentó que estos permisos les representarían un costo demasiado alto tanto en lo administrativo (las agendas de los médicos se programan con algún grado de anterioridad) como en lo monetario.

Fue por la anterior respuesta que se creó un grupo en la aplicación *WhatsApp* con el fin de concretar una posible reunión grupal o varios grupos focales para implementar el instrumento propuesto en la metodología. Esta se realizaría en horario extralaboral en el salón del doctorado de salud pública de la Universidad Nacional, algún día del fin de semana para evitar inconvenientes con la Subred.

A la hora de concertar una fecha, de los 23 médicos que aceptaron participar en esta pesquisa, sólo 4 dieron respuesta afirmativa. Por esta razón se decidió realizar un formulario virtual, en vez de un encuentro presencial. La falta de movilización para el encuentro grupal es una expresión muy sintomática de la falta de interés de agremiación por parte de los médicos, quienes prefieren en ocasiones continuar ejerciendo su profesión de manera solitaria e individual, antes que consolidarse como grupo.

---

<sup>13</sup> Anexo 8.3: *Instrumento para indagar por los expresiones de desgaste en los médicos del SSO de la Subred Sur, Entrevista semiestructurada individual.*

### 3.4 Observación participante

La observación participante es esa técnica etnográfica que permite al investigador amalgamarse con el grupo o colectivo objeto de estudio. Esta amalgamación permite que el investigador sea parte de una serie de actividades que se realizan por parte del colectivo de interés, que este las observe, analice e interprete. En palabras de la antropóloga argentina Rosana Guber:

*La observación participante, consiste precisamente en la inespecificidad de las actividades que comprende: integrar un equipo de fútbol, residir con la población, tomar mate y conversar, hacer las compras, bailar, cocinar, ser objeto de burla, confidencia, declaraciones amorosas y agresiones, asistir a una clase en la escuela o a una reunión del partido político (...) La observación participante consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno del investigador, y participar en una o varias actividades de la población. Hablamos "participar" en el sentido de "desempeñarse como lo hacen los nativos"; de aprender a realizar ciertas actividades y a comportarse como uno más. La "participación" pone el énfasis en la experiencia vivida por el investigador apuntando su objetivo a "estar adentro" de la sociedad estudiada (Guber, 2001, p. 55:55)*

La observación participante fue aplicada principalmente cuando se hicieron las entrevistas semiestructuradas individuales. Los médicos fueron abordados en sus diferentes sitios de trabajo y luego de finalizada la jornada laboral se realizaba la entrevista.

Esta técnica participante permitió prestar atención a situaciones relacionadas a las categorías propuestas: cotidianidad, condiciones laborales, proceso de producción, cargas laborales, expresiones de desgaste, enfermedades laborales, procesos protectores, vocación, proyección personal y patrones de recuperación. La información obtenida fue registrada en un diario de campo.

### 3.5 Triangulación de la información y recolección de información oficial

Algunos de los datos y testimonios recolectados fueron triangulados con las fuentes oficiales de la Subred por medio de la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo, además de la oficina de Talento Humano.

A su vez, se realizaron estrategias de revisión y contrastación normativa y documental con respecto al SSO y las condiciones en que este servicio ha sido planteado en Colombia.

La información faltante y necesaria para complementar los objetivos y categorías propuestas por esta investigación fue tomada a partir de información solicitada a la Subgerencia de prestación de Servicios, a las oficinas de Talento Humano y Seguridad y Salud en el Trabajo.

Se construyó la siguiente matriz para el análisis de los objetivos propuestos

Tabla 5. Matriz de análisis de los objetivos propuestos.

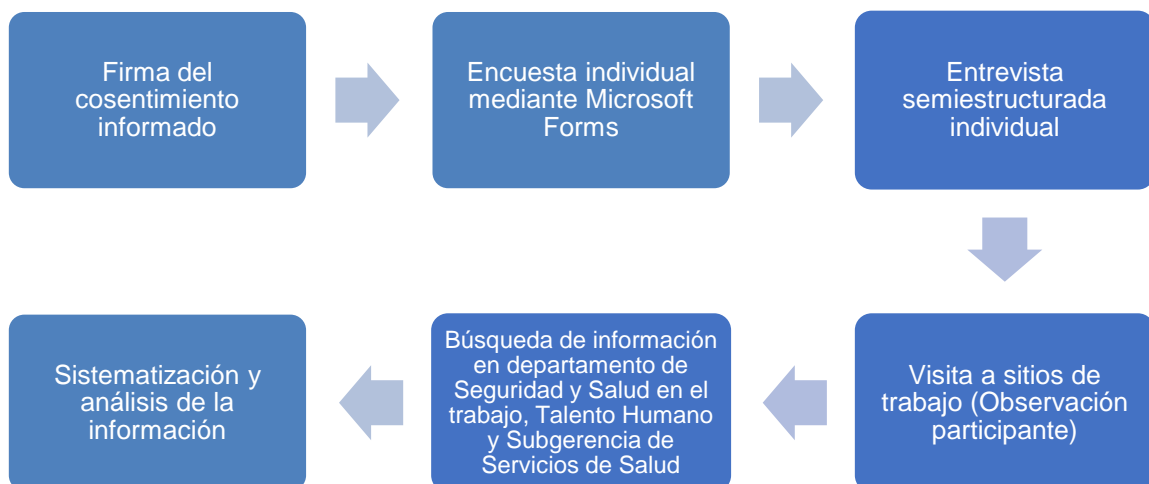
Objetivo general	Objetivos específicos	Metodología	Herramientas específicas	Descripción
Indagar las condiciones de salud de los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá y su relación con el proceso de atención de salud en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS).	1. Identificar expresiones de desgaste en el grupo de médicos de SSO de la Subred Sur de la Ciudad de Bogotá y su relación con el proceso de atención de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	La propuesta metodológica fue realizar inicialmente una encuesta individual enviada de manera virtual para indagar por el proceso de producción, las cargas laborales, los mecanismos para la mitigación de estas cargas, las condiciones	Instrumentos para indagar por los patrones de desgaste en los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá (Colombia), Encuesta individual y entrevista semiestructurada individual.	Encuesta individual preguntas de la 1 a la 28. Además preguntas de la 33 a la 42.
	2. Identificar el proceso de producción de la atención en salud en el SGSSS, en el cual se insertan los profesionales del SSO.	laborales (tipo de contrato, horas laboradas semanalmente, cantidad de horas extra), enfermedades laborales, patrones de desgaste percibidos, mecanismos de recuperación de la fuerza laboral, tiempos de traslado al lugar de trabajo.	Instrumentos para indagar por los patrones de desgaste en los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá (Colombia), Encuesta individual y entrevista semiestructurada individual. .	Encuesta individual preguntas de la 1 a la 28. En la entrevista individual, preguntas 4, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15. Uso de la observación participante y del análisis documental para reconstruir el proceso de producción.
	3. Describir las cargas laborales y los procesos protectores presentes en el proceso de trabajo de los médicos del SSO.	Posteriormente, se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales para profundizarlas categorías centrales propuestas. Y finalmente, todas las categorías propuestas para indagación fueron complementadas mediante la observación participante y la búsqueda de información adicional en documentación oficial de la Subred Sur.	Instrumentos para indagar por los patrones de desgaste en los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá (Colombia), Encuesta individual y entrevista semiestructurada individual. .	Encuesta individual de la pregunta 1 a la 42. En la entrevista semiestructurada individual preguntas 2,3,4 7, 9, 10, 11, 15 de la entrevista semiestructurada individual. Además, uso de la observación participante y el análisis documental para la identificación de las cargas laborales y los procesos protectores.
	4. Identificar patrones de recuperación relacionados a procesos protectores que son utilizados por los médicos con el fin de revertir el desgaste.		Instrumentos para indagar por los patrones de desgaste en los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá (Colombia), Encuesta individual y entrevista semiestructurada individual. .	Encuesta individual preguntas de la 33 a la 42. Entrevista semiestructurada individual, preguntas 1, 2, 3 10. Además, uso de la observación participante y el análisis documental para la identificación de patrones de recuperación.
	5. Describir las condiciones laborales y las condiciones de trabajo de los médicos del SSO de la Subred Sur		Instrumentos para indagar por los patrones de desgaste en los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá (Colombia), Encuesta individual y entrevista semiestructurada individual.	Encuesta individual preguntas de la 1 a la 42. De la entrevista semiestructurada individual: preguntas 1,2,3,4,6,7,9,10,11, 12 ,13, 14 y 15.

Fuente: Elaboración propia

En resumen, la propuesta de abordaje metodológico fue la siguiente:

1. Mediante el correo institucional y vía aplicación de teléfono *Smartphone WhatsApp*, se envió una convocatoria sobre el proyecto: *Desgaste en médicos del Servicio Social Obligatorio: Una experiencia en la Subred Sur de Bogotá, 2023* a todos los médicos del SSO de la Subred.
2. A continuación, se hizo envío del consentimiento informado y de la encuesta individual vía correo electrónico y *WhatsApp*.
3. Visitas al sitio de trabajo y realización de la entrevista semiestructurada individual.
4. La información recabada tanto en las entrevistas semiestructuradas como en la observación participante fue complementada con los datos manejados por el departamento de Seguridad y Salud en el trabajo, Talento Humano y Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud.
5. La encuesta individual fue sistematizada mediante el *software Microsoft forms* y *NVivo®*. Las entrevistas individuales fueron transcritas, anonimizadas, sistematizadas, analizadas y codificadas mediante el *software NVivo®*.

Figura 3. Abordaje metodológico.



Fuente: Elaboración propia.

### 3.6 Análisis de la información

El análisis de la información se realizó luego de establecer unas categorías principales que fueron el resultado inicial de la investigación teórica realizada para esta pesquisa. Estas categorías centrales estuvieron presentes tanto en las preguntas, como en el guion de los dos instrumentos propuestos, *Instrumento para indagar por los expresiones de desgaste en los médicos del SSO de la Subred Sur* encuesta individual (Anexo 8.2) e *Instrumento para indagar por los expresiones de desgaste en los médicos del SSO de la Subred Sur* entrevistas semiestructuradas (Anexo 8.3).

Las categorías centrales propuestas fueron: Proceso de producción, cargas laborales, expresiones (expresiones) de desgaste, patrones de recuperación de la fuerza laboral, procesos protectores, contexto socioeconómico, cotidianidad, proyección, vocación y balance entre deber ser/lo que se puede hacer.

A partir de las respuestas dadas por los participantes a cada pregunta tanto en la encuesta individual como en la entrevista semiestructurada individual, se construyeron temas recurrentes dentro de cada una de las categorías centrales. Con base en esto, se construyó la vertebración de categorías para el análisis de los instrumentos.

Las encuestas individuales fueron analizadas con el *software* de Excel y el *software* cualitativo NVivo® con licencia vigente.

Las entrevistas semiestructuradas fueron a su vez transcritas, anonimizadas, sistematizadas y posteriormente codificadas. La codificación y el análisis cualitativo de la información encontrada en estas entrevistas se hizo con el *software* cualitativo NVivo®.

Las siguientes fueron las matrices de análisis construidas para analizar la encuesta individual y la entrevista semiestructurada.

Tabla 6. Matriz de análisis-Encuesta individual

Categorías pre-establecidas	Pregunta	Respuestas	Temas recurrentes
VINCULACIÓN AL PROCESO DE PRODUCCIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD	1. Cuánto tiempo lleva trabajando (meses)	Experiencia laboral (favorecer al desgaste)	No tiene
	2. Etapas del proceso de producción de la atención en salud en las cuales participa actualmente	Urgencias Consulta externa Traslado de pacientes (Ambulancias) Salud pública Urgencias Consulta externa Traslado de pacientes (Ambulancias) Salud pública	No tiene
CARGAS LABORALES Y PATRONES DE DESGASTE	I. Riesgos derivados de los medios de trabajo	1. Radiación;	No tiene
	II. Riesgos derivados de los agentes del trabajo	1. Contacto con agentes biológicos (sangre y fluidos corporales); 2. Contacto con sustancias químicas; 3. Contacto con aerosoles; 4. Contacto con polvo a material particulado;	No tiene
	III. Riesgos derivados de las exigencias laborales de la actividad	1. Posiciones incómodas; 2. Largas jornadas de trabajo en posición de pie; 3. Esfuerzo físico; 4. Manipulación de peso excesivo; 5. Manipulación de elementos cortopunzantes; 6. Agresión física o verbal por parte de los pacientes.	No tiene
	IV. Riesgos derivados de la organización y división del trabajo	1. Largas jornadas sin descanso; 2. Trabajo repetitivo; 3. Trabajo direccionado; 4. Horario de trabajo establecido; 5. Horario de descanso establecido; 6. Poca interacción con compañeros; 7. Horas extra; 8. Cubrimiento de servicio diferente al usual; 9. Pacientes extra; 10. Duración de la jornada laboral; 11. Rotación de turnos; 12. Existen pausas de trabajo para tomar alimentos; 13. Realiza pausas activas; 14. Qué lo lleva a tomar pausas en el trabajo; 15. Existen metas de producción en el servicio; 16. Meta de producción;	No tiene
CARGAS LABORALES Y PATRONES DE DESGASTE	V. Riesgos que los medios de trabajo representan en sí mismos, cargas psíquicas y otras	1. Alta concentración; 2. Presiones psicológicas por tiempo; 3. Supervisión estricta de la jornada laboral; 4. Sitios de descanso; 5. Horarios de descanso de jornada laboral; 6. Enfermedad diagnosticada por profesional de salud; 7. Malestares como trabajador; 8. Malestar atribuido al trabajo; 9. Consultó algún médico por ese padecimiento; 10. que tipo de enfermedad tenía; 11. Enfermedad laboral; 12. Tipo de enfermedad.	1. Enfermedades laborales; 2. Enfermedades generales; 3
CARGAS LABORALES Y PATRONES DE DESGASTE	V. Riesgos que los medios de trabajo representan en sí mismos, cargas psíquicas y otras	8. Malestares atribuidos al trabajo	1. Ansiedad; 2. Dolor en articulaciones de mano derecha; 3. Cefalea; 4. Migraña; 5. Espasmos musculares; 6. Rinofaringitis a repetición; 7. Astenia; 8. Adinamia; 9. Burnout; 10. Estrés; 11. Dolor de espalda; 12. Preocupación excesiva; 13. Alta carga mental; 14. Agotamiento; 15. Poca motivación; 16. Neumonía; 17; Nefrolitiasis; 18. Disfonía; 19. Vértigo;

<b>RECUPERACIÓN DE LA FUERZA LABORAL</b>	Traslado al lugar de trabajo	1. Vehículo particular tipo carro; 2. Vehículo particular motocicleta; 3. Transporte público; 4. Bicicleta; 5. Otros.	No tiene
	Tiempo que le toma llegar a su lugar de trabajo	Minutos	No tiene
	¿Siente que los tiempos de traslado hasta su sitio de trabajo favorecen la posibilidad de presentar agotamiento al inicio o final de la jornada laboral?	1. Sí; 2. No.	No tiene
	¿Siente que los tiempos de traslado hasta su sitio de trabajo favorecen la posibilidad de presentar agotamiento al finalizar la semana laboral?	1. Sí; 2. No.	No tiene
<b>RECUPERACIÓN DE LA FUERZA LABORAL</b>	¿Considera que su salario retribuye el esfuerzo que demanda su trabajo?	1. Sí; 2. No.	No tiene
	Tiene dificultades para dormir y las relaciona con alguna de las siguientes causas (puede seleccionar más de una):	1. Agotamiento físico; 2. Angustia y ansiedad; 3. Enfermedad física (ej: dolor, sahos, otras enfermedades respiratorias, etc); 4. Sí, tengo dificultades para dormir, pero no las relaciono con ninguna de las anteriores. 5. No tengo dificultades para dormir	No tiene
	Si tiene dificultades para dormir, estas se le presentan:	1. Para conciliar el sueño; 2. Se despierta varias veces durante la noche; 3. De despertares tempranos; 4. No aplica	No tiene
<b>PROCESOS PROTECTORES</b>	¿Cuántas horas diarias duerme? (en números)	Horas	No tiene
	¿Qué actividades realiza cuando no se encuentra trabajando ni atendiendo labores domésticas?	Respuesta abierta	Ejercicio, leer, escuchar música, estudiar, ir al gimnasio, redes sociales, trabajar en algún proyecto nuevo, pasear a la mascota, estar con la familia, hacer un rompecabezas.
<b>PROCESOS PROTECTORES</b>	Horas diarias dedicadas a estas actividades	Horas	No tiene
	Manejo de incomodidades o síntomas durante el trabajo	Respuesta abierta	1. Pausas cuando un paciente no llega; 2. Rspiración; 3. Pausas activas; 4. Técnicas de respiración; 5. Evitar consumo de azúcar y café; 6. Mejorando la posición del cuerpo; 7. Callándolas; 8. No comentándolas; 9. Meditación; 10. Introspección de los problemas.
<b>PROCESOS PROTECTORES</b>	¿Cómo maneja las incomodidades o síntomas que considera son derivados de su trabajo después del trabajo?	Respuesta abierta	1. Descansando; 2. Durmiendo; 3. Terapia psicológica particular; 4. Ejercicio; 5. Respiración; 6. Reuniones sociales; 7. Medicamentos; 8. Estiramientos; 9. Hablar con la pareja; 10. Rezando. 11. Hablar con la familia; 12. Actividades de esparcimiento;
	<b>CONTEXTO SOCIOECONÓMICO</b>	Edad	Años
<b>CONTEXTO SOCIOECONÓMICO</b>	¿Cuántos hijos tiene?	1. 0; 2. 1; 3. 2; 4.3; 5. 4; 6. 5 o más	No tiene
	Personas a cargo	1. 0; 2. 1; 3. 2; 4.3; 5. 4; 6. 5 o más	No tiene
<b>CONDICIONES DE SALUD</b>	Condiciones previas	Abierta	1. Escoliosis; 2. Trastorno afectivo bipolar; 3. Ciática derecha; 4. Protrusiones discales lumbares;

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Matriz de análisis-Entrevistas semiestructuradas individuales

Categorías pre-establecidas	Pregunta	Temas emergentes en las entrevistas	Temas emergentes en general			
Cotidianidad	Cuénteme que hace durante todo un día hábil normal teniendo en cuenta horarios y tiempo dedicado a cada actividad	1. Pacientes Extra; 2. Tiempo insuficiente. 3. Tiempos de traslado; 4. Horarios de descanso.	Lugar de procedencia	Agresiones contra el personal de salud	Ubicación peligrosa del sitio de trabajo	Más cantidad que calidad
	¿Cómo se siente vivir día a día de esa manera?	1. Vida rutinaria y monótona; 2. Agotamiento; 3. Hastío de la profesión; 4. Dificultades de adaptación; 5. Problemas de privacidad;	Problemas vocacionales	Tráfico de influencias	Mala calidad en la atención	
	¿Le gusta la forma en que está viviendo su vida?	1. No le gusta, pero está conforme; 2. Le gusta la forma en como está viviendo su vida; 3. No le gusta la forma como está viviendo su vida; 4. Sí le gusta, pero no está conforme.	Jerarquía médica	Competencia		
	¿Qué le molesta de cómo vive en el trabajo y en la casa?	1. Tiempo insuficiente	Barreras de acceso para los pacientes	Lugar donde trabaja		
Proyección	¿Cómo le gustaría vivir?	1. Inicio de una especialidad médica; 2. Horario ideal; 3. Irse a vivir sola; 4. No realización de turnos; 5. Trabajar en urgencias; 6. No ver tantos pacientes;	Arbitrariedad en el agendamiento de pacientes	Sistema malo		
	¿Qué planes tiene luego de terminar el servicio social obligatorio?	1. Inicio de una especialidad médica; 2. Salir del país; 3. Viajar; 4. Trabajar y estudiar; 5. Trabajar en urgencias; 6. Trabajar;	Explotación laboral	Mala relación con la secretaría departamental de salud		
Vocación	Con base en su experiencia, ¿si tuviera la posibilidad de volver a elegir la profesión a la que se dedicaría, lo haría? ¿Estudiaría una profesión diferente a la medicina?	1. Crisis vocacional; 2. Sí, estudiaría otra profesión; 3. No, elegiría la misma profesión;	Sanción por renunciar al rural	Población demandante		
	¿Se siente decepcionada(o) de su profesión? ¿Por qué?	1. Sí, está decepcionado; 2. Está decepcionado del ambiente laboral; 3. No está decepcionado	Acoso laboral	Falta de trato humanizado a los trabajadores de la salud		
Cargas laborales y patrones de desgaste (Problemas con el trabajo)	¿Qué ha sido lo más difícil de la experiencia laboral hasta este momento?	1. Problemas con los pacientes; 2. Agresiones de los pacientes; 3. Pacientes que llegan tarde; 4. Falta de respeto a la profesión; 5. Pacientes demandantes; 6. Falta de preparación para hacer consulta externa; 7. Disponibilidad 24/7; 8. Carga emocional; 9. Sobrecarga laboral; 10. Horas extra; 11. Tiempo de recuperación insuficiente; 12. Escaso tiempo para el ocio. 13. Escaso tiempo para tomar el almuerzo; 14. Choque cultural; 15. Traspasar los límites éticos. 16. Mal trato de los médicos hacia los pacientes; 17. Estrés; 18. Malas condiciones laborales; 19. No reconocimiento de horas extra; 20. Mal ambiente laboral; 21. Discriminación por el hecho de ser rurales; 22. Pacientes con múltiples motivos de consulta; 23. Menosprecio por el trabajo en consulta externa; 24. Quejas de los pacientes. 25. Problemas con facturación. 26. Presiones por tiempo; 27. No respuesta a quejas; 28. No querer venir al trabajo; 29. Incapacidades médicas; 30. Falta de apoyo administrativo en la atención; 31. Estigma por usar ropa del personal de salud; 32. Condiciones previas de salud	Quejas de los pacientes	Mala relación con los jefes.		
	¿Ha tenido incapacidades médicas?	1. Incapacidades médicas; 2. Condiciones previas de salud; 3. Expresiones de desgaste.	Medicalización de la salud	Idealización de la profesión médica		
	¿Se siente valorado como profesional en la institución?	1. Sí, se siente valorado como profesional; 2. No se siente valorado como profesional.	Medico-centrismo	No hay tiempos de descanso		

<b>Procesos protectores</b>	¿Qué ha sido lo más placentero o bonito de la experiencia laboral hasta este momento?	1. Buena relación con los pacientes; 2. Aprendizaje del adecuado manejo terapéutico de los pacientes; 3. Pacientes receptivos; 4. Observar la mejoría en salud de los pacientes; 5. Disfrutar del paisaje de la ruralidad; 6. Agradecimiento por parte de los pacientes.	Se prioriza lo administrativo antes que la atención con calidad del paciente	Humanización
<b>Procesos protectores</b>	¿Le genera satisfacción la contribución que realiza a la sociedad por el ejercicio de su profesión?	1. Sí, siente satisfacción con la profesión.	Profesional de enlace	Mal funcionamiento administrativo
	Otros procesos protectores	1. Cocinar; 2. Compartir con la familia; 3. Estudiar; 4. Hacer ejercicio; 5. Buena relación con los pacientes; 6. Apoyo por parte de una médica familiar; 7. Comunicación asertiva; 8. Psicoterapia; 9. Colegaje; 10. Salir de paseo; 11. Salir con los amigos; 12. Descansar; 13. Leer; 14. Hablar por celular con la familia; 15. Hablar por celular con el novio; 16. Trabajo extramural; 17. Dormir; 18. Enseñar a niños.	Algoritmo para elegir la plaza del rural;	Escaso bienestar para los trabajadores;
<b>Autonomía</b>	¿Qué tanta autonomía para elegir los mejores tratamientos para sus pacientes cree que tiene en el trabajo?	1. Autonomía para la elección de tratamientos; 2. Escasez de medicamentos e insumos; 3. Tiene autonomía, pero no completa.	Diagnóstico de Síndrome de Burn Out sin manejo	Cambio de Unidad de salud donde laboraba
<b>Balance entre el deber ser/ lo que se puede hacer</b>	Mala adherencia a los tratamientos.	No se encontraron	Mala clasificación de los pacientes	Improvisación

Fuente: Elaboración propia

### 3.7 Categorías centrales propuestas

**Proceso de producción:** hace referencia a los pasos o procedimientos que se requieren para transformar una materia prima en algún producto o bien destinado para venderse.

**Producción de servicios:** esta tiene que ver con la producción de un producto que por lo general es intangible y que satisface una necesidad en particular, como por ejemplo los servicios financieros de los bancos, en donde no es necesario contar con la cantidad total de algún monto de transferencia de dinero para en realidad llevarla a cabo.

**Proceso de producción de la atención en salud:** para este trabajo la salud es comprendida como un objeto y un bien privado, que cuando se daña o altera es necesario restablecer. Para su restablecimiento se requiere del trabajo conocido como la atención en salud.

**Cargas laborales:** Las cargas laborales hacen referencia a las situaciones o riesgos que trae el trabajo por sí mismo. Cargas atribuidas al proceso de trabajo, las cargas por trabajar con agentes físicos, las cargas resultantes de los objetos del trabajo y sus transformaciones, las cargas laborales por demandas de exigencias físicas, las cargas por la organización y división del trabajo, y las cargas laborales que representan los medios de trabajo en sí mismos, dentro de estas las cargas psíquicas, entre otras.

**Expresiones de desgaste:** expresiones o síntomas de salud relacionados con la pérdida de la capacidad efectiva o potencial de los procesos biológicos o psíquicos humanos generados por transformaciones negativas a partir de las cargas laborales. Para Laurell, el desgaste se presentaba por consumo calórico insuficiente. En esta investigación, se presenta la propuesta de que el desgaste se genera vía recuperación insuficiente de la fuerza a través del sueño. Las expresiones de desgaste aparecen en este trabajo en el capítulo 5, Desgaste en médicos del SSO, Servicio Social Obligatorio, Un Cristo de Espaldas.

**Procesos protectores:** Son todas aquellas actividades o acciones que realizan tanto los colectivos como los individuos para protegerse de alguna entidad, problema o enfermedad de salud. Como, por ejemplo: asistir a psicoterapia para evitar problemas de salud mental, realizar actividad física para evitar las enfermedades crónicas, entre otras. Se mencionan en el capítulo 5, Servicio Social Obligatorio, Un Cristo de Espaldas.

**Patrones de recuperación:** Son aquellos mecanismos de los cuales hacen uso los trabajadores para recuperar el agotamiento, cansancio o incluso desgaste producido por el trabajo. En esta investigación se tuvieron en cuenta dos: Las horas de sueño y el tiempo de traslado al sitio de trabajo.

**Contexto socioeconómico:** Entorno social y económico en donde se insertan en la sociedad los médicos del SSO.

**Cotidianidad:** Acciones del día a día que realizan los médicos del SSO.

**Proyección:** Aspiraciones que tienen los médicos del SSO para su futuro a mediano y largo plazo.

**Vocación:** Sentido de pertenencia o disposición por la profesión a la que se dedica.

**Autonomía:** posibilidad de ejercer la profesión de acuerdo con los conocimientos y criterios propios del profesional sin que se estén ejerciendo presiones o limitaciones al ejercicio laboral por el empleador.

**Balance entre el deber ser/lo que se puede hacer:** acción valorativa que realizan los médicos del SSO entre lo que deberían hacer por sus pacientes de acuerdo con sus conocimientos y ética versus lo que terminan haciendo los médicos en la cotidianidad de su práctica por las situaciones o limitaciones que genera el sistema de salud o el empleador.

**El Hospital como fábrica:** La metáfora del hospital como fábrica es usada en esta tesis para comparar la producción a escala o la producción en serie que ha sido presentada por el modelo Fordista de producción con la productividad en las atenciones o procedimientos que exigen actualmente las IPS a sus trabajadores. Además, se usa porque la ley 100 cambió la manera como funcionaban los hospitales y los obligó a subsistir a partir de la venta de servicios, acogiendo conceptos como el de la productividad. Y finalmente, porque las fábricas producen proletarios, y como se expone en el siguiente capítulo, a los médicos actualmente es posible considerarlos como proletarios.

A partir de estas categorías centrales se hizo el análisis de la encuesta individual y de las entrevistas individuales.

## 4. El Hospital como fábrica

*¡No! -dijo ya con vehemencia Uribe-, es un negocio sucio. Un médico no puede recetar de acuerdo con las existencias de una estantería de un vendedor de drogas. Debo hacerlo de acuerdo con las necesidades de sus enfermos. Debe consultar con sus libros, no con las facturas. Y tampoco está bien que le paguen en la farmacia por su colaboración en las ventas. Eso es lo que yo creo, al menos- Carretera al mar – Tulio Bayer*

A continuación, en los capítulos cuatro y cinco se presentan los resultados que fueron encontrados en la encuesta individual y en las entrevistas individuales de esta tesis de maestría.

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en la encuesta y entrevista individual que estaban orientados a responder el primer y segundo objetivo específico de esta tesis de maestría, relacionados con la identificación del proceso de producción y la descripción de las cargas laborales.

El hospital ha sido en el trasegar de los años un lugar o sitio de construcción histórica para la atención de las dolencias y las afecciones en la salud de las personas (Rosen, 2015). No obstante, actualmente gran parte de las instituciones de salud en Colombia, dentro de estas IPSES privadas y públicas adoptaron un modelo de producción en serie, en donde se cobra por cada servicio de salud prestado (servicios equiparados a productos), entre más servicios prestados, más recaudaciones para las IPSES. En este capítulo se demostrarán las similitudes actuales entre las fábricas y los hospitales.

Actualmente y de acuerdo con los estándares exigidos por los directivos de la Subred Sur a sus trabajadores, los hospitales y Unidades de Servicios de Salud (USS) de la Subred Sur se asemejan a fábricas, esto principalmente por la producción en cadena de atención de pacientes con medición de productividad para la generación de más cobros y a su vez más ingresos. Este símil fue descrito por uno de los médicos que entrevistó la doctora Adriana Ardila en su tesis doctoral (Ardila Sierra, 2016), quien asemejó la producción de la atención de pacientes en la IPS donde laboraba al modelo Fordista de producción y también por un mentor del médico internista y sociólogo Howard Waitzkin quien señaló que luego de que las grandes corporaciones en Estados Unidos controlaran las condiciones

laborales de los médicos, el trabajo médico era como trabajar en el piso de una fábrica, *Working on the Factory Floor*, un fenómeno de proletarización.

## 4.1 La Subred Sur

La Subred Sur fue creada a partir del acuerdo 614 de 2016. Este acuerdo agrupó la red pública de 21 hospitales del Distrito en cuatro Subredes: Norte, Sur, Centro-oriente y Suroccidente.

La Subred Sur tiene la misión de:

*Prestar Servicios de Salud a través de un Modelo de Atención Integral en Red, bajo los enfoques de gestión integral del riesgo y seguridad, fortaleciendo la formación académica orientada a la investigación científica e innovación, con un talento humano comprometido, humanizado y competente que contribuye al mejoramiento de las condiciones de salud de nuestros usuarios urbanos y rurales de las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Sumapaz (Subred Sur, 2024a).*

Es fundamental hacer la salvedad que la Subred Sur atiende a la población de estas localidades que pertenezca a EPS de los dos regímenes (contributivo y subsidiado) que tenga contratos con ella. Aunque el mayor porcentaje de la población atendida por la Subred está afiliada al Régimen Subsidiado y a la EPS Capital Salud, que es la que maneja la SDS como socia mayoritaria, ya que las EPS del Régimen Contributivo no contratan con la Subred, aunque la mayoría de la población de estas localidades está afiliada a ese régimen.

Esta Subred se encarga de proveer servicios de atención, prevención, promoción y rehabilitación de salud para los ciudadanos que residen en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Sumapaz. A la fecha, la Subred Sur administra 22 Unidades de Servicios de Salud (USS), de las cuales 5 son hospitales de I y II nivel de atención y 17 son centros de salud.

Las Unidades de Servicios de Salud visitadas fueron: San Juan de Sumapaz, Nazareth, Vista Hermosa, Danubio, San Benito, Betania, Marichuela, Candelaria la Nueva y el Hospital de Meissen. De los anteriores centros, es relevante señalar que la mayoría son Centros de Salud de I nivel de atención a excepción del Hospital de Meissen, unos con prestación de consultas de mayor complejidad, pero la mayoría con prestación básica de salud (Subred Sur, 2024b).

Las USS de San Juan y Nazareth están ubicadas en la localidad rural de Sumapaz, ofrecen servicios de salud de primer nivel de tipo: Consulta externa por medicina general, enfermería, odontología básica y vacunación. Sin embargo, las USS de San Juan y Nazareth ofrecen atención de urgencias médicas las 24 horas (Subred Sur, 2024b).

La USS Betania ubicado en la localidad de Usme es un centro principalmente ambulatorio que cuenta con los servicios de vacunación, farmacia, fisioterapia, radiología odontológica, fonoaudiología, odontología general. Allí se realizan consultas externas de: psicología, pediatría, medicina interna, servicios ambulatorios, medicina general, medicina familiar ginecobstetricia y enfermería (Subred Sur, 2024b).

Por otro lado, las USS de Danubio de Usme y Candelaria la Nueva de Ciudad Bolívar son USS nuevas e inauguradas hace 1 año por la Subred. Prestan servicios ambulatorios. Previamente estaban ubicadas en otros predios, pero fueron reabiertas en construcciones nuevas y modernas. La USS Candelaria La Nueva tiene oferta de servicios en salud como: vacunación farmacia, terapia respiratoria, fonoaudiología, terapia ocupacional y consulta externa de: medicina general, medicina interna, ortopedia y traumatología, ginecobstetricia, pediatría, enfermería, odontología general, odontología pediátrica y cirugía oral. (Subred Sur, 2024b)

La USS Danubio cuenta con los servicios de: vacunación, laboratorio, farmacia, toma de muestras de citología y con la consulta externa de: medicina general, pediatría, odontología general, ortopedia y/o traumatología, medicina familiar, cirugía general, servicios ambulatorios, psicología, enfermería, psiquiatría. Estos centros nuevos cuentan con plantas físicas amplias, una buena cantidad de unidades odontológicas, salas para enfermedad respiratoria aguda (ERA), consultorio especial para la profesión de terapia

Ocupacional y laboratorio clínico (Subred Sur, 2024b). Los servicios que oferta esta USS son ambulatorios.

La USS Marichuela de la localidad de Usme es otro centro de I nivel, que presta principalmente servicios de atención ambulatoria. Como servicios de apoyo diagnóstico ofertados tiene: toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas, radiología odontológica, servicio farmacéutico, toma de muestras de laboratorio clínico, imágenes diagnósticas – ionizantes. Y ofrece los siguientes tipos de consulta: cirugía general, enfermería, ginec obstetricia, medicina familiar, medicina general, medicina interna, odontología general, ortopedia y/o traumatología y pediatría (Subred Sur, 2024b).

La USS San Benito por otro lado tiene una oferta mixta de servicios. Esta USS ofrece farmacia, realización de citologías, vacunación, pero además consultas de: medicina general, neurocirugía, neurología, cardiología adultos, psiquiatría, psicología, medicina familiar, pediatría, medicina interna, ginecoobstetricia, enfermería, cirugía y hospitalización psiquiátrica. Esta USS tiene la particularidad de ofrecer atención de hospital día y hospitalización para pacientes psiquiátricos, lo que marca una particularidad con el resto de los centros de la Subred (Subred Sur, 2024b).

El Hospital de Vista Hermosa también es un hospital de I a II nivel que tiene servicios tanto de hospitalización como de urgencias adultos. Asimismo, ofrece los siguientes servicios ambulatorios: cirugía general, endodoncia, enfermería, ginec obstetricia, medicina general, medicina interna, medicina familiar, nutrición y dietética, odontología general, pediatría cirugía maxilofacial y vacunación. Además, tiene laboratorio clínico, toma de citologías y farmacia (Subred Sur, 2024b).

El Hospital de Meissen es un hospital de II nivel de atención, que cuenta con los servicios de urgencias para la población pediátrica, adulta y gineco-obstétrica; tiene además hospitalización pediátrica, gineco-obstétrica, de medicina interna, quirúrgica y unidades de cuidado intensivo para adultos y niños. Además, luego de la creación de su nueva torre, entregada hace 1 año brinda la atención ambulatoria de: vacunación, otorrinolaringología, oftalmología, gastroenterología, cirugía maxilofacial ortopedia pediátrica y neumología pediátrica (Subred Sur, 2024b).

Estas particularidades de cada USS es importante describirlas. Los servicios que presta cada USS tienen relación con el desempeño laboral de los médicos del SSO como se mencionará más adelante.

También como se presentará a continuación, es importante aclarar que la mayoría de las y los médicos del SSO que participaron en esta investigación laboran o laboraron en el servicio de consulta externa de algunas de las USS de la Subred (19/23= 82,6%).

## **4.2 El proceso de producción de la atención en salud en la Subred Sur**

Antes de iniciar a relatar todo lo que tiene que ver con el proceso de atención en salud en la Subred Sur, es necesario señalar algunas particularidades de la prestación de servicios dentro de esta Subred a la que se enfrentan los médicos del SSO.

La Subred Sur es una de las cuatro subredes que presta atención en las áreas urbanas y rurales del Distrito Capital. En particular, esta Subred ofrece servicios de salud a una localidad que es exclusivamente rural como lo es la localidad de Sumapaz, y a otras dos localidades con un área rural importante como lo son las localidades de Ciudad Bolívar y Usme.

La atención en salud en la localidad de Sumapaz merece un apartado especial, ya que en esta localidad se brinda atención en salud a campesinos y campesinas y al conjunto de comunidades del campo.

### **4.2.1 La atención en salud en la localidad de Sumpaz**

La localidad de Sumapaz es la más extensa territorialmente en todo el Distrito Capital. Esta localidad tiene una extensión de 78.096 hectáreas y tiene una población reportada a 2021 de 3.713 habitantes a julio de 2023. El grupo poblacional que predomina es el de 29 a 59 años que corresponde al 38,8% de la población total (723 hombres y 719 mujeres). La pobreza monetaria en la localidad es del 38,7%, mientras que la pobreza multidimensional

es de 16,3%. La tasa de ocupación de los pobladores es del 53,8%, la informalidad está 70 % y el desempleo en 8,4%. En cuanto al aseguramiento en salud el 47,8% de la población se encuentra en el régimen contributivo, el 50,9% en el régimen subsidiado y el 1,2% en el régimen de excepción. La prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años fue del 8,2% y la mortalidad por 1.000 nacidos vivos fue del 0% para el año 2022 (Secretaría de Integración Social, 2023).

Estos indicadores de Sumpaz son importantes. Tres de los veintitrés (3/23) participantes de este trabajo laboraron como médicos del SSO en esta localidad. Dentro de sus relatos en las entrevistas semiestructuradas como en la encuesta individual, emergen algunas particularidades sobre lo que significa laborar en esta área rural.

En los dos centros de salud de Sumapaz, San Juan y Nazareth, la atención en salud se presta de una forma diferente que en el resto de las Unidades de Servicios de Salud (USS) de la Subred. Debido a la vasta extensión de esta localidad y a su difícil acceso, teniendo en cuenta que Sumapaz es el páramo más grande del mundo, esta cuenta con gestores en salud que son contratados por la Subred que por lo general son habitantes de la localidad, quienes se encargan de canalizar las necesidades en salud de esta población y solicitar las citas médicas.

La atención en salud de tipo consulta externa se realiza de lunes a viernes de 7 am a 5 pm. En promedio se atienden entre 12 a 15 pacientes diarios en consulta de medicina general. Estos pacientes pudieron ser previamente agendados por la vía de los gestores de salud o son pacientes que asisten a estos centros por sus propios medios a solicitar una cita médica inmediata. Nunca hay una agenda programada o previamente establecida.

Aquellas personas que asistan luego de las 5 pm son valoradas mediante el *triage*<sup>14</sup> que realiza el médico de turno que puede ser SSO o un médico general contratado por orden de prestación de servicios OPS para saber si tiene prioridad de atención inmediata de urgencias o si se puede programar para consulta al siguiente día. De acuerdo con lo

---

<sup>14</sup> La palabra triage o triaje es una palabra adaptada del francés trier, la cual significa escoger, clasificar, separar.

referido por los médicos del SSO y por el personal administrativo, si la persona vive muy lejos se atiende, no importa la hora a la que consulte.

A su vez, ambos centros de salud cuentan con líneas telefónicas para la atención de urgencias, tanto de celular como fijas, en las cuales se brinda atención las 24 horas. El médico de turno realiza *triage* telefónico y mediante algunas preguntas de la anamnesis, trata de conocer la gravedad del paciente. Si la persona presenta algún malestar que pueda comprometer su vida o algún órgano de su cuerpo, el médico envía una de las dos ambulancias (una ambulancia para traslados medicalizados, otra ambulancia para traslados no medicalizados) con las que cuenta cada USS.

Los habitantes de Sumapaz tienen una ruta de la salud que les facilita los traslados hacia las USS de San Juan o Nazareth y que además les ayuda en los traslados hacia Bogotá para el cumplimiento de algunas citas médicas o para el reclamo de medicamentos que no pudieron ser dispensados en las USS propias de la localidad.

Esta ruta de la salud está activa todos los días. Los lunes, miércoles y jueves realiza los traslados hacia Bogotá con el fin de que los habitantes asistan a sus citas. Cuando alguna persona tiene cita con especialista, la ruta la recoge hacia las 2:30 de la mañana. Las citas con especialistas, los medicamentos pendientes por entregar y algunos otros trámites administrativos de los habitantes de Sumapaz son gestionados por el personal administrativo de la Subred que labora en los dos centros de salud.

Los médicos que se encuentran laborando en esta localidad tienen una rotación de turnos de 7/4 días, es decir, los doctores están siete días intramurales, realizando todo tipo de atenciones dentro del centro de salud tipo consulta externa y urgencias y cuatro días extramurales, en donde visitan a sus pacientes crónicos en sus casas, en medio del campo, allí se trasladan por medio de cuatrimotos de las cuales la Subred es propietaria o también se movilizan por medio de la ruta de la salud.

En ocasiones son ellos mismos quienes conducen las motos para trasladarse, principalmente en San Juan, mientras que en Nazareth la Subred contrata un conductor para los traslados en cuatrimoto. Luego de cumplir esta secuencia 7/4, los médicos tienen tres días de descanso.

Cuando se recogieron los datos de este trabajo, dos médicos se encontraban laborando en Sumapaz. Uno en el centro de salud de Nazareth, el cual era un médico SSO y otro en el centro de salud de San Juan, quien era un médico de contrato por OPS. La diferencia salarial entre uno y otro era de más de dos veces el salario (\$ 4.076.068 COP / \$ 8.500.000 COP), diferencia que no es justa comprendiendo que la experiencia laboral entre uno(a) y otro(a) profesional no varía mucho, así como tampoco sus habilidades prácticas y terapéuticas.

En esta localidad, los médicos no tienen metas de producción, deben cumplir con las atenciones que tiene en consulta externa diariamente y las urgencias que pueden recibir. Sin embargo, a pesar de no tener metas de producción, los médicos deben estar disponibles para cualquier urgencia las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Tanto médicos del SSO como los médicos de contrato por OPS de San Juan y Nazareth viven dentro del centro de Salud, esto fue corroborado mediante la observación participante. En la USS Nazareth el médico SSO comparte su habitación con el personal de Atención Prehospitalaria (APH) encargado de trasladar a los pacientes en ambulancia. Es decir, comparte habitación con dos personas más. En la USS San Juan el médico o médica SSO comparte habitación con algún colega también SSO, las enfermeras profesionales SSO que por lo general son dos y la profesional en odontología SSO, es decir, en una habitación de aproximadamente 16 m<sup>2</sup> conviven cinco personas.

Estas condiciones de alojamiento podrían ser catalogadas dentro de lo que se ha definido como hacinamiento, además de representar una falta de privacidad para los trabajadores y trabajadoras.

#### **4.2.2 El proceso de producción de la atención en salud en las demás USS de la Subred Sur**

El proceso de producción de la atención en salud en las otras USS de la Subred Sur es diferente. Para describir adecuadamente el proceso de producción de la atención en salud

en la Subred es importante señalar que de este hacen parte: los actores y la estructura organizativa del proceso de producción, los instrumentos de trabajo, el objeto de trabajo y el trabajo mismo. Para Laurell los trabajadores y trabajadoras son los actores principales del proceso productivo y el otro actor es el dueño de los medios de producción.

### **La división del trabajo en la Subred Sur**

Esta nueva división del trabajo que se produjo a posteriori de la ley 100, también se evidencia dentro de la Subred Sur. Esta red de servicios de salud ha contratado todo un personal administrativo para participar en la atención, personal que evidencia la presencia de todos estos nuevos actores en la nueva división del trabajo.

En la Subred Sur, existen toda una serie de actores que participan en el proceso de producción de la atención en salud. El proceso de producción inicia por el llenado de las agendas médicas por parte de los trabajadores del *Call Center* distrital, el primer grupo de actores. Los operarios de este *Call Center* tienen disponibilidad para el agendamiento de pacientes en los horarios de los médicos. Estos operarios pueden agendar pacientes para cualquier especialidad de medicina, desde médicos del SSO, como de médicos especialistas. También agendan citas de odontología, terapia ocupacional, fisioterapia, nutrición, enfermería, entre otras. Las citas médicas están planteadas para tener una duración de 20 minutos. Es relevante señalar, que como está planteada la atención en salud, el proceso de producción de la atención en salud se organiza como un servicio individual que propicia el encuentro entre un profesional y un paciente, sin ir más allá.

Además del personal del *Call Center*, cada USS cuenta con personal de facturación y de apoyo a programas propios de cada centro de salud (pacientes crónicos, gestantes, infecciosas, entre otros), quienes colaboran en la asignación de citas debido a conocimiento de la población, debido a que varios de ellos/ellas cuentan con una trayectoria laboral de varios años dentro de la Subred que les permite ser reconocidos por los ciudadanos que precisan del uso de los servicios de salud. A ellos acuden de manera presencial personas que tengan pendiente su cita de control. También, este personal realiza seguimiento a sus bases de datos evidenciando personas que no han tenido citas médicas en los tiempos pautados y les programan su control.

El personal del *Call Center*, el personal administrativo de facturación y el personal de programas de cada USS son quienes controlan la agenda de los médicos del SSO.

Aunque, también existe la figura del profesional de enlace que en ocasiones interviene para solicitar atenciones extra de pacientes a los galenos.

El profesional de enlace es un profesional de salud, que puede o no tener especialización, que se encarga de gerenciar, administrar y de tener a cargo el manejo del personal de salud que labora en las USS. Dentro de sus funciones están: solucionar problemas técnicos, administrativos, de la planta física y del personal del centro de salud que tenga a cargo. Los médicos del SSO están bajo la responsabilidad de los profesionales de enlace de la Subred.

### Los médicos del SSO de la Subred Sur

En total la Subred Sur cuenta con 28 médicos del SSO de planta, de estos, 23 decidieron participar en la encuesta individual propuesta y 9 fueron entrevistados en sus respectivos lugares de trabajo. A continuación, se presenta el análisis socio demográfico de los participantes.

Tabla 8. Análisis socio demográfico médicos del SSO en la Subred Sur. 2023.

Variable	Encuestas N=23
Sexo	
Hombre	8 (34,8%)
Mujer	15 (65,2%)
Edad (Años)	
Mínimo	23,0
Máximo	35,0
Media	26,3
Moda	25,0
Desviación estándar	3,0
Rango	12,0
Lugar de procedencia	
Bogotá	15 (65,2%)
Cali	1 (4,3%)
Cartagena	1 (4,3%)
Málaga	1 (4,3%)
Pasto	3 (13,0%)
Venezuela	1 (4,3%)
Villavicencio	1 (4,3%)
Personas a cargo	

Variable	Encuestas N=23
1	8 (34,8%)
2	2 (8,70%)
3	1 (4,3%)
Ninguno	12 (52,2%)
Cantidad de hijos	
1	3 (13%)
Ninguno	20 (87%)

Fuente: Elaboración propia

El 65,2% de la población participante era de sexo femenino. La media de edad de los galenos fue de 26,3 años. El 65,2% de los médicos del SSO provenían de la ciudad Bogotá. 34,8% de los médicos tenían una persona a su cargo, 87% no tenían hijos.

