

FECHA DE RECEPCIÓN: 9 de agosto de 2022
FECHA DE ACEPTACIÓN: 11 de octubre de 2022
FECHA DE PUBLICACIÓN: 23 de febrero de 2022

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca Salud Investiga, otorgada por la Dirección de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:
celestechaz@gmail.com

REGISTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES
EN SALUD N°: IS003166

MULTIEMPLEO EN SALUD EN PROVINCIA DE BUENOS AIRES: ESTUDIO TRANSVERSAL DE PROFESIONES AFECTADAS AL CUIDADO DE PACIENTES CON COVID-19

Multi-employment in health in the province of Buenos Aires: cross-sectional study of professions involved in COVID-19 patient care

* **María Celeste Chaz Sardi**¹. Dra. en Economía.
Cintia Karina Martínez¹. Dra. en Economía.
Matías Alberto Mirofsky². Médico, Especialista en Clínica Médica y Medicina Interna, Mag. en Gerontología.
Francisco Javier López³. Médico, Mag. en Ciencias Sociales y Salud.
Ramiro Garzaniti⁴. Lic. en Psicología.
Eliana Soledad Gubilei⁴. Lic. en Sociología.
Cintia L'hospital⁴. Médica, Mag. en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud.
Verónica González⁴. Odontóloga, Mag. en Salud Pública.
María Isabel Duré⁴. Médica, Mag. en Salud Pública.
Marcelo García Diéguez¹. Médico, Especialista en Clínica Médica, Mag. en Educación de Profesionales de la Salud.

¹ Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

² Sociedad Argentina de Medicina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

³ Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

⁴ Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La pandemia de COVID-19 expuso el impacto del multiempleo en los servicios de salud. El objetivo de este estudio fue caracterizar el multiempleo en médicos y enfermeros que trabajaron en internación general y cuidados críticos durante la pandemia en la provincia de Buenos Aires. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo y transversal. Los datos se recolectaron en el primer trimestre de 2021 con una encuesta estructurada anónima autoadministrada mediante muestreo no probabilístico en cadena. **RESULTADOS:** El 96,3% de los médicos y el 68,1% de los enfermeros declararon estar multiempleados. La media de empleos fue 3,1 para médicos (entre 1 y 5) y 1,9 para enfermeros (entre 1 y 3). Los enfermeros declararon trabajos con mayor carga horaria, predominio del empleo público y contratación estable. Los médicos multiempleados manifestaron mayor diversidad en la forma de contratación. En ambas profesiones el multiempleo es motivado principalmente por razones de índole económica. **DISCUSIÓN:** El multiempleo es difícil de medir mediante los registros oficiales. La proporción de multiempleo autorreportado en este estudio supera las cifras comunicadas por las estadísticas e informes oficiales. Aun así, las diferencias halladas entre médicos y enfermeros respecto al número de empleos son coincidentes con estudios previos. El problema del multiempleo requiere ser abordado desde la desprecariación del empleo, con mejoras en las condiciones económicas y de trabajo.

PALABRAS CLAVE: Fuerza Laboral en Salud; Recursos Humanos en Salud; Condiciones de Trabajo; COVID-19

ABSTRACT. INTRODUCTION: The COVID-19 pandemic exposed the impact of multi-employment in health services. The objective of this study was to characterize multi-employment among physicians and nurses working in general hospitalization and critical care during the pandemic in the province of Buenos Aires. **METHODS:** An exploratory, descriptive, cross-sectional study was conducted. Data were collected in the first quarter of 2021 with a structured anonymous self-administered survey using non-probabilistic chain sampling. **RESULTS:** A total of 96.3% of physicians and 68.1% of nurses reported being multi-employed. The mean number of jobs was 3.1 for physicians (between 1 and 5) and 1.9 for nurses (between 1 and 3). Nurses reported having jobs with longer hours, mostly public and stable employment. Multi-employed physicians reported greater variety in the form of hiring. In both professions, multi-employment is mainly motivated by economic reasons. **DISCUSSION:** Multi-employment is difficult to measure through official records. The proportion of self-reported multi-employment in this study exceeds the figures shown by official statistics and reports. The differences found between physicians and nurses regarding the number of jobs are still consistent with previous studies. The problem of multi-employment needs to be tackled by making employment less precarious, with improvements in economic and working conditions.

KEY WORDS: Healthcare Work Force; Healthcare Human Resources; Working Conditions; COVID-19

INTRODUCCIÓN

La pandemia de coronavirus ha producido la mayor crisis sanitaria de este siglo, con un gran impacto en el funcionamiento de los servicios de salud. En Argentina se presentó en el contexto de un sistema descentralizado¹ y de tipología mixta, con tres subsistemas o subsectores (público, privado y de la seguridad social) y actores diversos, que se desempeñan frecuentemente en más de uno de ellos. La estructura sanitaria de la provincia de Buenos Aires (PBA) es fragmentada. Coexisten un sector público con efectores nacionales, provinciales y municipales; la seguridad social con diversidad de obras sociales; una obra social provincial; la presencia del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; y una concentración del sector privado en el conurbano. Por otra parte, hay un universo de instituciones intermedias que contratan con la seguridad social, seguros privados o empresas de medicina prepaga. La regulación del ejercicio profesional médico y certificación de especialidades corresponde al Colegio de Médicos de la PBA. En enfermería, esa responsabilidad se encuentra en manos de la autoridad sanitaria provincial. El tipo de cuadros moderados y graves producidos por la infección por SARS-CoV-2 motivó un aumento de las camas de cuidados intensivos y respiradores y un refuerzo en las áreas de internación general en los sistemas de salud del mundo, lo que obligó a incrementar el número de profesionales. Esta demanda fue abordada con estrategias diversas, que incluyeron aumento de horas de trabajo, multiempleo y graduación temprana. La inserción laboral se dio muchas veces bajo condiciones precarias². La Organización Panamericana de la Salud (OPS)³ ha alertado sobre la importancia de la planificación de recursos humanos a fin de garantizar que los trabajadores estén preparados para dar una respuesta adecuada, tanto en número como en condiciones de capacitación, protección, derechos, reconocimiento y herramientas necesarias para desempeñar sus funciones.