Tabla 9. Análisis tiempo, sitio de experiencia y servicio de los médicos del SSO en la Subred Sur. 2023

Variable	Encuestas N=23
Tiempo de experiencia laborando como médico SSO (meses)	
Media	8,1
Mediana	7
Moda	6
Desviación estándar	3,2
Varianza de la muestra	10,0
Rango	8
Mínimo	4
Máximo	12
Cuenta	23
USS donde laboraban	
Betania	1 (4,3%)
Candelaria	1 (4,3%)
Danubio azul	3 (13%)
El Carmen	1 (4,3%)
Manuela Beltrán y Candelaria la Nueva	1 (4,3%)
Marichuela	4 (17,4%)
Meissen	2 (8,7%)
Nazareth	2 (8,7%)
Reforma	1 (4,3%)
San Benito	2 (8,7%)

<b>Variable</b>	<b>Encuestas N=23</b>
San Juan	1 (4,3%)
Tunjuelito	1 (4,3%)
Usme	1 (4,3%)
Vista Hermosa	2 (8,7%)
Servicios de trabajo	
Consulta externa	19 (82,6%)
Consulta externa y urgencias	1 (4,3%)
Ruralidad (USS Nazareth-USS San Juan)	1 (4,3%)
Urgencias	1 (4,3%)
Urgencias, consulta externa y ruralidad (USS Nazareth-USS San Juan)	1 (4,3%)

Fuente: Elaboración propia

La media de tiempo de experiencia laboral en los médicos del SSO fue de 8,1 meses (valor mínimo 4 meses, valor máximo 12 meses). El 17,4% de los médicos del SSO laboró en la USS Marichuela. El 82,6% de los galenos trabajó en el servicio de consulta externa.

Con respecto a los médicos que hicieron parte de las entrevistas semiestructuradas se podría dar la siguiente información.

Tabla 10. Caracterización de las entrevistas y de los entrevistados

<b>Nombre (alias)</b>	<b>Duración de la entrevista (min:seg)</b>	<b>Edad (años)</b>	<b>Tiempo de experiencia en el SSO (meses)</b>
<b>Doctor José Arcadio</b>	29:28	25 años	5
<b>Doctora Rebeca</b>	41:05	25 años	9
<b>Doctor Mauricio Babilona</b>	57:30	25 años	11

<b>Nombre (alias)</b>	<b>Duración de la entrevista (min:seg)</b>	<b>Edad (años)</b>	<b>Tiempo de experiencia en el SSO (meses)</b>
<b>Doctor Aureliano Buendía</b>	47:20	25	6
<b>Doctora Remedios</b>	60:21	29	4
<b>Doctora Amaranta</b>	109:24	26	7
<b>Doctor Gastón</b>	50:33	25	6
<b>Doctora Petra</b>	40:38	23	6
<b>Doctora Fernanda</b>	39:16	24	6

Fuente: Elaboración propia.

Nota: los alias utilizados para nombrar a los médicos fueron tomados de la novela *Cien años de soledad* de Gabriel García Márquez. Se hace un tributo a este autor, ya que este año se cumple una década de su fallecimiento.

### **El objeto de trabajo**

El objeto de trabajo del que se ocupa esta pesquisa es el proceso de producción de la atención en salud. La atención en salud termina siendo un objeto de trabajo porque a esta se le atribuye un valor. El proceso de atención en salud tiene características tanto de trabajo material como de trabajo inmaterial, aunque finalmente el proceso de atención en salud tendrá un predominio de trabajo inmaterial. El trabajo material de la atención en salud está relacionado con las acciones que son tangibles y palpables que para este caso realizan los médicos con sus pacientes, todo lo que tiene que ver con la auscultación, la palpación de órganos o partes del cuerpo, la sutura de alguna herida abierta, la intubación

de los pacientes con dificultad respiratoria, la colocación de férulas o yesos, la aplicación del desfibrilador con sus respectivos parches o paletas, entre otras. Si bien la predominancia del trabajo médico es inmaterial porque lo que se produce finalmente en los cuerpos y en las personas es intangible, si hay requerimientos en ocasiones de instrumentos o tecnologías materiales para intentar restablecer la salud o evitar que esta empeore.

La inmaterialidad del trabajo médico tiene que ver principalmente con todo el proceso de pensamiento que se realiza para llevar a cabo diagnósticos, algoritmos de tratamiento, protocolos de manejo de pacientes, los cuales involucran el pensamiento y la cognición.

El fin último del proceso de atención en salud sería intentar restablecer la salud de las personas. Este se logra tanto por la vía material del trabajo, las acciones que el médico realiza y que son tangibles para realizar esta acción, uso de medicamentos, dispositivos, exámenes, terapias, entre otros, como por la vía inmaterial, entendido como el proceso de pensamiento del que hacen uso los galenos para evaluar, tratamientos, dispositivos o terapias que puedan favorecer al restablecimiento de la salud de las personas, así como mediante el establecimiento de la relación intersubjetiva médico-paciente. Empero, se da una preponderancia de la vía inmaterial en el trabajo médico.

No pretenderá este trabajo equiparar el cuerpo a una mercancía, ni tampoco señalar que las diferentes acciones que se realizan en una atención en salud, el cuerpo efectivamente se transforma hacia un cuerpo sano. Simplemente se quería mencionar que, aunque el trabajo médico tenga un predominio de inmaterialidad, por momentos hace uso de herramientas materiales para cumplir su objetivo o fin último.

Esta investigación comprendió la salud-enfermedad como proceso social y nexo biopsíquico humano que, en todo caso, implica la subsunción de lo biológico en lo social (Organización Panamericana de la Salud & Rodríguez, 1994). Si bien sería muy interesante discutir o replantear el debate relacionado al concepto de salud, este no es el objetivo de esta tesis de maestría y es por lo anterior que se hará uso de la definición de salud expuesta previamente.

Es importante aclarar que en Colombia la constitución de 1991 no definió la salud como un derecho fundamental sino como un servicio público esencial atendido por la EPS (Congreso de la República de Colombia, 1993). A pesar de que la Ley Estatutaria 1751 de

2015 (Congreso de la República de Colombia, 2015) haya establecido la salud como derecho fundamental, en la práctica esta sigue siendo considerada como servicio o bien privado que se vende y del cual se generan réditos. Como ejemplo se podrá observar a continuación la dinámica de la Subred Sur, una entidad pública, que está usando estrategias de producción comúnmente usadas por los privados para su financiamiento, aunque principalmente para su sostenimiento, esto en contravía de lo que dictó la sentencia 459 de 2008 de la Corte Constitucional que señala que las Empresas Sociales del Estado (ESE) *no* deben reportar utilidades económicas, sino rentabilidad social (Corte Constitucional de Colombia, 2008a).

Señala también la Corte:

*Esta interpretación constitucionalmente inadmisibles es la de que los hospitales y centros de salud públicos deben siempre autofinanciarse o producir excedentes. Los criterios de sostenibilidad financiera o equilibrio financiero aplicados a instituciones públicas en el ámbito del derecho fundamental a la salud, no pueden tener un alcance ni un efecto que traslade a los mismos la lógica del sector privado. En un Estado Social de Derecho el Estado debe en ciertos lugares del territorio nacional donde el sector privado no está dispuesto a financiar hospitales o centros de salud, asegurar que las personas que allí habitan tengan acceso a la salud, incluso si para ello es necesario subsidiar el hospital o el centro que es deficitario (Corte Constitucional de Colombia, 2008a:13)*

Parafraseando a Ardila Sierra, quien en su tesis doctoral señaló que el trabajo médico era un proceso productivo de acuerdo a los postulados del médico brasileño Sergio Arouca, en sus palabras:

*A su vez, el médico salubrista Sergio Arouca consideraba que el trabajo médico era un trabajo productivo o indirectamente productivo. De acuerdo a Arouca, el trabajo médico es un trabajo productivo o indirectamente productivo por las siguientes razones: 1. Por ser un lugar de consumo de instrumental y de equipamiento que, además, aporta con su conocimiento un valor agregado a lo que se consume; 2. Porque los encuentros médico-paciente permiten la circulación de dinero; 3. Porque el monto del ingreso de los médicos les ubicaba dentro de un sector de alto consumo; 4. Por cuidar la fuerza de trabajo y mantenerla en condición de ser consumida y de ser productiva; 5. Por participar del mantenimiento del ejército de reserva a través de la atención materno*

*infantil y con acciones preventivas; 6. Por incorporarse al trabajo colectivo al apoyar los procesos de selección de personal. (Ardila Sierra, 2016:39)*

Es bajo todas las anteriores razones que el trabajo médico y el proceso de producción de la atención en salud son procesos productivos. Los datos evidenciados en esta pesquisa revelan las similitudes del proceso de producción de la atención en salud con el proceso de producción de una fábrica.

### La productividad

La productividad es un concepto que viene de la administración de empresas y la economía. De acuerdo con Medina la productividad se puede definir “como la forma de utilización de los factores de producción en la generación de bienes y servicios para la sociedad” (Medina Fernández, 2010, p. 112:112)

De acuerdo con Fontalvo y de la Hoz profesores de la facultad de ciencias económicas de la Universidad de Cartagena, la productividad podría representarse en el siguiente esquema:

Figura 4. Factores de la productividad



Fuente: Fontalvo-Herrera, Tomás; De La Hoz-Granadillo, Efraín & Morelos-Gómez, José (2017) La productividad y sus factores: incidencia en el mejoramiento organizacional. Dimensión Empresarial, 15(2), pp 50.(Fontalvo-Herrera et al., 2017)

La productividad reseñada por Jaime Arias exministro de salud como: “el máximo rendimiento en cantidad y calidad de las actividades desarrolladas por el personal, expresado en las relaciones costo/beneficio y costo/eficiencia y en la producción normatizada por unidad de tiempo definida por consenso de expertos”(Ministerio de Salud, 1984).

En años recientes, este concepto de productividad es defendido en Colombia por diferentes instituciones, ya que esta se esgrime como una acción que permitiría aumentar la posibilidad individual de producir trabajo. Este concepto es secundado por la OPS y la OMS, con la idea de aumentar la cobertura eficiente, universal y de calidad de las poblaciones, “y en la supuesta sinergia entre productividad del trabajo y calidad de los servicios, propuesta desde los 90 por la OPS y reiterada en informes posteriores de la OMS, en donde la productividad se plantea como una medida destinada a atajar el déficit de personal sanitario en el mundo” (Ardila Sierra, 2016:69; OMS (Organización Mundial de la Salud), 2006).

Esta visión de la productividad impartida por la OPS y la OMS aparecerá en el testimonio de la doctora Rebeca, quien señala que la Subred Sur hace uso de este concepto y a su vez indicador para mejorar las coberturas de atención de sus pacientes.

La Subred Sur viene midiendo la productividad de los médicos del SSO y de los demás médicos que contrata. Hace uso de este indicador, que también es usado en el sector servicios, en este caso en los servicios de atención en salud, pero que se asemejan a una fábrica por la exigencia de una producción en serie (número de pacientes) y por el seguimiento continuo a metas de producción.

La productividad para el caso de los médicos que trabajan en consulta externa se calcula de la siguiente forma:  $\text{productividad} = \frac{\text{número de pacientes programados}}{\text{número de pacientes atendidos}} \times 100$ . Como el 82% de la población que participó en este estudio trabajaba en consulta externa, las claridades con respecto a este indicador son relevantes.

La orden que ha venido dando la Subgerencia de Servicios de Salud es la de tener una productividad por encima del 80 o 90% de acuerdo con lo reportado en algunos testimonios de las entrevistas recolectadas en esta pesquisa, así como de lo recogido en la encuesta individual. Este indicador es paradójico porque no depende de los médicos la inasistencia de sus pacientes y es una responsabilidad que se sale de las manos de los doctores. No

obstante, esta se mide y para compensar la inasistencia de algunos pacientes, a los médicos se les exige que atiendan pacientes extra. La productividad por lo general es medida por los profesionales de enlace en cada USS. Algunos profesionales de enlace exigen productividades por encima del 90%, otros por encima del 80%, pero también existen casos en donde la exigencia está arriba del 100%.

La productividad sirve también como estrategia de amedrentamiento para los médicos del SSO, pues aquellos que tienen la productividad por debajo de lo exigido, son seguidos con detenimiento. En reuniones como lo son las de la Unidad Local de Comunicación (ULC) “se pasan al paredón” a los médicos que no cumplan con la productividad.

Para ilustrar lo referido previamente, se cuenta con el testimonio del doctor Mauricio Babilonia:

*[...]El quid de la cuestión y el problema de todo es la productividad. O sea, nos miden diciendo: tú tienes.... 8 horas contratadas. Tú ves solo consulta resolutiva que es de 20 minutos, o sea se supone que en el día en las 8 horas deberías ver unos 24 pacientes. En el mes es, bueno, tantos. Como en la semana son tantos. Se cogen esos números y se contrastan con cuántas citas se atendieron, eso pues es una división simple da un porcentaje, listos. Qué tanto de lo que se ha agendó, de lo que yo debería ver en teoría, que son mis horas contratadas, se terminó viendo en un periodo de tiempo. Y esa es la productividad. Qué piden: que esté por encima del 90%, o sea que yo esté trabajando por decirlo así, el 90%. ¿Qué pasa que un paciente pidió una cita por una ...gripa? Por cosas de agenda, hay disponibilidad en 15 días, entonces en 15 días está bien, dice, pues sí estoy bien, pues para qué voy. O que le dolía la cabeza, se le dio la cita en 15 días, pero fue más rápido que lo atendieran en urgencias de Meissen, entonces, pues ya me atendieron en urgencias, ya me solucionaron el dolor, entonces pa' que voy a la cita. Los pacientes que faltan por 12.000 millones de razones, pues son pacientes que al fin y al cabo uno no tiene la culpa de que falten. Eso es algo que nosotros, como proveedores de salud, no controlamos que el paciente falte. Pero aun así afecta la productividad y eso se traduce es en que va a entrar menos plata. Entonces la solución que nos han dado desde arriba es, pues meta citas extras. O sea, en un paciente a las 8 agéndeles otro, cosa que queden dos pacientes a las 8 y después agéndeles otro por si falta que queden dos pacientes a las 12. Que uno no sé, termina repartiendo el tiempo entre pacientes y una consulta de 20 minutos que de por sí ya es difícil de hacer, se vuelve una de 10. A veces dicen: el promedio de faltas es tanto... Un paciente promedio faltan tantos en el día, en una agenda hay un doctor normal que*

*le falten 2 a 3 pacientes que sea el promedio. Pues de promedio metámosle todos los días 2 extras. No, yo odio eso. Yo no estoy de acuerdo, yo ya me peleé con todo el mundo por eso porque, pues primero termina siendo mal para el paciente. Que uno termina repartiendo tiempos y haciendo consultas chambonas. Porque lo vemos en 10 minutos, es una mala consulta, uno no tiene una buena consulta en 10 minutos. Eso no va en calidad, en pro de la calidad de la atención al paciente. Y aparte, si yo me atraso, son horas extras, que así no me van a pagar; de todas formas, es trabajo extra, es estrés extra, que pues... que no me lo están ni pagando ni recompensando de otra manera. Porque digamos, hay días, hay semanas. Yo en enero hice hartas extras y yo en enero tuve una productividad por encima del 100 %, la tuve del 110%. Bueno nada ya, chévere... no es que el 10% de extra me lo vayan a pagar, no es que ni siquiera me vayan a decir, doctor, felicitaciones. No. En las ULC<sup>15</sup> que es la reunión mensual, hay un espacio para temas del centro de salud. Y entre esos aquí las jefes siempre muestran las productividades. Se muestra la productividad de cada uno con cédula. Es feo que todo eso se resalte en frente de todo el mundo. Porque hay doctores, hay colegas que pues opinan de diferentes maneras. Ven la atención de diferentes maneras y que ellos sí meten muchas extras y aquí hay colegas que tienen productividad del 110, 120%. Entonces, pues claro, ver a alguien que tiene el 120% con el contraste al otro que estaba en 78 en 80, que igual es muy cercano al 90 que piden, pero que no es lo que ellos quieren, pues primero me parece maluco. Y segundo, pues están viendo solo cantidad y no calidad de atención, que eso fue una de las cosas que, digamos, yo le dije a la jefe. Que en algún momento ella me llamó y me dijo: doc. tiene la productividad muy bajita, hay que hacer las extras. Yo le dije: jefe yo no estoy de acuerdo con eso y a mí no me parece[...]. Y, pues afortunadamente aquí las agendas, como tenemos nuestra auxiliar de cada uno, yo le dije a mi auxiliar, a P. P. no, no, no voy a aceptar una sola extra. Al principio pensaron que era como chiste. Me siguieron poniendo extras, pero las devolví. Me agendaban extras de la nada, porque sí, pues las empecé a devolver. Que éticamente, no, pero pues, se cumplió. Y éticamente pues yo no me voy a devolver al paciente cuando lo pudo haber atendido para solucionarle algo, pero no; o sea yo digo, yo a veces digo que me presionaron tanto con lo administrativo que llegué a un punto que yo no me reconocí, y tuve que traspasar mis límites éticos, mis límites morales. Porque para mí, o sea lo ético mío*

---

<sup>15</sup> ULC (Unidad local de comunicación): esta es una reunión mensual que lideran los profesionales de enlace con el fin de hacer seguimiento a algunos indicadores de gestión, administrativos y epidemiológicos de cada USS.

*para siempre, es atender al paciente, darle lo que él necesita, atenderlo de la mejor manera. Y yo traspasé mis límites éticos devolviendo a pacientes extras. Sabiendo que los podía atender y que les podía solucionar sus cosas. Pero fue tanta la presión y la sobrecarga administrativa que yo tenía y tan en desacuerdo que yo estaba con eso, que dije: me va a tocar hacer eso, voy a traspasar algo que para mí está mal y me voy a culpar a mí mismo, pero las cosas no se tienen que hacer así, ese no es el derecho de las cosas. Empecé a devolver pacientes... Así es un paciente extra y a decirle a mis auxiliares, yo no sé qué van a hacer con el paciente, lo llaman y le dicen que yo no lo voy a atender porque yo no autoricé verlo extra.*

*C.G.: Doc., esta directriz, me dices que viene de arriba... arriba es ¿subgerencia?*

*MB: Sí, subgerencia.*

*C.G.: OK, perfecto.*

*MB.: O sea, a nosotros nos presiona la jefe, la profesional de enlace.*

*C.G.: Que es la líder de aquí de todo el centro de salud.*

*MB: Sí, exacto. Como la coordinadora acá del centro de salud. Pero igual ella en las reuniones siempre nos dice: desde subgerencia me están pidiendo tal cosa. O sea, por lo menos ella es clara con eso, dice, me están a mí pidiendo también esto para que ustedes sepan... pues hay colegas, hay dos, hay varios, acá la mayoría son de planta. Hay colegas que tienen repartidas sus horas entre planta y OPS. A ellos en los últimos meses, como no cumplen con su productividad, cuando van a pasar, pues su cuenta de cobro, ellos hacen su cuenta de cobro con las horas del contrato, sus digamos 80 horas de OPS. Pasan el contrato, acá los contratos los aprueba la profesional de enlace, ella es la que va a firmar, la que firma para que pues eso se desembolse al final. A ellos estos últimos meses, la jefe no les ha firmado el contrato a ellos. Cuando ponen las horas de su contrato, solo les firma el contrato descontándole las horas de la productividad. Entonces, si digamos, ella siempre saca cuentas de finales de mes, dice: este mes me quedaste debiendo tantas consultas que son 5, 6, 8, 10 horas. Me quedaste debiendo 10 horas de este mes. Entonces al final del contrato por el de OPS, no son las 80, sino sus 70 horas y a las 70 horas sí les firma el contrato. O sea, se les ha descontado del pago.*

*C.G.: Les están descontando su salario....*

*MB.: Exactamente.*

C.G.: *Por una cuestión de que el paciente muchas veces no asiste*

MB: *Sí, tal cual.*

C.G.: *¿Y qué soluciones tienen ellos? ¿ven más pacientes? ¿ahí se adaptan a hacer esto de las extras?*

MB: *Sí. La solución que nos ha dado subgerencia en una reunión fue meter más extras, hay que meter más extras, no encuentran otra opción[...]* Entrevista al doctor Mauricio Babilonia.

Este relato de Mauricio Babilonia es ilustrativo para ejemplificar la productividad exigida por la Subred. A su vez, demuestra que el compromiso ético del profesional no tiene como finalidad la producción de un objeto, sino de prestar un servicio en el que se produce una relación intersubjetiva y un compromiso del profesional: el imperativo moral de ofrecer lo mejor disponible a cada paciente.

Observemos ahora el testimonio de la doctora Rebeca con respecto a la productividad:

*[...] Sí, esos son cómo valoraciones que se meten por temas de productividad; entonces, porque así se planteó, inclusive una reunión con subgerencia y todo donde nos dijeron que el modelo era así e inclusive se metió gente de administrativos que no veía pacientes decir: que era posible porque un paciente se podía ver en 5 minutos. O sea, vainas así, que uno...eso es imposible, entonces lo hacen es más por temas de productividad. Nosotros llegamos a un acuerdo con la líder de acá de la unidad de que no se ven más de dos en el día y que no se ven extras en la tarde; Entonces a nosotros las agendas nos la llenan desde inicio de mes con las extras, o sea de una vez y pues se ven. Entonces uno organiza el tiempo, se le explica los pacientes; yo le explico a los pacientes que es una cita extra, que solo le puedo atender un motivo de consulta y que el tiempo de la valoración es más limitado. Pero hay veces que hay pacientes que uno no puede ver en 10 minutos de extras; pacientes abuelos, en sillas de ruedas, pacientes sordos que eso limita un montón la relación, o sea, tiene uno que estar gritando, explicando, y apoyándose de varias cosas que indiscutiblemente uno se gasta más tiempo. Con una extra que está contemplado para que uno la vea en 10 minutos, puede demorarse 20 minutos, media hora; eso atrasa de ahí en adelante toda la gente...Pero sí fue un acuerdo que se hizo, inclusive querían ponernos tres o cuatro al día; todos dijimos: no, es imposible. O sea, nadie va a ver 3 extras en el día. Eso fue un acuerdo que se hizo acá, pero a veces como que las auxiliares que son las que*

*tienen la agenda, como que suelen saltarse ese conducto, entonces meten 3 extras y uno va...no voy a ver la tercera<sup>16</sup>, entonces la única justificación es que esa fue la indicación de la líder. Pero pues eso no es así, porque cuando se necesita una adicional<sup>17</sup>, ella se comunica con nosotros y nos comenta, uno decide si lo puede ver o no. Pero a veces si hay como... son como arbitrarios los que se encargan de programar la agenda, porque sí... porque tenemos que verlo, entonces como que eso a veces genera mucho conflicto. Hay compañeros que si ven tres extras. Yo por ejemplo no porque sé que el tiempo no me da. Pero sí fue un acuerdo que se hizo después de una reunión que hubo con Subgerencia donde planteaban el soporte más de productividad.*

*CG: ¿Qué decían específicamente con el tema de productividad?*

*DR: Eh....*

*CG: ¿qué estaba muy baja?*

*DR: Sí. Que como por subir temas de cobertura y brindar más servicios de atención a la población que es vulnerable, que bueno todo el cuento es más como por trámite administrativo hasta dónde tengo entendido[...]* Testimonio de la doctora Rebeca.

Este testimonio de la doctora Rebeca es bastante revelador para señalar como dentro de la Subred Sur se acataron las recomendaciones de la OPS y de la OMS con respecto a la productividad. Sin embargo, a su vez, el testimonio de la doctora Rebeca es revelador porque contradice la existencia de esa sinergia entre productividad y calidad. La calidad no se garantiza con la productividad, sino todo lo contrario, se pierde. La productividad se termina convirtiendo en una antípoda de lo propuesto por la OMS.

La medición de la productividad se realiza de forma constante. Se consiguió la siguiente tabla que demuestra la medición de la productividad de los médicos del SSO por parte de la Subred Sur. De esta tabla llaman la atención varias cosas. Lo primero es que no son acordes las horas agendadas con las citas asignadas, lo cual sería una evidencia de la

---

<sup>16</sup> La doctora Rebeca en este apartado se refiere a no ver la tercera cita extra. A continuación señala que la líder (profesional de enlace) es la única persona que puede exigir ver pacientes extra a los médicos del SSO.

<sup>17</sup> Cita extra o paciente extra.

sobre programación de pacientes a los médicos del SSO. Como se observa con el participante 1 (P1), por horas agendadas que fueron 169 debió tener 507 citas asignadas, una cita cada 20 minutos, tres citas por hora, es decir =  $169 \times 3 = 507$  citas. No obstante, las citas asignadas de este participante son 532. De igual forma sucede con el P5, quien tuvo 163 horas asignadas, es decir, debió tener 489 citas programadas, sin embargo, le programaron 505 citas. Por otro lado, se evidencia que para los médicos del SSO las horas laboradas casi siempre son mayores a las horas agendadas, lo que secunda también el tema de la sobrecarga. De los 28 médicos del SSO de la Subred Sur, 11 no tuvieron más horas laboradas que horas agendadas, es decir que 17 (60,7%) laboraron más horas de las agendadas lo que corrobora los testimonios de los doctores Mauricio, Rebeca relacionados a la productividad. En la siguiente tabla también es posible observar que las inasistencias en la Subred Sur son altas.

Aunque más allá de validar el seguimiento estricto y numérico de los seguimientos a los tiempos de los médicos del SSO que realiza la Subred, es posible afirmar con los testimonios reportados que un modelo de consulta médica de 10 minutos es insuficiente, compromete a los médicos del SSO a realizar una atención superficial, mediocre, de baja calidad e inadecuada y compromete a los pacientes porque no podrán resolver el motivo principal por el que consultaron. Además, un agendamiento durante el 100% del tiempo en el que laboran los médicos del SSO, permite aseverar que, durante su jornada laboral, los médicos del SSO trabajan sin descanso.

Es por todo lo anterior que es necesario volver a traer al debate de la atención en salud todo lo que tiene que ver con los tiempos de consulta. Más que una estandarización de tiempo que debe ser el mismo para todos (20 minutos como está dispuesto por norma) sin importar comorbilidades, condiciones de discapacidad, problemas de alfabetismo, entre otros, se debería planear jornadas en las que el/la médico(a) puede decidir dependiendo de la complejidad de cada paciente, cuanto tiempo dedicarle a cada uno. Así se optaría por la calidad a la cantidad.

Tabla 11. Seguimiento a la productividad de los médicos SSO, Subred Sur.

Número de Participante	Unidad de Atención	COMPORTAMIENTO DE LA AGENDA					RENDIMIENTO
		Horas Agendadas	Horas laboradas	Citas Asignadas	Citas Cumplidas	Citas Incumplidas	
P1	CAPS MARICHUELA	169	177	532	355	177	2,00
P2	CAPS MARICHUELA	184	191	573	365	208	1,91
P3	CAPS MARICHUELA	112	123	369	290	79	2,36
P4	CAPS MARICHUELA	24	27	81	69	12	2,56
P5	USS DANUBIO	163	172	515	342	173	1,99
P6	USS DANUBIO	171	180	540	354	185	1,97
P7	USS DANUBIO	181	182	547	348	199	1,91
P8	USS DANUBIO	163	173	519	312	207	1,80
P9	CAPS BETANIA	171	179	537	358	179	2,00
P10	CAPS BETANIA	159	163	488	341	147	2,10
P11	CAPS CARMEN	22	32	95	71	24	2,24
P12	CAPS VISTA HERMOSA	129	121	362	304	54	2,52
P13	CAPS VISTA HERMOSA	174	180	540	453	61	2,52
P14	CAPS VISTA HERMOSA	18	18	54	51	2	2,83
P15	CAPS VISTA HERMOSA	166	166	497	427	61	2,58
P16	CAPS VISTA HERMOSA	102	102	306	260	46	2,55
P17	CAPS VISTA HERMOSA	18	16	48	40	8	2,50
P18	MANUELA BELTRAN	163	180	539	462	77	2,57
P19	MANUELA BELTRAN	88	91	273	229	44	2,52
P20	MANUELA BELTRAN	104	114	343	307	36	2,69
P21	DESTINO	51	44	133	114	19	2,57
P22	FLORA	78	81	242	189	53	2,34
P23	NAZARETH	111	14	43	43	0	3,00
P24	NAZARETH	117	9	26	25	1	2,88
P25	SAN JUAN DE SUMAPAZ	98	17	50	44	6	2,64
P26	SAN JUAN DE SUMAPAZ	89	10	31	28	3	2,71
P27	MEISSEN	24	27	82	81	1	2,96
P28	MEISSEN	118	120	359	277	82	2,31

Fuente. Subred Sur

### Productividad en consulta externa

En cuanto a las respuestas generadas con respecto a la pregunta 15 y 16 del Anexo 8.2 en la encuesta individual relacionadas a la productividad (metas de producción), las cuales eran: ¿Existen metas de producción en el servicio? ¿Cuál es la meta de producción? (número de atenciones, cantidad de pacientes valorados en urgencias, número de consultas de P y P). Si no tiene metas puede colocar NA) fueron:

Tabla 12. Metas de producción reportadas por los médicos del SSO

Variable	Cantidad	Género	Descripción
Sí	12 (65,2%)	Mujeres: 9 (60% del total de las mujeres)	Número de atenciones productividad por encima del 90%

Variable	Cantidad	Género	Descripción
		Hombres: 3 (38% del total de los hombres)	26 pacientes diarios – meta mensual de 400 pacientes Número pacientes por hora de jornada Productividad mayor del 80% No es socializado 25 pacientes 90% Productividad del 110% por medio de extras durante la consulta resolutive Productividad >90% 25 pacientes 24 atenciones diarias
No	11 (34,8%)	Mujeres: 6 (40% del total de las mujeres) Hombres: 5 (63% del total de los hombres)	No se asignan metas de producción

Fuente: Elaboración propia

El 65,2% señalaron que sí tenían metas de producción en su servicio. Dato que demuestra que en la Subred les exige metas de producción a los médicos del SSO. Dentro del grupo de médicos a los que se les exigía meta de producción, se resalta que 9 (60% de este grupo) fueron mujeres. Y dentro de las respuestas sobresale una, en donde el médico señala que se le exige una productividad del 110%, es decir, se le solicita que cumpla con un 10% más de lo que debe hacer y de lo que tiene pactado. Estas exigencias de productividad también están atadas a lo reseñado previamente por los doctores Babilonia, y Rebeca.

Que la presión por metas de producción sea más frecuente en las mujeres que en los hombres en esta investigación se podría explicar por dos vías: 1. El sexo que predominó en los participantes de esta investigación fue el femenino, lo que aumenta la probabilidad de que sean las participantes mujeres quienes sean las que se enfrenten a las metas de productividad; 2. Existe la posibilidad (aunque no se corroboró) de que se esté dando una dinámica patriarcal que exija mayor productividad a las mujeres que a los hombres.

## Productividad en urgencias

Por otro lado, en el caso de urgencias la productividad se mide por los tiempos de atención del *triage*. Es importante recordar que el *triage* es según el Ministerio de Salud y Protección Social es un:

*Sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015). Este sistema de clasificación tiene 5 categorías:*

*Triage I: Atención inmediata de la persona. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.*

*Triage II: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.*

*Triage III: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.*

*Triage IV: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.*

*Triage V: el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015).*

Para el caso de la valoración de *triage* de los pacientes, la Subred Sur solicita que esta se realice en 5 minutos. En el caso de las personas que clasifiquen dentro del *triage* 1, la atención debe ser inmediata; para las personas que se diagnostiquen en el *triage* 2, la

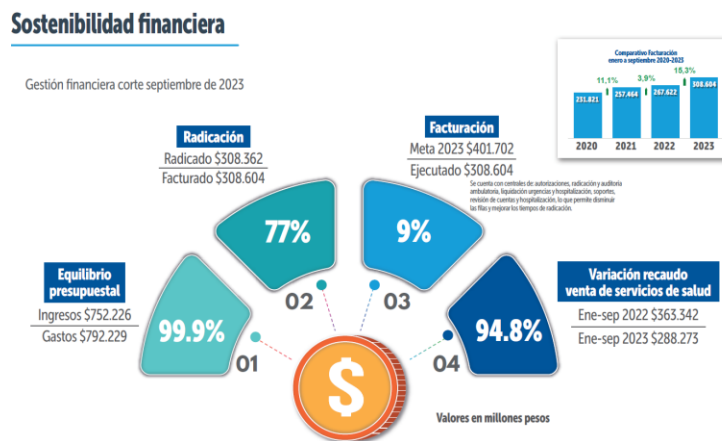
atención debe realizarse en 15 minutos, en estos 15 minutos debe tenerse completamente listo al paciente (canalizado, con ordenes médicas, solicitud de exámenes) y con la historia clínica hecha; en el *triage* 3 la atención del paciente puede tomarse hasta 1 hora, pero también debe finalizarse con el paciente completamente listo y la historia hecha; las personas clasificadas en *triage* 4 son dirigidas a consulta prioritaria.

Desafortunadamente, en esta investigación no participó ningún médico del SSO que realizara su SSO exclusivo en urgencias, por esto no fue posible dar más profundidad a la productividad exigida en el servicio de urgencias.

A su vez, la productividad demandada por parte de la Subred Sur se puede corroborar en sus objetivos estratégicos. En el objetivo 3 de la Subred Sur, el cual señala que la Subred debe “Administrar adecuadamente, eficaz, eficiente y de manera transparente los recursos financieros que conlleven a una sostenibilidad financiera de la Subred Sur que contribuyan en la prestación integral de servicios”(Subred Sur, 2023).

En la presentación de cuentas que tiene el seguimiento al cumplimiento de este objetivo, es posible observar claramente como dentro de las metas de la Subred estaba aumentar su facturación. Para esto, y con el objetivo de conseguir la sostenibilidad financiera, la Subred incrementó en un 15.3% la facturación entre el periodo de enero/septiembre de 2022 al periodo enero/septiembre de 2023 (267.222 millones de pesos/308.604 millones de pesos). Es posible observar lo anterior en la siguiente figura.

Figura 5. Gestión financiera con corte a septiembre de 2023, Subred Sur.



Fuente: MAO, Subred Sur.

Este seguimiento constante y continuo a la productividad, claramente se puede relacionar con el incremento en la facturación de la Subred. La facturación ha sido el mecanismo que ha permitido sobrevivir a muchas E.S.E. Este hace referencia a realizar el cobro de todos los procedimientos o tratamiento que recibe una persona cuando asiste a un centro de salud (consultas, entrega de medicamentos, realización de laboratorios, terapias, cirugías, entre otros).

Como se puede observar en el gráfico previo, pareciera entonces que para la Subred Sur es más importante prestar una cantidad importante de servicios antes que revisar su calidad, como fue mencionado previamente por el doctor Mauricio Babilonia y por la doctora Rebeca. Como fue mencionado previamente, uno de los mecanismos que tiene las IPS para su sostenimiento financiero es el cobro de los servicios de atención en salud prestados (facturación) a las EPS que tienen contrato con ellas. Lo anterior ilustración demuestra claramente que la Subred tiene toda la intención de mejorar su facturación para encontrar “sostenibilidad financiera”.

La productividad es un concepto que comúnmente se asocia con fábricas, aunque también se usa en el sector servicios como en este caso, en el servicio de atención de la salud. Los testimonios y otras evidencias señalan como este concepto ha encontrado un nicho de aplicación en el ámbito de los médicos del SSO de la Subred Sur. Se utiliza como un indicador de rendimiento para asegurar que los médicos estén cumpliendo con su responsabilidad de atender determinado número de pacientes, incluso llegando a esforzarse para alcanzar productividades superiores al 100%, parámetro que demuestra sobreesfuerzo, pero que por otro lado contribuye a mantener a flote y generar ingresos para la Subred.

Sin embargo, este enfoque parece pasar por alto la calidad en la atención. Los pacientes de la Subred están siendo tratados más como números con el signo pesos asociado, en lugar de ser considerados personas.

Este enfoque en la productividad está generando signos de desgaste en los médicos del SSO, un tema que se aborda en el próximo capítulo.

El título de este capítulo, el Hospital como fábrica, es una metáfora para explicar cómo la atención en salud está funcionando como la producción en serie de las fábricas. Las personas, los pacientes ya no son vistos como seres humanos sino como un producto. El

servicio de la atención en salud está transformando la atención de una relación intersubjetiva entre dos seres humanos a un servicio que entre más se atiende, entre más se facture, entre más se le realicen procedimientos, pues de esa forma traerá más ingresos a esa gran fábrica que en este caso es la Subred.

Para ejemplificar todo el proceso de producción de la atención en salud, se construyó el esquema que se puede observar en la figura que se encuentra en la siguiente página. En este diagrama se señala como los médicos del SSO u otros trabajadores de la salud deben hacer uso de su trabajo (tanto inmaterial como material) para intentar reestablecer la salud de las personas.

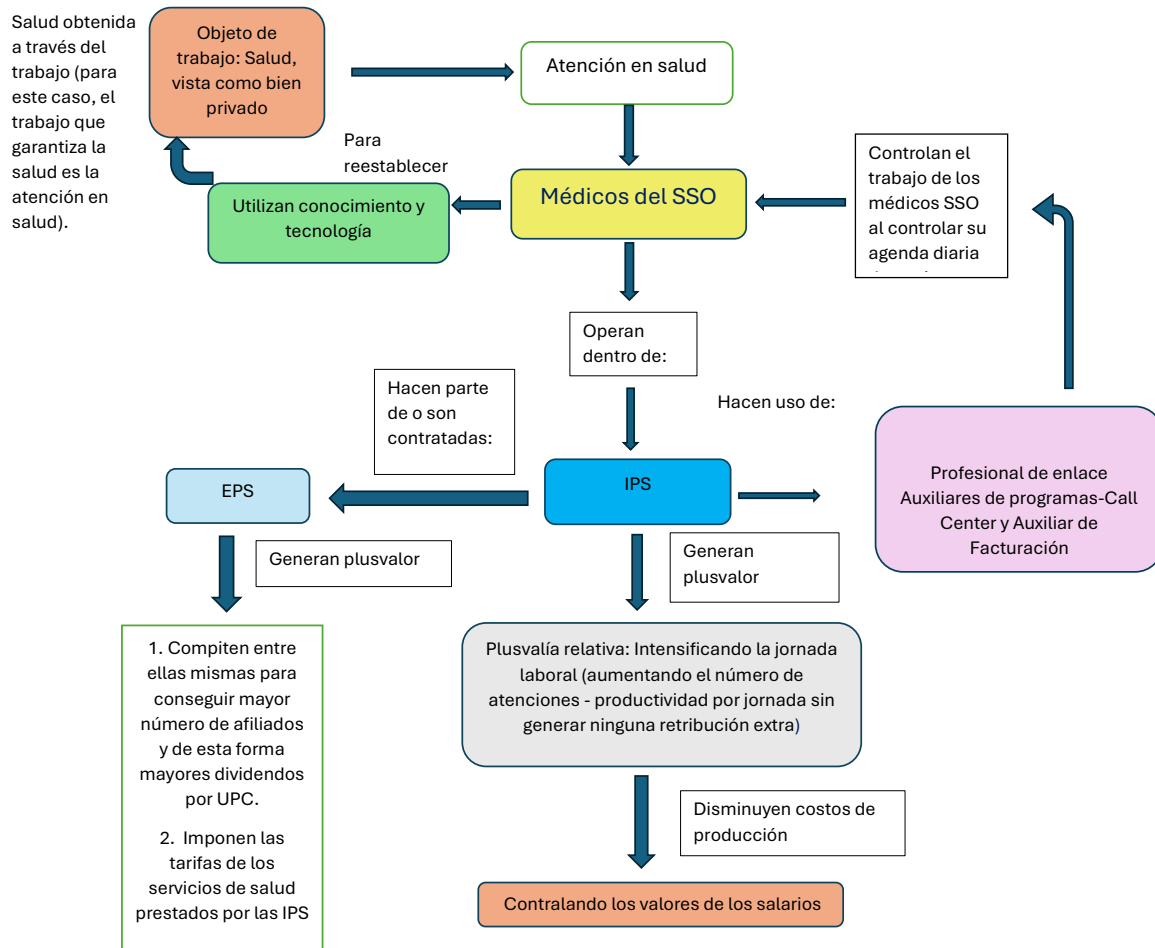
La salud entendida posterior a la Ley 100 y bajo la lógica de algunas EPS e IPS como un bien privado que genera ganancias y que debe ser garantizado individualmente por los sujetos. Como fue señalado por Ardila Sierra en su tesis doctoral (Ardila Sierra, 2016) los médicos perdieron el control para el manejo de su trabajo, de su proceso de producción. Se pasó de una profesión liberal a un trabajo explotado. Esta situación se replica en esta pesquisa y también puede observarse en la figura previa relacionada a la gestión financiera de la Subred Sur.

En el caso de la Subred Sur, quienes controlan las agendas de trabajo de los médicos, son todos, menos los médicos. La agenda de los médicos del SSO es controlada por el *Call Center*, el personal de facturación, de programas y el profesional de enlace.

Como fue demostrado por Ardila Sierra (Ardila Sierra, 2016), en el trabajo de los médicos del SSO de la Subred se evidencia una subsunción real de su trabajo al capital, los médicos del SSO no tienen el control de su trabajo. La productividad propuesta en la Subred Sur domina el quehacer de su profesión.

La Subred Sur por medio de la medición de la productividad, está generando plusvalor a través de la plusvalía relativa al incrementar el número de atenciones por hora de los médicos, así como del número de atenciones por día. Lo anterior fue posible corroborarlo en los testimonios de los doctores Mauricio Babilonia y Rebeca.

Figura 6. Esquema del proceso de producción de la atención en salud en la Subred Sur.



Fuente: Elaboración propia.

### 4.2.3 Las cargas laborales

Las cargas laborales descritas a continuación fueron tomadas como base de las que son propuestas por Laurell en los libros la salud en la fábrica (A. C. Laurell & Noriega, 1989) y Para la investigación sobre la salud de los trabajadores (Organización Panamericana de la Salud et al., 2000).

Laurell en la “salud en la fábrica” propone que además de indagar las cargas laborales a las que se enfrentan los trabajadores por medio de la encuesta colectiva, es importante realizar mediciones biofísico-químicas de estas mismas (mediciones de ruido, de radiación, de material particulado, entre otras). Aunque, en este trabajo no fue posible

realizar estas mediciones<sup>18</sup>. Es relevante recordar que esta tesis tiene un predominio de enfoque participativo, en donde las mediciones biofísicas de las cargas no eran lo más importante.

### **I. Cargas derivadas de los medios de trabajo (ruido, vibraciones, temperatura, humedad, ventilación, radiaciones)**

Tabla 13. Cargas derivadas de los medios de trabajo (ruido, vibraciones, temperatura, humedad, ventilación, radiaciones)

<b>Carga laboral</b>	<b>1= Nunca</b>	<b>2=Algunas veces al año</b>	<b>3=Algunas veces al mes</b>	<b>4=Algunas veces a la semana</b>	<b>5=Diariamente</b>
Exposición a la radiación	18 (78,3%)	1 (4,3%)	1 (4,3%)	0	3 (13,04%)

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a los riesgos derivados de los medios de trabajo, el principal riesgo indagado en este apartado fue el de los riesgos derivados de la exposición a la radiación. Al respecto, 18 (78,2%) doctores señalaron que nunca estaban expuestos, 3 señalaron que tenían exposición diaria (13,04%).

Las cargas de ruido, vibraciones, temperatura, humedad, ventilación no fueron indagadas en la encuesta individual por economía del instrumento, ya que como se observa en el Anexo 8.2 de en el primer apartado de encuesta individual, este instrumento consta de 41

---

<sup>18</sup> Los recursos de esta investigación fueron propios, no se contó con financiación nacional o internacional para este proyecto, lo que limitó las mediciones biofísico-químicas de las cargas laborales. Los datos que se presentarán a continuación son los referidos por los médicos del SSO vía encuesta individual. También, es importante recordar que esta fue una investigación de base cualitativa, con enfoque participativo, en donde el tema de las mediciones de las cargas no fue un asunto sustancial.

preguntas. En su momento se tuvo la preocupación que, por la extensión de la encuesta, los médicos del SSO realizaran un inadecuado diligenciamiento de esta.

## II. Cargas derivados de los agentes del trabajo (químicos o biológicos: polvos, gases, humos, vapores, líquidos, bacterias, virus)

Tabla 14. Cargas derivadas de los agentes del trabajo (químicos o biológicos: polvos, gases, humos, vapores, líquidos, bacterias, virus)

Carga laboral (n=28)	1= Nunca	2=Algunas veces al año	3=Algunas veces al mes	4=Algunas veces a la semana	5=Diariamente
Contacto con agentes biológicos	5 (21,7%)	4 (17,4%)	3 (13,0%)	3 (13,0%)	8 (34,8%)
Falta de elementos de protección personal	17 (73,9%)	3 (13,0%)	3 (13,0%)	0	0
Contacto con sustancias químicas (formol, fenoles, etc.)	21 (91,3%)	0	1 (4,3%)	0	1 (4,3%)
Contacto con polvo o material particulado	11 (47,8%)	2 (8,7%)	4 (17,4%)	2 (8,7%)	4 (17,4%)

Fuente: Elaboración propia

Los médicos que señalaron estar expuestos a agentes biológicos diariamente, fueron 8 (34, 8%). Del total de 28 médicos, 5 (21,7%) dijeron que nunca tenían contacto con estos agentes. Referente a los elementos de protección personal, 17(73,9%) de los médicos señaló que nunca le han hecho falta, 3 (13%) manifestaron que le habían hecho falta algunas veces al mes y 3 (13%) refirieron que estos elementos podían falta algunas veces al año. Con respecto al contacto con sustancias químicas, 21 (91,3%) relató que nunca tenía contacto con este tipo de sustancias.

Relacionado al contacto con polvo o material particulado, 11 (47,8%) dijeron nunca tener contacto con este material, 4 (17,3%) doctores relataron tener contacto diario, 4 (17,3%) refirieron tener contacto algunas veces al mes.

### III. Cargas derivadas de las exigencias laborales de la actividad (Incluyen la intensidad del trabajo, trabajo pesado, sedentarismo y las posiciones incómodas)

Tabla 15. Riesgos derivados de las exigencias laborales de la actividad (Incluyen la intensidad del trabajo, trabajo pesado, sedentarismo y las posiciones incómodas)

<b>Carga laboral</b>	<b>1= Nunca</b>	<b>2=Algunas veces al año</b>	<b>3=Algunas veces al mes</b>	<b>4=Algunas veces a la semana</b>	<b>5=Diariamente</b>
Posiciones no ergonómicas	3 (13,0%)	3 (13,0%)	4 (17,4%)	4 (17,4%)	9 (39,1%)
Largas jornadas de trabajo en posición de pie	16 (69,6%)	4 (17,4%)	1 (4,3%)	2 (8,7%)	0
Largas jornadas de trabajo en posición sentado	1 (4,3%)	1 (4,3%)	2 (8,7%)	1 (4,3%)	18 (78,3%)
Levantamiento de cargas pesadas o pacientes	13 (56,5%)	3 (13,0%)	6 (26,1%)	1 (4,3%)	0
Manipulación de elementos cortopunzantes	14 (60,9%)	0	2 (8,7%)	3 (13,0%)	4 (17,4%)

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las posiciones no ergonómicas, 9 (39,1%) señalaron presentar posiciones no ergonómicas diariamente, 4 (17,4%) dijeron tener posiciones no ergonómicas algunas veces a la semana, 4 (17,4%) refirieron presentar estas incomodidades algunas veces al mes. En total, el 73,7% refirió presentar posiciones no ergonómicas en algún momento de semana, un hallazgo alarmante. En la observación participante se pudo corroborar como USS antiguas como Betania, Marichuela, San Benito no cuentan con sillas ergonómicas para que los médicos realicen su consulta. Tampoco cuentan con reposa pies. Las otras USS, Meissen, Vista Hermosa, Danubio, Candelaria, Nazareth y San Juan si tienen sillas nuevas y reposa pies. Estas últimas USS han tenido adecuaciones en los últimos años por procesos de adaptación o de acreditación

Referente a las largas jornadas de pie, 16 (69,6%) relataron nunca tenerlas, la mayoría labora en consulta externa. 4 (17,4%) contestaron que trabajaban de pie algunas veces al año, 2(8,7%) médicos indicaron que trabajaban de pie algunas veces a la semana.

Con relación a las jornadas largas trabajando sentado, 18 galenos (78,2%) mencionaron que diariamente enfrentaban jornadas laborales largas sentado, 2 (8,6%) expusieron permanecer sentados durante jornadas largas algunas veces al mes.

Concerniente al movimiento de cargas o pacientes pesados, 13 (56,5%) contestaron nunca movilizarlas, 6 (26,1%) señalaron moverlas algunas veces al mes, 3 (13%) refirieron que algunas veces al año las movían.

Relativo a la manipulación de elementos cortopunzantes, 14 (60,8%) señalaron nunca tener contacto con ellos, 4 (17,3%) algunas veces al mes, 3 (13,04%) algunas veces al año.

**IV. Cargas derivadas de la organización y división del trabajo (duración, turnos, rotación, formas de pago salarial, ritmo, control, peligrosidad, monotonía del trabajo y supervisión)**

Tabla 16. Cargas derivadas de la organización y división del trabajo (duración, turnos, rotación, formas de pago salarial, ritmo, control, peligrosidad, monotonía del trabajo y supervisión)

Carga laboral	1= Nunca	2=Algunas veces al año	3=Algunas veces al mes	4=Algunas veces a la semana	5=Diariamente
Largas jornadas sin descanso	9 (39,1%)	4 (17,4%)	4 (17,4%)	4 (17,4%)	2 (8,7%)
Trabajo repetitivo	1 (4,3%)	1 (4,3%)	2 (8,7%)	3 (13,0%)	16 (69,6%)
Horario de descanso establecido	1 (4,3%)	2 (8,7%)	1 (4,3%)	3 (13,0%)	16 (69,6%)
Interacción con compañeros	1 (4,3%)	2 (8,7%)	1 (4,3%)	7 (30,4%)	12 (52,2%)
Horas extra	8 (34,8%)	3 (13,0%)	4 (17,4%)	7 (30,4%)	1 (4,3%)
Cubrimiento de un servicio diferente al asignado originalmente	15 (65,2%)	4 (17,4%)	2 (8,7%)	1 (4,3%)	1 (4,3%)
Pacientes extra dentro de la jornada laboral	2 (8,7%)	3 (13,0%)	3 (13,0%)	4 (17,4%)	11 (47,8%)

Fuente: Elaboración propia

Referente a que los médicos del SSO tuvieran largas jornadas sin descanso, 9 (39,1%) refirieron nunca tener largas jornadas sin descanso, 4 (17,3%) contestaron tener jornadas sin descanso algunas veces a la semana, 2 (8,6%) refirieron no tener descanso a diario. Relacionado a este tema, es importante señalar que los médicos del SSO que laboran en consulta externa tiene 1 hora de almuerzo diaria. Esta es la única pausa que pueden realizar en su jornada laboral.

En cuanto al trabajo repetitivo, 16 (69,6%) indicaron que su actividad laboral era repetitiva diariamente. Este dato también se puede atar a la metáfora del Hospital como fábrica. Al igual que en las fábricas, donde los procesos se automatizan, son repetitivos y los trabajadores hacen los mismos movimientos, los médicos de esta investigación señalan que su trabajo es una repetición de lo mismo, un *loop*<sup>19</sup> de constante reproducción. Aunque esta idea se profundizará al final de este capítulo.

Relativo al horario de descanso establecido, 16 (69,5%) refirieron tener un horario para el descanso diariamente, 3 (13,04%) contestaron tener horario para descansar algunas veces a la semana. A pesar de que el 69,5% de los médicos del SSO refirió tener un horario establecido, en la realidad este horario de descanso hace referencia a la hora de almuerzo, no existen espacios diferentes dentro de la jornada laboral en la que los médicos pueden realizar un alto.

En las entrevistas individuales surgían los siguientes testimonios referentes a los horarios de descanso:

Lo siguiente refería el doctor Aureliano Buendía:

*[...]Sí, definitivamente, las pausas son insuficientes, son completamente insuficientes... Digamos que no cabe en la cabeza, por ejemplo, digamos ver... aproximadamente 12 pacientes en 3 horas sin estar completamente saturado de todo lo que se vio, doce historias clínicas muy completas, muy diferentes. Entonces, por ejemplo, uno ya comienza a tomar la alternativa de cómo no hay, la única pausa que hay en todo el día es realmente hacerla... el almuerzo, la hora del almuerzo y no hay más pausas en el resto del día. Entonces digamos que lo que se opta por hacer es disminuir... la atención en cada paciente de 1 minuto o 2 minutos, para luego poder tomar un espacio así sea de 10 minutos y tomar un café, y por lo menos...despejarse un poco[...]* Entrevista al doctor Aureliano Buendía.

En esta entrevista podemos ver como los médicos del SSO para poder hacer una pausa, deben restarle tiempo a la atención de consulta de sus pacientes programados, de lo

---

<sup>19</sup> Loop anglicismo que significa bucle, circuito.

contrario no podrían detenerse a tomar un aire. Esta podría ser una situación no del todo correcta, ya que se le está restando tiempo de atención a los pacientes para poder tener un descanso. Aunque, es importante señalar que en la observación participante se evidenció que, el doctor Aureliano a pesar de que era de los médicos que atendía con mayor celeridad a sus pacientes, siempre abordaba los múltiples de motivos consulta que le referían, es decir, los pacientes consultaban por varias dolencias y Aureliano intentaba resolver cada una de ellas, siempre daba las indicaciones completas del tratamiento y siempre derivaba a otras especialidades cuando los pacientes lo requerían. Aureliano hacía una consulta rápida, ágil, pero también completa.

Por otro parte, la doctora Fernanda refería lo siguiente luego de acompañarla durante toda la jornada laboral con respecto a los horarios de descanso:

*[...]El gasto energético es bastante, a pesar de que yo tomo es mi momento, por ejemplo, el gimnasio como mi momento de despejarme todo lo del trabajo, mi momento de esparcimiento y como ese espacio para mí. Porque, por ejemplo, durante todo el día la consulta... pues te pudiste dar cuenta de la mañana, no hay ni un espacio para desayunar, tomar una pausa activa o por lo menos ir al baño. Y en la tarde igual. En la tarde después del almuerzo, entonces eso podría dar como un poquito de espera... pero pues no debería ser así. Toda la mañana de 7 a 1:00 de la tarde yo estoy, si no me falta ningún paciente, no me puedo levantar ni al baño. Cabe resaltar que los pacientes, cuando uno los manda a urgencias, yo personalmente los llevo, entonces eso toma un tiempo adicional en el cual, pues ya me voy a atrasar en mi consulta... Por ejemplo: todo aquí, las auxiliares de los programas, por ejemplo, tienen 15 minutos de desayuno. Ninguno de los que estamos en consulta tenemos ese tiempo, ellas tienen relativamente más tiempo y no están en el contacto directo con el paciente todo el tiempo, entonces se podría decir que tienen un poquito más de tiempo que nosotros. Entonces la pelea siempre ha sido ¿por qué nosotros no? Si nosotros somos los que tenemos que estar, entonces, sí, esclavizados, por así decirlo, cada 20 minutos viendo un paciente[...]* Entrevista a la doctora Fernanda.

En ocasiones no hay momentos ni siquiera para ir al baño como señala la doctora Fernanda. Una situación que puede comprometer su salud física. Esto se corroboró en la observación participante.

Referente también a este tema, el doctor Gastón decía:

*[...]Yo a veces siento que los pacientes son como que: Ohhh ya es la hora del almuerzo, llegamos a la unidad. Entonces, precisamente cuando uno tiene como el chancecito de irse a comer, llega algo. Entonces sí, tienden al mediodía siempre a llegar. Entiendo que ellos también tienen el medio día libre por sus jornales y esas cosas, pero llegan a la unidad y uno dice ni modo. Si, se corren, es muy frecuente que se corran los horarios de almuerzo [...] Y la otra es que uno está como en su momento de comida y te llega la valoración. Es como que mira, doctor, llamaron por este paciente o mira te solicitan para esta cosa, entonces uno tampoco tiene su momento de [...]*  
Entrevista al doctor Gastón.

El doctor Gastón es uno de los médicos que trabaja en la ruralidad de Sumapaz. Esto era su testimonio referente a sus tiempos de descanso, los cuales se interrumpen en múltiples oportunidades para continuar con la atención de las personas.

Con estos testimonios se corrobora que los médicos del SSO no tienen horarios de descanso establecidos diferentes a la hora del almuerzo y, a veces, ni siquiera este.

Tocante al tema de interacción con los compañeros, 12 (52,2 %) dijeron tener contacto con compañeros de trabajo diariamente, 7 (30,4%) reportaron interacción con sus colegas algunas veces de la semana.

Concerniente a las horas extra, 8 (34,7%) señalaron nunca realizarlas, 7 (30,4%) contestaron realizarlas algunas veces a la semana, 4 (17,3%) algunas veces al mes, 3 (13%) algunas veces al año y 1(4,3%) diariamente. En suma, el 65,04% contestaron realizar horas extra.

En cuanto a los relatos relacionados a las horas extra en las entrevistas individuales, los médicos mencionaron lo siguiente:

El testimonio del doctor Aureliano Buendía referente a las horas extra era:

*[...]Adicionalmente, pues también es muy injusto que estas horas son pagadas como horas extra, si llega un paciente en horas de la noche son pagadas como horas extras y estas horas extras son contabilizadas en un formato que solicitan para pagarlas. Pero*

*la mayoría de las veces este formato, pues no sirve de mucho. He visto muchos médicos de allá de la ruralidad, donde en ocasiones contabilizan sus horas extra en los formatos con previa constancia de la historia clínica, que es donde uno puede ver la hora de ingreso y la hora de egreso del paciente para facturar sus horas extras, y básicamente cuando se presentan, en específico, la jefe P... muchas veces se dicen que esas no son las cantidades de horas extras, porque el doctor o el enfermero no estuvo todo el momento al lado del paciente, cuando de eso no se trata el ejercicio de la medicina. [...]Sí, de hecho, en el mes que estuve allá, pues obviamente como decía, cuando uno está interno, en la parte interna no tiene derecho a salir hacia su hogar o salir hacia otro lugar a quedarse, sino tiene que estar en disponibilidad para cualquier paciente que llegue en horas de la noche y de la madrugada [...]Sin embargo, recuerdo que dentro del formato que tuve, eran más o menos 28 horas. Se presentó por parte mía a la jefe P., sin embargo, la jefe P decía que de esas 28 horas no se sacaban ni dos. Y pues, yo pues realmente lo que le respondí, que prefería entonces que no me pagaran nada y que no necesitaba esas horas extras. Y ahí me hicieron, afortunadamente.... se me presentó la oportunidad y me hicieron el traslado[...]*

Entrevista al doctor Aureliano Buendía.

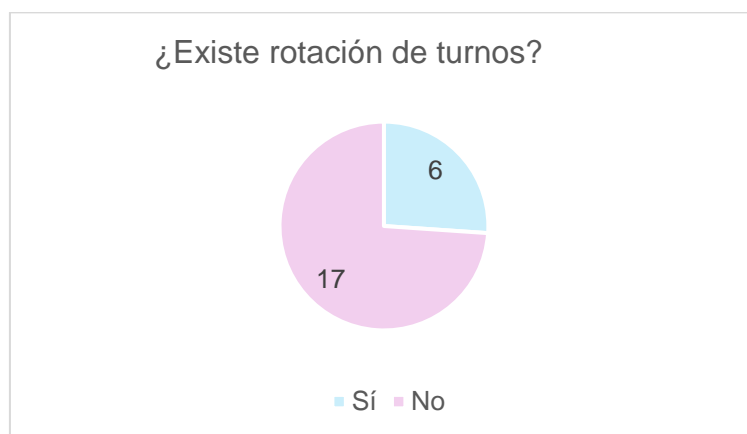
El doctor Aureliano solicitó traslado de la USS Nazareth ubicada en Sumapaz debido a un beneficio que se les da a los trabajadores de la Subred Sur que están casados. Lo relevante de este relato es principalmente observar como un profesional administrativo no cumple los derechos laborales de los médicos del SSO, al obviar o no querer pagar las horas extra. Esto con el agravante de señalar que no pueden ser cobradas en su totalidad porque el médico no está atendiendo durante todo el tiempo al paciente. En este mismo testimonio Aureliano señalaba que según su criterio era injusto que no se reconociera ningún incentivo económico por la disponibilidad de 24 horas/7 días de la semana que se tiene en las USS de la localidad de Sumapaz. Problematizaba además que, en esta localidad sus habitantes solicitan atención de urgencias en horario fuera del estipulado, es decir, solicitan consultas médicas que no son urgencias, en el horario en que sólo se atienden urgencias que es a partir de las 5 de la tarde. Situación que se le hace contraria a la razón por la cual se ha establecido una atención de urgencias y critica que gran parte de los pobladores de Sumapaz realizan quejas a los directivos de la Subred por problemas de atención que muchas veces no tienen sustento. Señala Aureliano que esta población es difícil y que *suelen vender al personal de salud* según sus palabras.

En cuanto a los pacientes extra dentro de la jornada laboral, 11 (47,8%) de los doctores dijeron atender pacientes extra diariamente, 4 (17,4%) reportaron algunas veces a la semana. En total el 91% de los médicos del SSO señaló que atendía pacientes extra en algún momento durante su jornada laboral. Esta respuesta puede relacionarse con los testimonios de los doctores Mauricio Babilonia, Rebeca y Fernanda.

Respecto al cubrimiento de un servicio diferente al asignado originalmente, 15 (65,2%) dijeron no tener que hacerlo nunca, 4 (17,4%) contestaron que tenían que hacerlo algunas veces al año, 2 (8,7%) reportaron hacerlo algunas veces al mes.

Cuando se les preguntó a los médicos por las posibilidades de rotación de turnos, el 69,6% contestó que No, el 30,4% contestó que Sí.

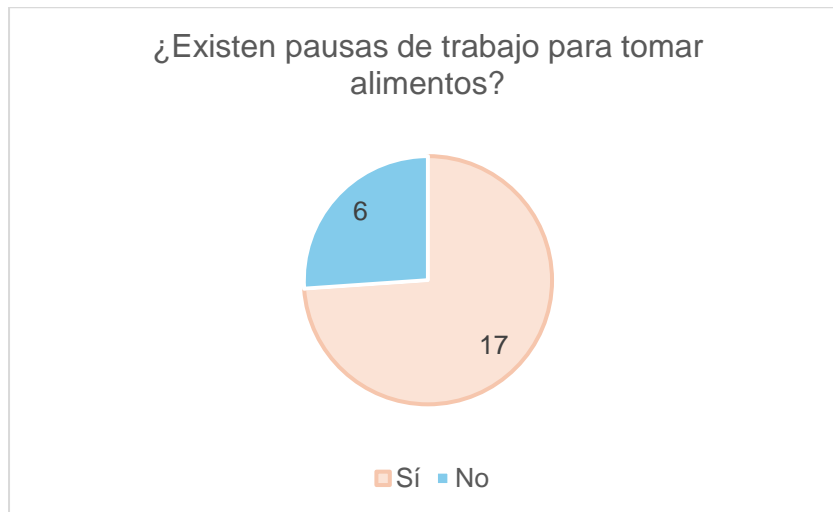
Figura 7. Rotación de turnos.



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las pausas para tomar alimentos, 17 (74%) respondieron que existían espacios de pausa para consumir alimentos, 6 (26%) señalaron que no existían estos espacios.

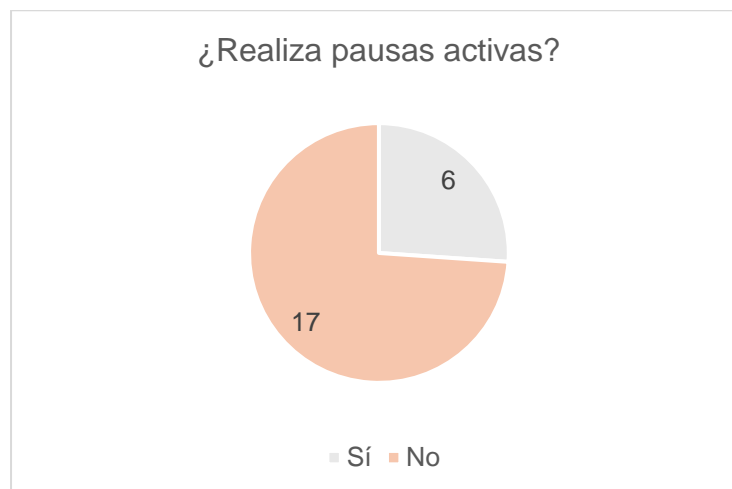
Figura 8. Pausas para tomar alimentos.



Fuente: Elaboración propia

Relacionado a las pausas activas, 17 (74%) dijeron no realizarlas, 6 (26%) señalaron sí hacerlas.

Figura 9. Pausas activas.



Fuente: Elaboración propia

Referente a las razones para tener que realizar las pausas, estas fueron variadas. De los médicos del SSO participantes, 7 (30,4%) señalaron que lo hacían por cansancio; sin embargo, llaman la atención respuestas que podrían relacionarse con el cansancio; un médico señaló que tomaba pausas por “la jornada y lo denso de la consulta”, otro dijo que lo hacía por “la sensación de sentirme saturado con el trabajo”.

También, sobresale que 5 (21,7%) de galenos no realizaban pausas. Dentro de las razones que daban estaban que “no hay tiempo entre pacientes”, que “no tomaba pausas por exceso de carga de trabajo en USS Manuela Beltrán”. Y finalmente, dentro de las respuestas dadas en esta pregunta, resalta la de uno de los participantes quien señala que “salir a llamar pacientes es mi pausa”, prevaleciendo esto que ni siquiera es posible parar dentro de la jornada de trabajo, la única forma de sentir un descanso se da dentro del cambio de un paciente con otro, pero esto no es descanso, ya que se sigue dentro de la lógica de continuar trabajando y siguiendo la jornada laboral.

Tabla 17. Razones para tomar pausas en el trabajo

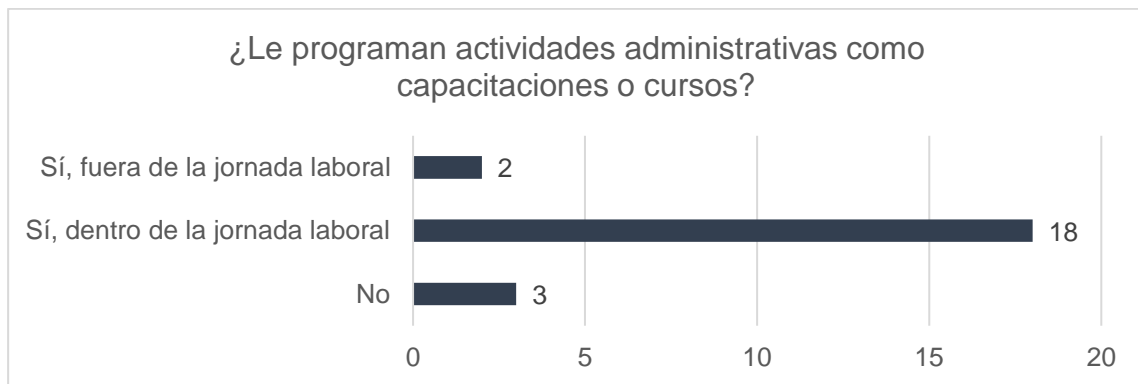
Número de participante	¿Qué lo lleva a tomar pausas en el trabajo?
P1	Cuando no llega algún paciente y me siento muy cansada
P2	Cansancio
P3	Ir al baño
P4	Permanecer sentado la mayor parte del tiempo, el escritorio no es adecuado y la posición no es ergonómica, presento múltiples espasmos musculares que a veces afectan mi postura
P5	Cuando faltan pacientes puedo descansar
P6	NA
P7	La jornada y lo denso de la consulta
P8	Cansancio físico
P9	No tomo
P10	Cansancio físico o mental, pausas para alimentarme
P11	Cansancio, trabajo repetitivo
P12	Estrés
P13	La sensación de sentirme saturado con el trabajo
P14	No se realizan
P15	Salir a llamar pacientes es mi pausa
P16	No las realizo porque no hay tiempo entre pacientes
P17	NA
P18	Por lo general no hago pausas
P19	Cansancio

Número de participante	¿Qué lo lleva a tomar pausas en el trabajo?
P20	No tomaba pausas por exceso de carga de trabajo en Unidad de Servicios de Salud (USS) Manuela Beltrán
P21	La quietud
P22	Dolor de espalda. Ansiedad.
P23	Cansancio

Fuente: Elaboración propia

Referente a la programación de actividades administrativas o cursos dentro de la jornada laboral, 18 (78,2%) reportaron que estos cursos se hacían dentro de la jornada laboral, 2 (8,7%) dijeron que se hacían por fuera de la jornada laboral y 3 (13%) contestaron que no se hacían este tipo de actividades.

Figura 10. Programación de actividades administrativas.



Fuente: Elaboración propia

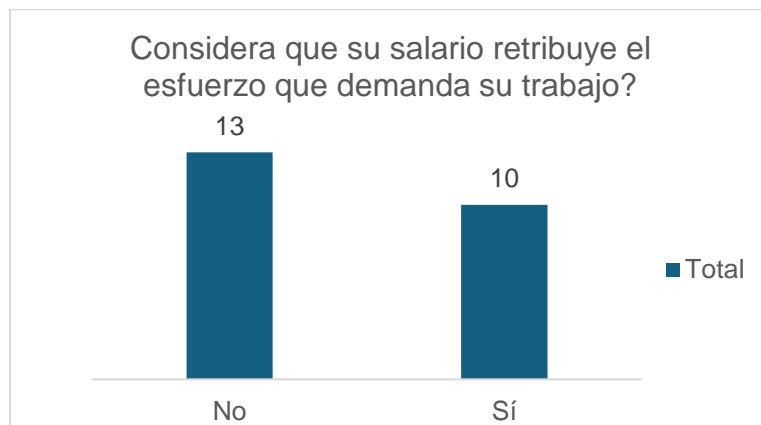
Relacionado al salario, se encontró lo siguiente: los médicos del SSO tienen contrato laboral. Todos están contratados con un contrato a término definido, con todas las prestaciones de ley. Trabajan tiempo completo, 48 horas semanales, aunque en ocasiones no realizan completamente las 48 horas.

El salario de los médicos del SSO a septiembre de 2023 era de \$4.076.668 COP el cual corresponde a 3,5 salarios mínimos de ése mismo año (Salario mínimo sin subsidio de transporte en 2023 fue de 1.160.000 COP). Una retribución salarial que es mayor y en ocasiones el doble de los ingresos percibidos por profesionales recién egresados de otras disciplinas. En Colombia a 2023, el promedio de los salarios de las siguientes profesiones fueron: para un abogado de \$2.483.825 COP (2,1 SMMV), para un arquitecto de \$3.500.000 COP (3SMMV), para un contador de \$2.176.117 COP (1,9 SMMV), para un diseñador gráfico de \$1.500.750 COP (1,3 SMMV), para un economista de \$2.025.000 COP (1,7 SMMV), para un periodista de \$1.600.000 COP (1,4 SMMV), para un profesor de \$1.800.000 COP (1,5 SMMV), para un ingeniero civil de \$2.500.000 COP (2,1 SMMV), para un ingeniero ambiental de \$2.200.000 COP (1,9 SMMV), para un ingeniero químico de 2.500.001(1,9 SMMV) y para un ingeniero industrial de \$2.000.000 COP (1,7 SMMV) (Pabón, 2023). Con estos datos se demuestra que el salario de los médicos del SSO es superior al promedio de salario de otras profesionales recién egresados. Sin embargo, es relevante matizar que, aunque el salario de los médicos del SSO sea superior al de otros profesionales, este sigue siendo insuficiente o bajo para todo el esfuerzo invertido tanto en capital financiero como en horas de estudio realizado por los médicos del SSO. En Colombia, de acuerdo a las cifras reportadas por Red + y Pabón(Pabón, 2023) para las diferentes profesiones mencionadas anteriormente, pareciera que los salarios de las diferentes profesiones se han intentado nivelar por lo bajo.

Tocar el tema del salario puede ser casi siempre un tema álgido con el gremio que se pretenda estudiar. Sin embargo, en esta investigación se contó con una base de datos de Excel en la que se relacionaba el salario de los médicos del SSO. Como se señaló previamente correspondía a 3.5 salarios mínimos a 2023. Empero, con respecto a si los médicos del SSO pensaban que su salario retribuía su esfuerzo, estas fueron sus respuestas:

En la encuesta individual, más de la mitad de los médicos del SSO, es decir 13 (56.5%) consideraban que su esfuerzo no se veía retribuido en su salario.

Figura 11. Percepción salario versus esfuerzo



Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, se estableció el tema emergente salario insuficiente luego de la sistematización de las entrevistas individuales, la cual puede observarse en la matriz de análisis de la encuesta individual, Esta tema fue mencionada en 3 entrevistas individuales, la de los doctores Fernanda, Petra y Amaranta.

[...] Doctora Petra: No me gusta el mal pago, no me gusta. Y digamos que no se valore el trabajo que tú hagas, que se haya perdido como ese respeto. Por ejemplo, yo vengo de familia de médicos y a ninguno antes le hubieran dicho lo que me han dicho a mí en la consulta, como gracias a mí, usted come. Ese tipo de cosas es como, o sea, yo estoy acá para ayudarte. Pero es como qué triste que nos vean así, sabiendo que realmente, pues así no son las cosas. Pero hay cosas que hay que trabajar y digamos algunas conductas médicas, que era lo que yo te había dicho que ya hay que cambiar. Pese que a mí no me pasó, si lo vi, por ejemplo, maltrato en el internado, maltrato de los especialistas. En mi caso no fue, la verdad en mi internado, a mí me fue muy bien, no recibí nunca algún maltrato, algún abuso, digamos verbal o físico de alguien del personal, pero a veces sí eran turnos bastante extensos y pues que no era pago y tu estar todo el día ahí, implicaba gastos de comida, gastos de transporte, igual tú seguías pagando tu Universidad y nada, entonces eso también como que les falta [...].  
Entrevista a la doctora Petra.

[...] Doctora Amaranta: Económicamente no siento que sea lo suficiente para todo lo que uno hace. No sé, lo voy a decir así abiertamente, verdad. El sueldo ahorita del rural son cuatro. Pero cuando yo llegué eran 3 y medio y el primer mes me pagaron 3 no

*más porque no empecé ahí mismo. Entonces yo tengo la carga del Icetex. Yo pago una cuota de \$1.000.000 ya no son 4 son 3, si... y tengo a cargo mi gatico que ahora tiene unas necesidades especiales y que por, por lo menos al mes, yo me gasto \$400.000 pesos en su comida, de un gato. Y veterinario y eso entonces va bajando. Deudas que yo le ayudo a pagar a mi mamá, va bajando. Entonces siento que por lo menos los últimos 3 meses, la plata llega y así como llega se me va. Entonces, también está la frustración de eso, de que a mí la vida me cambió mucho cuando mi mamá decidió empezar otra vez. Porque yo era sola, vivía sola y ahora tengo a cargo otras 3 personas, el ruido, el ambiente y todo eso, aunque pues digamos que ya me acostumbré. Pero yo quiero independizarme y no pude ahorrar. Ya voy a acabar y no lo pude hacer [...] Entrevista a la doctora Amaranta.*

De estos dos testimonios es posible analizar que la carrera de medicina es una carrera costosa. Amaranta se encuentra pagando un crédito estudiantil que debió tomar para poder estudiar medicina. Por el pago del crédito, por apoyar a su mamá en los gastos y por además ayudar en la crianza de sus hermanos, su salario no alcanza. Estas obligaciones que tiene Amaranta con su familia, con su trabajo y demás, harían parte de lo que el epidemiólogo social Jaime Breihl ha considerado como la triple carga de la mujer (trabajo, práctica doméstica y procreación), situación que favorece el deterioro temprano de la salud de las mujeres (Breilh, 1991).

Por otro lado, Petra señala algunas de las dificultades que tienen los estudiantes de medicina, quienes, a pesar de apoyar las labores asistenciales en los diferentes hospitales, rara vez cuentan con algún bienestar que les ayude a disminuir sus gastos de estudio.

En conclusión, para más del 50% de los médicos del SSO encuestados el salario no compensaba su esfuerzo diario.

Esta inconformidad se podría correlacionar con el valor de plusvalor bruto que le generan los médicos a la Subred Sur. Durante el acompañamiento a la consulta realizada por los médicos del SSO, se logró obtener el valor que cobra la Subred por cada consulta de medicina general a las EPS, este valor es de \$ 34.700 COP. Si un médico SSO realiza en promedio por jornada laboral 26 consultas diarias, en el mes estaría realizando aproximadamente 520 atenciones, esto teniendo en cuenta que los médicos del SSO laboran los días hábiles laborales, que son aproximadamente 20 al mes.

Esto querría decir que un médico SSO le estaría generando los siguientes ingresos mensuales a la Subred= 520 atenciones X \$ 34.700 COP = \$ 18.044.000 COP. El plusvalor bruto que generarían los médicos sería = \$ 18.044.000 COP – Salario (\$ 4.076.068) = \$13.967.932 COP. Este valor claramente no tiene en cuenta los costos administrativos, de funcionamiento, de instrumental, entre otros, que tiene la Subred para con sus médicos del SSO. Semanalmente, un médico del SSO que realiza 26 consultas diarias, en los 5 días hábiles que tiene una semana, realiza un total de 130 atenciones, 26 consultas x 5 días = 130. En una semana, un médico del SSO generaría los siguientes ingresos a la Subred = 130 consultas X \$ 34.700 COP = \$ 4.511.000 COP. El anterior valor también excluye costos administrativos y de funcionamiento, sin embargo, al igual que en la tesis de Ardila Sierra, se corrobora que los médicos del SSO en una semana, facturan el valor total de su salario.

El salario de los médicos del SSO está alejado del plusvalor bruto total que generan este grupo de profesionales a la Subred, este representa 3,4 veces su salario, por lo que no está completamente infundado el malestar que reportaron los galenos con respecto a su sueldo.

#### V. Cargas que los medios de trabajo representan en sí mismos, cargas psíquicas y otras

Tabla 18. Riesgos que los medios de trabajo representan en sí mismos, cargas psíquicas y otras

Carga laboral	1= Nunca	2=Algunas veces al año	3=Algunas veces al mes	4=Algunas veces a la semana	5=Diariamente
Necesidades de alta concentración en la jornada	0	1 (4,3%)	5 (21,7%)	0	17 (73,9%)
Presiones psicológicas por tiempo.	2 (8,7%)	2 (8,7%)	3 (13,0%)	4 (17,4%)	12 (52,2%)
Supervisión estricta de la jornada laboral	4 (17,4%)	6 (26,1%)	6 (26,1%)	4 (17,4%)	3 (13,0%)

<b>Carga laboral</b>	<b>1= Nunca</b>	<b>2=Algunas veces al año</b>	<b>3=Algunas veces al mes</b>	<b>4=Algunas veces a la semana</b>	<b>5=Diariamente</b>
Agresión física o verbal por parte de los pacientes y/o familiares	3 (13,0%)	4 (17,4%)	9 (39,1%)	4 (17,4%)	3 (13,0%)

Fuente: Elaboración propia.

Cuando se indagó por las necesidades de alta concentración en la jornada laboral, 17(73,9%) refirieron que tenían altas necesidades de concentración todos los días.

En cuanto a la presentación de presiones psicológicas por tiempo, 12 (52,2%) expresaron que experimentaban estas presiones diariamente, 4 (17,4%) algunas veces a la semana. En suma, el 91,1% reportó presentar presiones psicológicas por tiempo en el trabajo como médico SSO.

Referente a la supervisión estricta de la jornada laboral, 6 (26,1%) contestaron que esta se daba algunas veces al mes, 6 (26,1%) que algunas veces al año. En total el 82,6% señaló tener seguimiento estricto de su jornada.

En cuanto a las agresiones físicas o verbales por parte de los pacientes y/o familiares, 9 (39,1%) contestaron sufrir estas agresiones algunas veces al mes, 4 (17,4%) señalaron que algunas veces la semana eran agredidos, 4 (17,4%) reportaron de estas agresiones algunas veces al año, 3 (13,1%) mencionaron enfrentarse a este tipo de agresiones diariamente. En suma, el 87% de los médicos del SSO reportó agresiones en algún momento del año por parte de los pacientes o de sus familiares. Un indicador que asusta y que va en contra de la misión de cuidado de la profesión de medicina.

En ocho de las nueve entrevistas individuales apareció el tema de agresiones de los pacientes. Los relatos son bastante dicentes. La frecuencia de aparición de este tema en cada una de las entrevistas varió.

Algunos de los testimonios relacionados a las agresiones de los pacientes son los siguientes:

*[...]Doctor Aureliano Buendía: una situación supremamente difícil y creo que lo más importante de todo... es... digamos, que para nadie es un secreto que la población cercana a la unidad de servicios y de toda la subred, es una población un poco conflictiva. Y digamos que, en mi experiencia personal, el trato que se le da al médico general sea de servicio social obligatorio o general ya con tarjeta profesional es un trato, primero de pordebajear(sic)<sup>20</sup> ante los demás especialistas, segundo, es un trato de usted literalmente es mi empleado y voy a negrearlo(sic) como mi empleado por parte de los pacientes... o sea, completamente la ruptura de la dignidad por parte del paciente al médico. Acá se han presentado casos donde me han escupido el tapabocas, donde llegan una hora tarde y se les dice que no se va a atender por tener los otros pacientes ya en sala de espera y salen con respuestas como, se le va a morir su madre pa' que sepa que se siente. Entonces digamos que son respuestas que no se le dirían a ningún ser humano ni porque estuviera generando algún tipo de agresión. Entonces, siento yo que el tipo de población en general es muy difícil, y que de una u otra forma también eso lo deshumaniza a uno indirectamente, así uno quiera ser la persona más linda, más amable, ese tipo de cosas lo deshumanizan a uno y lo acorazan a ser un poco más rígido, a ser un poco más fuerte, a responder un poco de pronto a veces con la voz más alta y no todos los pacientes se merecen eso, porque también hay pacientes que son muy lindos... Hace algún tiempo una paciente que tenía una cita a x hora, no recuerdo bien la hora y llegó casi 1 hora después, me dijo que tenía que atender a su familiar sí o sí...fue muy pedante, fue muy demandante también...diciéndome que sí o sí tenía que hacerlo que porqué por ellos comía. Entonces, pues simplemente le dije que no, que no iba, a atender a su familiar. Se me acercó en múltiples ocasiones, yo me la estaba alejando simplemente para no responderle feo. Diciéndome, abro comillas, literalmente...que yo era un hijo de puta y que ojalá se me muriera mi madre para que yo sintiera que era tener un familiar enfermo. Le respondí simplemente que muchas veces había tenido familiares enfermos y sabía qué se sentía, pero que otra cosa era la responsabilidad que se tenía. Se devolvió en múltiples ocasiones diciéndome que ojalá se muriera mi madre. Pasaron los días, aproximadamente tres, cuatro días, y yo estaba afuera tomándome*

---

<sup>20</sup> Dice el diccionario de americanismos de la Real Academia de la Lengua Española (RAE) que *pordebajear* es una expresión utilizada en Colombia que significa: Hacer que *una persona* se sienta mal, ya sea por medio de una humillación o ignorándolo.

*un café, fumándome un cigarrillo, cuando de repente la veo a detrás de un camión y me señalaba, venía, pues digamos una persona con vestido de ñero literalmente, se acercó en múltiples ocasiones, hasta que uno de los mismos vendedores ambulantes le dijo, que qué me iba a hacer, que no fuera a salir mal de acá. Entonces pues fui respaldado en ese caso por la comunidad, porque yo creo que sí, algo, algo así iba a hacer [...] Entrevista al doctor Aureliano Buendía.*

En este relato podemos observar que de acuerdo con lo señalado por el doctor Aureliano Buendía, su vocación ha sido despojada por el capital, por la subsunción real del trabajo médico al capital, un despojo de la razón de ser del acto médico como señala Ardila Sierra (Ardila Sierra, 2016). La forma en como la ley 100 reorganizó el trabajo médico, además de la lógica de la productividad con la presión constante de cumplir con los 20 minutos por paciente programado, transformó la relación médico(a)-paciente, la cual se ha vuelto tan problemática que ha hecho que incluso algunos pacientes consideren a los médicos como agresores, negadores de servicios, y se ha transformado tanto esta relación para que aparezcan testimonios como el que señala Aureliano. No es que Aureliano haya perdido su vocación de ser médico, es la forma en como se reorganizó el trabajo médico que favorece que se den estos escenarios conflictivos que generan mella en la vocación de los galenos. Aureliano tuvo que crear una coraza para no dejarse afectar por estas situaciones.

El doctor Mauricio Babilonia comentaba lo siguiente:

*[...] Oh, también hay pacientes que son groseros con uno que voy atendiendo una urgencia, me demoro una hora con un paciente grave abajo. Y aquí están bravos porque voy atrasado y me tratan mal [...] Entrevista al doctor Mauricio Babilonia.*

En este último relato se puede ver como en ocasiones se presenta una especie de narcisismo por parte de los pacientes, de las personas. “Mi problema de salud es el más importante, mi atención es la más necesaria y por esto me molesto si no me atienden a tiempo o si no me dan la prioridad de atención que me merezco”, olvidando que en los hospitales y centros de salud siempre hay más personas, muchas de las cuales tienen condiciones más urgentes que las de la persona impaciente.

Por otro lado, la doctora Petra señalaba un conflicto que tuvo con una paciente:

*[...] Fue una paciente que era una paciente crónica que venía a que yo la reformulara y por eso pues yo acepté la extra, pero tenía también otros otros motivos de consulta que ahorita no recuerdo. Yo le dije: no, la condición de la cita era eso, yo te ayudaba a leer tus exámenes, a colocar tus medicamentos a explicarte, pero no vamos a hacer nada más porque el tiempo no me da y la señora fue bastante soez, hostil e incluso yo estuve a punto de sacarla del consultorio, decirle como si no quiere la consulta, pues no la tome, pero no voy a dejar que sea grosera[...]* Entrevista a la doctora Petra.

La doctora Petra, fue una de las profesionales más respetuosas de la relación médico-paciente de las que participaron en esta investigación, hecho que se corroboró en el acompañamiento de su consulta. Siempre miraba a los ojos a sus pacientes cuando les hablaba, antes de iniciar la consulta les tendía la mano y les decía su nombre, había puesto una queja dentro de la Subred porque la disposición de la pantalla de su computador en su consultorio impedía ver completamente a los pacientes cuando les hablaba. Tuvo este conflicto con uno de esos pacientes extra, pacientes que se imponían por temas de productividad y que terminaban en consultas de 10 minutos con tiempo insuficiente para resolver los problemas de los pacientes.

En otra de las entrevistas, la doctora Amaranta relataba que fue amenazada de muerte por un paciente. Debió solicitar cambio de su sitio de trabajo. La razón de la amenaza fue no atender a un paciente que llegó tarde.

Finalmente, con respecto a las agresiones, la doctora Rebeca relataba lo siguiente:

*[...] Siento que es, pues aparte del cansancio físico de madrugar y bueno de lo que implica la actividad física, el lidiar con las personas, como con las personalidades de las personas. Es muy desgastante porque hay personas que son muy groseras. Que no colaboran en la entrevista. Que no escuchan el interrogatorio. Que uno les hace la consulta y como que estar tratando de acaparar la atención del paciente, a veces es agotador. Estar con pacientes groseros, a veces, también es muy agotador, tanto física como emocionalmente, uno se siente como ahh. Entonces hay días en los que uno se encuentra pacientes bastante conflictivos y esos de ahí en adelante, como que le dañó a uno el día, o sea, de ahí en adelante uno ya empieza a sentirse como más cansada y como con menos disposición. Por ejemplo, yo me comparo al inicio del rural, que era como ay no... hablaba más, estaba como más dispuesta al diálogo. Ahorita no, si ya se daña la relación médico paciente, como que no me esfuerzo mucho tampoco por*

*tratar de restablecerla porque siento que es una pelea perdida. Ya yo digo como me desgasta más. Entonces en este punto, yo dejo como que fluya la consulta hasta donde se puede porque hay casos en los que los pacientes son muy groseros y me toca reagendar la consulta, no lo puedo atender así, así no nos estamos entendiendo, sumercé, yo entiendo su molestia, pero es que eso es algo que no depende de mí, yo no tengo acceso a lo administrativo, yo no tengo acceso a las agendas, entonces muchas veces al hablarles, ellos como que bajan la guardia, pero no todos. Y yo a veces siento que eso es muy difícil porque es un tema muy cultural. Pero a veces es muy complicado. Acá nomás aquí llega uno,<sup>21</sup> no es que hace rato no vine donde el matasano (sic)[...] Entrevista a la doctora Rebeca.*

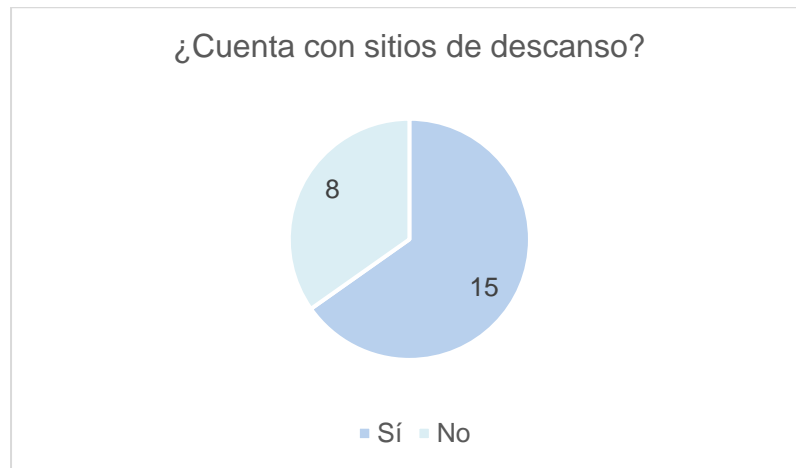
En este último testimonio se presenta el tema de cómo las barreras de acceso y los itinerarios burocráticos que deben asumir los pacientes generan un malestar emocional del cual los médicos terminan siendo el jarrón de recepción de toda esa impotencia. Como muchas cosas del sistema no fluyen, como son varias las barreras de acceso, los pacientes y las personas terminan desahogándose con los médicos del SSO porque no tienen a quien más demostrarle sus frustraciones. Esta termina siendo otra carga laboral que los médicos del SSO no tendrían por qué asumir. A su vez, en el testimonio de la doctora Rebeca, es posible observar cómo el paso del tiempo, el desgaste laboral va generando una sensación de indiferencia hacia los problemas de los pacientes. El estrés es tan alto, los conflictos son tan constantes entre los médicos y los pacientes, que como lo decía el doctor Aureliano, los médicos van generando una coraza para protegerse de las agresiones.

Relacionado a los sitios de descanso, 15 (65,2%) indicaron que tenían espacios de descanso, 8 (34,8%) manifestaron que no contaban con estos lugares.

---

<sup>21</sup> Se refiere a un paciente cuando usa la expresión uno

Figura 12. Sitios de descanso.



Fuente: Elaboración propia

Dentro de este grupo de cargas que representan los medios de trabajo en sí mismos y de cargas psíquicas, aparecieron una cargas y a su vez también temas emergentes en las entrevistas individuales, estas fueron: las condiciones de infraestructura de las USS donde laboran los médicos del SSO, el ambiente laboral, la mala relación con los jefes, la ubicación peligrosa del sitio de trabajo, los pacientes demandantes y el tiempo insuficiente para realizar la consulta. A continuación, se presentan estas temas emergentes una por una.

### ***Temas emergentes clasificados dentro de las cargas laborales en el grupo V de cargas psico-sociales***

#### **Condiciones de infraestructura de las USS donde trabajan los médicos del SSO**

Las condiciones físicas de los centros de salud donde laboraban los médicos del SSO podrían dividirse entre USS mejoradas y en proceso de acreditación y USS antiguas.

##### *USS mejoradas y en proceso de acreditación*

Dentro de las USS mejoradas y en proceso de acreditación visitadas estuvieron: la USS Meissen, la cual fue intervenida en la anterior administración distrital con la creación de una nueva torre, la USS Candelaria La Nueva (entregada en 2023 por la administración distrital), la USS Danubio Azul (también entregada en 2023 por la administración distrital), la USS Vista Hermosa que se encontraba en proceso de acreditación con ICONTEC, la

USS San Juan y la USS Nazareth. Estas dos últimas se encuentran mejoradas debido a que la comunidad de Sumapaz se encuentra empoderada y exige mediante su edil y grupos comunitarios, las mejores condiciones para la atención.

Este trabajo no hizo uso de fotografías para apoyar sus hallazgos. Tampoco pretendía ser una auditoría de las condiciones físicas de trabajo de los médicos del SSO. Y también, por temas de evitar represalias en contra del investigador, no se hizo uso de recursos visuales. Lo que sí se puede decir en líneas generales es que las USS mejoradas y en proceso de acreditación son muy diferentes a las antiguas. Todas cuentan con computadores nuevos y de alta gama, que favorecen la celeridad y el guardado inmediato de la historia clínica en el *software* para el diligenciamiento de esta que tiene contratado la Subred. Todos los consultorios tienen además reposa pies y sillas ergonómicas nuevas para sentarse frente al computador. Los tensiómetros son digitales en las USS Meissen, Vista Hermosa y Candelaria La Nueva. Este tipo de aparatos ayudan a que la atención sea más fluida y rápida, ahorran tiempo.

Además, las impresoras también son nuevas y por esto no producen problemas. No obstante, a pesar de que las USS Candelaria, Danubio Azul y el piso de consulta externa de Meissen son nuevos, aun no tienen todas las disposiciones adecuadas. El consultorio que se visitó en Meissen no contaba con una mesa que separa al paciente del médico SSO, la consulta se hacía casi hablándole de lado a lado al otro, es decir, no se miraba de frente al paciente. Y en las USS Danubio Azul y Candelaria la Nueva no se habían colocado las tablas de Snell para realizar la valoración de la agudeza visual. Tampoco se contaban con todos los elementos para realizar las consultas de crecimiento y desarrollo en niños. Sin embargo, si se hacían consultas de promoción y detección de la agudeza visual y consultas de crecimiento y desarrollo en estos dos centros.

La doctora Petra señalaba lo siguiente con respecto a este tema:

*[...]Por ejemplo, hoy te diste cuenta de que me hacen falta elementos, por ejemplo, para poder trabajar y hacer la atención completa... entonces uno dice como listo lo estoy haciendo, pero no lo estoy haciendo como a mí me gustaría hacerlo, o sea bríndale todo el servicio que a mí me gustaría hacerlo. Entonces a veces pesa más el... me quedo corta en que me gustaría hacer un poquito más[...]* Testimonio de la doctora Petra.

Todas estas USS contaban con sitios para el descanso y la toma de alimentos.

Comprendiendo que este es más o menos el panorama de estos centros mejorados y en proceso de acreditación, vale la pena tener en cuenta los comentarios del doctor Mauricio Babilonia con respecto al traslado de la USS Candelaria a la nueva sede:

*[...]CG: Listo, cuéntame un poco, ¿Cómo ha sido tu experiencia del antiguo centro de Candelaria o cuando estuviste en Perdomo? ¿cómo, como es la diferencia entre esos dos centros antiguos al estar acá?*

*Doctor Mauricio Babilonia.: Pues, es diferente. Digamos en cuanto a los centros, se siente más gerencial, más empresarial acá. También pues esto es gigante, somos una cantidad de médicos. En los centros antiguos, los crónicos, los pacientes que uno veía, son los vecinos, los del barrio. Los que siempre han estado ahí, listos. Al principio teníamos problemas porque muchos de los pacientes se quejaban por eso. Porque ellos decían: voy al otro, Candelaria, y ya sé que, a A. la de crónicos, la encuentro a tal hora y ella me da la cita, conmigo o con la doctora Y que es la que siempre me ha visto. Ahorita llegan acá, se encuentran con qué, la jefe el otro día sacaba esa cuenta, que más o menos estamos viendo como 1000, 1500 personas al día aquí en Candelaria. Entonces claro, el señor se encuentra, pasa de un sitio que era una casita adaptada a centro de salud, a una vaina gigante con otras 500 personas, que le toca pedir turno para pedir cita, pedir turno pa' los medicamentos, pedir turno para todo, 20 turnos por delante, que no se va a encontrar las mismas caras a la entrada, que no se va a encontrar a las que conocía, sino que le toca ir a buscarlas. Entonces, digamos muchos de los pacientes crónicos que son los que yo más veo, ellos sí se quejaron mucho de esa parte. Y con nosotros también cambiaron muchísimo las cosas. Antes en Candelaria éramos muy unidos. O sea, yo tenía mi consultorio, al frente pasaba y estaba S. para ayudarme con las maternas, estaba A. para ayudarme con los crónicos, estaban en el stand de al lado [...] ¿que necesito alguien de vacunación?, bajaba, buscaba a J. que estaba ahí en vacunación. ¿Que necesitaba una ayuda de facturación? Facturación estaba como 30, 40 pasitos. O sea, chicas, por favor factúrenme esto, lo otro. Esta facturación me toca ir hasta allá o preguntar hasta abajo. Con los jefes<sup>22</sup>, digamos: No, que tengo una señora que necesita una citología. El consultorio de al lado estaban los jefes y me la pasaba, o los pasaba. Ahorita si necesito alguien en enfermería, me toca ir hasta el primer piso. Todo se volvió más impersonal. Pero igual es lo bonito de que en los centros pequeños se sienten más*

---

<sup>22</sup> Jefes de enfermería, enfermeros/as profesionales.

*colegaje, más familiaridad. También entre médicos y entre los mismos auxiliares, entre los mismos, entre las mismas personas de seguridad. Aquí no, no, no es chévere. CG: ¿Más impersonal?*

*DMB: Sí. Las instalaciones muy bonitas y todo, uno tiene de todo, pero, la parte humana falta mucho, hace mucha falta y a los pacientes también les hace falta...*

*C.G.: ¿Qué pasó con esos centros? ¿Los cerraron, cerraron Perdomo...?*

*D.M.: Perdomo sí. Porque Perdomo tenía un lío como administrativo ahí.*

*C.G.: De habilitación, de espacio*

*D.M.: Como que el espacio le pertenecía al colegio.*

*C.G.: Ah, ok.*

*D.M.: O sea ellos estaban como metidos, incrustados en un pedazo y como que eso era de la alcaldía o del colegio o de la Secretaría de Educación. Pues eso se cerró y chao. Del de Candelaria creo que se quedó...creo que se quedó como algo administrativo, como oficinas, eso había escuchado; y lo que, los otros dos que eran San Isidro, Isla del Sol, creo que esos se cerraron definitivamente, igual que se hizo con San Francisco antes[...]*

Estos centros con atenciones de 1000 a 1500 personas al día validan nuevamente la metáfora del Hospital como Fábrica. Un hospital que ve la atención en salud como si fuera la producción de una fábrica. Una fábrica que puede ser más impersonal y fría en comparación al centro de salud pequeño. *Small is beautiful – Economics As if People Mattered* (Lo pequeño es hermoso –Economía como si la gente importara) señalaba en su libro el economista germano-inglés Ernst Friederich Schumacher(Schumacher, 1973). Un libro que valida la idea del doctor Mauricio Babilonia con respecto a los centros de salud.

A su vez, Babilonia también comenta hacia el final de este relato y de forma tangencial, el cierre de varias de las USS de la Subred Sur. La ley 100 ha venido favoreciendo de forma continua, el cierre de los centros de salud públicos.

### *USS antiguas*

Las USS antiguas cuentan con toda una serie de problemas que no tienen las nuevas. Dentro de estas USS antiguas podemos contar con la USS San Benito, la USS Marichuela,

la USS Betania. La primera particularidad que no tienen estas USS, son las rampas o adaptaciones para personas en condición de discapacidad. Es por estas razones que principalmente en la USS Marichuela y en la USS San Benito, los pacientes en condición de discapacidad deben ser vistos en el primer piso e incluso en la USS Marichuela no se cuenta con consultorio adaptado en el primer piso para realizar la atención, lo que hace que muchas veces esta se haga en el pasillo.

Todas cuenta con equipos de cómputo antiguo que retrasan los tiempos de atención y demoran la entrega de las ordenes médicas. Las sillas, escritorios que usan los médicos del SSO no eran ergonómicas en ninguna de estas USS. Tampoco tenían reposa pies. Los tensiómetros eran viejos y parecían descalibrados.

Para ampliar un poco esta información, la doctora Amaranta decía lo siguiente:

*[...]Eso muy complejo. Eso es muy complejo porque igualmente, una rural le dice al jefe de enlace, pero el jefe de enlace tendrá 1000 personas más arriba que le dirán que no. Entonces, por ejemplo, yo tenía la silla dañada, duré con la silla dañada 3 meses, hasta que me tocó decir, me duele la espalda. Hasta incluso nunca me caí, pero una vez en presencia del cirujano de tórax que, estaba ahí al lado y a veces miraba el carro por fuera, me acomodé y pum la silla se cayó. Y dos meses después me cambiaron la silla. Entonces tú puedes hasta incluso amenazar: me voy a enfermar. Y eso no, no va a cambiar. O sea, no, yo creo que no. No sé si es que es de pronto que ya estoy muy desmotivada, pero yo creo que eso no va a cambiar, y yo siento que cada vez perdemos más cosas, perdemos más ayudas [...] Entrevista a la doctora Amaranta.*

Con respecto al Hospital Tunjuelito, el cual no se visitó, pero en el que el doctor Aureliano Buendía trabajó durante un mes, de acuerdo su experiencia comentaba lo siguiente:

*[...]La unidad Tunjuelito, pues sí obviamente mucho más cómoda, ya. Sin embargo, me pareció una unidad que no tiene ni siquiera lo básico para atender un paciente, una unidad donde se encuentran fonendoscopios completamente dañados, donde se encuentran tensiómetros completamente obsoletos, viejos, sin calibración. Una unidad donde si uno necesita una impresión tiene que prácticamente ir a una cuadra a recoger una impresión, dejar al paciente solo en el consultorio. Una unidad donde no hay ni siquiera un tensiómetro para todo un piso. Entonces me parece que no tiene ni siquiera lo básico para representar una consulta externa [...] Entrevista al doctor Aureliano Buendía.*

Estos relatos validan lo encontrado mediante la observación participante realizada durante el trabajo de campo.

### **Mal ambiente laboral**

Acercas de este tema emergente es necesario señalar que la médica SSO que tuvo más inconvenientes con el ambiente laboral fue la doctora Amaranta. Es perentorio recordar que la doctora Amaranta laboraba en la USS San Benito, la cual está ubicada en una zona geográfica de alta peligrosidad, ya que cerca existen varias ollas que realizan microtráfico de estupefacientes, además de bodegas de reciclaje y trabajadores de curtiembres, quienes tienen frecuencias altas de consumo de sustancias psicoactivas. La doctora Amaranta relata dos conflictos: el primero con su profesional de enlace, el segundo con su compañera de facturación. El primero estaba relacionado a la ubicación peligrosa de la USS donde laboraba. Debido a esta, la doctora llamaba telefónicamente a sus pacientes para solicitarles que se acercan antes de la hora de su cita al centro de salud, así salir más temprano y evitar riesgos de robo cuando salía a tomar el bus luego de terminar la jornada. Por este tipo de llamadas, Amaranta tiene dos discusiones con la auxiliar de facturación a quien llamaremos C. En la primera discuten porque C. le da quejas de Amaranta a la profesional de enlace, a quien le dice que está llamando a los pacientes para que asistan antes del tiempo de la cita y que esto le está colapsando facturación

El segundo conflicto tuvo que ver con la generación de una barrera de acceso por parte de C. para la atención de una paciente. No le consultó nunca a la doctora Amaranta, quien era la médica tratante. C. devuelve una paciente que Amaranta había citado más temprano para valorar por un dolor abdominal, la devuelve porque no es la hora de la cita. Por ambas situaciones, además de discutir con C., Amaranta discute con su profesional de enlace por las quejas que C. da de ella.

En este testimonio podemos observar cómo además de los inconvenientes que tiene la doctora Amaranta con sus compañeras de trabajo y su jefe directa, se les están generando barreras de acceso a la atención de los pacientes. Las demoras en facturación, la decisión de no dejar atender a un paciente en el horario diferente al pactado también por temas de facturación, demuestran estas barreras. En el sistema de salud actual, es más importante facturar al paciente que atenderlo. El cobro es más importante que la salud y la vida misma de las personas, situación que demuestra, además, el nuevo cambio en la división del trabajo luego de la ley 100.

Como lo señaló César Abadía, los itinerarios burocráticos que asumen las personas para la atención en salud (Abadía & Oviedo, 2009; Hernández et al., 2015).

Dentro de otro de los problemas que se pueden incluir en el ambiente laboral, es importante recordar el testimonio que fue mencionado previamente por parte del doctor Aureliano Buendía, en donde el galeno mencionaba que no le fueron pagadas completas sus horas extra, con el argumento de una profesional administrativa que no consideraba que las mereciera completas, esto porque el doctor Aureliano no acompañaba durante todo el tiempo a los pacientes que atendía en jornada extralaboral.

### **Mala relación con los jefes<sup>23</sup>**

La mala relación con los jefes fue una categoría emergente que apareció en las entrevistas individuales. Esta categoría surgió en tres entrevistas individuales, la de los doctores Gastón, Remedios y Fernanda.

El doctor Gastón comentaba los siguientes inconvenientes con sus profesionales de enlace:

*[...]Mmm.... ¿qué más me ha molestado? Tengo molestias con mis jefes directas o con mis jefes de enlace, porque no son organizadas. Entonces tú sabes que llegaste, o al menos este último mes creo que ha sido el más difícil para todos. Tú sabes que llegaste a la unidad, pero no sabes cuándo te vas a ir, entonces es como que...y las jefes no te dicen nada. Entonces uno, pues lo que les he dicho a las auxiliares del...yo no tengo corazón como para coger un día irme y dejar la unidad sola, entonces no sé. No. No me formé para esto. Pero sí me gustaría, o al menos yo digo, qué les cuesta mis a mis jefes, a mis coordinadoras decirme como que, mira, no hemos conseguido un médico, ¿puedes quedarte? Yo creo que no les cuesta nada, pero ellas no te dicen nada y es lo que siempre hemos hablado con mis compañeros, sean organizadas en ese sentido, entonces uno queda a la deriva. Hace ratos en que se me descuadró mi*

---

<sup>23</sup> La palabra jefe en este tema emergente hace referencia principalmente a los profesionales de enlace de cada USS, antes que a un o una profesional de enfermería al que coloquialmente se le llama "jefe".

*cronograma, entonces ahora yo llevo aquí mi otro cronograma que lo empecé a hacer, de cuánto llevo metido en la unidad [...]Entrevista al doctor Gastón.*

La situación que narra el doctor Gastón tiene que ver con sus días de descanso. Gastón es uno de los médicos de Sumapaz, a quien en el momento de esta entrevista no se le habían podido otorgar sus días de descanso, debido a que su compañera SSO recién había terminado el rural y no le habían encontrado reemplazo. Al momento de esta entrevista, Gastón llevaba 25 días seguidos en la USS Nazareth con disponibilidad de 24 horas/7 días de la semana. Es pertinente recordar que la frecuencia de turnos en la ruralidad de Sumapaz es de 11 días de trabajo seguidos (7 intramurales, 4 extramurales) para después tener un descanso de 3 días.

Por otro lado, la doctora Fernanda refería el siguiente episodio:

*[...]En cuanto al trabajo, que no hay una respuesta como satisfactoria a mis quejas. Como por ejemplo el por qué voy a ver pacientes extras, eso no me va a significar nada. Ni en dinero ni en tiempo. También, que no hay una claridad, de lo que hablábamos en la consulta, como de productividad, todo eso. Y que tampoco hay una respuesta satisfactoria en cuanto a los tiempos[...]Entrevista a la doctora Fernanda*

La doctora Fernanda también señaló durante la misma entrevista que tuvo una discusión con su profesional de enlace debido a una crisis migrañosa que tuvo.

*[...]Doctora Fernanda: Y fue tan limitante que me tocó pedir permiso para irme a mediodía. Pero antes de eso, no me dejaron ir. A ver: yo estaba con mi crisis, ...no, no podía ni atender al paciente y me dijeron que me tocaba esperarme hasta mediodía...la respuesta fue como tómate algo ...y esperamos a ver qué pasa.*

CG: Ok. ¿Y quién te dijo eso?

DF: La jefe de enlace.

CG: ¿La jefe aquí de enlace, de aquí?

DF: Si, yo llegué, vi dos pacientes y le dije: jefe, me siento muy mal...yo me voy a tener que ir. Me dijo: ven y hablamos. Yo fui y hablé con ella y me dijo: pues tómate algo. Yo le dije: aparte de eso tengo vértigo, porque quedé con vértigo después de lo del temblor.... y le dije: aparte de eso, de mi migraña, tengo vértigo. Y le dije estoy en crisis

*porque pues, ya uno se conoce. Le dije estoy en crisis migrañosa y necesito algo IV<sup>24</sup> que es lo único que me hace. Me dijo: pues si quieres te tomamos una Beta<sup>25</sup> fue lo primero que me dijo. Yo le dije: no es que no tengo sospechas de que sea una beta, yo sé que es una crisis...Y después me dijo: no pues tómate algo. Le dije: es que ya me tomé un ibuprofeno, un dimenhidrinato y un acetaminofén<sup>26</sup>. Entonces yo a mediodía le dije: no aguanto más, me voy, si me tengo que ir y dejar la consulta tirada, lo voy a hacer. Y me dijo: Ah, bueno, entonces ya te cancelamos los pacientes y me fui al medio día.*

*CG: ¿...y luego estuviste incapacitada por un par...?*

*DF: Por ese día no más, sí. Solo por ese día. Ya yo fui, ..., y me hicieron en el manejo de la crisis con ... inyectables, intravenosos y ya, al otro día ya bien.*

*CG: ¿Sientes que el trabajo favoreció que tuvieras la crisis o.....?*

*DF: Sí. Si porque, pues yo estuve muy estresada los cuatro meses que vi crónicos. Me comentan aquí que nunca había pasado eso, que un médico durara tanto tiempo viendo crónicos acá, porque es un programa muy pesado. Hay muchísimos pacientes en la consulta, entonces aquí siempre todos van rotando. Pero como cuando yo llegué había déficit de personal, entonces me tocó a mi todo. Además, que me tocó aprender todo de cero: cómo funcionaba el programa. Me tocó aprender a lidiar con las jefes del programa que me decían una cosa, la otra. Luego la familiarista me decía otra cosa y contradecía a las del programa, entonces me ponían como entre la espada y la pared de.... yo no sabía qué hacer.*

*CG: Ok...No había directrices claras entonces...del programa.*

*DF: No[...] Entrevista a la doctora Fernanda.*

Lo descrito previamente está relacionado a las quejas que le ha dado la doctora Fernanda a su profesional de enlace, de las cuales desafortunadamente no ha obtenido respuesta. Además, el testimonio anterior relata un episodio de afectación a la salud física de la médica SSO, quien antes de tener una respuesta comprensiva por parte de su jefe, obtiene

---

<sup>24</sup> IV: Intravenoso

<sup>25</sup> Beta hace referencia a la prueba de embarazo Beta HCG (Human chorionic gonadotropin = gonadotropina coriónica humana)

<sup>26</sup> Acetaminofén e ibuprofeno para el dolor. Dimenhidrato para el mareo.

una actitud que se podría catalogar de machista al indagar si lo que tenía ella era un embarazo.

A su vez, la profesional de enlace retrasa la consulta a urgencias de la médica SSO por miedo a que esto afecte la productividad de la USS, por miedo a que los pacientes que tenía programados no fueran atendidos. Primero está el cumplimiento de la producción que la salud de los trabajadores. Este episodio demuestra una vulneración de los derechos laborales, además del derecho a la salud de los médicos del SSO, quienes antes de ser cuidadores de la salud de las poblaciones, son personas.

También, el testimonio de la doctora Fernanda demuestra una sobrecarga laboral. Normalmente los médicos se turnan para atender a los pacientes crónicos, pero ante el déficit de médicos que tiene la Subred, esta institución hace uso de los trabajadores que tiene a mano como los médicos SSO para que le cubran sus vacíos de personal.

La doctora Remedios señalaba la siguiente situación que presentó con una de sus jefes de la localidad de Sumapaz:

*[...]con las jefes de la ruralidad, en especial con una, si era una cosa de terrible. Una persecución. Y yo sí sentí de ella una cosa ya muy personal contra mí, que hasta mis mismos compañeros me decían, es que te la tiene montada y llego el punto en el que ella, por ejemplo, de vez en cuando que iba, porque ellas están aquí en Bogotá, pero iba y no me respondía al saludo[...] Yo en agosto viajé a mi casa, a Pasto, y ya había cuadrado con ella esos días y ya tenía mis tickets comprados desde junio y cuando vengo a ver el cronograma me había puesto trabajando 2 días de los que ya tenía comprados el tiquete, entonces yo le escribí y me dijo básicamente, como que no, que me tocaba trabajar y yo le seguí insistiendo. Se inventó una regla en la que yo tuve una incapacidad por un problema, a mí me bajaron acá a Bogotá porque tengo dos protrusiones discales entre L4-L5 y L5- S1, por ese motivo dijeron que yo no podía hacer el trabajo de extramural de ruralidad y me bajaron a Bogotá. Yo hice lo posible por no venirme, pero bueno, tuve una incapacidad y esa incapacidad me cogió un día de mis días compensatorios de descanso, entonces ese día con la incapacidad me lo tenían que reponer, me lo tenían que dar. Yo ese día lo acomodé también para lo de que me quedé en esa semana y ella me dijo que no, que quedaba para otra fecha, entonces, yo como que ¿por qué? Entonces se inventó una regla en la que básicamente la fecha la escogía ella, y me dijo: no, comuníquese con talento humano. Me lo dijo como pensando que no lo iba a hacer y yo me comuniqué con talento humano y eso es cuando usted diga, entonces le volví a hablar, le dije, mira, me dijeron esto y*

*me dijo: no. Yo le dije, me dijo equis persona de talento humano, me dijo que tiene que ser el día que yo pida, me dijo yo no sé quién es él, entonces fui directamente, me vine a Bogotá en el descanso que tuve antes de irme a Pasto y hablé con talento humano y en talento humano me dijeron que ellos ya le habían dado la orden de que me informe que podía viajar, que podía coger mi día y ella nunca me dijo nada... o sea como te digo era de verdad muy personal [...] Entrevista a la doctora Remedios.*

En este testimonio de la doctora Remedios se observa nuevamente como el profesional administrativo que tiene a cargo a los médicos del SSO de Sumapaz, se toma facultades que no tiene con los médicos, ya que niega en reiteradas ocasiones la posibilidad de que la doctora indique sus días elegidos para descanso. Con esto demuestra una extralimitación de sus funciones y una negación de derechos laborales que como lo señala la doctora Remedios podría incluso catalogarse como persecución, acoso laboral o *mobbing* en la literatura anglosajona.

Por otra parte, la doctora Amaranta describía en la entrevista individual un conflicto que había tenido con su profesional de enlace por no atender una paciente que había llegado tarde. En este conflicto nuevamente se involucró a la auxiliar de facturación, quien a través del chisme refirió que Amaranta no había querido atender a una persona. En medio del chisme, olvidó mencionar que la paciente había llegado tarde. Esta persona que asiste con retraso a la cita médica que tenía con Amaranta, intenta ingresar de forma violenta a su consultorio. Amaranta se niega a atender a la paciente violenta, pero su profesional de enlace la obliga a atenderla. Todo este conflicto desencadena la primera crisis de ansiedad en la doctora Amaranta, quien decide no consultar e incapacitarse por esta situación de salud mental para evitar mancillar su hoja de vida. Durante la entrevista señala que Universidades privadas como de la que ella es egresada, además de otras, revisan el historial clínico de los aspirantes a las especialidades médicas y descartan a aquellos con antecedentes de enfermedades mentales. A Amaranta le gusta la psiquiatría y no quiere que la eliminen del proceso de la especialidad por un problema circunstancial en su salud mental.

Del anterior suceso, también llama la atención la respuesta de la profesional de enlace al señalar que la paciente debía ser atendida, sin importar la situación previa. Una dinámica mercantil donde el cliente siempre tiene la razón. Pero y a pesar de manifestar la crisis de ansiedad, ¿qué pasa con la empatía hacia los profesionales de salud? ¿quién cuida a los que cuidan?

**Ubicación peligrosa del sitio de trabajo**

La Resolución 774 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2022) reglamenta que el SSO debe ser brindado en zonas deprimidas o de difícil acceso a los servicios de salud. Esto aplica para las zonas de influencia de la Subred Sur. Las localidades a las que presta atención la Subred son localidades donde reside población desfavorecida económica y socialmente. Estas condiciones previas, favorecen también la posibilidad de presentar ciertos peligros como hurtos o agresiones cerca de las USS o sitios de trabajo.

Para argumentar lo mencionado anteriormente se presentan los siguientes datos: La localidad de Tunjuelito tiene una población de 180581 habitantes, 50.6% de la población son mujeres, 29430 con alguna condición de discapacidad auto reportada, 8689 personas con pobreza multidimensional (4,8%), 22,7% con pobreza monetaria, 738 víctimas de violencia intrafamiliar, 8.763 víctimas del conflicto armado, 93 habitantes de calle, 10395 migrantes (5,75%), 34.224 jefas de hogar mujer (Secretaría de Integración Social, 2021b). Es relevante recordar que en esta localidad se encuentra la USS San Benito y la USS Tunjuelito.

Por otro lado, la localidad de Ciudad Bolívar tiene una población 651.958 habitantes, 50,4% de la población son mujeres, 93608 personas con alguna condición de discapacidad auto reportada, 71.002 personas en pobreza multidimensional (10,9%), 26% con pobreza monetaria, 3.790 víctimas de violencia intrafamiliar, 54.253 víctimas del conflicto armado, 292 habitantes de calle, 36.308 migrantes (5,5%), 97.323 jefas de hogar mujer (Secretaría de Integración Social, 2021a).

En esta localidad se encuentran las USS visitadas Meissen, Candelaria la Nueva y Vista Hermosa. Finalmente, la localidad de Usme tiene una población de 395.760 habitantes, 50,7% de la población son mujeres, 69.102 personas con alguna condición de discapacidad auto reportada, 50.547 personas en pobreza multidimensional (5,7%), el 33,8% se encuentra en pobreza monetaria, 1.761 víctimas de violencia intrafamiliar, 35.568 víctimas del conflicto armado, 68 habitantes de calle, 20514 migrantes (5,1%), 55351 jefas de hogar mujer (Secretaría de Integración Social, 2021c). En esta localidad se encuentran las USS observadas Betania y Danubio Azul.

Este tema emergente apareció en tres de las entrevistas individuales realizadas, la de los doctores Fernanda, Petra y Amaranta

Las narraciones relacionadas a esta categoría fueron las siguientes:

*[...]Doctora Fernanda: mi internado fue netamente en urgencias como tal, pues de especialidades, pero en urgencias, entonces...el acoplarme a estar todo el día en consultorio, el acoplarme a estar en contacto.... Tan seguido con los pacientes, el tiempo de.... Como de resolución del que le tengo que dar al paciente y pues asumir de que si me atraso y ..... O no le doy el enfoque completo al paciente, pues se va a ir, o decepcionado, o hablando mal, o en su caso voy a salir tarde porque me atrasé y pues corro peligro a las afueras del hospital por el sector [...]. Entrevista a la doctora Fernanda.*

En la entrevista relataba que era complicado terminar tarde la consulta, debido a que el sector donde laboraba es difícil y peligroso. Debido a esto, su padre que es taxista la recoge diariamente.

Reiterando lo citado previamente, la doctora Petra decía lo siguiente:

*[...]La seguridad es un tema importante, o sea, como que uno a veces sí se siente acá, como huepupucha, no puedo salir muy tarde, tengo que apurarme porque puede ser peligroso y el tiempo, ... de consulta, lo más aburrido es llevar esa rutina como el ... estar pendiente de que no te puedes atrasar. No, no puedes como fallar en esos tiempos [...]. Entrevista a la doctora Petra.*

La doctora Amaranta casi es víctima de un robo. En este pasaje narra lo que le sucedió:

*[...]Al llegar al río Tunjuelito yo veo a lo lejos dos bicicletas, y veo que en ese río que es, pues en el puente es tan angosto, se meten ambas y yo alcancé a pensar, dentro de mi inocencia, como...bueno para estos manes, o sea, dos bicicletas, dos tipos en cada bicicleta se meten juntos en ese puente, ahora me toca esperar a que pasen. Y dicho y hecho, cuando salen del puente, entonces una avanza un poquito y la otra se queda atrás, como yo en la mitad, ahí ya estaba a dos pasos de la Boyacá, o sea, me hubieran cogido un poquito más antes, no tengo escape. Y uno de los tipos de atrás de la bicicleta se baja y me coge y me dice: que quiere. Ahí pues mi reacción fue tirármele a la Boyacá, pero la Boyacá ahí en ese punto está en contravía. Yo caigo de rodillas... y me levanto, y empiezo a correr hacia al sur, pero obviamente eso es la*

*Boyacá en contravía y cuando ya voy llegando casi pues al paradero de Meissen, una chica con un perrito me dice: que venga y me ofrece agua y me dice que como estoy. Ahí como que yo entro otra vez en sí (sic), porque hay una parte que, como que todavía no hago como la introspección de por qué hice eso, me pude haber matado. Y ahí fue cuando volteo, fueron dos segundos y los tipos ya no estaban. Cuando me miro y obviamente el pantalón del uniforme roto, los tenis rotos y llena de sangre. Ahí ella me acompaña como a subirme al bus. Me subo efectivamente, pues en el bus que me deja aquí en la casa y pues nada, llegó a la casa como en shock y después de eso no podía salir...fue la primera vez que sentí como esa angustia de no querer salir de la casa[...]*

Entrevista a la doctora Amaranta.

En este mismo relato Amaranta señalaba que sus prácticas clínicas principalmente las había realizado en clínicas privadas hacia el norte de la ciudad, decía que rara vez había estado en hospitales ubicados en el sur. Señalaba que el primer día que llegó a la USS, el Uber casi no encuentra el lugar y que “*quien sabe en qué roto me habré metido yo*” en sus palabras.

Los médicos del SSO laboran en barrios que son de difícil acceso y con pobres condiciones socioeconómicas. Para desplazarse a la USS Vista Hermosa se cuenta con un servicio de transporte de la Subred que moviliza a los trabajadores hasta este centro de salud con el fin de minimizar los riesgos de robo o daños a la integridad física.

En otras USS con características similares, esta estrategia de transporte del personal de salud no se tiene, lo que hace que los trabajadores de la salud queden a su merced y puedan tener intentos de robos (como el episodio que recién relata la doctora Amaranta) o de robos efectivos en zonas aledañas a las USS. Si bien el SSO debe prestarse en zonas deprimidas y vulnerables, ¿no existe la posibilidad de un acompañamiento a los médicos del SSO que trabajan en algunas de las zonas más difíciles y complicadas?

### **Pacientes demandantes**

Este tema emergente estuvo presente en 6 de las 9 entrevistas realizadas. La matriz de descripción de la aparición de esta categoría fue la siguiente:

Recordemos que el doctor Aureliano Buendía en el apartado de horas extra ya había referido que los pacientes de la localidad de Sumapaz podían ser difíciles. Escalaban quejas a instancias superiores, comprometían al personal de salud y solicitaban consultas por fuera del horario laboral.

El doctor Gastón por otro lado relataba los siguiente:

*[...]Estamos en una contingencia desde.... desde hace una semana, más o menos. Y es que en el momento estamos con una sola jefe de enfermería con un solo médico y no tenemos odontólogo. Entonces, en ese sentido, se ha cancelado, desde la anterior semana, la parte extramural, entonces no hay médico extramural para realizar las visitas. Digamos que eso va a representar un problema porque se van a acumular bastantes visitas. La población tiende a estar llamando, como bueno, ya le toca la visita porque no ha venido. Pero pues uno les explica que no hay médico y a veces son un poquito pesados en ese sentido. Pero, se canceló la parte extramural, entonces solo tenemos un médico en el momento que está cubriendo la parte de intramural, también una sola jefe que va a quedar cubriendo la parte intramural. Las jefes también hacen salidas. Llevo en esta contingencia 3 semanas... Lo que pasa es que la población en Sumapaz es una población demandante, en el sentido de que, consideran o tengo entendido yo, pues en...en mi opinión, es como, son muy consentidos. Es lo que yo aprendí en estos meses. Son muy consentidos porque aquí se les facilitan mucho las cosas a los pacientes. A ellos se les pone una ruta para irlos a traer. A ellos se les busca la cita. A ellos se les programan, ellos, en teoría no hacen nada, simplemente vienen a asistir cuando tienen el control. Se les sacan las imágenes, se le sacan las citas por especialistas, se les saca todo, entonces quedan, en mi opinión, quedan tan acostumbrados a esa dinámica. Que cuando no se cumple se enojan.... Es una comunidad, no sé cómo decirlo, es una como... entiendo que es una comunidad que se, que se resguardó en la sobreprotección que le dio el Estado, no, yo entiendo que vivieron una época de violencia, pero entiendo que tendieron hacia estancarse, porque empezó el Estado a darles todo, empezó al Estado a sobreprotegerlos, entonces ellos quedaron estancados allí. Entonces es una comunidad, entonces ellos son inconformes con cualquier cosa [...] Entrevista al doctor Gastón.*

En este apartado de la entrevista del doctor Gastón, es posible observar que algunos de los argumentos expuestos por el galeno, se relacionan al cansancio y al desgaste secundario a su trabajo. Lo que señala Gastón, es que, aunque él termina siendo el principal responsable de la salud de la comunidad de Nazareth en ese momento, y que se encuentre viviendo un período de sobrecarga laboral con aumento de las horas laborales, la comunidad no se ha puesto en sus zapatos. Gastón se queja de las continuas exigencias y demandas en salud de la comunidad de Sumapaz y problematiza, de acuerdo con la interpretación de sus palabras, un asistencialismo estatal hacia esta población. Lo que tal vez olvida Gastón, es que la comunidad de Sumapaz ha sido una de las principales

víctimas del conflicto armado, y una de las comunidades que más ha reclamado sus derechos sociales y humanos en el transcurso de la historia de nuestro país, como la ha relatado el sociólogo y periodista, Alfredo Molano. En palabras de Molano, “*el origen de la violencia en Sumapaz fue la propiedad de la tierra, restringida a los campesinos y acumulada en manos de colonos*” (Molano Bravo, 2024). Tal vez, a lo que se refiera Gastón en esta parte tenga que ver a que él, como médico del SSO de Sumapaz, no es el principal y único responsable de la salud de los pobladores, no es el único funcionario estatal a quién se le deberían achacar todas las cuitas y problemas de salud, es el Estado en su conjunto quien tiene la responsabilidad y para este caso, es la Subred Sur, la principal institución estatal encargada. El testimonio de Gastón se interpreta desde el cansancio y el desgaste producido por el exceso de días trabajados con horas extra, con doblado de turnos y sin descanso.

La doctora Remedios que trabajó también un tiempo en Sumapaz refería lo siguiente alrededor de los pacientes demandantes:

*[...]Ah las urgencias. Bueno entonces, en San Juan, manejamos dos ambulancias, medicalizada y básica, según el requerimiento de la llamada del paciente uno decide cual envía, pero cuál es también la otra cuestión, uno tiene que enviar sí o sí siempre la ambulancia, no importa cuál sea el motivo de consulta, por el que se está llamando, como te decía, el motivo más frecuente son cefaleas, entonces el paciente llama, tú lo hablas con él por celular, se lo escuchas, pues que está estable, digamos que está, pues no está en una condición de que se esté tirando al piso de dolor, pero la orden allá es que hay que mandarles una ambulancia a todos y ellos ponen quejas directas, entonces ponen quejas con nombre del médico y todo eso porque no le mandó la ambulancia y la orden es que se le mande. Yo sí, la verdad, negué en una ocasión, por ejemplo, no sé la verdad, si eso me pusieron<sup>27</sup>, porque si me parecía muy injusto mandar una ambulancia a una vereda que quedaba a más de 1 hora porque me llamó una chica, creo que tenía 19 años, no lo recuerdo, que porque hace 15 minutos le estaba doliendo el brazo y ya le pasó y no sabe qué hacer, y que hace un mes también le dolió y también le pasó, pero no consultó y era de noche, entonces, pues no me parecía justo. Yo le dije: no. Tienes que sacar una cita, acercarte, venir a sacar una cita, acercarte...entonces muchas veces va la básica y quieren es que les lleven medicamento hasta donde están y hacen ir a la básica y se*

---

<sup>27</sup> La doctora Remedios señala en esta frase que no sabe si le pusieron queja.

*rehúsan a ir<sup>28</sup>, a regresar. Mhm, dolores abdominales, pero o sea cosas leves de que entran caminando, entran los más frescos del mundo, pero mandaron a traer la ambulancia.... Pues tienen todas las facilidades que se les pueda dar, se les dan, lo cual, por ejemplo, que si es algo bueno a ellos les ayudan mucho con lo de que autorizaciones, ellos no tienen que hacer ningún trámite, sino que es de trabajo social, se les autoriza, se les agenda y luego ya se los llama para decirles esta la cita para tal [...] Entrevista a la Doctora Remedios.*

En este relato la doctora Remedios señala varias cosas: primero, el uso de la ambulancia para facilitar el traslado de pacientes (o en su defecto envío de medicamentos) en pacientes que no tienen justificación para el uso de la misma debido a que no los aqueja ninguna urgencia vital; segundo, nuevamente el tema de la realización de consultas ambulatorias en el horario laboral que solo está destinado para urgencias vitales; tercero, las quejas de los pacientes a quienes por la mercantilización de la salud se les ha dado un estatus de cliente, en donde el cliente siempre tiene la razón, lo que hace que algunos coloquen quejas con las autoridades gubernamentales y de la Subred que muchas veces no son cotejadas con el relato de la otra parte implicada en el reclamo; cuarto, de algún tinte en su discurso de asistencialismo estatal hacia los habitantes de Sumapaz, ya que se les facilitan todas las situaciones y trámites para tener una adecuada atención en salud; quinto, la llamada de atención por parte de los jefes de la Subred al personal de salud sin la evidencia completa de las faltas.

Finalmente, con base a la categoría de pacientes demandantes la doctora Petra decía:

*[...]Exactamente, o sea uno, mismo se encarga como de reeducar a los pacientes de ... respetar los horarios, por ejemplo, al principio, yo salía a almorzar y me decían como doctora yo llegue antes ¿me puede atender? Y yo: no. Vamos a almorzar y ahí sí ya después yo lo atiendo y poco a poco, ellos fueron entendiendo como que deben cumplir los horarios de las citas[...] Entrevista a la doctora Petra.*

---

<sup>28</sup> Se rehúsan a ir a la Unidad de Servicios de Salud

La inminencia por la atención oportuna y rápida por parte de los pacientes hace que por momentos se olvide que los médicos también deben alimentarse, que también necesitan espacios para el descanso.

Este testimonio se enlaza con uno previo del doctor Gastón quien señalaba que los pacientes solían asistir al centro de salud cuando ya era la hora del almuerzo. Aunque también, permite visualizar una relación vertical entre el médico y su paciente, el médico educa, el paciente recibe y obedece, situación que está muy anclada en el paradigma biomédico.

### **Tiempo insuficiente entre consultas**

Este tema emergente fue otra de las más mencionadas en las entrevistas individuales. En 7 de las 9 entrevista apareció. El tiempo insuficiente entre consultas hace referencia a que los 20 minutos pautados para realizar la atención individual de los pacientes, no alcanza para brindar una consulta médica humana, cercana y resolutive.

Algunos de los testimonios referentes a esta categoría son los siguientes:

*[...]Doctora Remedios: La rutina, la consulta externa es muy agotadora porque es muy poquito tiempo por paciente. Para que uno dé una atención de calidad de verdad, 20 minutos y de esos 20 minutos o hasta 10 minutos llenando la historia clínica, si no es que más, porque es que el sistema, la verdad es muy lento y muchas veces se trava, se cuelga, entonces, yo también me siento, por ejemplo en comparación de San Juan<sup>29</sup>, eso también me frustra mucho qué es lo que te decía, yo en San Juan, si yo quería me podía quedar hasta una hora hablando con mi paciente, repitiéndole tiene que hacer eso, tiene que cambiar estos hábitos, al ejercicio, pidiéndole que me repita los medicamentos, a ver si sí está tomándolos bien, yo aquí no alcanzo a hacer ni la mitad de eso porque no me da el tiempo. Muchas personas vienen como a liberar toda esa parte emocional de muchas cosas, y a mí también me hace sentir mal el no poder escucharlos, el tener que cortarlos, porque es que si me atraso con este paciente me atraso en toda la agenda, entonces sí siento que eso deshumaniza muchísimo la atención, el tiempo de consulta, la verdad, me parece ridículo, sinceramente. Entonces, es muy frustrante esa parte de la consulta. Ayer tuve 3 pacientes que lloraron en*

---

<sup>29</sup> Sumapaz

*consultorio en la jornada de la mañana, todos en la misma jornada. Para mí es muy feo como que están en eso y los tengo que cortar para poder seguir con la consulta y me toca, es que me toca porque me atraso con eso y todo al final del día si me deja muy cargada. Yo siento que reprimó mucho [...] Entrevista a la doctora Remedios.*

En este apartado la doctora Remedios compara los tiempos de atención en San Juan (Sumapaz) con la USS donde a la fecha de la investigación atendía a sus pacientes. En San Juan (Sumapaz) es importante recordar que allí no había metas de producción, mientras que la USS adonde la trasladan si tiene metas, esto tiene que ver con que la atención en salud de pacientes en la localidad de Sumapaz tiene asignado un rubro mayor por parte de la Subred Sur con respecto al valor asignado para la atención de pacientes en las localidades que tienen predominio urbano (Usme, Ciudad Bolívar, Sumapaz).

Según lo vivido por la doctora Remedios, los 20 minutos son escasos a la hora de realizar la consulta, educación en salud para los pacientes, recomendaciones de adherencia a los medicamentos y hacer contención emocional a sus pacientes. Además, relata cómo la mitad del tiempo de la consulta se gasta en cuestiones administrativas como el diligenciamiento de la historia clínica, en un sistema de cómputo que es bastante demorado.

La doctora Fernanda decía lo siguiente referente a los tiempos insuficientes de la consulta:

*[...]Mi internado fue netamente en urgencias, pues de especialidades, pero en urgencias. Entonces el acoplarme a estar todo el día en consultorio, a estar en contacto tan seguido con los pacientes, el tiempo de resolución del que le tengo que dar al paciente y pues asumir de que si me atraso y o no le doy el enfoque completo al paciente, pues se va a ir, o decepcionado, o hablando mal... yo no soy la primera, pero uno de ellos es como: el tiempo de atención, el cambio en los formatos de historia clínica que nunca nos dicen cuándo va a haber un cambio, no nos hacen como una aclaración de los campos, que sí los campos que no tenemos que llenar. Porque, por ejemplo, en PyD<sup>30</sup> hay unas historias clínicas que dicen Manzanas del Cuidado. Hasta donde me explicaron y yo tengo entendido, nosotros no llenamos en consulta, como*

---

<sup>30</sup> PyD: Promoción y detección. Esta sigla ya se había mencionado previamente.

*tal intrahospitalaria, no llenamos eso, si no lo hace el programa de Territorios, que ellos sí, pues saben todo lo de las Manzanas del Cuidado. No tenemos una directriz clara en cuanto a eso. Que ítems sí, que ítems no y en los cambios de las historias clínicas.*

*CG: ¿Y esto los tiempos de las consultas, a qué te referías con eso?*

*DF: es que siempre se ha dicho que, por ejemplo, en crónicos debería ser de media hora. Porque el abordaje del paciente es bastante integral y pues el paciente tiene polifarmacia, tiene múltiples patologías, es adherente o no es adherente y hay que entrar a mirar pues una serie como tal de paraclínicos fijos del programa. Y pues otras cosas que aquejan a los pacientes.*

*CG.: Ok. ¿Pero entonces la consulta no es de media hora en este momento para pacientes crónicos?*

*DF.: No. Es de 20 minutos. Como una resolutive.*

*C.G.: Y, a pesar de que digamos, lo han discutido y lo han solicitado, ¿cuál es la respuesta de los directivos?*

*DF: Pues siempre se menciona en la ULC<sup>31</sup>, que es como la reunión mensual que hay, pero es como: ya se pasó el requerimiento o ya pasamos esto o lo otro y ya, hasta ahí queda. Aquí hay profesionales que llevan 8, 10 años en consulta y toda la vida la han peleado y nunca se ha podido hacer.*

*CG.: No hay ninguna mejoría de eso. Ok. ¿cuál sería el inconveniente, digamos, de que no se de esa consulta en media hora, sino sigue de 20 minutos?*

*DF: La atención como superficial del paciente, sí. Porque entonces uno les tiene que direccionar de que es crónico, vienen por sus patologías crónicas. Como la reformulación, la conciliación medicamentosa, qué es lo que uno alcanza a hacer en la consulta. Si de pronto viene por algo más, por algún dolor, por otras cosas, como que, si hay tiempo, se puede hacer, pero si no les toca que pidan como una cita resolutive [...] Entrevista a la doctora Fernanda.*

---

<sup>31</sup> ULC: Unidad Local de Comunicación: como ya había sido mencionada por el doctor Mauricio Babilonia, esta es una reunión mensual que lideran los profesionales de enlace con el fin de hacer seguimiento a algunos indicadores de gestión, administrativos y epidemiológicos de cada USS.

La doctora Fernanda cuenta como los médicos del SSO deben adaptarse también a los diferentes formatos que tiene la historia clínica, la cual cambia si el paciente es crónico, si el paciente asiste a consulta resolutive o si el paciente asiste a consultas de promoción y detección.

El diligenciamiento de estas historias en ocasiones toma más tiempo de lo habitual, no obstante, la Subred no tiene consideraciones con esto y da el mismo tiempo para la atención de las personas con condiciones crónicas como par las consultas resolutivas. Señala también, que el tiempo no alcanza cuando son pacientes con múltiples comorbilidades y medicamentos y que además presenta sintomatología al momento de la consulta. Sin embargo, a pesar de que han solicitado el aumento de los tiempos para ciertos tipos de consulta, la respuesta ha sido negativa por parte de la Subred.

Finalmente, relativo al tiempo insuficiente de las consultas, la doctora Rebeca expresaba:

*[...]Pero sí que uno no tenga que estar corriendo para ver cierta cantidad de pacientes más por un tema de productividad y no por otra cosa, es como esa parte, porque es como de no limitar la atención de los pacientes, pero todo está enfocado a unos números que les ayuda a ellos a tener un rendimiento cuando van a pasar, no sé sus cuentas o lo que sea, entonces como que esa parte sí a veces me parece jarta el tema del tiempo de tener que estar corriendo todo el tiempo, eso sí, me parece molesto. Y no que ya, como que, si se tenga en cuenta que es el modelo de una extra, qué paciente sí se podría ver, porque a veces de verdad hay pacientes super complejos, con muy alto riesgo cardiovascular, con cosas que uno no se demora 10 minutos por más que quiera, entonces uno se atrasa y ahí es donde vienen las molestias. Pero exacto, pues igual yo trato de hacerlo, pero ya hay días, o sea, en momentos en los que uno dice: no. No me da el tiempo, no me puedo enfocar en tal cosa, o sea, solamente me voy a enfocar en esto y ya lo otro que pida otra cita porque no puedo tampoco... siempre siento que limita mucho el tiempo, la premisa del tiempo, a veces uno podría, por lo menos aquí la función de la consulta es de prevención, entonces siento que uno podría brindarles más apoyo a los pacientes en varios aspectos, no en un solo motivo de consulta. Entonces, por ejemplo, control de lípidos con la dieta, realización de actividad física, esto es lo que puedo hacer, esto es lo que no, o sea, así como en que se puede apoyar, pero el tiempo limita bastante, no hablando de las extras, sino de la consulta, o sea, a veces en 20 minutos que uno tiene a un paciente*

*con 5 enfermedades todas importantes y uno no le puede brindar el enfoque que uno quisiera, entonces sí hay una limitación[...]* Entrevista a la doctora Rebeca.

De nuevo, el tiempo no alcanza para atender pacientes con múltiples enfermedades. Solo se puede centrar en un motivo de consulta. No hay tiempo para educación en salud, ni para realizar seguimiento a la adherencia de los tratamientos. La Subred Sur prioriza la cantidad de pacientes atendidos, antes que la calidad en la atención.

En este capítulo pudimos observar cómo a pesar de que los médicos del SSO de la Subred Sur, tengan un buen contrato laboral, esto no se traduce en buenas condiciones laborales (referidas a la forma de empleo) y de trabajo (referido a la materialidad de cómo se hace el trabajo) laborales. Remuneración salarial por debajo de las aspiraciones, escasos tiempos de descanso con compromiso incluso de la salud física al no poder ir al baño, horas extra por momentos no retribuidas, equipos de cómputo viejos y lentos, mesas y sillas no ergonómicas, equipos médicos (tensiómetros, fonendoscopios) vetustos y sin calibración, en casos particulares mal ambiente laboral, en algunos relatos mala relación con los jefes, centros de salud ubicados en zonas peligrosas, agresiones por parte de los pacientes y tiempo insuficiente para las consultas. Si las condiciones laborales de los médicos del SSO de la Subred Sur no son las mejores, ¿Cómo se espera que este grupo de profesionales preste de la mejor manera sus servicios a la comunidad? ¿Si no se cuida a los que cuidan entonces cómo pueden convertirse en profesionales del cuidado? Y finalmente ¿Quién cuida a los que cuidan?

A pesar de que la propuesta de encuesta colectiva del MOI que se transformó por razones logísticas a encuesta individual digital y esta tiene como fundamento la comprensión de las cargas laborales en las fábricas, esta propuesta metodológica fue adaptada a otras experiencias, conservando su validez al permitir reconstruir el proceso de trabajo y sus efecto en la salud, por grupos de trabajadores/as expuestas a condiciones similares de trabajo.

Empero, las cargas laborales a las que están expuestos los médicos SSO como lo son las horas extra, supervisión estricta de la jornada laboral, presiones psicológicas por tiempo, necesidades de alta concentración, metas de producción, no realización de pausas activas, trabajo repetitivo, largas jornadas sin descanso, largas jornadas de trabajo sentado, posiciones no ergonómicas, aunadas a las inadecuadas condiciones laborales y de trabajo y las presiones por sostener una productividad de atenciones en salud, refuerzan la idea

de que el trabajo actual de los médicos es como trabajar en una fábrica, el hospital como fábrica.

Lo diferente es que el producto final, el resultado final del proceso de producción de los hospitales es la atención en salud, pero la salud comprendida como un bien mercantil y privado. Nuevamente, como señalaba Ardila Sierra, una proletarización del trabajo médico (Ardila Sierra, 2016) .

A la fecha son escasas las investigaciones que han asemejado al hospital con una fábrica, pero sí con una empresa productora de servicios de salud. Los albores de la idea del hospital como empresa vienen desde la implementación de la Ley 100. Como fue mencionado en el capítulo 2 *Enfoque teórico metodológico*, los hospitales públicos después de la Ley 100 debieron convertirse en Empresas Sociales del Estado ESE con el fin de sobrevivir en el mercado de prestación de servicios propuesto.

La psicóloga Claudia García Álvarez explica muy bien la transformación del hospital en una empresa en su artículo “El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores” (García A, 2007) . García Álvarez expone como las lógicas empresariales fueron trasladadas a los hospitales con el fin de que estos pudieran ser autosostenibles, rentables y que además sobrevivieran a la reforma sanitaria. Para sobrevivir los hospitales implementaron los departamentos de facturación, en los que se contabilizan cada uno de los procedimientos realizados a los pacientes con el fin de cobrar posteriormente a la EPS.

Conceptos como la productividad, el adecuado manejo de recursos, los clientes, la sostenibilidad financiera fueron traslapados de la lógica empresarial y de disciplinas como la economía y la administración de empresas al campo de la salud.

En las palabras de García Álvarez:

*El hospital como empresa, en un contexto competitivo, debe buscar los medios para asegurar el cumplimiento de las metas económicas y, por eso, se crean nuevas funciones de control que buscan el seguimiento de las actividades de acuerdo con los planes y programas establecidos desde la dirección. El objetivo de dichos controles es disminuir los riesgos económicos que puedan suceder al desviarse los procedimientos de lo estipulado. El paso hacia una cultura empresarial implica el establecimiento de*

*parámetros definidos desde unos objetivos estratégicos, los cuales deben ser cumplidos para asegurar la rentabilidad económica y social... Se podría, entonces, decir que todo este proceso de clasificación del paciente y registro de las intervenciones lleva a que el paciente sea transformado en cifras. Sin embargo, paradójicamente, la rentabilidad financiera que determina los registros se da a costa del tiempo que se le quita a la atención al paciente (rentabilidad social) ...Este sistema es alimentado de acuerdo con las intervenciones que se le hacen al paciente y, finalmente, toda esta información debe arrojar la inversión total que ha hecho el hospital en el paciente, la cual debe ser recuperada a través de la factura. Es decir, todo este proceso de sistematización y registro permite justificar el proceso de cobro (facturación)(García A, 2007, pp. 146–147:146-147)*

La metáfora del hospital como fábrica más que por equiparar el proceso de producción de la atención en salud al de una fábrica, tiene que ver con el modelo de producción a escala o la producción en serie que ha sido presentada por el modelo Fordista de producción. Si bien la atención en salud es un servicio, indicadores de productividad en los que se aumenta la cantidad de atenciones o procedimientos en menos tiempo y de tiempo de atención que antiguamente eran exclusivos de los modelos fabriles, ahora también son usados en el sector servicios.

A su vez se habla del hospital como fábrica porque el sistema de producción capitalista transformó la forma como funcionaban los hospitales y los obligó a operar con modelos de producción en serie. La privatización y mercantilización de la salud en Colombia obligaron a los hospitales a subsistir a costa de la facturación y venta de servicios, y la adopción de conceptos como el de la productividad con el fin de mejorar sus ingresos económicos. Y finalmente, se sostiene el símil de la fábrica porque las fábricas necesitan de proletarios para su funcionamiento, y como se mencionó en páginas previas, los médicos en Colombia actualmente hacen parte del proletariado, deben vender su fuerza de trabajo a otros para garantizar su subsistencia sin control alguno de su proceso de producción, situación que también permea el trabajo de los médicos del SSO.

#### 4.2.4 *Harder, better, faster, stronger* (más duro, mejor, más rápido, más fuerte)

Este apartado toma su título de la canción *Harder, better, faster, stronger* del dúo francés de música electrónica Daft Punk.

[https://youtu.be/gAjR4\\_CbPpQ?si=GqSQWMdmMJferRvU](https://youtu.be/gAjR4_CbPpQ?si=GqSQWMdmMJferRvU)

Work it (Trabájalo)

Make it (Hazlo)

Do it (Hazlo)

Makes us (Haznos)

Harder (Más duro)

Better (Mejor)

Faster (Más rápido)

Stronger (Más fuerte)

More than (Más de)

Hour (Una hora)

Our (Nuestro)

Never (Nunca)

Ever (Nunca)

After (Después)

Work is (Trabajo está)

Over (Terminado)

Work it harder (Trabájalo más fuerte)

Make it better (Hazlo mejor)

Do it faster (Hazlo más rápido)

Makes us stronger (Haznos más fuertes)

More than ever (Más que nunca)

Hour after (Hora después)

Our work is never over (Nuestro trabajo nunca ha terminado)

Letra de la canción *Harder, better, faster, stronger* de Daft Punk.

En esta canción el dúo francés por medio de unas voces robóticas y un ritmo musical electrónico transmite las frases presentadas previamente, “Nuestro trabajo nunca ha terminado, trabájalo más fuerte, hazlo mejor, hazlo más rápido, haznos más fuertes”. Toda la canción en sí es una repetición continua de estas frases. Hacia el final, la canción se acelera. En el mismo ritmo electrónico y robótico sigue diciendo más rápido aún: “Nuestro trabajo nunca ha terminado, trabájalo más fuerte, hazlo mejor, hazlo más rápido, haznos más fuertes”.

Estas frases y esta canción pueden relacionarse con lo que es trabajar en un proceso repetitivo, pueden relacionarse con lo que, en las fábricas, empresas y diferentes trabajos les exigen a sus trabajadores: “Nuestro trabajo nunca ha terminado, trabájalo más fuerte, hazlo mejor, hazlo más rápido, haznos más fuertes”. Y para este caso, lo que la Subred les exige a sus médicos del SSO, ver más pacientes, más rápido, más fuerte, mejor, harder, better, faster, stronger.

Pero a su vez, el ritmo constante y la forma cíclica de la canción son un símil de una situación repetitiva, mecánica y robótica.

Cinco médicos del SSO de los nueve entrevistados individualmente refirieron que el trabajo era repetitivo, mecánico, monótono.

*[...]Sí, bueno. Del trabajo como te digo la rutina. Pero mi principal queja es esa, la rutina es exhaustiva, es que no veo diferencia entre un día y otro. Entonces, eso es lo que más me aburre. Yo insisto mucho, yo no soy de consulta externa, a mí me gusta intervenir más al paciente, entonces no me hace feliz como que esa parte del trabajo y ahorita pues ese es todo el trabajo. En San Juan al menos sí hacía tanto consulta como urgencias, visitas domiciliarias, era una mezcla de cosas y me gustaba, me gusta...entonces aquí si siento como que todos los días son iguales...Bueno, entonces ahorita estoy solo en consulta externa y sí me parece mentalmente muy agotador porque la rutina se repite y se repite, y todo es mecánico y siento que todo es robótico, entonces, igual sigue siendo mejor que estar en el Ch. a comparación, pero si es muy mecánico. Yo insisto mucho en que depende de cada persona y de cómo uno se proyecte, como yo te decía también hace un rato, yo no me he proyectado en consulta externa, no lo veo como algo para mí, entonces para mí las atenciones de 20 minutos me parecen muy frustrantes. No veo como uno puede brindar una buena atención en ese tiempo, y la rutina... entonces lo que te decía trabajo, cocino, descanso, repito[...]*  
(Harder, better, faster, stronger). Testimonio de la doctora Remedios.

*[...]Es bastante rutinario y un poco monótono, pero yo creo que, pues todo es también cuestión de cuestión de costumbre y ya uno se ha ido acostumbrando un poco, puede llegar a ser agotador sobre todo si hay muchos días seguidos donde no falte nadie, ver 28 pacientes todos los días por tres días seguidos es un poco como abrumador, como uno sale como que ya no quiere saber más de medicina, no quiere [...]* Testimonio del doctor Aureliano Buendía.

*[...]Uffff, ya estoy cansado. O sea, es muy monótono, es aburrido, yo ya estoy cansado, yo ya estoy contando los días para que se acabe el rural. Sobre todo, por lo monótono. Yo siempre intento buscar cosas que me reten intelectualmente. Y yo siento que ya incluso desde hace unos cuatro meses, siento que lo que necesito aprender en consulta externa ya...Que académicamente no voy a avanzar más de lo que ya estoy y eso me hace sentir estancado, me hace sentir aburrido [...]* Testimonio del doctor Mauricio Babilonia.

*Harder, better, faster, stronger.* Trabajo repetitivo, monótono, similar al de una fábrica, en eso se ha convertido el trabajo médico.





A continuación, se exponen los resultados de la entrevista y encuesta individual que estaban orientados a responder el segundo apartado del segundo objetivo específico (procesos protectores), además del cuarto y quinto objetivos específicos, identificación de las expresiones de desgaste y de patrones de recuperación.

Este capítulo, así como el subtítulo que tiene esta tesis de maestría, toma su nombre a partir del libro de Eduardo Caballero Calderón titulado *El Cristo de espaldas*, libro en el cual el autor relata las intrincadas relaciones y las peripecias de un sacerdote recién ordenado en un pueblo de Colombia. Este sacerdote termina desdibujando todos sus ideales sobre el ejercicio clerical al enfrentarse con el mundo real.

En medio de la violencia bipartidista que tiene como resultado un asesinato en el pueblo, el cura se ve imbricado en una serie de traiciones, mentiras y agresiones, que hacen que el ejercicio de su vocación se convierta en algo insoportable y difícil de tolerar. Mis sensaciones mientras realicé el SSO fueron similares a las descritas por el personaje de la novela. También, varias de las situaciones expuestas por los participantes de este trabajo fueron semejantes a los eventos que transcurren en el Cristo de Espaldas.

Se decidió titular este capítulo de esta forma debido a las situaciones y expresiones de desgaste que reportaron los médicos del SSO las cuales complejizan, dificultan, entorpecen el SSO y que lo terminan convirtiendo en un Cristo de Espaldas. El SSO se termina transformando en un proceso difícil de llevar, en donde el camino y el tiempo que es necesario para finalizarlo se vuelve como una cuesta con una pendiente demasiado inclinada y difícil de caminar, como si se caminara con un Cristo de Espaldas.

En este apartado se expondrán las expresiones de desgaste presentadas por los médicos del SSO, los patrones de recuperación de la fuerza laboral y los procesos protectores de los que hacen uso los médicos para afrontar el desgaste. Finalmente, las situaciones positivas que demuestran que no todo está perdido y que es posible recuperar el ejercicio profesional digno durante el SSO.

Las expresiones de desgaste, los procesos protectores y los patrones de recuperación se establecieron a partir de una selección libre de la literatura. A su vez, para las expresiones de desgaste se consideró importante que tuvieran plausibilidad biológica en su relación con el quehacer ocupacional. Los patrones de recuperación también se seleccionaron de

acuerdo a la apuesta conceptual del desgaste, en dónde el sueño es una de las formas para recuperarse del desgaste físico o psicológico.

## 5.1 Expresiones de desgaste

El desgaste fue definido por Laurell como aquella pérdida de la capacidad efectiva o potencial de los procesos biológicos o psíquicos generada por transformaciones negativas a partir de las cargas laborales del trabajo (A. C. Laurell, 1977).

En su tesis doctoral, Laurell demuestra el fenómeno de desgaste en los trabajadores de la siderúrgica de SICARTSA (Siderúrgica Lázaro Cárdenas-Las Truchas) en México, al encontrar que sin importar la edad cronológica que tuvieran los trabajadores, aquellos que llevaran más tiempo laborando, tenían mayor posibilidad de presentar diferentes condiciones de salud como enfermedades respiratorias, osteomusculares, psicosomáticas, oculares y de la piel.<sup>32</sup>

Esta investigación no hablará de desgaste sino de expresiones de desgaste, esto debido al corto tiempo de experiencia laboral de los médicos del SSO. Para Laurell existe una proporcionalidad entre el tiempo laborado en un trabajo y los fenómenos negativos a la salud física o psíquica (desgaste). A pesar del corto período de experiencia laboral de estos médicos fue posible observar diferentes expresiones de desgaste.

### **Expresiones de desgaste reportadas en la encuesta individual**

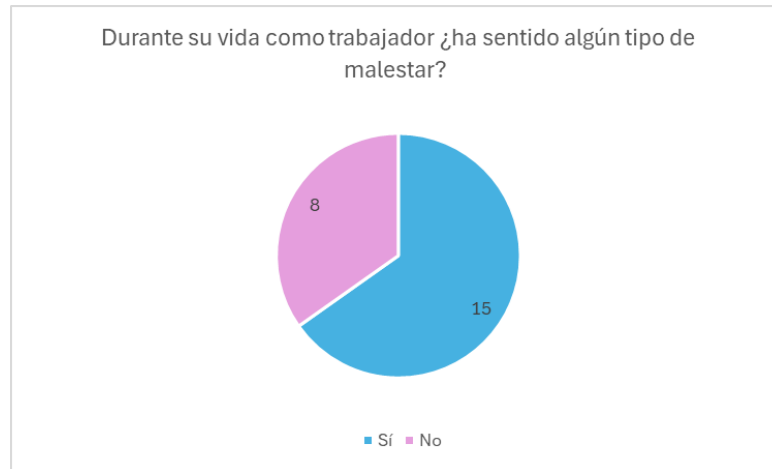
En la encuesta individual, las preguntas 21 y 22 indagaron por expresiones de desgaste. La primera: durante su vida como trabajador ¿ha sentido algún tipo de malestar? ¿Sí/No?, ¿Cuál? / ¿Cuándo? Podría por favor ser específico. La segunda: ¿Usted cree que ese malestar puede atribuírsele a su trabajo? ¿Sí/No? Podría por favor ser específico y explicar el porqué.

---

<sup>32</sup> Si quisiera revisarse algunas de las evidencias que llevaron a Laurell a generar estas conclusiones, se recomienda al lector retomar el capítulo 1 y el apartado 1.4.4. Algunas investigaciones que han usado el MOI y el concepto de desgaste.

Las respuestas que se obtuvieron fueron las siguientes:

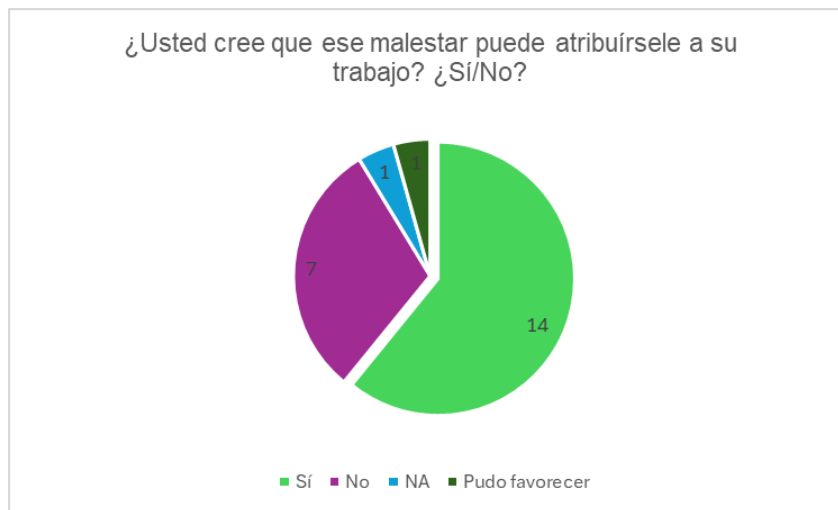
Figura 14. Frecuencia de respuestas Durante su vida como trabajador ¿ha sentido algún tipo de malestar?



Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en la anterior figura, 15 (65,2%) médicos del SSO reportaron algún malestar secundario al trabajo. 8 (34,7%) de 23 médicos del SSO señalaron no tener ningún malestar físico secundario al trabajo.

Figura 15. Frecuencia de respuestas para la pregunta: ¿Usted cree que ese malestar puede atribuírsele a su trabajo? ¿Sí/No?



Fuente: Elaboración propia

Del total de la población encuestada, 14 médicos (61%) del SSO contestaron que sus síntomas y/o malestares podían atribuírsele a su trabajo, 7 (30,4%) médicos refirieron que no, 1 médico (4,3%) dijo que tal vez y otro (4,3%) consideró que no aplicaba. Más de la mitad de los médicos del SSO encuestados relacionaron sus síntomas y/o malestares a su trabajo.

Con respecto a la frecuencia de expresiones de desgaste en los médicos y médicas del SSO discriminadas por sexo se evidenció lo siguiente:

Tabla 19. Expresiones de desgaste por sexo

Expresiones de desgaste	Sí	No
Hombre	6 (26,1%)	2 (8,7%)
Mujer	9 (39,1%)	6 (26,1%)

Fuente: Elaboración propia

El desgaste fue más frecuente en las mujeres (39,1%) con respecto a los hombres (26,1%). Empero, al revisar con respecto al total de hombres participantes (que fueron 8), el 75% del total refirió presentar alguna expresión de desgaste, mientras que, para el total de las mujeres, el 60% señaló alguna haber tenido alguna expresión de desgaste.

En cuanto a la especificidad de los síntomas y las expresiones de desgaste, estas se exponen en la siguiente tabla.

Tabla 20. Expresiones de desgaste en los médicos del SSO de la Subred Sur

Número de participante	Durante su vida como trabajador ¿ha sentido algún tipo de malestar? ¿Sí/No?, ¿Cuál? / ¿Cuándo? Podría por favor ser específico.	¿Usted cree que ese malestar puede atribuírsele a su trabajo? ¿Sí/No? Podría por favor ser específico y explicar el porqué	En caso afirmativo en la anterior respuesta, ¿Cuánto tiempo llevaba trabajando cuando este apareció? (Favor escribir los meses)
P1	Si, dolor e inflamación en articulaciones de la mano derecha	Si	3

Número de participante	Durante su vida como trabajador ¿ha sentido algún tipo de malestar? ¿Sí/No?, ¿Cuál? / ¿Cuándo? Podría por favor ser específico.	¿Usted cree que ese malestar puede atribuírsele a su trabajo? ¿Sí/No? Podría por favor ser específico y explicar el porqué	En caso afirmativo en la anterior respuesta, ¿Cuánto tiempo llevaba trabajando cuando este apareció? (Favor escribir los meses)
P2	No	No	0
P3	Cefalea y nauseas	si ya que a veces no me da chance de comer	2
P4	Migraña, espasmos musculares, rinofaringitis a repetición, otitis y amigdalitis (contaminación ambiental por curtiembres) crisis de ansiedad y algunos síntomas afectivos en relación al burnout	sí, hay múltiples factores ambientales como la contaminación del sector, adicionalmente el estrés diario por el trato con los pacientes, hay mucha agresión verbal, insultos, amenazas, mal ambiente laboral.	6
P5	No	na	na
P6	No	No	na
P7	Si tuve ansiedad	Porque tenía presión de no atrasarme	2
P8	No.	No.	na
P9	Sí, ansiedad	Sí, presión por tiempo y metas	2
P10	Sí, malestar físico derivado de mi patología lumbar de base, malestar psicológico y emocional derivados de la distancia de mi familia, estrés por la jornada y carga laboral, además por la inseguridad que siento por la ubicación de mi sitio de vivienda y trabajo.	Sí, físicamente porque debo permanecer en una misma posición por tiempos prolongados y eso afecta mi salud, y emocionalmente la carga laboral.	2
P11	Ansiedad, astenia, adinamia	Si, carga laboral, tiempo de desplazamiento	5 meses
P12	Si neumonía, nefrolitiasis	Neumonía si por exposición a pacientes con infecciones respiratorias	4 meses
P13	Si, alta carga mental tras un continuo de días trabajando, 25 días sin compensatorios ni descansos por déficit de médicos en la unidad	Si, cada día que pasaba en el trabajo sentía mayor cansancio, aburrimiento y ganas de no atender a más pacientes	3
P14	Si, ansiedad y Burnout.	Si. Por la carga laboral y de productividad	4
P15	Ansiedad, agotamiento, baja motivación para continuar con el trabajo	Si	3

Número de participante	Durante su vida como trabajador ¿ha sentido algún tipo de malestar? ¿Sí/No?, ¿Cuál? / ¿Cuándo? Podría por favor ser específico.	¿Usted cree que ese malestar puede atribuírsele a su trabajo? ¿Sí/No? Podría por favor ser específico y explicar el porqué	En caso afirmativo en la anterior respuesta, ¿Cuánto tiempo llevaba trabajando cuando este apareció? (Favor escribir los meses)
P16	disfonía, dolor de cabeza, vértigo, ansiedad	Si, muchas veces la ansiedad se derribaba de atender pacientes agresivos sin un protocolo establecido.	6 meses
P17	No	No	na
P18	Si, desgaste emocional y físico relacionado con el corto tiempo de consulta y la monotonía	Si, dado que consulta externa no es el ámbito de mi predilección, por lo que soy más propenso a sentir agotamiento	2
P19	No	No	No
P20	Si, me sentí bastante estresada, con dolor en la espalda a diario	Si, tuve una muy mala experiencia en USS Manuela Beltrán porque la jefe de centro tuvo actitudes desagradables solo por el hecho de ser de servicio social obligatorio	A los 4 meses de estar trabajando sentí un presunto acoso laboral
P21	No	No	No
P22	Dolor de espalda. Temblor. Preocupación excesiva. Todo el tiempo.	En parte.	2
P23	No	No	No

Fuente: Elaboración propia

De los encuestados, 7 (30,4%) contestaron haber experimentado ansiedad en algún momento de su experiencia laboral como médicos del SSO, y 4 (17,4%) atribuyeron este síntoma físico a la presión por no retrasarse, al cumplimiento de las metas y a la productividad exigida por la Subred. Un médico relacionó la ansiedad con la atención de pacientes agresivos.

Además, 3 (13,04%) médicos reportaron dolores de cabeza (cefalea y migrañas) y lo asociaron al estrés y a las condiciones ambientales del lugar de trabajo. 4 (17,3%) médicos reportaron tener espasmos musculares o patología osteomuscular, uno de ellos con esta patología de base que se exacerbó por las largas horas en la misma posición, y otro con la presencia de este malestar diariamente.

Dos médicos (8,6%) manifestaron tener expresiones del SBO. Asimismo, 2 (8,6%) médicos refirieron estrés y lo relacionaron con la carga laboral, la inseguridad del sitio de trabajo y la presión ejercida por sus jefes. Otros 2 (8,6%) médicos señalaron tener agotamiento y escasa motivación para continuar atendiendo pacientes. Entre otros malestares destacan: dolor e inflamación en las articulaciones de la mano, que podrían explicarse por el uso constante del teclado del computador y el exceso de pacientes; infecciones respiratorias de vías altas y bajas (neumonía), que un médico atribuyó a la contaminación ambiental de los sitios donde trabajan o a los pacientes sintomáticos respiratorios; malestar psicológico y emocional por estar lejos de la familia, reportado por una médica; ansiedad, astenia y adinamia asociados a la carga laboral y a los tiempos de desplazamiento a la USS, síntomas compatibles con el diagnóstico clínico de depresión mayor o también de SBO, señalados por otra doctora; desgaste emocional y físico por el tiempo de consulta y el trabajo repetitivo, manifestado por otro médico; una médico/a refirió haber presentado disfonía, fácilmente relacionada con el ejercicio clínico de hablar constantemente con los pacientes para establecer un diagnóstico. Y finalmente, un galeno/a señaló que tenía: preocupación excesiva todo el tiempo.

A su vez, 6 de los 23 (26,1%) participantes señalaron que el período de tiempo en el que se dieron las expresiones de desgaste fue hacia los 2 meses de encontrarse laborando, y 3 (13,04%) dijeron que el desgaste inició a partir del tercer mes de trabajo. Respuestas que llaman la atención porque son un período de tiempo corto luego de haber iniciado el SSO.

El doctor Mauricio Babilonia señalaba lo siguiente referente al diagnóstico y manejo de SBO por parte de su ARL:

*[...] Eso fue a los cuatro o cinco meses. Llegó por la ARL, no por la Subred. Una encuesta, un Google forms, para detectar Burnout. La respondí. Me salió que sí, clasificaba como Burnout. La Subred, nada, bienestar no dijo nada, eso era siempre pues la ARL. Bienestar nunca ha mencionado la palabra Burnout ni se ha interesado en eso. La ARL dijo: hey, detectamos en el Google Chrome que tienes riesgo de sufrir de Burnout, entonces te vamos a programar unas sesiones virtuales este día y este otro. Era como por decir un martes y otro un miércoles. Uno era como a las 9:00 de la mañana y otro como a las 14:30 h de la tarde. Yo estoy aquí de 7 a 4, no tengo el tiempo y claramente no me van a bloquear la agenda para esas reuniones. Escribí muy bien, muy cordial a la ARL, tengo problemas porque mi horario es tal, ¿En qué horario*

*o qué otra opción podría yo conectarme porque sí me interesa? Nada, ahí, sé quedó... yo creo que, si en algún momento ellos llegan a decir, si yo llego a tener algún problema o algo así, ellos dicen: ah sí, sí lo detectamos y sí lo programamos, pero él no asistió.*

*C.G.: No asistió. Lavarse un poco las manos ahí con el.....*

*DMB: Total. Con decirle sí se programó, pero él no asistió [...]*

En este testimonio se corrobora como a pesar de que la ARL hace una detección de una enfermedad laboral, no hace nada para manejarla. Tampoco informa nada a la Subred con respecto a que uno de sus trabajadores podría estar presentando una patología de origen laboral.

Con los resultados de la encuesta individual es posible afirmar que el 65,2% de los médicos del SSO ha presentado alguna expresión de desgaste en su experiencia laboral. Además, que el 61% de los médicos atribuyen sus malestares a su trabajo (a las presiones por tiempo, por metas, por productividad, por la carga laboral, por la falta de descanso, a los pacientes agresivos y a la mala relación con sus jefes). Preocupa que médicos recién graduados, con escasos meses de experiencia laboral, reporten tempranamente toda esta sintomatología secundaria a su trabajo. Preocupa que al 30% de la población de esta investigación su trabajo le haya generado ansiedad. Preocupa que algunos de estos médicos encuestados hablen de monotonía, agotamiento, desgaste emocional, físico y falta de ganas para atender a sus pacientes, síntomas claros de una pérdida o disminución de su vocación.

Si este trabajo hubiese hecho uso del enfoque epidemiológico clásico, muy probablemente se hubiese quedado corto al explicar las causas de este. Tal vez se hubiesen encontrado algunas prevalencias de SBO en alguna de sus tres esferas de evaluación: despersonalización, falta de realización personal y agotamiento emocional, no obstante, las causas que favorecían la presencia de este síndrome no se habrían elucidado. En cambio, al usar el enfoque de desgaste es posible afirmar que la productividad exigida por la Subred, sumada a las condiciones laborales son los causantes de la presencia temprana de estas expresiones de desgaste.

Prende todas las alarmas esta situación, ya que estamos ante una población de trabajadores jóvenes con toda una vida laboral por delante, pero quienes desde sus inicios

empiezan a presentar afectaciones a su salud debido a su profesión. ¿Cómo prevenir este escenario? Esto se profundizará en el capítulo final de conclusiones y recomendaciones.

### **Expresiones de desgaste reportadas en las entrevistas individuales**

Esta categoría estuvo presente en todas las entrevistas individuales. Uno de los testimonios más interesantes relacionados a expresiones de desgaste y pérdida de la vocación fue el del doctor Mauricio Babilonia. En el relato que se presenta a continuación, el doctor narra cómo traspasó sus límites éticos como profesional debido a la constante presión administrativa.

*[...]Mhm. No sé. Lo más difícil, lo más difícil, yo creo que ha sido pelear, pelear contra la marea, contra esas cosas. Y pelear conmigo mismo porque muchas veces, o sea, en los momentos del rural que me he sentido más estresado y más agobiado por todo en general, digo: uy marica hay momentos en que no me reconozco. Momentos en que he devuelto pacientes. Entonces que, por 2000 cosas de la vida, del día, me han sacado la piedra y he tratado mal a los pacientes; y hay momentos en que he traspasado mis límites éticos, hay pacientes que he atendido sin ver. O sea que el viejito que no puede caminar y eso, y lo ven y alguien le dijo: no a la próxima venga y eso se reformula así solo. No. Yo no estoy de acuerdo con eso. Y les escribo, le he dicho a mis jefes, varias veces me ha pasado y la respuesta de la médica familiar es: como es un paciente crónico tiene que tener el medicamento, entonces fórmalo a ciegas. No, no estoy de acuerdo con eso, pero por cosas administrativas, me ha tocado hacerlo. Por demostrar mi punto de que no se necesitan extras, me ha tocado devolver pacientes. Por sobrecarga laboral, emocional, por estrés, he tratado mal a los pacientes acá... Es estrés de que las cosas no funcionan como deberían. Hay tantas cosas que funcionan mal. Que los pacientes no se ven a tiempo, que los pacientes dejan de venir a los controles porque no hay citas o de que los vea un especialista, y hay especialistas que, jueputa, parece que les hubieran regalado el título en algún lado, que están mal manejados o también hay pacientes que son groseros con uno. Eso. Lo administrativo de que no estoy cumpliendo, de que, si me voy del tiempo, me quito mi hora de almuerzo, o sea, si yo me atraso, soy yo el que manejo mi tiempo y me quedo sin almorzar. Son muchas cosas, son muchas cosas que lo llegan hasta desarmar...en días y en momentos específicos. Desde que me peleé y desde que no volví a ver extras, la verdad, sí estoy viviendo más tranquilo [...] Entrevista al doctor Mauricio Babilonia.*

En este relato realizado por el doctor Mauricio Babilonia es posible evidenciar como el galeno le atribuye a la sobrecarga laboral su estrés, la pérdida de su salud mental, con una complicación tan grave que como él mismo la señala, “*he tratado mal a los pacientes*”, afirmación que denota su sinceridad y capacidad de autorreflexión, pero que además va en contravía de los principios de la profesión de medicina que tiene ver con el cuidado y el cuidado es tratar bien, estar atento al bienestar del otro. Situaciones que como él mismo señala, que por momentos no se ha reconocido y la presión ha sido tanta que lo ha llevado a comportarse de esa forma. Con respecto a Mauricio Babilonia es importante aclarar que: siempre saludaba y miraba a los ojos a todos sus pacientes, se presentaba con su nombre completo, los escuchaba primero para después preguntar, le explicaba a profundidad las medicinas que debían tomar, sus respectivas dosis y para que servían cada una de estas. Todo lo hacía con sustento clínico actualizado, ya que como también mencionó en la entrevista, se estaba preparando para presentarse a la especialidad de medicina interna por lo que estudiaba tres horas todas las noches.

La presión, la sobrecarga laboral que a veces se impone a los médicos del SSO es tan grande, que incluso los médicos más humanos terminan dando un trato deshumanizado a sus pacientes.

La doctora Petra contaba lo siguiente que se catalogó como expresión de desgaste:

*[...]JCG: Chévere eso que tengas buen ambiente laboral. Quiero retomar eso último que dijiste con el tema de que hablábamos también durante la consulta, donde me señalaste que pediste un día de descanso, de permiso porque te sentías un poco saturada y en algún momento me dijiste desgastada.*

*Doctora Petra: Sí, de hecho, eso fue en ese mes que no tuve sistema, yo te comentaba, yo ya estaba muy cansada, es desgastante porque es volver a pasar la historia, volver a hacer un formato, volver a colocar los datos del paciente, volver a hacer toda la formulación. Incluso muchas veces yo lo que hacía era llevarme el trabajo a mi casa, o sea, para salir, digamos, a la hora que tenía que salir para no salir tan tarde, porque no vivo tan cerca y pues salir sola 6 o 7 de la noche, pues no, para mí no era una opción, entonces era llevarte las historias clínicas a la casa, terminarlas, llegar un poquito más temprano para poder imprimir y entregar, entonces ya ese mes fue eterno, yo ya estaba cansada, yo dije no, no me siento bien y ahí fue cuando decidí pedir como el día, porque pues realmente lo necesitaba.*

*CG: Y me comentaste que también de pronto sucedían pequeños errores con los pacientes.*

*DP: Claro porque entonces ya uno se saturaba y, por ejemplo, eran errores de concentración, cuando ya, por ejemplo, veía, tenías, no sé, 5 pacientes encima... presionándote, el de adentro diciéndote una cosa, preguntándote 20 cosas, tu concentrado en las 20 patologías que le estabas viendo y de pronto se te olvidaba una cita con optometría, se te olvidaba...no sé mandarlo con X o Y especialista, eran errores pequeños, pero que uno si uno se pone a hacer como una evaluación retrospectiva pudo haber sido, digamos, un mal error de formulación o por ver rápido, en seleccionar el medicamento adecuado. Incluso una vez me paso, no fue nada grave porque pues realmente fue como la presentación del medicamento en cuanto a la dosis, sino había dos códigos y los dos códigos son el mismo medicamento, pero uno sabe que solo hay disponible uno, se me pasó y entonces me tocó volver a ver al paciente, arreglar la orden, entonces, ahí fue cuando dije como bueno, tal vez ya hay que, de pronto parar un poco tanto el ritmo, descansar y ahí ya otra vez [...] Entrevista a la doctora Petra.*

Acá se puede ver otra clara expresión de desgaste por el trabajo. Cuando se planteó esta investigación, una de las hipótesis presentadas a priori era que la sobrecarga laboral podría generar errores en el ejercicio profesional de los médicos del SSO. Este apartado confirma esta hipótesis previa y demuestra cómo el exceso de trabajo amparado en la productividad hace que la doctora Petra olvide formular y remitir a sus pacientes a ciertas especialidades. La doctora Petra también es una médica muy sincera, reconoce que ninguno de sus errores fue una falta grave, no obstante, ¿estarán exentos los médicos del SSO de la posibilidad de cometer errores graves en el manejo de sus pacientes secundarios a la sobrecarga laboral?

Relacionado a expresiones de desgaste, el doctor José Arcadio daba el siguiente testimonio:

*[...]Doctor José Arcadio: Sí pues, de hecho, en la salud mental los diagnósticos siempre son como muy flexibles y he tenido ese, ansiedad generalizada, personalidad limítrofe y bueno, un montón.*

*CG: ¿Sientes que el trabajo te llevó a tener una recaída?*

*DJA: contribuyó, por sí solo no, contribuyó, pero también mi situación familiar que es bastante compleja y económica también entonces fue una combinación de todos los factores y de una mala gestión de mi parte, eso está claro que pues derivó en esa consulta a urgencias y en la incapacidad por dos 2 días creo que fue.*

*CG: ¿Cómo te sientes ahora con ese problema? ¿Lo estás abordando? ¿Estás recibiendo?*

*DJA: Sí, sí, señor, estoy teniendo mis terapias particulares, tomando el medicamento ya pues, de hecho, la semana pasada pedí permiso acá para asistir a una consulta médica por mi EPS donde me mandaron los antidepresivos, entonces ahí me he ido otra vez recomponiendo [...] Entrevista al doctor José Arcadio.*

En esta narración el doctor José Arcadio señala que tuvo una recaída de su condición de salud mental de base y que el trabajo favoreció esta recaída, no completamente, pero si contribuyó. También se puede observar cómo José Arcadio se responsabiliza en parte de lo sucedido, situación muy en la línea del SBO, en donde la responsabilidad de aparición de este síndrome recae más sobre el individuo que sobre las condiciones sociales y laborales que el mismo tiene.

El doctor Gastón refería lo siguiente relacionado a expresiones de desgaste:

*[...]Llevo tres semanas de intra<sup>33</sup> completamente. Prácticamente tuve dos días de extra<sup>34</sup> que vino mi compañera, que fueron los últimos días de mi compañera y ya. Pero ya quedé de intramural, y que siempre se ha sentido un poquito más pesado por...hay días...lo que siempre decimos con mis compañeros, tenemos días de días. Hoy fue uno de esos días, ya creo que hoy llevo 2 días en esta semana que me ha tocado desde la madrugada y seguir de largo. Entonces a veces uno tiende a cansarse en estas situaciones y sobre todo porque ya llevas muchos días acá adentro, y uno tiende como, tiendes como más a aburrirte, a cansarte mentalmente en esas situaciones... Después de que me empecé a acoplar que yo le pongo en las dos primeras semanas, ya, convivir con la gente, las personas que viven aquí en la unidad, acostumbrarse a la población, acostumbrarse a cómo son las demandas de la población, listo. Viene*

---

<sup>33</sup> Intra es trabajo intramural, atención de pacientes dentro de la USS, urgencias y consulta externa.

<sup>34</sup> Extra es de trabajo extramural, visitas a las casas de los pacientes en el área rural para consulta de pacientes crónicos y entrega de medicamentos.

*una segunda parte en la que yo digo: listo, ya conozco como es la dinámica de la unidad o creo conocer como la dinámica de la unidad, como tienen que manejarse los pacientes, como tiene que tratarse...yo digo, bueno, me acostumbré a esta dinámica, me acostumbré a esto, y viene la segunda parte que ya es como este tipo de eventos, no. Creo que es la segunda ocasión que en estos cuatro meses que tengo que quedarme más de una semana porque generalmente nos quedamos una semana once por tres, once días de trabajo y descansamos tres. Es como la dinámica cuando uno está de intra. Es la segunda ocasión que ya paso más de dos semanas en la unidad, entonces tiendes como hacia el aburrimiento, es lo que yo he referido, porque Nazaret es un pueblito muy chiquito, no tengo mucho en qué distraerme y los fines de semana es terrible porque el jueves, hoy, hoy se va todo el mundo. Eso es como un ambiente diferente porque al menos entre semana tú ves gente, no sé, interactúas o hay ocasiones como de charlar. Pero el fin de semana quedas como el médico, la jefe, el vigilante y ya... porque se siente, se siente cansado, me siento, me tiendo a cansar. En días como estos, en los que uno se está de largo, uno tiende a cansarse más... No tenemos descansos adecuados. Lo que yo digo, la gente, el resto de personal, a excepción de la jefe y mi persona, tiene su horario, pues están como de 8 a 5 y bueno se van, pero nosotros estamos 24 horas a lo que llegue, entonces sí, ellos empiezan su jornada y bueno, está bien, yo digo como: que bueno, yo quisiera descansar un rato, ellos ya pudieron hacerlo, pero yo no lo puedo hacer. Igual, yo entiendo que ya es, ya es su jornada normal y todas esas cosas, pero digamos que no tenemos un espacio para descansar adecuado cuando se puede [...] Entrevista al doctor Gastón.*

El doctor Gastón como fue señalado previamente, es uno de los médicos de Sumapaz. Es oriundo de la ciudad de Pasto y señala que por momentos tiene sentimientos de desarraigo, ya que conoce a muy pocas personas en donde está realizando el SSO y esto le dificulta compartir y evitar aburrirse. Y esta es una situación de la que se habla poco relacionada a los médicos del SSO. Pocos están acostumbrados a la vida en la ruralidad, muchos dejan sus hogares y círculos sociales de confianza para realizar el SSO por lo que tienen dificultades de adaptación y escasa red de apoyo. Algo que se piensa poco por parte de las instituciones que los contratan y que les realizan ciertas exigencias. Además, siente agotamiento por la sobrecarga laboral y el exceso de horas extra porque no ha tenido ningún médico que lo reemplace.

Además, en el apartado anterior, el doctor Gastón relata cómo la sobrecarga laboral debida al doblaje de su turno y a la disponibilidad 24/7 le ha generado cansancio mental, pérdida de sus funciones cognitivas completas secundaria a las jornadas largas y a como el mismo

señala, “*falta de descanso*”. Un testimonio más que hace referencia a expresiones de desgaste.

Por otro parte, el doctor Aureliano Buendía decía lo siguiente:

*[...]Siento que el trabajo de consulta externa es muy, aparte de ser desgastante, es muy menospreciado, por decirlo así, entonces la gente ve que el hecho de estar sentado acá, trabajando, parándose, yéndose a un lado, hacia el otro, muchas veces siento que hasta los familiares de uno no entienden de pronto... en su no saber de cómo es la consulta externa, de que uno gana, y me lo han dicho pacientes, uno gana por estar acá sentado y no solamente estar acá sentado, es estar pensando, estar examinando, corra pa un lado, corra pal otro, haga y deje hacer. Y siento yo que la labor de consulta externa es muchas veces menospreciada con respecto a la labor asistencial intrahospitalaria. Ay no, consulta externa, no, eso allá no se hace nada. Y a mí me parece, digamos, que he tenido la experiencia de estar en las dos, estar en hospitalización y consulta externa, me parece más pesado consulta externa [...]*

Entrevista al doctor Aureliano Buendía.

De antemano el doctor Aureliano señala que el trabajo de consulta externa es desgastante, agotador, le genera cansancio físico, pérdida de sus funciones corporales físicas basales. En este testimonio relata y denuncia además que muchas personas en el campo de la salud menosprecian la labor de consulta externa, a pesar de que es agotadora y vital en el ámbito hospitalario. Para un sector importante de trabajadores de la salud y del campo biomédico, la consulta externa no es un ámbito resolutivo, no es un espacio donde se le solucionen los problemas a los pacientes, es por esto por lo que se menosprecia. Esta afirmación no está presente en la grabación de la entrevista de Aureliano, pero esto si fue mencionado por fuera de registro. En el campo de la salud, algunos profesionales veneran y respetan más las especialidades quirúrgicas y las intervencionistas (cirugía general, neurocirugía, medicina de emergencias, entre otras) sobre especialidades médicas que no intervienen directamente al paciente, sino que lo hacen mediante terapias o medicamentos.

La doctora Fernanda ya había señalado anteriormente que el estrés generado por la consulta de pacientes crónicos le produjo una crisis migrañosa. Casi que no le autorizan ir a urgencias por este malestar.

Finalmente, la doctora Rebeca decía lo siguiente:

*[...]Siento que podría ser peor, entonces no... igual siento que me como que termino muy cansada, entonces ya al final del día llego y quiero es como dormir, pero pues la jornada es agotadora, uno acá se cansa mucho, y aparte lo que hago cuando salgo<sup>35</sup>, entonces como que sí a veces me gustaría sentirme como menos agotada, es como lo único así, que a veces me siento como sobrecargada, hay días que si salgo exhausta, hay días que son muy, muy pesados, pero en general pues me siento bien, o sea, no, no tengo mayor queja... Siento que pues aparte del cansancio físico de madrugar y bueno de lo que implica la actividad física, el lidiar con las personas, como con las personalidades de las personas es muy desgastante porque hay personas que son muy groseras, que no colaboran en la entrevista que no escuchan el interrogatorio que uno les hace en la consulta y como que estar tratando de acaparar la atención del paciente, a veces es agotador, eh... estar con pacientes groseros a veces también es... como algo mental, como algo que uno dice: uy, Dios mío, pero porque, ya como que uno ah... ya deja las cosas así prefiere no ponerse a pelear porque es algo que uno no va a lograr resolver que las personas están con... con actitud de pelea y yo no, nunca estoy en esa disposición, o sea, ya es como no sumercé, no así no, no se puede hacer o ya si llegan y me hablan feo o me tratan mal o eso pues yo como que ah... la actitud de los pacientes como que uno tiene que hacerles o que uno les debe pues hacer las cosas como ellos quieran o como que esa parte me genera mucho malestar y me ha generado bastante conflicto como...y aparte es como ansiedad, o sea, a veces como que me estresa tener un paciente conflictivo, a veces es, para mí es estresante. Yo trato como de mantener la situación bajo calma y no exasperarme y desquitarme con el paciente, también porque sé que tengo todas las de perder en caso tal que yo me ponga a pelear o algo... Bueno lo de confrontar a los pacientes, aprender a manejar al comienzo la ansiedad que eso me generaba, porque si sentía como el malestar físico, la taquicardia, la opresión en el pecho, que me temblaba el cuerpo como enfrentarme a algo que no me había enfrentado sola porque a uno en la o pues en mi pregrado no estábamos tan preparados para salir a trabajar a consulta y yo creo que eso es algo como general, cómo enfrentarme a eso de momento me dio como ansiedad, aprender a confrontar a las personas, no[...]* Entrevista a la doctora Rebeca.

Nuevamente, agotamiento, cansancio físico y emocional, pero sobre todo ansiedad. La doctora Rebeca refiere en este testimonio que su actividad profesional como médica por

---

<sup>35</sup> Al momento de la entrevista la doctora Rebeca salía de su jornada laboral hacia un gimnasio cerca de su casa. Es importante mencionar también que esta doctora residía cerca de su USS para evitar que los tiempos de traslado al trabajo fueran prolongados.

momentos le genera ansiedad. Tratar con pacientes agresivos o complicados, le produce taquicardia, presión en el pecho, temblores.

### **Incapacidades médicas**

Este tema estuvo presente en todas las entrevistas individuales. Aunque, siete de los nueve médicos entrevistados habían tenido incapacidades médicas durante el desarrollo del SSO. En el acápite previo titulado expresiones de desgaste, fueron mencionadas las incapacidades presentadas por la doctora Fernanda y por el doctor José Arcadio. Para la primera, su incapacidad se relacionó con una crisis migrañosa y para el segundo tuvo que ver con una recaída de su enfermedad mental de base. No obstante, en este apartado se mencionaron los relatos relacionados a las incapacidades médicas de los otros participantes.

Esto decía el doctor Aureliano Buendía referente a las incapacidades:

*[...]Dos incapacidades médicas que han cubierto 6 días en total, la primera incapacidad médica fue hace aproximadamente casi 3 meses que fue una incapacidad médica por una infección respiratoria alta, con una neumonía basal...fue la primera incapacidad y la segunda incapacidad fue hace aproximadamente una semana que fue por un cólico renal. Actualmente tengo unos cálculos renales, que pues estamos ahí en seguimiento a eso [...]* Entrevista al doctor Aureliano Buendía.

Por fuera de grabación, y de acuerdo con lo contestado en la encuesta individual, el doctor Aureliano atribuía su primera incapacidad, la infección respiratoria, al contacto constante con pacientes que presentaban esta patología en la consulta.

Relacionado a las incapacidades médicas, el doctor Mauricio Babilona señalaba:

*[...]JCG: Sí, chévere eso, esta experiencia. Doc. ¿has tenido incapacidades médicas?*

*Doctor Mauricio Babilonia.: No.*

*CG: ¿No has tenido nunca? ¿en todo el año ni una?*

*DMB: Incluso ahorita me pasó algo chistoso. Es que, pues yo cumplí ahorita en septiembre. Pedí mí día de descanso y ahorita para octubre, para la otra semana, el 6 y 7 hay un Congreso de Medicina Interna, y el 4 yo tengo el examen de Sanitas. El 6 lo*

*pedí como día de familia, que es un viernes y el 4 pedí mediodía. Obviamente cuando fui a hablar con la jefe ella me dijo: listo estas 4 horitas vienes y empiezas consulta a partir de las 12. Y pues así de normal, yo le dije: jefe, ¿y esas 4 horitas me las pones para el sábado entonces? Me dijo: no fresco, que tu ni has pedido incapacidades ni nada, yo esas 4 horas te las regalo.*

C.G.: *¡Oh claro! ¡Qué belleza! [...]* Entrevista al doctor Mauricio Babilonia.

El doctor Mauricio Babilonia nunca tuvo incapacidades médicas en la realización de su SSO. En el anterior relato confirma nuevamente que el profesional de enlace es quien tiene el control sobre la agenda de los médicos. Como Mauricio Babilonia nunca se incapacitó, esta profesional le “regala” cuatro horas de permiso laboral para que el médico pueda realizar sus exámenes de ingreso a la especialidad. Es un regalo, más no entra dentro de sus derechos laborales la solicitud de permiso laboral para cumplir su proyecto de vida como profesional en medicina.

El doctor José Arcadio refería una incapacidad diferente a la de su enfermedad mental.

José Arcadio decía lo siguiente:

*[...]Sí, he tenido dos incapacidades. Una fue por un tema, eh...una contractura muscular que tuve en ambos trapecios, creo que fue no, o sea, tengo que ser honesto, no creo que haya sido derivada del estrés sino fue un entrenamiento, un ejercicio que hice mal en el gimnasio, me incapacitaron dos días. Y lo otro fue sí fue una cuestión emocional, eh...no sé si más adelante haya espacio para eso...ah bueno ahora me paso para eso, pero pues yo tengo antecedentes psiquiátricos, entonces fui a... donde mi psiquiatra que siempre me ve por mi EPS y me dio una incapacidad dos días también por depresión en el momento[...]* Entrevista al doctor José Arcadio.

Según José Arcadio, la primera incapacidad fue por un mal ejercicio en el gimnasio. La segunda fue una recaída de su proceso mental de base, en la que el trabajo pudo contribuir en una parte.

El doctor Gastón negó haber tenido alguna incapacidad a la fecha de la entrevista.

La doctora Remedios señalaba lo siguiente con respecto a las incapacidades:

*[...]Sí, sí, como te decía tuve el problema de la columna y el diagnóstico, ya las protrusiones fue ahora que estuve acá en Bogotá porque pagué una resonancia*

*particular, antes de eso solo sabía que tenía una rectificación, no me estaba molestando la espalda, me incapacitaron por 4 días, yo estuve, me acuerdo que era en julio estaba sola porque era fin de semana y el otro rural ya no estaba, ya me estaba doliendo la espalda, pero pues podía moverme, simplemente era el dolor y estaba sentada en el consultorio, giré la cintura, sentí un chasquido en la columna y no me pude parar, o sea, no me pude parar.*

*CG: Quedaste inmovilizada ahí.*

*DR: sí, por completo y ahí una paciente pasó una queja porque no la atendí porque estaba así. El caso es que un médico de ambulancia que estaba, pues ya llevaron una tabla y me pasaron de ahí a camilla porque no me podía parar ni porque lo intentara, no más. Ese fin de semana yo estaba tan mal, yo si quería que salir para acá para Bogotá, pero la respuesta fue que no hay quien me vaya a reemplazar que aguante hasta el lunes, entonces efectivamente, pues me quedé hasta el lunes ese fin de semana. El médico que estaba en ambulancia me ayudó igual, afortunadamente no hubo pacientes. Hubo creo que uno o dos pacientes que fueron por urgencias por cosas pequeñas. Y el médico de la ambulancia me ayudó con eso. Y si hubo una consulta externa que fue de ese viernes que a pesar de todo la atendí, casi que llorando de verdad en el consultorio porque la escuché por allá molestando que con lo de la queja y no sé qué y aun así pasó la queja, que no era paciente, que iba a pedir un certificado para un paseo<sup>36</sup>[...]. Entrevista a la doctora Remedios*

Según lo referido en estas entrevistas, y de acuerdo con la discutido con el médico ocupacional de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Subred, por la patología lumbar que tenía la doctora Remedios, ella fue trasladada de San Juan (Sumapaz) a una USS en la ciudad de Bogotá, como lo mencionó anteriormente en el apartado “mala relación con los jefes”. Para evitar complicaciones de su patología osteomuscular, la Subred la reubicó evitando que esta se expusiera a malas posiciones o riesgos de caídas en el trabajo extramural que realizaba en Sumapaz. La médica no quería el traslado, tampoco le preguntaron si quería hacerlo. A su vez, a pesar de encontrarse en una situación incapacitante, la Subred no pudo gestionarle un reemplazo cuando presentó síntomas

---

<sup>36</sup> Esta paciente a la que se refiere la doctora Remedios no iba por una cita médica, consultó para solicitar un certificado médico en el que se señalara que no tenía ninguna condición infecto-contagiosa que la impidiera realizar un viaje.

agudos de su enfermedad de base, casi que la obligó a que terminara el turno a pesar de que no se podía mover.

La doctora Fernanda en el apartado de expresiones de desgaste señalaba una incapacidad por una crisis migrañosa la cual le había generado una discusión con su profesional de enlace. No obstante, Fernanda mencionaba en la entrevista individual que también tuvo una incapacidad médica por una cistitis que la incapacitó por tres días. En el apartado de horarios de descanso establecido, Fernanda se quejaba que en ocasiones no tenía tiempo ni de ir al baño. Su cistitis tal vez pudo ser una consecuencia de esta situación.

La doctora Petra decía lo siguiente relacionado a las incapacidades:

*[...]CG: Chévere, sí. ¿has tenido alguna incapacidad médica?*

*Doctora Petra: Bastantes, pues no bastantes, pero tuve una, una vez que me intoxicqué, otra gastroenteritis y un cólico renal*

*CG: Tres incapacidades más o menos cuántos días.*

*DP: Nunca ha sido más de uno o dos días, máximo tres días en seis meses, tampoco ha sido tanto[...]. Entrevista a la doctora Petra.*

La doctora Amaranta señalaba lo siguiente:

*[...]Sí, he tenido incapacidades...Tuve, nada, bueno al inicio tuve porque, eso fue una bobada, me dio una tendinitis en el pie. Porque salí corriendo a coger el bus y luego no podía pararme, o sea, no podía caminar bien. Pero fue como 2 días...La que más se justifica por el trabajo, fue que duré como dos meses enferma. Me daba cada rato gripa, gripa, gripa, gripa, hasta que me dio una otitis. Yo jamás en mi vida había tenido una otitis, jamás, yo pensé que era amigdalitis porque también tenía placas. Y mis hermanos, pues, aunque ellos viven enfermos porque están en el jardín, ellos no estaban así. Y, entonces yo empecé a tomar antibiótico, esos dos meses, tomé mucho antibiótico. Porque que placas y yo intentaba que no me dolía, hasta que me tocó que ir a urgencias y esa experiencia fue terrible. Porque en, obviamente no era una urgencia, pero me dolía mucho. Yo sentía que el oído se me iba a estallar. Fui a prioritaria. En prioritaria de Sanitas, me dejan esperando ocho horas...Y ahí fue cuando me dieron tres días, sí. Me incapacité porque obviamente en San Benito, yo estaba en el segundo piso. No hay un teléfono, no hay un citófono, no hay nada para llamar al paciente. Le toca a uno gritar. Y pues al ser un servicio como tan colapsable, ellos hablan, gritan, hacen ruido*

*muchos de ellos ingresan tarde a consulta porque no escuchan cuando uno los llama. Entonces obviamente para mí era imposible pegar el grito. Y me incapacité como un, miércoles, sí, miércoles, jueves, viernes me dieron, sábado y domingo, pues no iba y ya volví el lunes [...] Entrevista a la doctora Amaranta.*

Nuevamente, por las cargas biológicas que tiene en el trabajo al igual que como lo señaló el doctor Aureliano, la doctora Amarante le atribuye esta incapacidad a su trabajo. Tomó además la incapacidad por no tener un sistema de amplificación de la voz en su centro de salud que le permitiera descansar de llamar a sus pacientes a gritos.

Finalmente, es relevante recordar que, en el apartado previo, la doctora Rebeca mencionaba que tuvo una incapacidad por disfonía. Relataba hace unas páginas que esta disfonía pudo ser ocasionado por el uso del habla constante para indagar o comunicar información a sus pacientes.

Cinco de los médicos entrevistados relacionaron su trabajo a las incapacidades médicas presentadas. Estas incapacidades médicas son relevantes. Los médicos del SSO son por lo general una población de adultos jóvenes quienes tendrían poca probabilidad de enfermarse. Contrario a este supuesto, reportaron varias incapacidades.

### **Manejo de las expresiones de desgaste por parte de los médicos del SSO**

Este apartado expondrá el manejo que dan diariamente los médicos del SSO a esta sintomatología y expresiones de desgaste derivadas de su trabajo. Las preguntas 40 ¿Como maneja las incomodidades o síntomas que considera son derivados de su trabajo? y 41 ¿Cómo maneja las incomodidades o síntomas que considera son derivados de su trabajo después del trabajo? de la encuesta individual estaban orientadas a recabar la información relacionada a este tema.

Las respuestas pueden observarse en la siguiente tabla:

Tabla 21. Manejo de incomodidades durante y después del trabajo

Número de participante	¿Cómo maneja las incomodidades o síntomas que considera son derivados de su trabajo durante el trabajo?	¿Cómo maneja las incomodidades o síntomas que considera son derivados de su trabajo después del trabajo?
P1	En las pausas que se pueden hacer cuando un paciente no llega	Descansando
P2	Durmiendo	Durmiendo
P3	respiro profundo e ingiero agua	Durmiendo
P4	Intento realizar tres pausas activas, tomar mi hora de almuerzo completo y no ver pacientes extras en esa hora. Evitar consumo excesivo de café o dulce que me aumente síntomas ansiosos o problemas con el sueño.	Al inicio no podía manejar la ansiedad con el tiempo y ayuda a la terapia por particular he aprendido a manejarlos, sin embargo, persisto con espasmos musculares y problemas en el sueño
P5	Mi gran incomodidad es la parte ergonómica, le doy manejo intentando recostar mis espalda para descansar.	El ejercicio me ayuda a relajar el músculo contraído por mi posición laboral
P6	NA	Con actividades como reuniones fuera del horario laboral
P7	Por la carga	Respirando
P8	No aplica	No aplica
P9	Técnicas de respiración	Distracciones
P10	Trato de tomar pausas activas cuando es posible	Medicamentos y estiramientos
P11	Realmente no se comentan	Hablar con mi pareja y terapia
P12	Callándolos	Medicación ocasional analgésica
P13	Saliendo de la unidad	Saliendo de la unidad
P14	No hay espacio para hacer pausas activas por lo que no se pueden manejar las incomodidades durante el trabajo	Meditando y haciendo ejercicio
P15	Ya me acostumbré, me motiva el saber que ya casi termina mi SSO	Intento descansar lo más que puedo en mi casa, me desconecto de todo lo relacionado al trabajo
P16	Ejercicios de respiración, analgésicos y orar.	Lloro después del trabajo, oro y hablo con mi familia al respecto.
P17	NA	NA
P18	tomando unos segundos para respirar y realizar introspección de los problemas	haciendo ejercicio
P19	Tomo 10 minutos de meditación	Medito durante 20 minutos
P20	Controles médicos y en mi caso psicológicos	Con terapia física
P21	No tengo	No hay
P22	Pausas activas	En terapia
P23	No presentó sintomatología	No presentó sintomatología

Fuente: Elaboración propia

Con respecto al manejo de incomodidades durante la jornada laboral, 4 médicos (14,4%) señalaron en la encuesta individual que las manejaban con ejercicios de respiración. Otro

médico que podría incluirse en el grupo anterior refirió que meditaba. De las respuestas a esta pregunta sobresalen las respuestas: “Callándolas”, es decir callando las incomodidades; “No hay espacio para hacer pausas activas por lo que no se pueden manejar las incomodidades durante el trabajo”; “Ya me acostumbré, me motiva el saber que ya casi termina mi SSO”; “Ejercicios de respiración, analgésicos y orar”; y “Controles médicos y en mi caso psicológicos”.

Referente al manejo de las incomodidades presentadas después del trabajo, 3 médicos (13,04%) contestaban que asistían a terapia psicológica, 2 (8,6%) indicaban el consumo de medicamentos, 2 (8,6%) las manejaban durmiendo, 2 (8,6%) meditaban, 2 (8,6%) hacían ejercicio. De esta pregunta resaltan las respuestas: “Al inicio no podía manejar la ansiedad con el tiempo y ayuda a la terapia por particular he aprendido a manejarlos, sin embargo, persisto con espasmos musculares y problemas en el sueño”; “Lloro después del trabajo, oro y hablo con mi familia al respecto”; y “saliendo de la unidad”.

Al igual que en el apartado de expresiones de desgaste, es alarmante observar cómo los médicos recurren a realizar ejercicios de respiración como manejo preventivo de la ansiedad. Su quehacer diario les genera preocupación y angustia. Pero también, 2 médicos no tienen posibilidad de manejar sus problemas porque los callan o no tienen el tiempo laboral para intentar resolver de alguna forma.

Con respecto al manejo de las incomodidades después de la jornada laboral, es relevante señalar que 3 médicos debieron recurrir a la terapia psicológica para resolver algunas situaciones producidas por el trabajo. Nuevamente, a pesar de ser una población joven (el promedio de edad de los médicos del SSO es de 26 años), 2 galenos recurrían a analgésicos para el manejo de su sintomatología. Uno refirió alivio porque ya estaba ad portas de terminar su SSO. Y finalmente, la angustia por los problemas del trabajo era tan fuerte para una doctora que su forma de resolverla era llorando, rezando y hablando con su familia.

No es posible que médicos que tengan un contrato laboral con todas las prestaciones, que cuenten con departamento de Seguridad y Salud en el trabajo deban recurrir a ejercicios o prácticas individuales para el manejo de los malestares derivados del trabajo. La Subred Sur podría garantizar tiempos para pausas activas, podría tener un acompañamiento psicológico con un grupo de profesionales que siente las cargas psico-sociales derivadas de su trabajo, podría visitar los sitios de trabajo de los médicos del SSO para saber si

cuentan con herramientas ergonómicas de trabajo, podría proponer actividades deportivas o lúdicas extralaborales para mitigar las presiones del día a día en el trabajo. La Subred podría hacer varias cosas, pero en el momento no las hace.

## 5.2 Patrones de recuperación de la fuerza laboral

Los patrones investigados para la recuperación de la fuerza laboral en esta pesquisa fueron dos: El sueño (incluidas horas y calidad de este) y los tiempos de traslado del hogar al sitio de trabajo. Estos últimos con el supuesto de que a menor tiempo de traslado mayor favorabilidad para iniciar el período de recuperación de la fuerza laboral.

El sueño es bien conocido como uno de los medios para reestablecer las funciones físicas y psíquicas corporales (Miró, 2002). Alteraciones en la cantidad de horas de sueño, en el patrón de sueño o en su defecto la presentación de insomnio están relacionadas con problemas para la recuperación corporal y en pro del desgaste.

Los médicos del SSO contestaron la siguiente información relacionada con dificultades para dormir.

Las horas de sueño reportadas por los galenos fueron las siguientes: La media de horas de sueño fue de 6 horas, la mediana también fue de 6 horas, la desviación estándar fue 1,13 horas, el valor máximo fue de 8 horas y el valor mínimo fue de 4 horas y el valor máximo fue de 8 horas. Según el Instituto Nacional de salud de Estados Unidos, las personas mayores de 18 años deberían dormir entre 7 a 8 horas diarias (National Institute of Health, 2022). El promedio de horas sueño de los médicos del SSO (6 horas) es inferior a lo recomendado por este instituto.

Tabla 22 Estadística descriptiva horas de sueño

<i>Estadística descriptiva horas de sueño</i>	
Mínimo	4
Máximo	8
Media	6

Mediana	6
Moda	6
Desviación estándar	1,13
Rango	4

Fuente: Elaboración propia

Cuando se indagó en la encuesta individual por dificultades para dormir, 16 médicos (70%) reportaron problemas en este campo. Esta pregunta fue de opción múltiple con posibilidad de elegir más de una respuesta. Las dificultades se debieron principalmente a angustia y ansiedad y a agotamiento físico.

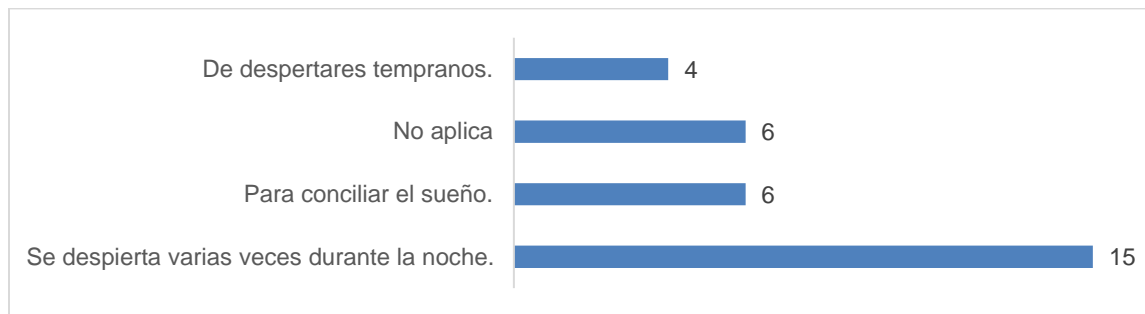
Figura 16. Dificultades para dormir



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los tipos de dificultades para dormir, también fue una pregunta de opción múltiple con posibilidad de elegir más de una respuesta, la principal dificultad reportada fue el despertarse varias veces durante la noche señalada por 15 médicos, 6 refirieron tener problemas para conciliar el sueño.

Figura 17. Tipo de dificultades para dormir



Fuente: Elaboración propia

Relacionado a los tiempos de traslado al sitio de trabajo, estas fueron las respuestas. Es importante señalar que algunos médicos contestaron que les tomaba 0 minutos trasladarse a su sitio de trabajo porque vivían en la misma USS, estos fueron los médicos que laboraban en Sumapaz. Un médico contestó que le toma 240 minutos (4horas), pero se refería al tiempo total que le tomar ir y volver a su casa luego del trabajo. El promedio de tiempo que le tomaba a los médicos del SSO llegar a su trabajo era de 61,08 minutos (1 hora aproximadamente), una mediana de 60 minutos, con desviación estándar de 55,53 minutos, un valor máximo de 240 minutos y un valor mínimo de 0.

Tabla 23 Estadística descriptiva tiempos de traslado

<i>Estadística descriptiva tiempos de traslado (min)</i>	
Total	23
Mínimo	0
Máximo	240
Media	61,8
Mediana	60
Moda	60
Desviación estándar	55,53
Rango	240

Fuente: Elaboración propia

En la pregunta 30 (¿Siente que los tiempos de traslado hasta su sitio de trabajo favorecen la posibilidad de presentar agotamiento al inicio o final de la jornada laboral?) y 31 (¿Siente que los tiempos de traslado hasta su sitio de trabajo favorecen la posibilidad de presentar agotamiento al finalizar la semana laboral?) se indagó por si los tiempos de trabajo

favorecían a presentar cansancio al inicio o final de la jornada laboral y también si favorecían el agotamiento al final de la semana laboral. Es relevante señalar que algunos de los médicos encuestados y abordados en la entrevista individual refirieron haberse mudado a barrios cercanos de su lugar de trabajo para disminuir los tiempos de traslado.

La pregunta 28 de la encuesta individual inquiría por el medio de transporte que usaban los médicos para llegar a su sitio de trabajo.

17 (74%) médicos refirieron hacer uso del transporte público, 4 (17,4%) contestaron que usan Otro medio de transporte, el cual al preguntar en la entrevista individual este otro hacía referencia al uso de plataformas digitales para movilizarse como, por ejemplo: Uber, Cabify, entre otras. 2 (8,6%) médicos señalaron moverse mediante su motocicleta particular

Figura 18.Mecanismo mediante el cual se traslada a su lugar de trabajo



Fuente: Elaboración propia.

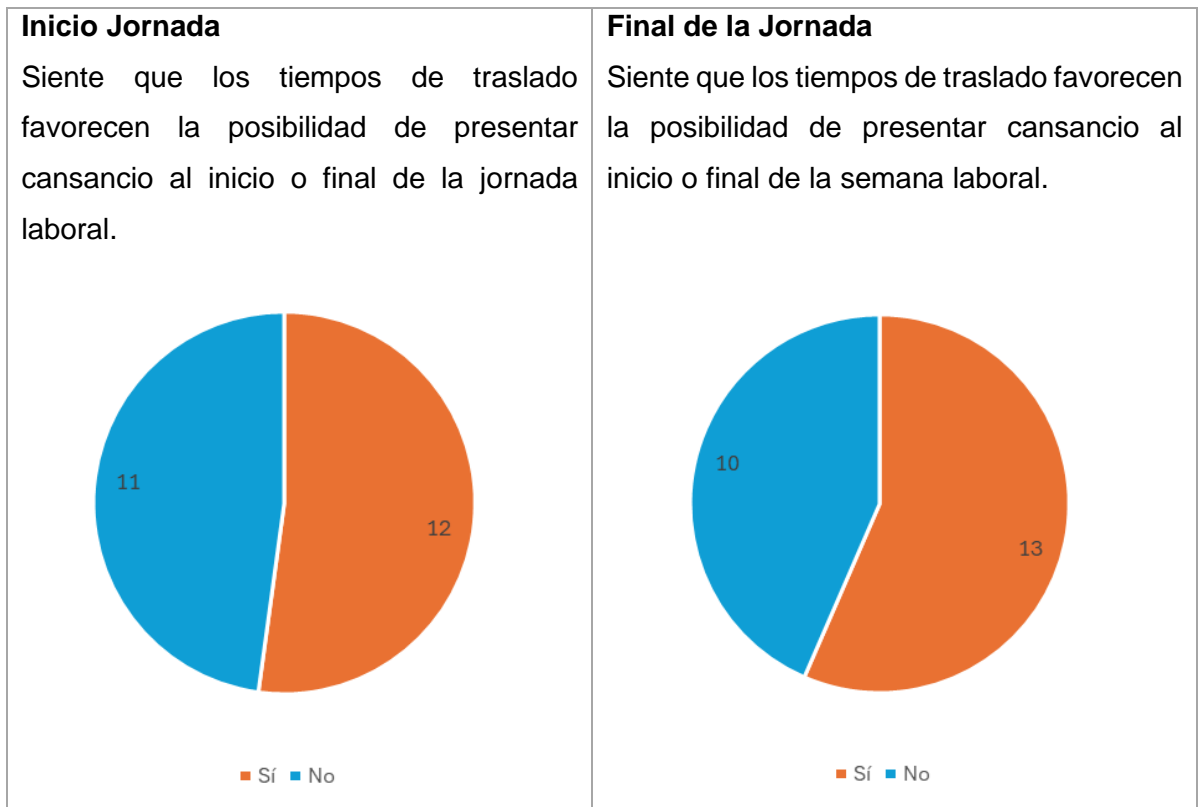
Las respuestas para la pregunta: ¿Siente que los tiempos de traslado hasta su sitio de trabajo favorecen la posibilidad de presentar agotamiento al inicio o final de la jornada laboral? Fueron: 12 médicos del SSO (52,2%) contestaron que sí. 11 médicos del SSO (47,8%) dijeron que no. Más de la mitad contestó que la movilidad en la ciudad le generaba cansancio.

Las respuestas a la pregunta ¿Siente que los tiempos de traslado hasta su sitio de trabajo favorecen la posibilidad de presentar agotamiento al finalizar la semana laboral? Se presentan en siguiente figura. 13 médicos del SSO (56,5%) señalaron que sí. 10 médicos

del SSO (43,5%) dijeron que no. Más de la mitad contestó que la movilidad en la ciudad le generaba agotamiento al finalizar la semana laboral.

No existe una diferencia importante en el cansancio reportado por los médicos secundario al traslado a su trabajo diariamente, con respecto al cansancio generado por el traslado al final de la semana. La diferencia entre el cansancio al final de la semana versus el cansancio diario por el traslado fue de 4,3%.

Figura 19. Tiempos de traslado y relación con agotamiento al inicio y final de la jornada y/o semana laboral



Fuente: Elaboración propia

Con base en los resultados obtenidos tanto de los patrones de sueño como de los tiempos de traslado al sitio de trabajo se construyó la siguiente matriz.

Esta matriz se construyó para conocer la relación entre el tiempo que dedicaban los médicos del SSO a su trabajo (en el que se incluyeron los tiempos de traslado sumados al tiempo de jornada laboral) versus el tiempo de recuperación comprendido como horas de sueño. Como es posible observar en la última columna de la matriz, la relación tiempo de trabajo/horas de sueño es  $> 1$  en 22 de los encuestados.

Solamente en un médico este valor es inferior a 1. Lo que se quiere presentar con esta relación tiene que ver con que estos valores demuestran un desbalance entre el tiempo de trabajo versus el tiempo de recuperación, situación que estaría encaminada a favorecer la presentación de patrones de desgaste como las presentadas en el apartado previo. Es mayor el tiempo que los médicos del SSO dedican al trabajo que el que tienen para descansar.

Tabla 24. Matriz de relación tiempo de trabajo versus tiempo de sueño

Tiempos de traslado (min)	Tiempos de traslado (horas)	Duración de la jornada laboral (horas)	Tiempo dedicado al trabajo y a su preparación	Horas de sueño	Relación tiempo de trabajo / tiempo de sueño (columna 3/5)
30	0,5	9	9,5	7	1,36
30	0,5	6	6,5	8	0,81
180	3	8	11	5	2,2
90	1,5	8	9,5	4	2,38
75	1,25	8,3	9,6	6	1,59
240	4	8	12	6	2
40	0,66	8,3	9	6	1,49
0	0	8	8	7	1,14
15	0,25	8	8,3	5	1,65
30	0,5	8	8,5	4,5	1,89
70	1,16	8	9,2	6	1,53
15	0,25	8	8,3	6	1,38
0	0	8	8	6	1,33
60	1	8,5	9,5	5	1,9
20	0,33	8	8,3	6	1,39
60	1	9	10	6	1,67
60	1	8	9	7,5	1,2
90	1,5	8	9,5	5	1,9
20	0,33	8	8,3	8	1,04
80	1,33	8	9,3	6	1,56
60	1	8	9	8	1,13
50	0,83	9	9,8	7	1,4
90	1,5	8	9,5	5	1,9

Fuente: Elaboración propia

Con base lo presentado en este acápite es posible concluir que los médicos del SSO de la Subred Sur no cuentan con los elementos necesarios para tener buenos patrones de recuperación. Más de la mitad tiene problemas de sueño y el 95% le dedica más tiempo al trabajo que a la recuperación de la fuerza laboral.

Estas dificultades en la recuperación de la fuerza laboral favorecen las expresiones de desgaste señaladas y descritas por los médicos del SSO.

### **5.3 Procesos protectores**

Pero a pesar de que se han señalado los problemas, expresiones de desgaste e inadecuadas condiciones laborales en los médicos, no todo está mal. Tanto por cuestiones propias de la Subred Sur como por cuestiones individuales de los médicos, existen estrategias para recuperarse del desgaste producido por el trabajo.

#### **Procesos protectores en la encuesta individual**

Algunos de estos procesos protectores fueron señalados en la encuesta individual en la pregunta 36: ¿Qué actividades realiza cuando no se encuentra trabajando ni atendiendo labores domésticas?

Las respuestas a esta pregunta se señalan en la siguiente nube de palabras:

Figura 20. Nube de palabras de procesos protectores.



Fuente: Elaboración propia.

De los médicos del SSO, 15 (65,2%) médicos señalaron realizar actividad física como actividad de ocio o extralaboral. Dentro de esta actividad física se incluyó el correr, nadar, jugar tenis, trotar e ir al gimnasio; a su vez, del total de médicos del SSO, 4 (17,3%) médicos refirieron que la lectura era uno de sus hobbies y 3 (13,04%) dijeron que su actividad extracurricular era estudiar. De las respuestas consignadas resaltan: la realización de rompecabezas, el aprendizaje del idioma inglés, el pasear a las mascotas, el realizar las labores del hogar, trabajar en un emprendimiento económico y compartir con la familia.

Es relevante señalar que la actividad física es un proceso protector central al momento de liberar el estrés diario de la jornada laboral y que además ayuda a prevenir enfermedades de salud mental. La Subred Sur podría apoyar este proceso al realizar torneos o actividades extralaborales que promovieran la realización de la actividad física.

### **Procesos protectores en las entrevistas individuales**

En las entrevistas individuales surgieron diferentes procesos protectores los cuales se mencionan en la Matriz de análisis – Entrevista semiestructurada individual presentada en la ilustración 3.

En este acápite se nombrarán algunos de los procesos protectores más relevantes encontrados

*Trabajo extramural o el disfrutar del paisaje de la ruralidad*

Dentro de estas destacan el trabajo extramural o el disfrutar del paisaje de la ruralidad. Esto fue lo que señalaron el doctor Gastón y la doctora Remedios al respecto:

*[...]Doctor Gastón: Es que yo ya he dicho la adaptación, pero esto de vivir en una nueva comunidad ha sido una experiencia completamente diferente. Conocer Sumapaz, conocer el páramo, me pareció muy bonito, con lo de los frailejones. Darle la importancia a la naturaleza y a mí me gusta la naturaleza, siempre me ha gustado salir al campo. Entonces creo que me siento en cierta forma...me siento bien rodeado de naturaleza hasta cierto punto, hasta donde puedo tolerarlo. Eso ha sido muy bonito estar otra vez en contacto con el medio, no me puedo quejar de las salidas extra<sup>37</sup> porque salgo en la cuatrimoto y toca empezar a caminar hacia donde los pacientes y a mí esos recorridos me han gustado. Creo que el contacto con la naturaleza es un punto a favor en esta experiencia[...]* Entrevista al doctor Gastón.

La doctora Remedios comentaba:

*[...]Depende igual de la persona, no todos somos iguales. Para mí, la verdad que sí era llevadera me gusta mucho hacer visitas domiciliarias y para mí es el momento, era el momento, pues como de dispersión, ir, ver la naturaleza y paisajes muy hermosos, y me gusta, me gusta ir a las casas de los pacientes, me parece que, por lo mismo me parece que es una atención bonita... que me puedo<sup>38</sup>, que no son tantos pacientes y me puedo demorar si lo necesito más, no, me parece algo muy bonito [...]* Entrevista a la doctora Remedios.

Con estos testimonios es posible señalar que a pesar de las dificultades presentadas por trabajar en la ruralidad para los doctores Gastón y Remedios, el trabajo en la ruralidad les ha permitido rodearse de un ambiente natural, sano y agradable que les permite ejercer su profesión de una forma más llevadera.

---

<sup>37</sup> Salidas extramurales o visitas las casas de los pacientes en el campo de Sumapaz.

<sup>38</sup> Tal vez en este apartado la doctora Remedios quería decir que se podía demorar en la atención con los pacientes.

*Buena relación con los pacientes*

Este fue otro de los procesos protectores frente al desgaste, la buena relación de los médicos del SSO con sus pacientes.

Este proceso protector apareció en 4 de las 9 entrevistas individuales. Entrevistas al doctor José Arcadio, a la doctora Petra, a la doctora Rebeca y a la doctora Remedios.

Algunos de los testimonios relacionados a este proceso protector fueron:

En la entrevista con el doctor José Arcadio se discutía lo siguiente:

*[...]CG: Listo, perfecto. Interesante eso, bueno hasta el momento de tu experiencia laboral: ¿qué ha sido lo más bonito, lo más placentero?*

*Doctor José Arcadio: El opuesto a eso, las personas que traen un cafecito, que unas galleticas, una señora me escribió una carta, pues le hice contención emocional por un momento crítico que estaba pasando, primeros auxilios psicológicos y en la consulta de control que tuve al mes siguiente me escribió una carta y eso fue bastante reconfortante.*

*CG: Okay, entonces te has sentido útil con la labor profesional.*

*DJA: Sí, sí [...] Entrevista al doctor José Arcadio*

La doctora Remedios señalaba que:

*[...]Lo más placentero, bueno, pues ahí, entonces perspectivas, unas de consulta externa y la otra es de urgencias. Para mí desde consulta externa, lo más bonito es cuando sí estoy con un paciente que responde igual que es receptivo a lo que yo trato de dar a nivel, como de humanización, yo quedé feliz con que un paciente me responda con una sonrisa, me digo, muchas gracias, eso a mí me llena mucho más allá que de que no me gusta consulta. Y a nivel de urgencias, por eso me gusta urgencias porque yo siento que sí intervengo de verdad y que es muy resolutivo ver como el paciente mejora en serio, a mí eso me parece muy chévere, a nivel ya incluso, cómo científico, de ver cómo con X o Y tratamiento logré pasar de esto a esto con este paciente, eso me gusta mucho[...]. Entrevista a la doctora Remedios.*

La doctora Petra señalaba un acontecimiento interesante. Antes de que la trasladaran de a la nueva sede de su USS, sus pacientes tenían cero confianza en la atención de su centro de salud. Las citas eran tarde, el sistema siempre estaba dañado, los pacientes no entendían las órdenes médicas, entre otras cosas que ella logro ir transformando hasta llegar al grado de ser reconocida por la comunidad. En sus palabras:

*[...]Pues por lo que yo estaba en un centro de salud mucho más pequeño, yo era la única médica, entonces ellos no iban a desplazarse a otra unidad como pensaban otras personas que es lo que hacíamos, era intentar buscarle la cita lo más pronto posible, pero igual esas citas a veces pueden ser un mes, dos semanas, si son pacientes que por condiciones económicas no iban a conseguir los medicamentos, igual ellos tampoco sabían cómo que comprar o que podían tomar. Yo apenas tenía sistema, revisaba, los llamaba y los atendía y les daba sus medicamentos.*

*CG: Me decías que igual eso era algo que te gustaba, que te había gustado del servicio social.*

*DP: Sí*

*CG: Porque se te sentía cercana a la comunidad.*

*DP: Sí*

*CG: Y podías citar a las personas también.*

*DP: O sea, era más, digamos que pese que no me obligaban, uno lo hacía, era como para poder ayudarles o poder solucionarles. Si yo veía que yo tenía un espacio, yo lo que hacía era llamarlos y decirles: sumercé venga ya o les decía, tranquilo, yo le espero 10, 5 minutos que alguien le traiga la fórmula y lo atendía. Pero lo importante era poder ayudarle como en ese momento al paciente, poder resolverle sobre todo el tema de medicamentos, tema de exámenes para hacer un control, porque son pacientes que no sé, llevan 1 año sin venir y justo cuando vienen no tienes como atenderlos, y son de hecho, son...creo que es una de las cosas que más uno escuchaba la comunidad como ..pa que voy, sí, nunca tienen sistema, nunca van a haber citas, nunca me van a dar medicamentos y ahí yo intenté cómo quitarles eso de no....sí, yo lo puedo ver, yo la atiando, lo examino y vamos a ir cuadrando un poquito a poquito y ya después eran pacientes que, por ejemplo, los vi el primer mes y ya al siguiente mes estaban muy juiciosos y así fui captándolos y captándolos, tanto que ellos, ellos lo buscan a uno y digamos ahorita que cambié de programa, no los veo a ellos, pero entonces veo los hijos, igual lo reconocen, lo saludan a uno, le preguntan, entonces pues eso es*

*chévere, porque pues lo reconocen a uno ya como ése médico, y ósea un buen médico, o sea, como ella me ayudó, me solucionó, entonces, pues eso es satisfactorio... la comunidad, como ver que ya la comunidad... por ejemplo, ya pide cita contigo, que se sienten bien atendidos, .. que van y te llevan un detalle, ver que el paciente mejoró, o sea, esa parte ha sido gratificante [...] Entrevista a la doctora Petra.*

Finalmente, la doctora Rebeca decía lo siguiente:

*[...]Más que eso es el agradecimiento que tienen los pacientes con uno, verbal o hay muchos pacientes que le traen uno detalles, entonces como que yo digo, bueno, si estoy generando un impacto y eso me parece satisfactorio porque ese era mi objetivo con estudiar esto y a veces trato como no desviarme del objetivo que tuve al estudiar esto, porque a veces la rutina o los pacientes groseros o eso nunca, ah, como que no, no voy a hacer las cosas y ya, pero sí como que poder ver que no solamente lo tengo yo en mi mente, como ahí sí estoy generando un impacto positivo, sino saber que me lo manifiesten los pacientes, eso es lo que en realidad me genera una satisfacción[...]*  
Entrevista a la doctora Rebeca.

Como se puede ver no todo tiene que ver con las agresiones de los pacientes, también hay un componente importante de un adecuado vínculo médico-paciente-familia-comunidad que fomenta el gusto por el trabajo y que podría favorecer la recuperación de la fuerza laboral y evitar el desgaste.

### *Satisfacción con la profesión*

Este proceso protector estuvo presente en todas las entrevistas.

Algunos de los apartados de las entrevistas relacionados con este proceso protector son los siguientes:

*[...]Doctor Aureliano Buendía: Sí, sí me genera satisfacción. Porque lo que decía, de principio llegamos que a lo largo del, del estudio y del trabajo ahora, he comprendido que no es el hecho de salvar vidas, sino de dar dignidad, de dar dignidad y digamos que en eso me enfoco cada mañana que llegó a trabajar, en tratar de dar dignidad. Y por eso me parece satisfactorio. Entonces pienso que cuando uno se enfoca en darle calidad de vida y mejorar la dignidad de una persona, nunca podrá estar decepcionado de algo. Porque dar dignidad o mejorar la calidad de vida no viene solamente desde la medicina, viene también desde la política, desde el derecho, desde diferentes, desde*

*áreas multidisciplinarias, entonces siento que por eso no estoy decepcionado de la carrera [...] Entrevista al doctor Aureliano Buendía.*

Más allá de la labor altruista, de resolución de dolencias o de problemas, para el doctor Aureliano lo más importante en su trabajo es darle dignidad a la gente. En mi interpretación, Aureliano, con el concepto de “dignidad” hace referencia a intentar mejorar la calidad de vida de los pacientes. El buen trato y el buen manejo permite que sus pacientes tengan una adecuada comprensión de sus tratamientos, una adecuada información con respecto al paso a seguir en su proceso de salud-enfermedad, una tranquilidad para asumir lo que viene, lo que a su vez y según sus palabras, podría mejorar su calidad de vida. Aureliano no puede darles “dignidad” literalmente a sus pacientes. La dignidad en la acepción Kantiana es un valor humano intrínseco y no transable entre los seres humanos. Decía Kant: *“Obra de tal manera, que puedas usar la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de todo otro, siempre al mismo tiempo como fin, nunca meramente como medio”*(Kant, 1996:186) .

Por otro lado, el doctor José Arcadio decía:

*CG: ¿Te genera satisfacción la contribución que estás haciendo en la sociedad por el ejercicio de la profesión?*

*Doctor José Arcadio: Sí, sí.  
Eso me mantiene ahí, sí.*

De todos los médicos entrevistados, José Arcadio fue el único que respondía en la entrevista que tal vez se arrepentía de haber elegido la profesión de medicina, tal vez hubiese elegido alguna profesión afín a las ciencias sociales. La satisfacción del ejercicio profesional bien hecho lo sostiene abanderado de su oficio.

El doctor Gastón mencionaba lo siguiente:

*Ehhh, sí, sí, la medicina... me ha logrado demostrar que sí podemos ofrecerle algo a la sociedad. A veces no se ve valorado, no se ve retribuido, pero siento que sí, sí le podemos ayudar a la gente. Entrevista al doctor Gastón.*

El doctor Mauricio Babilonia refería en la entrevista individual que el cumplimiento de las metas distritales de sus pacientes diabéticos e hipertensos le generaba satisfacción, le hacía sentir que su trabajo era útil. De acuerdo con sus palabras:

*[...]Sí, sí, total. Ahorita, hace, antes de, el día antes o el mismo día de la ULC, hablábamos con L., con la médica familiar estábamos revisando las estadísticas, pues a ellos también les exigen estadísticas. En 1 año se ha logrado casi llegar a la meta de control de hipertensión, que la meta por Secretaría de Salud es 60%. Cuando iniciamos hace 1 año, cuando ella llegó que ella llegó como cuatro meses antes que yo, estaba como en el 20%. El mes pasado estaba en 59.9. O sea, ya se logró. La meta de control de diabetes que es de 50% por Secretaría, cuando llegó estaba como en 16, esa sí todavía nos falta, vamos como en 40, pero se ha avanzado hartísimo; y lo que yo le digo siempre a todos los que me preguntan: hacer eso y hacer ese cambio, acá, en ciudad Bolívar, en Sumapaz, en Subred Sur, para mí es lo mejor. Eso es lo que me da mucha satisfacción.*

*CG: Ok, que chévere que digas todo eso...listo. ¿Cuando te refieres a esa meta es de que los pacientes hipertensos y diabéticos vengan a sus controles? ¿sí?*

*DMB.: Sí, y que estén controlados,*

*C.G.: Y que estén controlados. Como, como, en.... ¿miran por valores de la presión arterial, y como hemoglobina glicosilada, ahí se dan cuenta?*

*DMB.: Sí, para eso es la 241.<sup>39</sup>*

*C.G.: Esa es la historia de los crónicos*

*DMB.: Esa es la historia que los crónicos...entonces hay una parte que dice: ¿El paciente es hipertenso? Sí; ¿el paciente es diabético? sí y te pide metas de tensión arterial, metas de hemoglobina glicada. Y en un espacio donde pones la tensión y otro espacio donde pones la glicada, se saca el porcentaje [...] Entrevista al doctor Mauricio Babilonia.*

La doctora Fernanda señalaba lo siguiente relacionado a la satisfacción con su profesión:

*[...]Sí, bastante. Yo me.... considero que estoy haciendo las cosas bien, sí. Por lo menos en educación del paciente y que el paciente se vaya ... satisfecho por lo menos de haber tenido una consulta [...] Entrevista a la doctora Fernanda.*

---

<sup>39</sup> La 241 es un formato de historia clínica digital para pacientes crónicos con el que cuenta la Subred.

La doctora Petra decía:

*[...]Sí, la verdad sí, y sobre todo en el tipo de población con la que yo trabajo porque, pues uno acá sigue gente que de verdad lo necesita. Claro, uno ve de todo, pero yo diría que un 80% sí, incluso, la... comunidad te hace sentir es, esa...esa bienvenida, eso es lindo [...]* Entrevista a la doctora Petra.

Por otra parte, la doctora Amaranta también contaba lo siguiente con respecto a la satisfacción por su trabajo:

*[...]Sí, es bonito. Ahorita que estoy más en Vista Hermosa con esto que es un poquito más integral, no, que van a talleres que... y uno los ve como en el proceso, eso es muy bonito. Y a mí me gusta mucho PyD, PyP antes, PyD ahorita, sí. Enseñarles, decíles, sí. Porque es que no es solo mandar, no es solo reformular, no es solo poner: viene por medicamentos. O sea, se dan medicamentos por 3 meses. Sí. Y, y eso sí se ve mucho aquí con, con el Estado, con pacientes así, con diferentes necesidades, que ellos son muy agradecidos. Obviamente estoy hablando también de pacientes groseros, pero el paciente, grosero es un 2%, pero estos son pacientes muy agradecidos, son pacientes que realmente vienen por una necesidad y uno si les puede retribuir más que todo a los adultos mayores, sí, uno lo hace y, y eso es muy bonito[...]*

Y finalmente la doctora Rebeca comentaba lo siguiente:

*[...]Sí, sí, pero a veces soy muy realista también con eso y digo yo, de verdad, yo trato acá de hacer lo mejor que puedo y no solo en la parte médica, si no uno a veces ve muchos, van muchas... vainas emocionales, psicológicas en los pacientes, entonces sentir que uno como que puede medio intervenir en eso me genera algo de satisfacción y más que eso es...el agradecimiento que tienen los pacientes con uno, verbal o hay muchos pacientes que le traen uno detalles [...]*

Se encontraron otros procesos protectores: el colegaje, el buen ambiente laboral, la buena relación con los compañeros, el compartir con la familia, cocinar, salir de paseo con la familia, salir con los amigos, las llamadas con el novio y el apoyo de una médica familiar. Este último proceso merece una mención corta especial, ya que los médicos de todas las USS cuentan con apoyo presencial, durante algunos días, y telefónico, permanente, de un médico(a) familiar que les ayuda a resolver dudas de sus pacientes. Este apoyo fue referido en 8 de las 9 entrevistas.

## 5.4 El desgaste como categoría central en el proceso de trabajo

Si este trabajo hubiese hecho uso del enfoque del epidemiológico clásico, se hubiese quedado corto. Tal vez las explicaciones de su aparición se hubiesen centrado nuevamente en los individuos, en los problemas personales, problemas vocacionales, factores de riesgo y rasgos de personalidad de los médicos del SSO. Este no fue el abordaje usado en esta pesquisa.

Si bien en este trabajo no es posible usar completamente el concepto de desgaste en los médicos del SSO (por el corto periodo de tiempo de experiencia laboral, y porque, como demostró Laurell en *La Salud en la Fábrica*, a mayor tiempo de experiencia laboral, mayor posibilidad de presentar una enfermedad agudizada por el trabajo), si es posible hablar de expresiones de desgaste. Aunque es importante señalar que la categoría desgaste no tiene una relación exclusiva con enfermedades o patologías, el desgaste también fue definido por Laurell como un proceso de aceleramiento de los ritmos biológicos, que no necesariamente se expresan en una enfermedad, pero si en un cansancio más intensificado, en un mayor ritmo de envejecimiento, por ejemplo.

El hecho de que casi un tercio de la población de este estudio haya referido tener episodios de pánico o ansiedad, que dos de los entrevistados hayan mencionado la posibilidad de poder cometer errores médicos por el cansancio y que incluso hayan manifestado en algún momento un trato inadecuado a sus pacientes, son situaciones y expresiones claras de desgaste en los médicos del SSO.

Desgaste que no se explica por cuestiones propias y personales de cada uno de los sujetos participantes, sino que se explica por las presiones de productividad, por el tiempo insuficiente para las consultas, por las inadecuadas condiciones laborales, por las presiones y en ocasiones malos tratos por parte de los jefes y de los pacientes, por las cargas laborales, por la ubicación peligrosa de los sitios de trabajo, por las presiones psicológicas por tiempo y por el trabajo repetitivo y monótono. En síntesis, las expresiones de desgaste de los médicos del SSO se deben al el tipo de organización del trabajo médico y en particular de los del SSO, articulado a una forma de producción capitalista en el campo de la salud.

Que médicos jóvenes aquejen síntomas de enfermedades osteomusculares, de enfermedades mentales como la ansiedad y de neurológicas como la cefalea o migraña, y a que a su vez más de la mitad se lo atribuya al trabajo, es una situación que debe cambiar. Es repudiable que la primera experiencia laboral de un médico traiga consigo tantos problemas relacionados a la salud física y a la salud mental. Toda esta situación a la que se enfrenten los médicos del SSO es contraria a la propuesta de SDLT. El trabajo termina siendo un carga en vez de un proceso emancipatorio, resignificador e incluso impartidor de alegría para los trabajadores.

El enfoque de desgaste permitió alejarse de la perspectiva individualista. Al comprender el proceso de producción de la atención en salud de los médicos del SSO, se comprendieron las cargas laborales, así como situaciones propias al proceso de producción que son favorecedoras e incluso aceleradoras del desgaste.

No es entonces una cuestión individual del trabajador, son cuestiones del proceso de producción en el que trabaja.

Si este es el panorama de la primera experiencia laboral de los médicos, ¿qué les traerá el futuro?

## 5.5 El sol sale todas las mañanas

A pesar de que el panorama acá presentado con los médicos del SSO no es el más alentador, es importante recordar que 8 de los 9 entrevistados afirmaron que volverían a escoger nuevamente la profesión de medicina si tuviesen que volver a elegirla. Esto decían al respecto:

*[...]C.G.: Listo. Bueno. la siguiente pregunta es: con base en tu experiencia, si tuvieras la posibilidad de volver a elegir la profesión a la que te vas a dedicar*

*Doctor Gastón.: La medicina, ¿sí?,*

*C.G.: ¿La volverías a elegir?*

*DG: Sí. Sí, la medicina es muy bonita [...] Entrevista al doctor Gastón.*

El doctor Mauricio Babilonia refería:

*[...]No, no, o sea, uno sabe que uno va a encontrar barreras y va a encontrar problemas y encontrar cosas que no le gustan en lo que sea. Que se medicali...que se ponga, o sea, que se comercialice tanto la parte médica, que se de tanta prioridad a lo económico, yo sabía que me lo iba a encontrar en algún momento. Si me decepcionó un poquito que lo viera tan fuerte acá en la parte pública. Porque igual mi proyecto de vida, así después yo haga mi especialidad, yo quiero volver aquí a trabajar en lo público. A mí no me interesa salir a especializarme otro lado, quedarme a trabajar en otro lado. No me interesaría ni me gustaría quedarme a trabajar en Santa Fe, Clínica Shaio. A mí me gusta trabajar aquí en las Subredes, a mí me gusta mucho trabajar en lo público. Sí, un poquito feo que eso tan administrativo, tan de plata, esté aquí en lo público sí, eso sí me molesta un poco. Pero pues, al fin y al cabo, son, matices, creo que es algo acá de la consulta externa. En otras áreas cómo hospitalización como urgencias no es tanto [...]* Entrevista al doctor Mauricio Babilonia.

Relacionado a su vocación la doctora Remedios decía:

*[...]Y de hecho, en el X. yo me arrepentí de haber estudiado, pero con el alma, o sea, no era solamente la desesperación de cuando me ponía muy mal, era el no quiero, claro, luego me puse a pensar ya llegando aquí y estando en San Juan que, San Juan de verdad te da un espacio para reflexionar mucho, me puse a pensar en mi cuenta que no era que no, o sea yo amo mi profesión, eh y de verdad me gusta mucho y como te decía, por eso trato de conectar con los pacientes, sí, trato de que miren que es un humano y no un robot quien...quien los va a tratar de ayudar, entonces sí, yo volvería a estudiar mi profesión, pero, eh si tomaría, por ejemplo, otras decisiones que ya me enteré después porque a veces uno peca, pero en este respecto al bueno, por ejemplo, hubiera tratado de acceder a una plaza directa y no por sorteo, sí, yo creo que eso me hubiera ahorrado muchos de los problemas[...]* Entrevista a la doctora Remedios.

La doctora Fernanda señalaba:

*[...]Sí. Sí, yo amo la medicina, por encima de todo, por encima del trabajo.... a mí me gusta lo que hago. Me gusta atender el paciente. Yo me considero una persona muy... humana. Muy susceptible ante las situaciones de los pacientes. Yo, aquí he visto los pacientes porque me duele el paciente, me duele que tenga que venirse 2 horas*

*caminando de la ruralidad para que le digan su cita está mal asignada no lo puedo ver y devolverlo, sí, eh, eso me parece es una cuestión social, pero me parece importante porque igual es el día a día del paciente. Así como se convertirá en mi día a día también más adelante.*

*C.G.: ¿O sea que volverías a elegir la profesión, volverías a elegir medicina?*

*DF.: Sí, Totalmente.*

*C.G.: .... ¿Estudiarías alguna profesión diferente?*

*DF.: No, no, nunca, nunca lo contemplé y nunca estuvo en mi plan de vida [...]*

Entrevista a la doctora Fernanda.

La doctora Amaranta relataba lo siguiente con respecto a su vocación:

*[...]Pero créame que yo no estoy aquí porque yo quiera, o sea, yo, con todo el respeto de ellos, yo me sentía hasta mal, que yo tuve la oportunidad gracias a Dios de hacer lo que me gustaba. O sea, yo estudié medicina, no me obligaron, o sea, yo lo elegí, sí. Yo estoy acá porque me gusta. Yo pude haber esperado dos meses más para esperar el sorteo de julio y salir eximida, sí, y estoy acá porque me gusta lo que hago. Entonces, o se soluciona esto o me voy a enloquecer[...]* Entrevista a la doctora Amaranta.

Este fragmento tiene que ver con el altercado que tuvo con su compañera de facturación.

Y la doctora Rebeca finalmente decía:

*[...]Mhhmm, sí lo haría, pero me gustaría empezar a darle otro enfoque, no enfocarme solo en lo clínico en una especialidad, sino mirar la posibilidad de enfocarme solo en investigación o en algo administrativo. Le daría otro rumbo a lo que ahorita tengo, entonces tratar de no tener un perfil tan asistencial aquí en consulta, sino, no sé qué el rural fueran investigación o algo así, como tratar de hacerlo de maneras diferentes. A mí la carrera sí me gusta y me gustó desde siempre, pero pues sí tuve momentos en los que me sentía como no o sea porque me metí acá que, ah me parecía triste el ambiente laboral, eh, ver que había muy poco colegaje, como que todo ese tipo de cosas me sobrecargó un montón y yo dije como no que pereza, entonces, como que ese lado que no...no alcancé a vivir en el pregrado, por ejemplo, de cómo es dedicarme de lleno la investigación o cómo sería solo la parte administrativa, creo que si volviera a escoger la carrera le daría otro enfoque[...]* Entrevista a la doctora Rebeca.

Como es posible corroborar con los testimonios, los médicos entrevistados en esta pesquisa sienten vocación hacia la profesión que eligieron. En el acompañamiento realizado en sus consultas se observó también que se dedicaban con pasión, conciencia y amor a su trabajo. Si bien las personalidades de cada uno de ellos variaban, algunos más cálidos y cercanos a sus pacientes que otros, todos tenían el mismo objetivo: resolver los problemas o dar el mejor tratamiento para sus pacientes a pesar de las trabas administrativas que pudiese generar el sistema de salud.

Habría que sembrar entonces un terreno más fértil, en el que estos médicos jóvenes no vean truncados sus sueños, sus metas, su bienestar, por el día a día que trae consigo su trabajo. A esta generación de médicos o por lo menos a este grupo de entrevistados, les gusta lo que hacen, y es entonces que como sociedad debemos garantizarles las mejores condiciones para que puedan tener tanto la mejor experiencia laboral, como la mejor posibilidad de atención a sus pacientes.

El futuro es incierto, aunque al menos está garantizada una base profesional que tiene todas las ganas de hacer las cosas bien.

Ojalá le podamos responder a estos jóvenes médicos. La suerte no está echada, debe forjarse.

## 6. Discusión

Como autor de esta tesis de maestría y además como médico debo hacer un *disclaimer* o una advertencia dirigida a los lectores. A pesar de que existen diferentes formas, como son señaladas por Rosana Guber (Guber, 2001), de intentar conservar la objetividad y la neutralidad en el investigador hacia los sujetos de estudio en el método etnográfico, es difícil para mí señalar que logré a cabalidad con este supuesto. Lo que pretende este trabajo es visualizar la situación laboral compleja y precaria, así como las repercusiones de salud que esta trae consigo en el grupo de trabajadores de los médicos del SSO de la Subred Sur.

La realización de esta investigación no fue un proceso sencillo. Presenté bastantes dificultades en la Subred Sur para que esta diera su visto bueno y me permitiera desarrollarla. El proyecto me fue devuelto en tres oportunidades para correcciones y sí hubiese sido decisión del Subgerente de Servicios de Salud, este no se hubiese llevado a

cabó. Las palabras que usó el Subgerente en aquel momento en donde estaba *ad-portas* de iniciar con la recolección de datos fueron que, *como estaba escrito el proyecto, no le servía*. Luego de recabar toda la información que me permitió sostener la pregunta de investigación y los objetivos de esta tesis de maestría, me di cuenta del porqué de su afirmación. En esta pesquisa, se develó todo el proceso de productividad de la Subred Sur y su relación con el desgaste médico.

Me preocupó también que la Subgerencia de Servicios de Salud tuviera alguna injerencia en el Comité de Ética de la Subred porque hasta donde he tenido entendido en mi trayectoria como investigador, son procesos aparte, con actividades y funciones muy diferentes. Como investigador y como persona, nunca he tenido la convicción de que el proceso investigativo sea completamente neutral, pero sí se me hizo bastante extraño tener tantas trabas para iniciar con esta tesis.

Luego de su aprobación, y a pesar de dejar como opción la posibilidad de realizar la encuesta colectiva y los grupos focales de manera virtual, la Subgerencia de Servicios de Salud no habilitó la posibilidad de bloquear las agendas de los médicos del SSO para la realización de esta actividad, nuevamente con el argumento de que el tiempo de bloqueo de agendas o permiso administrativo que tendrían los médicos del SSO, les representaría pérdidas en costos y en oportunidad de atención de pacientes. Este hecho, siento que eliminó una posibilidad interesante de reunión y agremiación de los médicos de la Subred, la cual fue secundada después por el escaso interés que mostraron los médicos del SSO para reunirse en horario no laboral.

A continuación, debo también señalar que fue difícil conseguir información oficial con respecto a las condiciones de salud de los médicos del SSO por parte de la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) de la Subred. Solicité mediante múltiples correos las incapacidades, los permisos, las consultas médicas que a esta oficina podrían haber requerido los médicos del SSO y nunca obtuve respuesta. Cuando comenté mi propuesta de proyecto de desgaste con el médico líder de la oficina de SST, me dijo que estaba perdiendo mi tiempo que era muy poco probable encontrar desgaste en un grupo de médicos que laboraban 8 horas diarias, que contaban con todas las condiciones laborales y que trabajaban principalmente en consulta externa. Si leyera los resultados de este trabajo, tal vez se sorprendería de la respuesta que me dio aquella vez.

Un par de meses después, cuando ya me encontraba terminando las entrevistas y ya contaba con los datos de la encuesta individual, solicité nuevamente información relacionada a incapacidades, permisos o consultas que hubiesen podido hacer estos médicos del SSO. La respuesta informal y verbal que tuve por parte del médico líder de SST fue que había realizado el traslado de una de las médicas del SSO porque como tenía una patología lumbar, se había negado a hacer una atención a una familia en el área rural en donde debía trasladarse a caballo. Me dijo que los médico(a)s de ahora estaban hechos de otra madera, que ya no aguantaban nada y se quejaban mucho. Nuevamente, no sé si sostendría esta afirmación luego de revisar los resultados aquí consignados.

Paralelamente a todo lo que mencioné, fui contactando a varios de los médicos del SSO para la realización de la entrevista individual. Este proceso tampoco fue sencillo porque los médicos suelen estar muy ocupados y tienen escaso tiempo y voluntad para ocuparse en investigaciones como esta. Pero afortunadamente, haciendo uso de una que otra habilidad histriónica, conseguí que varios de ellos aceptarían la entrevista y se dejarán acompañar durante su jornada. Creo que este acompañamiento, aunado a la observación participante les da un plus a los resultados de este trabajo y para esto fue útil tener un vínculo como trabajador dentro de la Subred.

Por lo general, concertaba con los médicos del SSO un día antes de acompañarlos. Ingresé a las diferentes USS que visité con mi carné de la Subred y llevaba cargada en el celular personal la carta de aprobación del proyecto por parte del comité de Ética, en dado caso que me fuera solicitada por algún administrativo o profesional de enlace al que se le hiciera raro que otro médico acompañara en la consulta al profesional del SSO. En la mayoría de las visitas no tuve problemas, excepto en una, en donde uno de los médicos del SSO que era demasiado correcto, aviso a su jefe de enlace que lo iba acompañar ese día. Su jefe le señaló que ella no estaba enterada del proyecto y que esperaba que me comunicara pronto para saber quién me había dado autorización para hacer el acompañamiento. Realicé una llamada para aclarar todo con esta profesional de enlace, y además le envié la carta de aprobación del proyecto. Esto sirvió para calmar las aguas y proseguir.

Los desplazamientos a las diferentes USS fueron sencillos y los hice mediante el transporte público. Para la visita a las USS ubicadas en localidades urbanas de Bogotá, la que me tomó más tiempo en llegar fue la de la USS Betania. Tuve que tomar transporte hasta el

portal de Usme y luego un alimentador que demoró entre 20 y 30 minutos. Las visitas a las USS ubicadas en la localidad de Sumapaz me tomaron todo un día. Un transporte oficial de la Subred me trasladó hasta allí, del cual aproveché que ese día debía llevar a algunos trabajadores a cambio de turno. Fue quizás una de las mejores visitas porque el paisaje del páramo de Sumapaz es hermoso y adictivo. Comprendí por qué algunos médicos del SSO señalaron al paisaje como un proceso protector.

Las entrevistas solía hacerlas apenas se acabara la jornada. Tenía la intención de primero observar cómo era su desempeño laboral, tomar notas y hacia el final realizar las preguntas. Ninguno de los médicos se quejó por salir unos minutos más tarde el día en que realizamos la entrevista. Casi siempre almorcé junto a ello(a)s, intentaba que la charla girara en esos momentos en torno a otras cosas, pero también aprovechaba cuando el ambiente se prestaba para hacer una pregunta aguda sobre el trabajo y sobre las condiciones laborales. Luego de terminar la entrevista o la jornada, solía irme con ello(a)s en el transporte público e incluso un padre de uno de los médicos me acercó a un sitio donde pudiera tomar el Transmilenio.

Me costó por momentos todo el proceso de las entrevistas, sobre todo porque algunos de los testimonios me trasladaron a los momentos difíciles de mi SSO, lo que me tocó emocionalmente y me tornó un tanto melancólico. Creo que tuve episodios de regresiones, pero también de transferencia emocional que por algunas noches me dejaron triste. Principalmente el tema de las agresiones, las malas condiciones laborales y el cansancio. Sin embargo, creo que saldé el deseo que tenía de explorar a fondo el método cualitativo y de hacer uso de las escasas habilidades de contención y de salud mental que adquirí cuando roté por psiquiatría.

No obstante, el balance de todo el proceso fue muy constructivo, edificante y satisfactorio. Lo volvería hacer mil y una veces.

Por otro lado, y más en relación con el análisis de la información recabada en esta investigación, es relevante mencionar las siguientes disertaciones:

Como fue muy bien planteado en la tesis doctoral de la doctora Adriana Ardila, los médicos colombianos pasaron de ejercer una profesión en unas condiciones liberales a ejercer en condiciones de proletarios que venden su fuerza de trabajo en el sistema de salud (Ardila Sierra, 2016).

Se tienen muchos prejuicios alrededor de las condiciones sociales que rodean a los médicos. Ardila (Ardila Sierra, 2016), pero también Quevedo y colaboradores (Quevedo V et al., 2010) y Hernández Álvarez (Hernández A, 2002) señalan que, los médicos colombianos hicieron parte de élites políticas del país en las primeras tres décadas del siglo XX, incluyendo la pertenencia a las clases dirigentes del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión social (Ardila Sierra, 2016). Hoy en día y desde la década del setenta, muchos de los médicos son hijos/as de artesanos, obreros, taxistas, entre otras profesiones (Hernández A, 2002). En esta investigación, dos de las médicas participantes, la doctora Remedios y la doctora Fernanda son hijas de taxistas, la familia del doctor José Arcadio se dedicaba a la acuicultura en pequeña escala en el Tolima, lo que demuestra que ha continuado el proceso de democratización en la formación de médicos en el devenir histórico de nuestro país. Un aspecto positivo en la formación de profesionales en medicina. Por lo que es posible afirmar que no todos los médicos pertenecen a las clases sociales dominantes del país como era otrora en el siglo XX.

Es bajo todo lo anterior, en lo que me baso para no presentar al grupo de médicos del SSO de la Subred Sur como pertenecientes a las élites del país o a las clases sociales poseedoras de los medios de producción como lo han descrito Quevedo y colaboradores (Quevedo V et al., 2010) con los médicos del siglo XIX y de la primera mitad del siglo XX. Este grupo de trabajadores no tiene muchas diferencias ni de sus modos de vida, ni de sus condiciones laborales con otros grupos de trabajadores de fábricas o de otros sectores productivos que venden su fuerza de trabajo a cambio de una remuneración salarial que les permita vivir, una remuneración que es más alta que en la mayoría de profesiones, pero que ya no los constituye dentro de las clases dominantes. Este argumento fue presentado en el capítulo 4 *El Hospital como fábrica*.

Actualmente, los médicos del SSO de la Subred Sur se enfrentan a condiciones laborales similares a las de los obreros en fábricas: horas extras, supervisión estricta de la jornada laboral, presiones psicológicas por tiempo, necesidades de alta concentración, metas de producción, no realización de pausas activas, trabajo repetitivo, largas jornadas sin descanso, posiciones no ergonómicas, remuneración salarial por debajo de las aspiraciones, escasos tiempos de descanso con compromiso incluso de la salud física al no poder ir al baño, equipos de cómputo viejos y lentos, mesas y sillas no ergonómicas, equipos médicos (tensiómetros, fonendoscopios) vetustos y sin calibración, en casos particulares mal ambiente laboral, en algunos relatos mala relación con los jefes, centros

de salud ubicados en zonas peligrosas, agresiones por parte de los pacientes y tiempo insuficiente para las consultas.

Al no ser dueños de los medios de producción o para este caso dueños, directivos o dirigentes de la Subred o de las IPS donde trabajan, no pueden incidir en el control y mejoría de sus condiciones laborales. Como lo demostró Ardila (Ardila Sierra, 2016) en sus tesis doctoral y como está presentado en este trabajo, los médicos actualmente no tiene control sobre su proceso de trabajo. Existe una subsunción real del trabajo médico en el capital. Es la sostenibilidad financiera y son los requerimientos financieros los que organizan el proceso de producción del trabajo médico y los que determinan cuántos pacientes atender y cómo hacerlo. Para el caso de los médicos del SSO de la Subred Sur, se demuestra que su proceso de trabajo está completamente subsumido a la productividad exigida por la Subred Sur para de esta forma lograr subsistir económicamente en medio de la competencia regulada propuesta por la ley 100.

Los médicos del SSO han perdido control sobre su proceso de trabajo. La cantidad de pacientes que ven por día no es decidida por ellos mismo, el uso de los diferentes instrumentos de trabajo tampoco, y menos pueden decidir sobre los momentos en los que consiguen realizar sus pausas o descansos. Los médicos en Colombia pasaron de ejercer una profesión liberal en donde eran ellos mismos quienes decidían sobre diferentes apartados de su proceso de producción como la cantidad de pacientes a atender, el cobro por cada atención, los horarios laborales, los tiempos de atención (Ardila Sierra, 2016), a no tener ningún tipo de control como en el caso de los médico del SSO de la Subred Sur, situación que los equipara a diferentes grupos de trabajadores y a una proletarización de la profesión de la medicina. La proletarización de la profesión médica cambió la relación médico paciente a una forma mecánica. Una forma, en donde quien atiende a los pacientes tiene características de robot y restricciones de tiempo.

Es necesario también reconocer algunas limitaciones de esta tesis. La primera tiene que ver con la realización del enfoque del MOI y de SDLT, que no fueron posibles de ejecutar por dos razones: la primera, debido a que la Subgerencia de servicios de salud de la Subred Sur no dio el permiso administrativo a los médicos del SSO para la participación en los grupos focales que permitieran realizar la encuesta colectiva y el mapa de riesgos; la segunda tuvo que ver con la falta de interés y de esfuerzo por parte de los médicos del SSO para realizar este ejercicio por fuera del horario laboral. Se contaba con un espacio

en el Doctorado Inter facultades de Salud Pública de la Universidad Nacional en donde podía realizarse la encuesta colectiva, empero, sólo 4 de los 23 médicos participantes dieron respuesta afirmativa a las posibilidades de reunión. Por lo anterior, se decidió enviar la encuesta colectiva en forma de encuesta individual vía electrónica haciendo uso Microsoft Forms.

Esta falta de respuesta a las posibilidades de encuentros de agremiación o de reunión entre colegas es sintomática. Como también lo encontró Ardila (Ardila Sierra, 2016), los médicos no se juntan, no buscan espacios para reunirse y esto termina siendo una situación que ha favorecido en el tiempo a favor de la precarización y las malas condiciones laborales de los profesionales en medicina. Los médicos del SSO generaban respuestas aisladas en el momento en que se veían sometidos a malas condiciones laborales. Amenazas de incapacitarse si no cambiaban la silla en que se sentaba la doctora Amaranta, el no cobro de las horas extra si estas iban a ser negadas por parte del doctor Aureliano, la solicitud de un día libre para cambiar de ambiente y oxigenar la sobrecarga laboral por parte de la doctora Petra o la valiente decisión del doctor Mauricio Babilonia de no atender más pacientes extra a favor de su salud mental y de la calidad de la atención de sus pacientes. O tal vez, toda esta falta de voluntad para generar espacios de agremiación tiene que ver con lo que señala el filósofo y ciclista francés Guillaume Martin, en donde la seguridad de lo conocido va mucho mejor que la posibilidad de lo que se puede hacer, en palabras de Martin:

*La mayoría de las personas prefieren la seguridad de una situación estable, incluso inferior a la óptima, al riesgo del cambio. Al menos en el pequeño círculo al que estamos acostumbrados somos los amos, podemos hacer valer nuestro diminuto poder sin miedo, lo que explica que las revueltas del pueblo, de los más débiles, sean tan escasas, aunque parezcan las más justificadas y fáciles de llevar a cabo, pues la base de la pirámide es, por definición, el estrato más poblado de la sociedad jerárquica en la que nos ha tocado vivir (Martin, 2022)*

Los médicos del SSO de la Subred Sur perdieron la posibilidad de realizar un pliego de demandas (como se encuentra planteado en el MOI y en la perspectiva de la SDLT) para exigir a la Subred Sur la mejoría de sus condiciones laborales como grupo y no como trabajadores aislados. A diferencia de otros médicos del SSO que se encuentran dispersos en regiones distantes del país y con poca posibilidad de interacción con otros colegas del SSO, los galenos de la Subred Sur tenían colegas en su misma situación casi que en cada

USS y varios se conocían, sin embargo, optaron por realizar sus reclamos de forma individual. Difícil que, mediante este mecanismo, se consigan transformaciones reales para el ejercicio del SSO en la Subred Sur.

O tal vez, lo que sucede con este grupo de médicos tenga que ver con una introyección muy fuerte de la ideología Neoliberal en su quehacer. Ardila (Ardila Sierra, 2016), parafraseando a Harvey (Harvey, 2009), señala que este último relaciona la idea Neoliberal de libertad en cuatro implicaciones:

- 1. Se aproximan las nociones de libertad y de responsabilidad individual: cada quien es libre de desarrollar al máximo sus capacidades y por tanto cada quien es responsable por el logro de su propio y máximo bienestar.*
- 2. Ese bienestar social en el que se premia a los más capaces de operar como empresarios de sí mismos gracias al libre desarrollo sus propias capacidades, no tiene en cuenta las posibilidades reales de cada quien para desarrollar esas capacidades.*
- 3. Se escinden las sociedades en individuos en competencia por su máximo desarrollo en el mercado, se rompen los lazos sociales de solidaridad y se abren puertas al desmonte de las organizaciones sociales y sindicales, y de las conquistas alcanzadas por ellas.*
- 4. En consecuencia, se limitan estructuralmente ejercicios políticos contrahegemónicos futuros. (Ardila Sierra, 2016:10)*

Entonces, bajo principalmente la primera, tercera y cuarta implicación, este grupo de médicos podría tener muy anclada la percepción de que los logros son individuales, que cada quien debe velar por su propio bienestar y así mismo debe resolver sus problemas. A su vez, el Neoliberalismo eliminó los lazos de solidaridad en las sociedades y para este caso en los gremios, esto ejemplificado en que los médicos del SSO decidieron no reunirse ni conocerse unos/as a otros/as. Es por esto por lo que será muy difícil que este grupo de trabajadores pueda realizar algún tipo de ejercicio contrahegemónico. Aunque también la falta de organización tiene que ver con las formas flexibilizadas y temporales de trabajo, en donde las y los trabajadores pueden ser controlados y subordinados como puede suceder con los médicos del SSO.

Se pierden escenarios y tiempos para compartir colectivamente y construir identidades colectivas.

A pesar de lo demostrado por Ardila y de lo encontrado también en este trabajo, en donde los médicos están más cerca de los proletarios que de los empresarios o de la clase alta, parece que persiste un tufillo de grupo de élite que tenían los médicos colombianos del siglo XIX y de las primeras tres décadas del siglo XX (Quevedo V et al., 2010) (Hernández A, 2002). Esto se afirma porque estos médicos del SSO no se juntan, ni se agrupan en pro de exigir un trabajo más digno, pareciera que la cosa no fuera con ellos, sino que persisten en su lucha individual diaria para cada uno resolver por su lado.

Es como si los médicos del SSO no se considerasen como grupo de trabajadores precarizados, si no como que lo que estuviera sucediendo fuese algo completamente pasajero. Y puede que esto último sea un argumento para la falta de acción por parte estos galenos. El SSO como su nombre lo indica es obligatorio por lo que exigencias, demandas y solicitudes pueden ser mal vistas y reprimidas con la obligatoriedad que trae consigo el SSO, algo así como: *si no le gusta así, pues se puede ir, pero no le firmamos su documento que acredite que usted terminó el SSO*, situación hipotética en este caso, aunque reseñada en testimonios encontrados en redes sociales (X, Facebook). Y este es quizás un miedo latente por parte de este grupo de trabajadores, ya que alzar la voz les podría traer represalias o memorandos en su hoja de vida como fue mencionado por Amaranta, quien no quiso incapacitarse para evitar daños en su curriculum vitae, daños que en el futuro le podrían traer problemas para el ingreso a su especialidad médica.

El SSO se visualiza como un ejercicio temporal, como una situación pasajera. Por esta razón también se tituló este trabajo como Servicio Social Obligatorio Un Cristo de Espaldas. El rural o el SSO termina siendo una carga para los profesionales que lo realizan y que como señalaba Mauricio Babilonia, no ven la hora en que este se termine. Más que una analogía religiosa, es una analogía a las dificultades, percances y situaciones problemáticas que hacen que el sacerdote protagonista de la novela desista de las buenas intenciones de su ejercicio clerical para irse lejos a intentar dedicarse al ejercicio académico de la Teología.

Estos médicos sólo quieren que el SSO se acabe. Tal vez, la condición de obligatoriedad y de finitud del SSO favorezca la inercia para la exigencia mejores condiciones laborales.

Tampoco se pretende que él/la o los lectores de este trabajo tengan una actitud de conmisericordia con los sujetos de estudio. Simplemente lo que se quiere es exponer a un grupo de jóvenes que inician su vida laboral con dificultades en sus condiciones y con

expresiones de desgaste por el trabajo en muy poco tiempo de evolución. Ya mencionaban Aureliano y Mauricio Babilonia que la forma en cómo se relacionaban con sus pacientes se había transformado debido las condiciones propuestas por la Subred Sur. Preocupa que médicos jóvenes vean desdibujado su ejercicio profesional y su vocación en escasos meses de experiencia laboral.

Esta investigación tampoco procura mostrar a los médicos del SSO como antagonistas o actores pasivos en el SGSSS. Claro que existe un silencio en este grupo de trabajadores que podría interpretarse como cómplice en el detrimento de la calidad de la atención de las personas, pero es importante recordar que el SSO es la primera experiencia laboral de estos doctores, quienes además son muy jóvenes (media de 26 años) y poco curtidos en las dinámicas gremiales.

Esta tesis de maestría también expone el cambio en la organización del trabajo posterior a la ley 100. Las figuras de facturador, *Call Center*, auxiliar de programas, profesional de enlace, auxiliar de PyP fueron inexistentes en el escenario previo a la implementación de esta ley.

Asimismo, es importante señalar que los médicos que participaron en esta pesquisa no estaban preparados para iniciar su vida laboral realizando consulta externa tanto en la ruralidad de Sumapaz como en las localidades de Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Usme. Amaranta, Aureliano, Fernanda y Remedios señalan que no disfrutaban mucho su papel como médicos de consulta externa. Algunos como Aureliano, Fernanda y Babilonia refieren que su formación como médicos se dio principalmente dentro del ambiente hospitalario y no del ambiente ambulatorio. Que gran parte de estos médicos no logren acoplarse completamente al servicio ambulatorio y al ambiente de la ruralidad colombiana tiene que ver con que la formación en la profesión de medicina tiene un predominio en el ambiente hospitalario de la atención en salud y la concentración en los grandes hospitales urbanos. Actualmente, los médicos se forman para realizar el manejo de las enfermedades dentro del hospital, enfermedades que por lo general requieren de manejo médico inmediato, realización de múltiples exámenes y asignación de una cama. Son escasos los programas de medicina, como el de la Universidad de Antioquia o el de la Universidad de La Sábana en donde se encargan de formar a los galenos en el área de consulta externa. El predominio de la formación es biomédico e individualista.

En el trasegar de los relatos pareciera que se genera una línea divisoria entre los médicos y la comunidad, a excepción de uno que otro testimonio, como el de Petra o Babilonia. Pero que los médicos no conecten con los diferentes territorios ni con las diferentes comunidades no es una responsabilidad completa de su parte. Los programas académicos para el aprendizaje de medicina están enfocados en la atención de alta complejidad en los grandes hospitales, atención que es de predominio individual y poco relacional. Un aprendizaje donde domina el paradigma biomédico que por lo general es vertical y que no comprende los modos de vida de los sujetos ni como estos se insertan dentro de la sociedad.

Petra logra ser reconocida por la comunidad que vive en colindancia con la USS donde trabaja, pero su actuar persiste en la relación de poder vertical entre médico y paciente que impide que se genere un diálogo real entre las personas y su médico tratante. La postura de Petra, que es compartida por varios de los médicos que participan en esta tesis, es que el médico es el que sabe y el paciente es el que recibe y acata las recomendaciones, situación que olvida que los pacientes son seres sociales e históricos con toda una serie de condiciones y conocimientos que pueden ser usados para el tratamiento de su proceso salud enfermedad o que también los pacientes desde sus decisiones autónomas tienen derecho en las tomas de decisión terapéuticas, derecho a aceptar o rechazar cualquier tipo de tratamiento.

Babilonia señala que en la sede antigua de la USS donde trabajó, las personas reconocían a los trabajadores que laboran allí para apoyar la asignación de citas y otras necesidades administrativas, pero posteriormente en la nueva sede no intenta reconectar con la comunidad para continuar facilitándoles las cosas, aunque señala que, en la nueva USS todo es más difícil, el nuevo lugar es demasiado grande y atienden casi 1.500 personas cada día.

Por otro lado, es necesario hacer hincapié en que, en varias de las situaciones presentadas en esta tesis, los médicos del SSO no tienen la competencia completa para enfrentar varias de las escenarios evidenciados en esta pesquisa. Los médicos del SSO fueron formados de esta manera, fueron formados para hacer diagnósticos, prescribir tratamientos, solicitar laboratorios y referir a especialidades dentro de un consultorio o dentro de una habitación de hospital, no fueron entrenados para conectar con la comunidad y dialogar sobre sus problemas de salud. Los médicos se forman para realizar una atención individual, aislada,

en ocasiones poco relacional y también alienante, ahora que se utilizan tantos sistemas informáticos que limitan el contacto visual entre el paciente y su médico/a tratante.

Tampoco se pretende idealizar a los médico/as con frases como las descritas por el filósofo y escritor Albert Camus con las que se abrió la escritura de este documento. Al menos lo que se quiere es dar voz a un grupo de médicos excluidos y explotados. Un grupo de seres humanos que sufre mientras realiza su misión profesional. La base de la horripilante escala social que se ha establecido en la profesión de medicina en nuestro país. Esta base inicia con el estudiante de medicina, seguido por el médico del SSO, el médico general, el médico residente, los especialistas y subespecialistas y coronada por el médico/a dueño de los medios de producción o de la IPS.

Ahora bien, actualmente el gobierno nacional tiene una propuesta para fomentar la APS en todo el territorio y hacer uso de los profesionales del SSO con el fin de cumplir con este objetivo. Sin embargo, en esta investigación se observa la escasa preparación de los profesionales en medicina para asumir este reto. Como lo mencionó Gastón, él no estaba preparado para asumir su cotidianidad en la ruralidad. Dijeron Remedios, Aureliano y Mauricio Babilonia que su experiencia con el trabajo ambulatorio había sido exigua durante el pregrado.

Los médicos del SSO no están preparados para enfrentarse a las dinámicas rurales. Tampoco cuentan con alguna formación en APS durante el pregrado. En el SSO salen a enfrentarse a la consulta externa y a otros procesos que hacen parte de la APS con escasa o casi nula preparación. Valdría la pena volver a ejercicios como el antiguo ruralito, el cual aún hace parte del programa de medicina en la Universidad de Antioquia y que estrategias como esta sirvieran para un acercamiento inicial al SSO, a la relación con las comunidades y al campo colombiano. Esta era una de las recomendaciones dadas por Hancock y colaboradores en el estudio *Why doctors choose small towns* (Hancock et al., 2009) presentado en el capítulo 1 *Planteamiento del problema y justificación*.

A su vez, algunos de los procesos protectores referidos por los médicos del SSO pueden ser considerados por algunos lectores como lugares comunes o clichés. El disfrute del paisaje naturaleza, la satisfacción con la profesión, el elegir siempre la profesión de médico(a) en escenarios hipotéticos y la buena relación con los pacientes son temas presentados para contrastar un escenario en donde a pesar de que se evidencian condiciones precarias de trabajo, sobrecarga laboral y expresiones de desgaste, se

observa en estas respuestas que hay voluntad por parte de estos jóvenes para continuar ejerciendo la profesión con un compromiso ético, porque la medicina les gusta y sería la profesión que volverían a elegir.

Asimismo, algunos de los procesos que fueron considerados como protectores pueden haberse considerado de esta forma, debido a la escasa experiencia laboral de los médicos. Claramente cuando se lleva poco tiempo trabajando, es difícil estar desilusionado de la profesión, así como tener poca satisfacción con lo que se hace. Habría que observar cómo se transforman estas percepciones con la evolución de la vida laboral de estos doctores.

En esta pesquisa fue posible visualizar el deterioro de la relación médico paciente en la actualidad, la cual se transformó debido a los cambios generados posteriores a la ley 100. Actualmente, el reconocimiento social que tenían los médicos se perdió debido a que son vistos como controladores del gasto y terminan siendo catalogados como enemigos por parte de los pacientes. Los cambios en la organización del trabajo, los itinerarios burocráticos y clínicos (Abadia & Oviedo, 2009; Ardila Sierra, 2016) a los que son sometidas las personas potencian los malestares y generan predisposiciones para la relación entre dos seres humanos.

Además, los médicos también han tenido que asumir los cambios en la organización del trabajo secundarios a la ley 100. La generación de más ordenes médicas, el encargarse de cuestiones administrativas como imprimir fórmulas, exámenes, la explicaciones de más indicaciones como lo puede ser la necesidad de autorización de ciertos tratamientos, los itinerarios clínicos como son señalados por Ardila(Ardila Sierra, 2016), los tiempos limitados de atención que por lo general son de 20 minutos, pero como señalaron los médicos del SSO en ocasiones son de 10 minutos, la escasez de insumos o de medicamentos han generado estrés en los médicos que repercute en el trato que tienen con sus pacientes.

La metodología de este proyecto fue subtitulada como *Más allá de la punta del Iceberg* por el lugar común de la epidemiología que señala que de los fenómenos sólo es posible conocer la punta y no la profundidad completa del mismo. Si bien en esta tesis no fue posible encontrar la profundidad completa del iceberg, este sí se visualiza en una mayor proporción en comparación a si el problema de esta investigación se hubiese abordado desde el SBO. Los testimonios de los médicos del SSO logran relacionar las expresiones de desgaste reportadas a las condiciones de trabajo y la exigencia de la productividad por

parte de la Subred Sur. Este enfoque relacional no hubiese sido viable aplicando exclusivamente la encuesta de Maslach. Calcular proporciones, riesgos y asociaciones relativas a los componentes del SBO como la despersonalización, la falta de realización personal y el agotamiento emocional tal vez hubiesen puesto la responsabilidad completa en los trabajadores que para este caso son los médicos del SSO antes que, en las condiciones laborales, la organización del trabajo, las presiones por productividad y todos los itinerarios burocráticos (Abadía & Oviedo, 2009) que demanda el sistema de salud. Se aclara como limitación de esta investigación que no se llegó a la profundidad completa del problema, pero al menos se fue más allá que la punta.

También es relevante señalar la limitación que podría tener la utilización de la categoría desgaste. Esta categoría tiene escaso tiempo de creación (década de finales de los 70) y escaso tiempo de desarrollo (A. C. Laurell, 1977), si se fuera a comparar con el largo bagaje de la epidemiología clásica que tiene sus albores a mediados del siglo XIX (Rosen, 2015). En esta tesis, se mostró en el capítulo 2 de metodología que son escasas las investigaciones que han intentado usarla. Aún es necesario hacer un uso más extensivo de esta categoría para encontrar otros métodos y enfoques que le permitan dar más profundidad. Hay un intento de aporte con respecto a esta profundidad mediante el uso del método etnográfico. La etnografía permitió recabar información que ayuda a evidenciar el desgaste presente en Mauricio Babilonia al señalar que en algunas ocasiones había tratado mal a los pacientes; también fue útil el método etnográfico en el testimonio de Petra, quien afirmó que debió pedir un día de descanso para prevenir que pudiese cometer algún error de formulación; y finalmente, en el relato de Aureliano quien señaló que la rutina del trabajo, las agresiones de los pacientes y el resto de condiciones laborales, lo llevaron a generar una coraza frente a las dificultades de sus pacientes.

Esta categoría como la gran mayoría de las existentes tiene sus alcances, pero también sus limitaciones. A diferencia de la investigación de Asa Cristina Laurell en SICARTSA, en donde la autora demuestra como el trabajo va desgastando y acabando la salud de los trabajadores de la siderúrgica, y en donde demuestra el desgaste en la salud de los trabajadores con mayor antigüedad, esta categoría tiene limitación en su aplicación en el grupo de médicos del SSO, ya que su experiencia laboral es muy corta. Fue por esto por lo que se optó por hablar de expresiones de desgaste y no desgaste en sí mismo. Debido al escaso tiempo de experiencia laboral de estos médicos, no se encontró completamente un desgaste, pero sí algunas expresiones. Algunas de estas últimas fueron: ansiedad (30%

de los encuestados), maltrato hacia los pacientes, cansancio físico, errores en formulación como los mencionados por Petra, entre otras descritas en el capítulo 5. Alarma que, en escaso tiempo de trabajo, los médicos del SSO estén reportando estas expresiones de desgaste.

Otra limitación que tuvo esta investigación en cuanto a la categoría desgaste tiene que ver con su evaluación exclusiva en los impactos negativos en la salud entendidos como enfermedad y más específicamente en esta tesis como expresiones de desgaste. Sin embargo, Laurell cuando planteó esta categoría no se refería exclusivamente a las enfermedades que podrían desencadenarse por el proceso de trabajo y sus cargas malsanas, también hacía referencia al proceso de aceleramiento de los ritmos biológicos, que no necesariamente se expresan en una enfermedad, pero si en un cansancio más intensificado, en un mayor ritmo de envejecimiento. Debido al corto período de experiencia laboral de los médicos del SSO, a que además son trabajadores jóvenes y, no fue posible observar las otras acepciones que puede tener el concepto de desgaste, situación que demuestra que atrapar todas las implicaciones que trae consigo el desgaste tiene sus dificultades.

Se presentó también como limitación realizar un análisis profundo con respecto al enfoque de género en esta investigación. Se utiliza en parte el enfoque de género al señalar la situación personal de la doctora Amaranta quien se encontraba presentando el concepto que Jaime Breilh ha denominado la triple carga de la mujer (Breilh, 1991), la carga laboral, la carga reproductiva y la carga del hogar. Amaranta presentaba todas estas cargas ya que ayudaba en la crianza de sus hermanos, apoyaba con los gastos del hogar que compartía con su madre y tenía su pareja estable. Se mencionó también que las exigencias de productividad eran más frecuentes en las mujeres y que esto podría deberse a una dinámica patriarcal que exigía mayor productividad a las mujeres, sin embargo, esta hipótesis no se corroboró. Con respecto a tener hijos, 3 (13%) de las participantes eran madres cabezas de hogar, y 11 (48,8%) de los participantes mencionó que tenía al menos una persona a su cargo, no obstante, faltó profundizar en estas respuestas y evaluar cargas e inequidades relacionadas al género. Ninguna de las madres cabeza de hogar participaron en el ejercicio de la entrevista individual para así explorar con mayor profundidad inequidades ocasionadas por el género.

Le faltó a esta investigación incluir a algunas de las académicas referentes del enfoque de género, así como orientar preguntas tanto en la encuesta como en la entrevista individual orientadas a esta categoría, así como de las relaciones de poder y sus diferencias por género. Se evidenció que el desgaste fue más frecuente en las mujeres (39,1%) en comparación con los hombres (26,1%), no obstante, la participación en esta investigación tuvo una preponderancia femenina lo que hace difícil analizar si este aumento en la frecuencia se haya debido al hecho de ser mujer, a la triple carga o al haber sido la población con mayor participación en este estudio. Hizo falta mayor profundidad en el análisis y en la recolección de datos para esclarecer si el género influía en la generación de desgaste.

Por otro lado, se intentó contribuir en cierto punto a la construcción de la categoría desgaste. El índice tiempo de trabajo+tiempo de traslado/ horas de sueño puede ser útil para establecer la recuperación laboral de los trabajadores. Si el cálculo de este índice es mayor 1, esto podría interpretarse que la recuperación de la fuerza laboral no está siendo la adecuada con respecto al cansancio y el desgaste normal que produce el trabajo, situación que a futuro favorecería la presentación de desgaste deletéreo en los trabajadores. Ocho horas para trabajar, ocho horas para la recreación y ocho horas para dormir fue una de las reivindicaciones que pregonó el movimiento obrero de Chicago durante el primero de mayo de 1.886, por el cual se celebra el día del trabajo <sup>40</sup>. Laurell hablaba de desgaste obrero mediante la vía de “trabajo excesivo-consumo deficiente” principalmente a través de la plusvalía absoluta. Una disminución del salario de los trabajadores favorece una disminución en su consumo calórico lo que predispone a un desgaste(A. C. Laurell, 1977). Este índice tiempo de trabajo+tiempo de traslado/ horas de sueño podría explicar mejor el desgaste en trabajadores con las condiciones materiales para evitar el desgaste vía consumo deficiente. La nueva relación propuesta en esta tesis, trabajo excesivo-recuperación de la fuerza de trabajo insuficiente vía del sueño, puede ser un elemento importante a la hora de analizar el proceso de reproducción social o reproducción de la fuerza de trabajo.

---

<sup>40</sup> El movimiento obrero de Chicago en 1.886 tomó esta premisa de las 8 horas para trabajar, 8 horas para la recreación y las 8 horas para dormir del pensamiento del socialista galés Robert Owen, quien operó como director de una fábrica de tejidos en la ciudad de Manchester, allí promulgó las mejoras en las condiciones laborales, la reducción de la jornada laboral y la regulación del trabajo infantil [https://es.wikipedia.org/wiki/Jornada\\_de\\_ocho\\_horas](https://es.wikipedia.org/wiki/Jornada_de_ocho_horas).

Si bien hace falta aún explorar más la categoría de desgaste, si esta no se hubiese usado, no hubiese sido posible relacionar las condiciones del trabajo y el trabajo mismo a las expresiones de desgaste de los médicos del SSO. El posible uso de la epidemiología clásica y el SBO habría analizado sólo la punta de este problema de investigación, como varios de los estudios reseñados en el capítulo inicial Planteamiento del problema.

También, es necesario mencionar que a pesar de que la lógica de la “sostenibilidad financiera” permea principalmente el mundo privado de la atención en salud, esta pesquisa demuestra que todo este pensamiento se trasladó al escenario de lo público, en contraste con lo encontrado en el trabajo de Ardila (Ardila Sierra, 2016), en donde se observaba esta priorización principalmente en el escenario privado. Aunque la Corte Constitucional haya fallado una sentencia (Corte Constitucional de Colombia, 2008a) en contra del usufructo y la generación de plusvalía en la atención en salud en las instituciones de salud públicas, esto parece que no está siendo tenido en cuenta por sus dirigentes y gerentes. Si en Colombia ni siquiera las instituciones públicas tienen como misión velar por la salud de las personas por encima del bienestar financiero, no sé qué nos espera. ¿Si lo público no está dispuesto para el público, entonces qué lo estará?

También, es necesario señalar el escaso acompañamiento que se les realiza a los médicos del SSO. No existen rutas claras de contacto en caso de problemas en el MSYPS ni tampoco en la Secretaría Distrital de Salud. Casi como que estos profesionales quedan echados a la suerte, sin la presencia de referentes o guías claros que puedan acompañarlos durante el proceso.

Posterior a la ley 100 y a la entrada de los agentes financieros internacionales encarnados en las EPS, los médicos deben aceptar las condiciones laborales y el tipo de salario impuesto sin ningún tipo de negociación. Y es esta una de las razones por las cuales este trabajo señala que actualmente los médicos son proletarios, ya que deben vender su fuerza laboral sin control sobre la producción de su trabajo para poder subsistir. Son ahora las EPS e IPS quienes definen los costos de los procedimientos, las condiciones laborales y de trabajo, los costos de las consultas y otros servicios.

Y es que esta aceptación de las condiciones laborales y salarios impuestas por las EPS e IPS generan condiciones precarias para laborar. Ya decía Amaranta que tuvo que amenazar con incapacitarse para que le cambiarán la silla que usa para ver los pacientes. Señalaba Fernanda que la cantidad elevada de pacientes y los 20 minutos propuestos para

su atención no le permitían tomar pausas para ir al baño. Decía Rebeca que la productividad y las consultas constantes la dejaron disfónica. Comentaba uno de los galenos que asociaba un cuadro neumónico que presentó a la atención constante de pacientes respiratorios. Y finalmente señalaba Mauricio Babilonia que había maltratado a uno que otro paciente por las exigencias de productividad en la Subred ¿Dónde está la retroalimentación por parte de las IPS y de las ARL para prevenir este tipo de situaciones en los médicos del SSO? Aunque también es de reclamar a los galenos del SSO su falta de interés y posibilidades de agremiación para la exigencia de mejores condiciones laborales.

Los médicos en Colombia han intentado solventar parcialmente las precarias condiciones laborales a través del pluriempleo. Los contratos tercerizados, de prestación de servicios y de baja remuneración salarial se han querido resolver mediante la vía individual mediante la toma de otro trabajo(Ardila Sierra, 2016). Señalaba el colegio médico colombiano que: “el 36% de los médicos generales en el país trabaja en dos o tres sitios, y el 30% de los especialistas labora en tres o más centros médicos”(Colegio Médico Colombiano, 2019). Un pluriempleo que les permita generar más ingresos para su consumo personal e intentar mejorar su calidad de vida o para resolver las deudas que podrían tener por haber estudiado una carrera onerosa como es la medicina. Amaranta señalaba que el salario se lo gastaba rápidamente, ya que el 25% de este iba para pagar su préstamo universitario. Si los médicos del SSO tuvieran la oportunidad de tomar otro trabajo, la probabilidad de que lo tomaran es muy alta, más del 30% de los médicos generales tienen más de un trabajo. Este pluriempleo predispone al desgaste y a un mayor deterioro de la salud de los médicos.

Es por todo lo anterior que se hace urgente revisar las posibilidades de agremiación y por parte de los médicos de Colombia, incluidos los médicos del SSO. Ejercicios como los de la Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR), o como los de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE) podrían servir como ejemplo para las posibles nuevas formas de agremiación. Dentro de los ejemplos reivindicativos logrados por estas dos asociaciones médicas están la ley para los residentes de las especialidades en medicina, ley 1917 de 2018 que estableció el pago de 3 SMMV junto a la afiliación al sistema de salud para los residentes, y el establecimiento del valor de hora que debe ser fijo para todos los anestesiólogo/as conseguida por la SCARE.

Sólo la agremiación médica logrará presionar un cambio en las condiciones laborales. Unas condiciones que además deben priorizar la calidad de la atención, antes que la cantidad. Que vaya en pro del bienestar de la población, antes que de la productividad. Ya decía el ciclista y filósofo Guillame Martin:

*Una sociedad sostenible y sana no puede ser, a riesgo de asfixiar al individuo, ordenada desde arriba, lo que desgraciadamente ocurre hoy en día en la empresa moderna, donde el empleado es llevado al límite por una estructura que exige rendimiento y productividad, y no lo reconoce como persona. Esto conduce a males conocidos: compromiso ciego con el trabajo, suicidio.(Martin, 2022: 128)*

Pero estos cambios en las condiciones laborales no se podrán sostener dentro del actual sistema de salud. Se hace necesario un cambio de sistema, un sistema nuevo que deje de priorizar lo financiero sobre la salud, que no le dé más relevancia a la facturación que a la atención de calidad, que vaya en busca del bienestar y del buen vivir de los colombianos. Para generar este gran cambio se requiere de la presión y apoyo del gremio médico. Un gremio que ha brillado por su ausencia a la hora de solicitar las grandes reivindicaciones sociales y laborales.

La organización del trabajo también debe transformarse en este nuevo sistema de salud. Esa nueva organización debe ir centrada en la atención de calidad del paciente, no en aumentar los trámites administrativos para las personas. Los trámites de autorizaciones de procedimientos deberían pensar en eliminarse o realizarse de forma interna en la red de prestación de servicios para no cargar a la gente con toda esta tramitología e itinerarios burocráticos. El personal administrativo en este nuevo sistema de salud debe estar orientado a ayudar y no a producir barreras de acceso a la atención en salud. El nuevo sistema de salud debe contar con una nueva organización del trabajo donde el objetivo sea la atención de calidad y en pro del bienestar de la persona, evitando jerarquías demasiado arraigadas y verticales que limiten la posibilidad de brindar la mejor atención posible. Debe darse una nueva organización laboral más horizontal, con escasas jerarquías, en donde los administrativos no tengan la última palabra sobre los procedimientos o terapias de los colombianos, en donde la brecha salarial no sea tan alta y donde se tenga como foco el bienestar de la gente antes que los costos y las autorizaciones.

Se requiere un sistema de salud que tenga como centro a la persona, y que se apoyen sus ideales para el cumplimiento de su proyecto de vida. Un sistema donde las voces de sus trabajadores sean tenidas en cuenta, y que estas no sean solamente voces pasivas, sino que estén presentes en su rectoría y administración. Un sistema en donde la polifonía de voces que lo componen intente encontrar una ruta en común para convertir al país en una nación más saludable, más completa. Un sistema de salud que no explote a la base que lo compone, sino que vele por su salud.

Como dice el médico salubrista español Javier Segura del Pozo, es momento de que los médicos de este país cambien “las batas por las botas”(Segura del Pozo, 2020) y salgan a las calles a exigir sus derechos. El futuro es incierto, pero también se labra.

## **7. Conclusiones y recomendaciones**

### **7.1 Conclusiones**

Este trabajo encontró expresiones claras de desgaste en los médicos del SSO. De los médicos SSO, el 65,2% incluidos en este estudio ha presentado alguna expresión de desgaste en su experiencia laboral. En estas expresiones sobresalen la ansiedad (30% de los encuestados), las enfermedades osteomusculares y las enfermedades neurológicas como cefaleas, el maltrato hacia los pacientes, la apatía hacia los malestares de los pacientes, entre otras. Estas expresiones de desgaste se relacionaron en las encuestas y entrevistas con las cargas laborales como el trabajo repetitivo, el poco tiempo de descanso, las metas de producción exigidas por la Subred Sur, el tiempo insuficiente entre consultas, la presión por parte de los jefes, la supervisión estricta de la jornada laboral, las presiones psicológicas por tiempo, entre otras. Lo que demuestran estas expresiones de desgaste es que los médicos tienen un perfil patológico de desgaste que tal vez podría ser característico de las cargas laborales a las que se enfrentan.

La Subred Sur al aumentar la cantidad de pacientes atendidos por jornada por cada médico del SSO y al disminuir los tiempos de consulta externa está generando un incremento del plusvalor del trabajo médico a expensas de la plusvalía relativa que se logra por intensificación de los tiempos de trabajo y la cantidad de pacientes. Esta es una expresión de la subsunción formal del trabajo de los médicos del SSO al capital, aunque se trate de instituciones del Estado. Ellas se comportan como empresas autosostenibles en competencia abierta de mercado, es decir, como cualquier empresa privada. En ellas no se habla de plusvalor ni capital, sino de “sostenibilidad financiera”, pero se puede entender como plusvalor. Una “sostenibilidad financiera” como objetivo estratégico de la Subred, que desconoce los fallos de Corte Constitucional y además la razón de ser de los servicios de salud, la cual es en palabras de Merhy (2013) “el cuidado radical de la vida”.

Los médicos de servicio social no controlan aspecto de su trabajo. Sus agendas, sus condiciones laborales, sus tiempos de descanso son manejados por la Subred Sur y, en este sentido, pierden autonomía profesional y quedan subsumidos en las reglas de la sostenibilidad financiera.

Dentro de los procesos protectores encontrados que podrían evitar el desgaste por el trabajo médico estuvieron: buena relación con los pacientes, la actividad física (65,2% de los encuestados señaló realizarla), la lectura, el compartir tiempo con la familia o la pareja, el apoyo de un médico familiar para sus consultas, el colegaje, el buen ambiente laboral, pero principalmente la satisfacción con la profesión. Los nueve médicos entrevistados refirieron sentirse satisfechos con el ejercicio de su profesión.

Por otro lado, en esta tesis se identificó también que las expresiones de recuperación de los médicos del SSO fueron insuficientes. De los médicos encuestados, 70% (n=23) refirió dificultades para dormir. El 26% señaló que estas dificultades se debían tanto al cansancio como a presentar angustia y ansiedad. El promedio de horas de sueño de los médicos del SSO fue de 6 horas, tiempo que es escaso de acuerdo con lo recomendado por el Instituto Nacional de Medicina de Estados Unidos. De los médicos encuestados, el 56,2% (n=23) refirió que los tiempos de traslado hasta su sitio de trabajo favorecían la posibilidad de presentar agotamiento al finalizar la semana laboral. De acuerdo con la elaboración del índice tiempo de trabajo+tiempo de traslado/ horas de sueño, el 95% de los médicos del SSO le dedica más tiempo al trabajo que a la recuperación de la fuerza laboral.

Además, en este trabajo se encontró que las buenas condiciones laborales van más allá de un contrato laboral con todas las prestaciones sociales. Las buenas condiciones laborales abarcan: una buena remuneración salarial, un buen ambiente de trabajo, una buena relación con los jefes, tiempos de descanso, buenos instrumentos y condiciones físicas en los sitios de trabajo, escenarios propicios para una buena relación médico-paciente, entre otras. La Subred Sur desafortunadamente no brinda estas condiciones laborales en sus diferentes centros de salud, situación que favorece las expresiones de desgaste en los médicos del SSO.

Los hallazgos encontrados también demuestran una desconexión de los médicos del SSO con el territorio. La relación médico paciente se realiza desde una posición de poder, biomédica e individualizante. No existe un análisis por parte de los médicos del SSO participantes en este estudio que relacione el territorio con el proceso salud/enfermedad de las personas. Esto último queda como una deuda pendiente por parte de los galenos, pero también debe hacer reflexionar a las diferentes instituciones educativas que forman médicos en el país.

Y finalmente, si esta investigación ofrece un panorama de la situación de los médicos del SSO en Bogotá, en donde los datos reportados en esta pesquisa no son alentadores, a pesar de que este grupo de profesionales no realiza horas extra excesivas en su jornada laboral, de que tiene un contrato laboral con todas las prestaciones, de que este grupo de profesionales labora en la ciudad capital con una oferta cultural y de distracciones que tienen pocas ciudades en el país que favorecen a buena salud mental, ¿cómo será la situación de los médicos del SSO en otras regiones de Colombia? ¿Habrá también desgaste?

Los resultados de esta tesis de maestría abren la puerta para la profundización del desgaste en los médicos del SSO en el resto del país, tal vez en una investigación de nivel doctoral.

## 7.2 Recomendaciones

La Subred Sur tiene las posibilidades para mejorar las condiciones laborales de los médicos del SSO. Esta institución puede velar por la seguridad de sus profesionales, puede mejorar los instrumentos de trabajo de los médicos, puede establecer pausas para ir al baño en las jornadas laborales de acuerdo a lo que está establecido por el código sustantivo de trabajo, puede mejorar las plantas físicas de sus centros, puede implementar acciones para mejorar el clima organizacional e implementar estrategias de respeto a las profesiones de la salud por parte de los pacientes.

Se recomienda entonces:

1. Equipar las instalaciones e instrumentos de uso médico entre las USS antiguas y las USS nuevas o en acreditación.
2. Implementar rutas de transporte para la movilidad de sus trabajadores en aquellas USS con ubicación peligrosa. Esta estrategia ya se tiene en algunas sedes.
3. Establecer pausas para el descanso tanto en la jornada diurna como en la jornada vespertina. De acuerdo con el código sustantivo del trabajo, en su artículo 167: “las horas de trabajo durante cada jornada deben distribuirse al menos en dos secciones con un intermedio de descanso que se adapte racionalmente a la naturaleza del trabajo y a las necesidades de los trabajadores”(Ministerio de Trabajo, 2011, p. 50:50). Esta norma no se cumple en la Subred Sur. Si se quieren prevenir enfermedades físicas y mentales en el grupo de médicos del SSO, es necesario implementar estas pausas.
4. No agregar más pacientes extra a la jornada laboral de los médicos. Cada paciente merece su tiempo. No es responsabilidad de los galenos que los pacientes no asistan a su consulta.
5. Implementar estrategias para mejorar el ambiente laboral (clima organizacional), en donde en estas se incluyan a los líderes o profesionales de enlace, con el fin de estimular la empatía hacia los trabajadores que están a su cargo.
6. Establecer programas de humanización a la inversa, es decir, de los pacientes hacia los trabajadores de salud con el fin de recordarle a la comunidad que estos

trabajadores también son personas de carne y hueso con necesidades y dificultades como cualquier otro.

7. Fomentar espacios para promoción de la actividad física en los que incluyan a los médicos del SSO. La Subred realiza varios campeonatos interinstitucionales de diferentes deportes en los que se podría incluir a este grupo de trabajadores. Es importante recordar que el 65.2% de los médicos encuestados señaló realizar actividad física en horarios extralaborales.
8. Se recomiendan estrategias de apoyo psicológico para los médicos del SSO. Desde la oficina de Seguridad y Salud en el trabajo de la Subred se tienen todas las posibilidades para brindar el acompañamiento en salud mental a estos médicos.
9. A los médicos se les recomienda iniciar ejercicios de agremiación. Casi que la única posibilidad para exigir condiciones laborales dignas es a partir de la negociación sindical, una estrategia que parece estar en el vagón del olvido de muchos galenos.

#### Recomendaciones para la academia:

1. Fortalecer los programas de enseñanza en la academia que están orientados a la APS para preparar a los médicos para el SSO. De acuerdo a los testimonios consignados en esta investigación, la preparación con respecto a esta estrategia es mínima.
2. Como fue señalado por Hancock y colaboradores, y como apareció además en la entrevista del doctor Gastón, se recomienda incentivar el contacto de médicos en formación, médicos recién graduados, médicos residentes, con la ruralidad, de manera que este contacto permita una familiaridad con estas regiones para que así se apropien las costumbres de la vida en las áreas rurales y se haga más fácil vivir en estas zonas. Estrategias como el ruralito que estaba presente antiguamente en gran parte de los pensum de medicina, pero que actualmente sólo está presente en el programa de formación de la Universidad de Antioquia, facilitarían e una relación previa de médicos jóvenes o médicos recién graduados con el campo colombiano lo que permitiría un SSO más ameno y más alineado con los valores de las comunidades que se atienden. Es relevante recordar que gran parte de los médicos del país se forman en las grandes ciudades o en ciudades intermedias por lo que la adaptación al ámbito rural les toma tiempo, y en algunos momentos puede ser chocante o aburrida como lo señaló Gastón.

3. Se hace necesario revisar la categoría Territorio, ya que pareciera que no está siendo tomada en cuenta para la atención en salud. Es necesario que los médicos recién egresados cuenten con una comprensión de que las personas hacen parte de un territorio, el cual tiene diferentes particularidades y tensiones que terminan incidiendo en los procesos de salud enfermedad. Los sujetos no son entes aislados que asisten a consulta por eventos en salud que no tienen nada que ver con el espacio tanto geográfico como simbólico que habitan.

## 8. Anexos

### 8.1 Consentimiento informado



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN** *Desgaste en médicos del Servicio Social Obligatorio: Una experiencia en la Subred Sur de Bogotá, 2023.*

Este documento le proporciona la información necesaria para que usted participe voluntaria y libremente en el proyecto de tesis titulado: *Desgaste en médicos del Servicio Social Obligatorio: Una experiencia en la Subred Sur de Bogotá, 2023.* realizado por el médico CÉSAR ALEJANDRO GENEY CELIS como investigador principal dentro del programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, en el marco del grupo de investigación: Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social. Antes de dar su consentimiento, usted necesita entender plenamente el propósito de su decisión. Este proceso se denomina consentimiento informado. Una vez que usted haya leído este documento y resuelto con el investigador las dudas, se le pedirá que firme el impreso si desea continuar con el proceso. Tras su firma, se le entregará una copia del mismo.

**Justificación del estudio:** La Ley 1164 de 2007 que regula la formación de talento humano en salud, señala que el SSO se extiende para los egresados de los programas de educación superior de salud y este deberá “ser prestado en poblaciones deprimidas urbanas o rurales o de difícil acceso a los servicios de salud, en entidades relacionadas con la prestación de servicios, la dirección, la administración y la investigación en las áreas de la salud”. Colombia tiene zonas de difícil acceso a los servicios de salud, muchas de ellas rurales, que necesitan asistencia sanitaria y a las que sólo el Estado puede garantizar. La evaluación de la Comisión Global de Salud de The Lancet estimó que 22.080 colombianos fallecen por mala calidad de la atención en salud y 11.836 muertes se debieron a la no utilización de los servicios de salud. Entre estas muertes se encuentran ciudadanos del área rural en donde el acceso a los servicios de salud se dificulta aún más. De ahí la importancia de la evaluación de la salud de los médicos del SSO debido a que este personal sería uno de los actores encargados de atender la salud de las poblaciones rurales. Si bien no son los responsables completos de la atención, sí tienen un papel central. La evidencia de hallazgos negativos en la salud de los médicos del SSO podrían repercutir en la calidad de la atención de las poblaciones rurales.

**Objetivos del estudio:**

- Indagar las condiciones de salud de los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá y su relación con el proceso de atención de salud en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS).
- Identificar expresiones de desgaste en el grupo de médicos de SSO de la Subred Sur de la Ciudad de Bogotá y su relación con el proceso de atención de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Identificar el proceso de producción de la atención en salud en el SGSSS, en el cual se insertan los profesionales del SSO.
- Describir las cargas laborales y los procesos protectores presentes en el proceso de trabajo de los médicos del SSO.
- Identificar expresiones de recuperación relacionados a procesos protectores que son utilizados por los médicos con el fin de revertir el desgaste.
- Describir las condiciones laborales y las condiciones de trabajo de los médicos del SSO de la Subred Sur.

**Para participar en el estudio, usted debe entender los siguientes puntos:**

1. Las condiciones de salud de los médicos del SSO de la Subred Sur se indagarán a través de entrevistas semiestructuradas tanto a grupos focales como a nivel individual. Estas entrevistas serán realizadas idealmente de forma presencial. En dado caso que no sea posible realizarlo de esta manera, se habilitará la plataforma Google Meet o Microsoft Teams para realizar una sesión virtual.
2. Las expresiones de desgaste, el proceso de producción, las cargas labores, los procesos protectores, las condiciones laborales y condiciones de trabajo de los médicos del SSO se investigarán a través de entrevistas semiestructuradas tanto a grupos focales como a nivel individual. Para la realización de las entrevistas se hará uso de los: *Instrumentos para indagar por los expresiones de desgaste en los médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá (Colombia)*.
3. De manera adicional, se indagarán por indicadores de salud relacionados a los profesionales del SSO en la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Subred Sur.
4. La decisión de participar o no en este estudio, así como la decisión de retirarse del mismo cuando lo desee, no tendrá perjuicio alguno.
5. Ninguna persona involucrada en este estudio recibirá beneficios económicos como pago por su participación. Los beneficios a obtener se resumen en que se podrá contar con mayor información que apoye la toma de decisiones en beneficio de la salud y las condiciones laborales del conjunto de médicos del SSO de la Subred Sur de Bogotá.
6. Los investigadores de este estudio no tienen ningún interés económico en el mismo.
7. La naturaleza de este estudio, sus riesgos, inconvenientes, incomodidades y cualquier información importante está resumida a continuación y será explicada por el grupo investigador.

**Procedimientos:**

1. Se emplearán diferentes momentos para la realización de las entrevistas semiestructuradas, en donde un moderador intentará guiar una entrevista con varios participantes o con un solo. Estas entrevistas se realizarán en dos o 3 momentos. Un primer momento de entrevista a grupos focales (grupos de médicos del SSO que trabajen en el mismo servicio). Y un segundo o tercer momento en donde se harán entrevistas individuales intentando recabar las demás categorías propuestas en la investigación.
2. Adicionalmente, los investigadores efectuarán procesamiento de información recolectada, elaborada o publicada relativa a las condiciones de salud y vida de la misma población a estudio.

**Riesgos e incomodidades:**

1. Teniendo en cuenta las características de la investigación, las probables incomodidades que podrían generarse están relacionadas a acontecimientos previos o situaciones traumáticas ocurridas durante el trabajo. En dado caso de suceder lo anterior, se realizará la estrategia de contención emocional y se brindará todos los apoyos para el acompañamiento psicoterapéutico por parte de la Administradora de riesgo laborales (ARL).

**Beneficios:**

1. Mediante la realización de esta investigación se logrará establecer el perfil de salud de los médicos del SSO, las condiciones laborales, los procesos malsanos y cargas laborales a las que están sometidos con el fin de implementar acciones para la mejorar de las condiciones de salud y de las condiciones laborales.. La información recabada en esta investigación podrá ser útil para la actualización de la política pública del Servicio Social Obligatorio.

**Tratamiento de datos y confidencialidad:**

1. Los datos a la Ley de Hábeas Data, con confidencialidad, acceso restringido a personal no vinculado al proyecto y uso limitado al desarrollo de los objetivos del estudio. Los datos de interés para el estudio serán llevados a una base de datos electrónica en la cual usted no puede ser identificado directamente, se utilizará un código para relacionar los datos con los participantes.
2. Su nombre u otras formas de identificación no se incluirán en la información que se comparta con otros investigadores y cuando los resultados del estudio sean presentados en revistas o congresos científicos.
3. El investigador principal custodiará personalmente los documentos y bases de datos resultantes de éste proceso de investigación.

**Obligación financiera:** Participar en este estudio no tiene ningún costo para usted.

**Otra información pertinente:** En el curso del estudio se le suministrará a usted cualquier tipo de información nueva, derivada de éste, que pueda modificar su participación en el mismo.

Si usted requiere cualquier información adicional por favor llame al investigador principal César Alejandro Geney Celis Tel. 3112208497, [cageneyc@unal.edu.co](mailto:cageneyc@unal.edu.co)

**Comité de Ética.**

Comité de Ética Institucional, Facultad de Medicina-Universidad Nacional de Colombia

Correo electrónico: [eticasalud\\_fm bog@unal.edu.co](mailto:eticasalud_fm bog@unal.edu.co)

Carrera 30, Calle 45. Facultad de Medicina.

**Declaración del participante:** Confirmando que:

- Soy mayor de 18 años.
- El personal del estudio me ha explicado de manera clara y completa el proyecto de investigación.
- He tenido la oportunidad de discutir el proyecto de la investigación con el personal del estudio y todas mis preguntas fueron contestadas.
- Tuve una cantidad de tiempo adecuada para considerar participar en el estudio.
- He leído y entendido este formato de consentimiento informado.
- Entiendo que recibiré una copia de este formato.

Al firmar este documento doy mi consentimiento voluntario para participar en el estudio *Desgaste en médicos del Servicio Social Obligatorio: Una experiencia en la Subred Sur de Bogotá, 2023. "Servicio Social Obligatorio: Un Cristo de espaldas"* que se describe en este formato.

	<b>Nombre de la participante</b>		
	<b>Firma de la participante</b>		
	<b>Documento de identidad</b>		
	<b>Teléfono</b>		
	<b>Fecha</b>		

**Nota:**

## 8.2 Encuesta individual y guion de entrevista semiestructurada individual

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**INSTRUMENTO PARA INDAGAR POR LOS EXPRESIONES DE DESGASTE**

**EN LOS MÉDICOS DEL SSO DE LA SUBRED SUR DE BOGOTÁ**

**(COLOMBIA). ENCUESTA INDIVIDUAL**

IDENTIFICACIÓN	
NOMBRE	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	
USS DONDE TRABAJA	
LUGAR DE PROCEDENCIA	
EDAD	

### VINCULACIÓN AL PROCESO DE PRODUCCIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD

1. Cuánto tiempo lleva trabajando (meses)
2. ¿En qué servicios trabaja? Puede escoger más de una opción.

Urgencias	
Consulta externa	
Traslado de pacientes (Ambulancias)	
Salud pública	
Otro no mencionado	
¿Cual?	

**CARGAS LABORALES Y EXPRESIONES DE DESGASTE**

1. Situaciones a las que se enfrenta cuando se encuentra desempeñando su trabajo
2. Riesgos derivados de los medios de trabajo ( ruido, vibraciones, temperatura, humedad, ventilación, radiaciones)

Radiación	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	

3. Riesgos derivados de los agentes del trabajo (químicos o biológicos: polvos, gases, humos, vapores, líquidos, bacterias, virus)

Contacto con agentes biológicos (sangre y fluidos corporales).	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	
Le han faltado elementos de protección personal durante el trabajo (bata, tapabocas, guantes, otros)	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	
Contacto con sustancias químicas (por ejemplo: fenoles, formol, etc.)	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	

	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	
Contacto con polvo a material particulado	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	

6. Riesgos derivados de las exigencias laborales de la actividad (Incluyen la intensidad del trabajo, trabajo pesado, sedentarismo y las posiciones incómodas)

Posiciones no ergonómicas	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	
Largas jornadas de trabajo en posición de pie	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	
Largas jornadas de trabajo sentado(a)	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	

Levantamiento de cargas pesadas o pacientes	7. Nunca	
	8. Algunas veces al año	
	9. Algunas veces al mes	
	10. Algunas veces a la semana	
	11. Diariamente	
Manipulación de elementos cortopunzantes	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	
Agresión física o verbal por parte de los pacientes y/o familiares	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	

7. Riesgos derivados de la organización y división del trabajo (duración, turnos, rotación, formas de pago salarial, ritmo, control, peligrosidad, monotonía del trabajo y supervisión).

Largas jornadas sin descanso	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	
Trabajo repetitivo	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	
Horario de descanso establecido	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	
¿Con que frecuencia interactúa con sus compañeros?	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	

	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	
Horas extra Nota: En caso afirmativo, señale el promedio (en horas) por semana. (sólo números) _____	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	
Cubrimiento de un servicio diferente al asignado originalmente	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	
Pacientes extra dentro de la misma jornada laboral	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	

8. ¿Cuánto dura su jornada laboral? (horas) Por favor escriba en números.

9. ¿Existe rotación de turnos?      SÍ                      NO

10. Si su respuesta fue afirmativa ¿Cómo se lleva a cabo? ¿Lo trasladaron de su USS?

11. ¿Existen pausas de trabajo para tomar alimentos? SÍ                      NO

12. ¿Realiza pausas activas? SÍ                      NO

13. ¿Qué lo lleva a tomar pausas en el trabajo?

14. ¿Le programan actividades administrativas como capacitaciones o cursos?

a	Sí, dentro de la jornada laboral	
b	Sí, fuera de la jornada laboral	
c	No	

15. ¿Existen metas de producción en el servicio? SÍ NO

16. ¿Cuál es la meta de producción? (número de atenciones, cantidad de pacientes valorados en urgencias, número de consultas de P y P). Si no tiene metas puede colocar NA)

17. Riesgos que los medios de trabajo representan en sí mismos, cargas psíquicas y otras

Necesidades de alta concentración en la jornada laboral	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	
Presiones psicológicas por tiempo	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	
Supervisión estricta de la jornada laboral	1. Nunca	
	2. Algunas veces al año	
	3. Algunas veces al mes	
	4. Algunas veces a la semana	
	5. Diariamente	

18. ¿Cuenta con sitios de descanso? SÍ NO

19. ¿Cuenta con horarios de descanso durante la jornada laboral? SÍ NO

20. ¿Tiene alguna enfermedad de base diagnosticada por un profesional de la salud? Sí/No, podría especificar cual, por favor.

21. Durante su vida como trabajador ¿ha sentido algún tipo de malestar? ¿Sí/No?, ¿Cuál? /¿Cuándo? Podría por favor ser específico.

22. ¿Usted cree que ese malestar puede atribuírsele a su trabajo? ¿Sí/No? Podría por favor ser específico y explicar el porqué

23. En caso afirmativo en la anterior respuesta, ¿Cuánto tiempo llevaba trabajando cuando este apareció? (Favor escribir los meses)

24. ¿Consultó con algún médico por ese padecimiento?

SI	
NO	

25. En caso afirmativo en la anterior respuesta ¿Le dijeron que tipo de enfermedad tenía? (Si respondió No, escriba na)

26. ¿Le han diagnosticado alguna vez una enfermedad a causa del trabajo? SÍ  
NO

27. ¿Qué enfermedad? (si su respuesta fue negativa por favor escriba na)

28. En que se traslada a su lugar de trabajo:

Vehículo particular tipo carro.	
Vehículo particular motocicleta.	
Transporte público	
Bicicleta	
Otros	

29. ¿Cuánto tiempo le toma llegar a su lugar de trabajo? (por favor responda en minutos)

30. ¿Siente que los tiempos de traslado hasta su sitio de trabajo favorecen la posibilidad de presentar agotamiento al inicio o final de la jornada laboral? SÍ  
NO

31. ¿Siente que los tiempos de traslado hasta su sitio de trabajo favorecen la posibilidad de presentar agotamiento al finalizar la semana laboral? SÍ NO

## RECUPERACIÓN DE LA FUERZA LABORAL

32. ¿Considera que este dinero retribuye el esfuerzo que demanda su trabajo? SÍ No

33. Tiene dificultades para dormir y las relaciona con alguna de las siguientes causas (puede seleccionar más de una):

Agotamiento físico	
Angustia y ansiedad	
Enfermedad física (ej: dolor, sahos, otras enfermedades respiratorias, etc)	

Sí, tengo dificultades para dormir, pero no las relaciono con ninguna de las anteriores	
No tengo dificultades para dormir	

34. Sí tiene dificultades para dormir, estas se le presentan

Para conciliar el sueño	
Se despierta varias veces durante la noche	
De despertares tempranos	
No aplica	

35. ¿Cuántas horas diarias duerme? (en números):

36. ¿Qué actividades realiza cuando no se encuentra trabajando ni atendiendo labores domésticas?

37. ¿Cuántas horas diarias dedica a esas actividades? (en números):

38. ¿Cuántos hijos tiene?

Ninguno	
1	
2	
3	
4	
5 o más	

39. ¿Tiene personas a cargo? ¿Algún familiar dependiente de su actividad económica?

Ninguno	
1	
2	
3	
4	
5 o más	

40. ¿Como maneja las incomodidades o síntomas que considera son derivados de su trabajo?

41. ¿Cómo maneja las incomodidades o síntomas que considera son derivados de su trabajo después del trabajo?

### 8.3 Guion entrevista semiestructurada individual

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**INSTRUMENTOS PARA INDAGAR POR LOS EXPRESIONES DE DESGASTE EN LOS MÉDICOS DEL SSO DE LA SUBRED SUR DE BOGOTÁ (COLOMBIA).**

#### **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA INDIVIDUAL**

1. Cuénteme que hace durante todo un día hábil normal teniendo en cuenta horarios y tiempo dedicado a cada actividad


2. ¿Cómo se siente vivir día a día de esa manera?



3. ¿Le gusta la forma en que está viviendo su vida?


4. ¿Qué le molesta de cómo vive en el trabajo y en la casa?


5. ¿Cómo le gustaría vivir?


6. Con base en su experiencia, ¿si tuviera la posibilidad de volver a elegir la profesión a la que se dedicaría, lo haría? ¿Estudiaría una profesión diferente a la medicina?


7. ¿Se siente decepcionada(o) de su profesión? ¿Por qué?


8. ¿Qué planes tiene luego de terminar el servicio social obligatorio?


9. ¿Qué ha sido lo más difícil de la experiencia laboral hasta este momento?


10. ¿Qué ha sido lo más placentero o bonito de la experiencia laboral hasta este momento?


11. ¿Ha tenido incapacidades médicas?

SI		¿Cuál ha sido o han sido las causas?
NO		

12. ¿Qué tanta autonomía para elegir los mejores tratamientos para

sus pacientes cree que tiene en el trabajo?


13. ¿Se siente valorado como profesional en la institución?


14. ¿Le genera satisfacción la contribución que realiza a la sociedad por el ejercicio de su profesión?


15. ¿Si pudiera hacer un balance entre el deber ser y lo que en realidad puede hacer en su trabajo, cómo estaría este balance?


## Bibliografía

- Abadia, C. E., & Oviedo, D. G. (2009). Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science and Medicine*, 68(6), 1153–1160. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.049>
- Aguirre Roldán, A. M., & Quijano Barriga, A. M. (2015). Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 44(4), 198–205.
- Apréaz Ippolito, G. (2010). La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Polis (Santiago)*, 9(27), 369–381. <https://doi.org/10.4067/s0718-65682010000300017>
- Ardila Sierra, A. (2016). *Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Universidad Nacional de Colombia.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. (1964). *Medicina y desarrollo social. La contribución de la educación médica a la tarea del desarrollo económico-social* (Ediciones Tercer Mundo y Comité Ejecutivo de la ACFM, Ed.). Ediciones Tercer Mundo y Comité Ejecutivo de la ACFM.
- Baker, V. J. (1987). PITCHING A TENT IN THE NATIVE VILLAGE: Malinowski and Participant Observation. In *ANTHROPOLOGICA XXIX*. <https://about.jstor.org/terms>
- Beltrán Valderrama, J. (2019a, November). La salud rural sigue estando en crisis en varias regiones del país. *El Campesino*.
- Beltrán Valderrama, J. (2019b, November). Salud rural, el reto que Colombia no ha podido cumplir. *El Campesino*.
- Bethea, A., Samanta, D., Kali, M., Lucente, F. C., & Richmond, B. K. (2020). The impact of burnout syndrome on practitioners working within rural healthcare systems. *The American Journal of Emergency Medicine*, 38(3), 582–588. <https://doi.org/10.1016/J.AJEM.2019.07.009>

- Borde, E., & Hernández, M. (2019). Revisiting the social determinants of health agenda from the global South. *Global Public Health*, 14(6–7), 847–862. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1551913>
- Breihl, J. (2021). *Critical Epidemiology and the People's Health* (Oxford University Press, Ed.; First). Oxford University Press.
- Breilh, J. (1991). *La triple carga: : trabajo, práctica doméstica y procreación : deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo* (Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Ed.). Universidad de Texas.
- Breilh, J. (1998). *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad* (L. Editorial, Ed.; 1era edici). Lugar Editorial.
- Capital Salud EPS. (2021). *Informe ejecutivo rendición de cuentas sectorial*.
- Carmiña Heidy García, Ms. (2020). Matriz de procesos críticos de la determinación social de la salud en la afectación al sistema inmune por exposición a agrotóxicos en La Paz, Bolivia. *Rev. Cienc. Salud.*, 18(1), 134–151.
- Carrillo Vaca, L., & Nieves Conde, P. M. (2016). *Síndrome de Burnout en médicos generales de consulta externa de una IPS en Bogotá* (Vol. 15, Issue 2) [Universidad del Rosario]. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/1639/CarrilloVaca-Liliana-2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Colegio Médico Colombiano. (2019). *Encuesta de Situación laboral para los profesionales de la salud 2019*. <https://epicrisis.org/2019/09/20/encuesta-de-situacion-laboral-para-los-profesionales-de-la-salud-2019/>
- Concejo de Bogotá. (2016). *Acuerdo 641 de 2016*. [http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Acuerdo\\_641\\_de\\_20166.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Acuerdo_641_de_20166.pdf)
- Congreso de la República de Colombia. (1981). *Ley 50 de 1981 “Por la cual se crea el Servicio Social Obligatorio en todo el Territorio Nacional.”*
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1164 de 2007 Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*. In *Diario Oficial* (Vol. 2007, Issue Octubre 3). [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY\\_1164\\_DE\\_2007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1164_DE_2007.pdf)

- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751*.  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
- Corte Constitucional de Colombia. (2008a). *Sentencia 459 de 2008*.  
[https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=32530](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=32530)
- Corte Constitucional de Colombia. (2008b). Sentencia No T-760. In *Sala Segunda de Revisión*.
- Enthoven, A. (1993). The History And Principles Of Managed Competition. *Health Affairs*, 12(1), 24–48. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.12.suppl>
- Fontalvo-Herrera, T. J., De la Hoz-Granadillo, E., & Morelos-Gomez, J. (2017). Productivity and its Factors: Impact on Organizational Improvement. *Dimensión Empresarial*, 16(1). <https://doi.org/10.15665/rde.v15i2.1375>
- Franco, O., & Ortiz, O. (2011). *Síndrome de Burnout y estrés en médicos estudiantes de Salud Ocupacional* [Universidad del Rosario].  
<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2845/79791373-2012.pdf?sequence=1>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 1–7.  
<https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.1982.tb00486.x>
- García A, C. M. (2007). EL HOSPITAL COMO EMPRESA: NUEVAS PRÁCTICAS, NUEVOS TRABAJADORES. *Universitas Psychologica*, 6(1), 143–154.
- García, C., Breilh, J., & Larrea, M. de L. (2017). La interacción entre la exposición a agrotóxicos y componentes relevantes del sistema inmune en comunidades de La Paz Bolivia: una mirada desde la epidemiología crítica. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas*, 35(2), 39–47.
- Gil-Monte, P. R. (2011a). Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). *TEA Ediciones S.A*, 101.
- Gil-Monte, P. R. (2011b). Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). *TEA Ediciones S.A*, 101.
- Guber, Rosana. (2001). *La etnografía : método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma.
- Halbesleben, J. R. B., & Rathert, C. (2008). Linking physician burnout and patient outcomes: Exploring the dyadic relationship between physicians and patients.

- Health Care Management Review*, 33(1), 29–39.  
<https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000304493.87898.72>
- Han, B. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder* (Herder, Ed.; Primera). Herder.
- Hancock, C., Steinbach, A., Nesbitt, T. S., Adler, S. R., & Auerswald, C. L. (2009). Why doctors choose small towns: A developmental model of rural physician recruitment and retention. *Social Science and Medicine*, 69(9), 1368–1376.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.002>
- Hansen, N., Jensen, K., MacNiven, I., Pollock, N., D'Hont, T., & Chatwood, S. (2021). Exploring the impact of rural health system factors on physician burnout: a mixed-methods study in Northern Canada. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06899-y>
- Harvey, D. (2009). *Breve historia del neoliberalismo* (Ediciones Askal S.A., Ed.). Ediciones Askal S.A.
- Henao-Kaffure, N. L. (2004). *Patrón de desgaste de las trabajadoras del café en el departamento del Quindío (Colombia)*. Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández-Álvarez, M.E. (2002). *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946* (Universidad Nacional de Colombia, Ed.). Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández, J. M. R., Rubiano, D. P. R., & Barona, J. C. C. (2015). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(6), 1947–1958.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>
- Hernández-Álvarez, M. E. (2019). 25 años de la Ley 100: ¿crisis perpetua? *UN Periódico*. <https://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/25-anos-de-la-ley-100-crisis-perpetua/>
- Hernández-Álvarez, M., Eslava-Castañeda, J. C., Henao-Kaffure, L., Orozco-Díaz, J., & Parra-Salas, L. E. (2020). Universal health coverage and capital accumulation: a relationship unveiled by the critical political economy approach. *International Journal of Public Health*, 65(7), 995–1001.  
<https://doi.org/10.1007/s00038-020-01437-9>
- Hogue, A., & Huntington, M. K. (2019). Family Physician Burnout Rates in Rural versus Metropolitan Areas: A Pilot Study. *South Dakota Medicine : The Journal of the South Dakota State Medical Association*, 72(7), 306–308.
- Iriart, C., Franco, T., & Merhy, E. E. (2011). The creation of the health consumer: Challenges on health sector regulation after managed care era. *Globalization and Health*, 7. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-7-2>

- Jackson, Schuler, & Schwab. (1986). Toward Understanding of Burnout Phenomenon. *Journal of Applied Psychology*. *Journal of Applied Psychology*, 77, No. 40(4), 630–640.
- Kant, I. (1996). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (Ariel, Ed.; Primera). Editorial Ariel.
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Laurell, A. (1991). Trabajo y salud: estado del conocimiento. In S. Franco, E. Nunes, J. Breilh, & A. Laurell (Eds.), *Debates en medicina social*. (Primera, pp. 249–339). Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Laurell, A. C. (1977). Proceso de trabajo y salud. *International Journal of Health Services*, 2, 209–244.
- Laurell, A. C. (1984). Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud en Italia. *Cuadernos Políticos*, 41(julio-diciembre), 63–83. <http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.41/CP41.6A naCristinaLaurell.pdf>
- Laurell, A. C., & Noriega, M. (1989). *La salud en la fabrica* (Primera ed). Ediciones Era.
- Laurell, A., & Márquez, M. (1983). *El desgaste obrero en México-Procesos de producción y salud* (ERA, Ed.; Primera). ERA.
- Liebenberg, A. R., Coetzee, J. F., & Conradie, H. H. (2018). Burnout among rural hospital doctors in the Western Cape: Comparison with previous South African studies. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 10(1). <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1568>
- Linzer, M., McLoughlin, C., Poplau, S., Goelz, E., Brown, R., & Sinsky, C. (2022). The Mini Z Worklife and Burnout Reduction Instrument: Psychometrics and Clinical Implications. In *Journal of General Internal Medicine* (Vol. 37, Issue 11, pp. 2876–2878). Springer. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07278-3>
- Londoño, J.-L., & Frenk, J. (1997a). *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*.

- Londoño, J.-L., & Frenk, J. (1997b). Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America 1. In *Health Policy* (Vol. 41).
- López Ríos, F., & Ortega Ruiz, C. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137–160.
- Martin, G. (2022). *La sociedad del pelotón* (Libros de Ruta Ediciones, Ed.; Primera). Libros de Ruta.
- Marx, K. (2007). *El Capital*.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). The Maslach Burnout Inventory Manual. In Consulting Psychologist Press (Ed.), *The Maslach Burnout Inventory* (Third, Issue May 2016). Consulting Psychologist Press. <https://www.researchgate.net/publication/277816643>
- Medina Fernández, J. E. (2010). Modelo integral de productividad, aspectos importantes para su implementación. *Revista EAN*, 69, 110–119.
- Merhy, E. E. (2013). *Cuidados en salud. Dr. Emerson Merhy. Entrevista de Luis Moro*. [Video recording].
- Mininel, V. A., Felli, V. E. A., da Silva, E. J., Torri, Z., Abreu, A. P., & Branco, M. T. A. (2013). Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1290–1297. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.2992.2366>
- Ministerio de Salud. (1984). *Definición de productividad*.
- Ministerio de salud de Colombia. (1995). *Resolución 795 de 1995*.
- Ministerio de Salud y de Protección Social de Colombia. (2020). *Resolución 778 de 2020*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Resolución 2358 de 2014*.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2010). *Resolución 1058 de 2010*.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). *Triage*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2020). *Resolución 414 de 2020*.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2021a). *Resolución 127 de 2021*.

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2021b). *Resolución 996 de 2021*.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022). *Resolución 774 de 2022*.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2024, January). *Inscripción profesionales para asignación de plazas del SSO*.  
<https://tramites.minsalud.gov.co/tramitesservicios/DefaultSSO.aspx#:~:text=L a%20inscripci%C3%B3n%20es%20gratuita%20y,a%20las%2005%3A00%20 p.m.>
- Ministerio de Trabajo. (2011). *Código Sustantivo del Trabajo*.
- Miró, E. (2002). Patrones de sueño y salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 301–326.
- Molano Bravo, A. (2024, March 11). La historia de la violencia en Sumapaz, según Alfredo Molano Bravo. *El Espectador*.
- Moya Peñafiel, M. J. (2014). Servicio Social Obligatorio en Colombia: Incertidumbre de los recién graduados en medicina. *Revista Médica de Risaralda*, 20(2), 114–120.
- National Institute of Health. (2018). *The Economic Burden of Racial, Ethnic, and Educational Health Disparities in the U.S., 2018*.
- National Institute of Health. (2022, June 24). *¿Cuántas horas de sueño son suficientes?* <https://www.nhlbi.nih.gov/es/health/sleep-deprivation/how-much-sleep#:~:text=Tiempo%20recomendado%20de%20sue%C3%B1o&text=7%20 a%208%20horas%20por%20d%C3%ADa.>
- Navarro, V. (1975). The political economy of medical care. An explanation of the composition, nature, and functions of the present health sector of the United States. *International Journal of Health Services*, 5(1), 65–94.  
<https://doi.org/10.2190/9FHP-MX0Q-WBGX-NEF8>
- Noriega, M. (1989). El trabajo, sus riesgos y la Salud. *En Defensa de La Salud En El Trabajo*, 5–12.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2006). *Informe sobre la salud en el mundo: colaboremos por la salud*. (OMS, Ed.). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (1994). Sobre la Concepción Biológica y Social del Proceso Salud Enfermedad. In Organización Panamericana de la

- Salud (Ed.), *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. (Primera, pp. 1–176). Organización Panamericana de la salud.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, & Laurell, A. (coord). (2000). *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Serie PALTEX, Salud y Sociedad. No. 3.* (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, Eds.). Organización Panamericana de la Salud.
- Pabón, G. (2023, March 6). *¿Cuánto le deben pagar en Colombia, según su profesión, estudios y experiencia?* Red + Noticias.  
<https://redmas.com.co/economia/Cuanto-le-deben-pagar-en-Colombia-segun-su-profesion-estudios-y-experiencia-20230222-0001.html>
- Pagura, N. (2008). Las formas actuales de subsunción del trabajo y sus repercusiones en la constitución de subjetividades. *VII Jornadas de Investigación y Filosofía*, 1–11.  
[http://fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.490/ev.490.pdf](http://fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.490/ev.490.pdf)
- Paredes Manrique, R. (1967). *Conferencia nacional de resultados del Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia*.
- Presidencia de la República de Colombia. (1949). *Decreto 3842*.
- Presidencia de la República de Colombia. (1980). *Decreto 80 de 1980 “Por el cual se organiza el sistema de educación postsecundaria.”*
- Quevedo V, E., Pérez R, G., Miranda C, N., Eslava C, J., & Hernández A, M. (2010). *Historia de la medicina en Colombia. Tomo III. Hacia una profesión liberal.: Vol. III* (Tecnoquímicas/Grupo Editorial Norma, Ed.). Tecnoquímicas.
- Resolución 6357 de 2016, 2016 (2016).  
[https://minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución\\_6357\\_de\\_2016.pdf](https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_6357_de_2016.pdf)
- Revista Cambio. (2024, February 15). *¿Ya no quieren hacer el rural? Médicos denuncian difíciles condiciones en servicio social y le responden al ministro de Salud*. <https://cambiocolombia.com/pais/ministro-salud-medicos-rurales-critica-reforma>
- Revista Semana. (2014, October 5). La encrucijada de los recién egresados de la salud. *05/10/2014*.
- Robert Ferrel, E. S. y M. R. (2010). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Revista Duazary*, 7(June 2010), 12.

- Rosen, G. (2015). *A History of Public Health* (Jhon Hopkins University Press, Ed.). Jhon Hopkins University Press.
- Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burn Out. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 1–6.  
<http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>
- Sápia, T., Felli, V. E. A., & Ciampone, M. H. T. (2009). Problemas de saúde de trabalhadores de enfermagem em ambulatórios pela exposição à cargas fisiológicas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(6), 808–813.  
<https://doi.org/10.1590/s0103-21002009000600013>
- Schroeder, S. A. (1992). The troubled profession: Is medicine's glass half full or half empty? *Annals of Internal Medicine*, 116(7), 583–592.  
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-116-7-583>
- Schumacher, E. (1973). *Small is Beautiful - Economics as If People mattered* (Blond & Briggs, Ed.). Blond & Briggs.
- Secretaría de Integración Social. (2021a). *Diagnóstico local Ciudad Bolívar*.
- Secretaría de Integración Social. (2021b). *Diagnóstico local Tunjuelito*.
- Secretaría de Integración Social. (2021c). *Diagnóstico local Usme*.
- Secretaría de Integración Social. (2023). *Diagnóstico Local-Sumapaz*.  
[https://www.integracionsocial.gov.co/images/\\_docs/2023/entidad/localidades/30082023-20-Diagnostico-Sumapaz-2022.pdf](https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2023/entidad/localidades/30082023-20-Diagnostico-Sumapaz-2022.pdf)
- Secretaría Distrital de Salud. (2017). *Tiempo promedio de traslado caminando al centro médico más cercano*. Salud Data.  
<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/ofertas-de-servicios-de-salud/tiempo-promedio-centro-medico/>
- Segura del Pozo, J. (2020). *Salud Pública y otras dudas «De las batas a las botas» (Proceso de reorientación comunitaria de los CMSc de Madrid, 2008-2019)*. <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2020/03/07/el-video-resumen-de-las-batas-a-las-botas-proceso-de-reorientacion-comunitaria-de-los-cmsc-de-madrid-2008-2019/>
- Segura Durán, O. D. (2017). *Configuración de la UCI y burnout en médicos intensivistas: una mirada desde la epidemiología social* [Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/59657>
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P. J., Sloan, J., & Freischlag, J. (2010). Burnout and

- medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6), 995–1000. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3>
- Starr, P. (1992). *La Transformación Social de la Medicina en Los Estados Unidos de América* (Fondo de Cultura Económica, Ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Subred Sur. (2023). *Objetivo estratégico 3: Sostenibilidad financiera, Subred Sur*. <https://www.subredsur.gov.co/>
- Subred Sur. (2024a). *Misión, visión, funciones y deberes de la Subred Sur*. <https://www.subredsur.gov.co/transparencia/informacion-entidad/mision-vision/>
- Subred Sur. (2024b). *Subred Sur - Portafolio de Servicios*. <https://www.subredsur.gov.co/nuestra-subred-sur/portafolio-servicios/>
- The Kaiser Family Foundation. (2002). *National Survey of Physicians Part I: Doctors on Disparities in Medical Care*. March.
- Torres Tovar, M. (2006, September 20). 'Crónica de una muerte anunciada'. Instituto de Seguros Sociales. *Desde Abajo*.
- Torres Tovar, M. (2021). COVID-19: pandemia y precariedad laboral en el sector salud y su impacto en la salud de las y los trabajadores. In C. Tetelboin Henrion, D. Iturrieta Henríquez, & C. Schor-Landman (Eds.), *América Latina Sociedad, Política y Salud en tiempos de pandemias*. (pp. 291–308). CLACSO.
- Torres Tovar, M. (2022). *Luchas obreras por la salud en el trabajo en Colombia* (G. Silva Carrero, A. Noguera de Echeverry, F. Pavas Martínez, V. Claudine Bellanger, F. Chaparro Sanabria, J. Peña Ayazo, & P. Benjumea Hernández, Eds.; Primera edición). Universidad Nacional de Colombia.
- Torres Tovar, M., & Corcho Mejía, C. (2019, September 30). Burnout y suicidios, consecuencias del acoso a profesionales de la salud. *Periódico UNAL*.
- Torres-Tovar, M. (2019). Protección de la salud en el trabajo: de lo indemnizatorio mercantil al real cuidado de la salud. *Salud Trab. (Maracay)*, 27(2), 133–146.
- Torres-Tovar, M. (2023). ¿Es posible superar la precariedad laboral de las trabajadoras y los trabajadores del sector salud? In *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* (Vol. 41, Issue 3). Universidad de Antioquia. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e354685>
- Villegas Rodríguez, J., & Ríos Cortázar, V. (200 C.E.). Capítulo 3. La investigación participativa en la salud laboral: el modelo obrero. In Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, & A. (coord)

- Laurell (Eds.), *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Serie PALTEX, Salud y Sociedad. No. 3.* (pp. 1–296). Organización Panamericana de la Salud.
- Vogel, L. (2018). Has suicide become an occupational hazard of practising medicine? In *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* (Vol. 190, Issue 24, pp. E752–E753). NLM (Medline). <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5614>
- Waitzkin, H. (2013). *Medicina y salud pública al final del imperio.* (Universidad Nacional de Colombia, Ed.). Universidad Nacional de Colombia.
- Waitzkin, H., & Grupo de trabajo de la salud más allá del capitalismo. (2024). *La atención de salud bajo el cuchillo: yendo más allá del capitalismo por nuestra salud* (R. Albañil, Ed.; Primera). Ediciones y Gráficos Eón S.A. de C.V.
- Weinstein, J. N., Geller, A., Negussie, Y., & Baciú, A. (2017). Communities in action: Pathways to health equity. In *Communities in Action: Pathways to Health Equity*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/24624>
- West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. *Journal of the American Medical Association*, 296(9), 1071–1078. <https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1071>
- Wikipedia. (2024). *Mindfulness*. <https://es.wikipedia.org/wiki/Mindfulness>
- Williams, J. M. G., & Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564811>
- Yepes F, Ramírez M, Sánchez LH Ramírez ML, & Jaramillo I. (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993* (M. E. Assalud-Universidad del Rosario, Ed.; 1st ed., Vol. 1). Mayol Ediciones. [https://www.researchgate.net/publication/277123067\\_Luces\\_y\\_sombras\\_de\\_la\\_reforma\\_de\\_la\\_salud\\_en\\_Colombia\\_ley\\_100\\_de\\_1993](https://www.researchgate.net/publication/277123067_Luces_y_sombras_de_la_reforma_de_la_salud_en_Colombia_ley_100_de_1993)