En Argentina, cada provincia busca desarrollar sus propias estrategias para la formación, atracción y retención de profesionales de acuerdo con los recursos de que dispone. Por este motivo, la respuesta a la emergencia generada por COVID-19 se llevó a cabo sobre bases diversas, con grandes divergencias en las posibilidades y modalidades de contratación. A este escenario se sumaron dificultades tales como la mayor demanda de algunas especialidades, el retroceso en los procesos de atención primaria de la salud, la organización de turnos o períodos de trabajo alternados con el aislamiento⁴.

En este contexto, la existencia de trabajadores multiempleados complejiza la situación. Multiempleo (ME), pluriempleo y práctica dual son términos afines utilizados para describir a los profesionales que combinan la práctica asistencial con otras actividades^{5,6}. Se considera ME al desempeño de un profesional en más de un empleo dentro y fuera del sector salud, ya sea en el ámbito público, privado o de la seguridad social.

En la teoría económica, las personas optan por el ME para incrementar el ingreso y reducir la incertidumbre que resulta de la complementariedad entre los trabajos⁷. Otros abordajes, como el de la teoría sociológica relacionada con las profesiones, se centran en aspectos no monetarios, como la misión de servicio, el rol de la agencia o la mejora del conocimiento⁸⁻¹⁰. Estas dos vertientes teóricas expresan algunas de las motivaciones que pueden guiar a los profesionales de la salud a adoptar el ME. Sin embargo, dada la heterogeneidad del universo de trabajadores de la salud, hay que tener en cuenta otras variables relacionadas con el perfil de estos profesionales, como edad, género, profesión, especialidad, tipo de trabajo, perfil de las organizaciones, lugar geográfico-poblacional donde ejercen su práctica y otras motivaciones particulares.

Aunque no se cuenta con información precisa sobre los ámbitos de trabajo de cada profesional, un informe del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS)¹¹ registró para el segundo semestre de 2020 un 30,8% de ME entre los profesionales de la salud (más del doble de la proporción hallada en el resto de la economía y superior al 28,3% registrado para el primer semestre de 2015)¹². En igual período, el ME en el resto de la economía se mantuvo relativamente estable (13,1% en 2015 y 13,4% en 2020).

Un aumento en la jornada laboral por encima de lo recomendado, los traslados entre lugares de trabajo y la carga de las responsabilidades familiares en un grupo profesional feminizado dificultan la práctica focalizada, la concentración e incrementan el cansancio¹³. Esto pone en mayor riesgo a los pacientes y repercute en la salud de los profesionales, más aún en un contexto de pandemia con presencia y persistencia del contagio horizontal.

El objetivo de esta investigación fue caracterizar el multiempleo entre profesionales médicos y de enfermería que se desempeñaron en áreas de internación general y cuidados críticos durante la pandemia por COVID-19 en la PBA.

MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo y transversal¹⁴. El universo estuvo constituido por los profesionales médicos y de enfermería que cumplían tareas en la PBA. La técnica de recolección de datos fue una encuesta anónima autoadministrada mediante muestreo no probabilístico en cadena (mecanismo de bola de nieve), utilizando un formulario Google distribuido por correo electrónico y WhatsApp.

La selección del método de muestreo respondió a la necesidad de contar con un grupo suficientemente grande de médicos y enfermeros que se desempeñaran en áreas de asistencia o contacto con pacientes con COVID-19 en la PBA. Un estudio previo demostró que los sesgos en los resultados no son importantes cuando el grupo es homogéneo en términos de las características que se quieren analizar¹⁵. El grupo estudiado en esta investigación resultó homogéneo en los parámetros demográficos. Cabe destacar

que el relevamiento se realizó en pleno desarrollo de la pandemia, por lo que se prefirió obtener el mayor número de respuestas en el menor tiempo posible. Esto obligó a descartar la realización de un muestreo probabilístico, pero permitió contar con resultados rápidos para caracterizar la situación de los encuestados durante la pandemia.

La encuesta se lanzó el 3 de febrero de 2021, y las instituciones participantes del proyecto distribuyeron inicialmente el enlace al cuestionario. Se seleccionó a los sujetos que aceptaron ser incluidos, en forma consecutiva, hasta el 14 de marzo de 2021. El cuestionario de la encuesta está disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/libraryFiles/downloadPublic/40>

Tras la recolección de los datos se aplicó el criterio de exclusión, que consistió en descartar a aquellos profesionales que no se desempeñaban en áreas de cuidados críticos y de internación general de pacientes moderados en el transcurso de la pandemia por COVID-19. Específicamente, se consideró dentro del grupo objetivo de este estudio a los profesionales que indicaron trabajar en al menos una de las siguientes áreas: emergencias, internación, cuadros leves o moderados y unidades de terapia intensiva (UTI). Se tomaron dichas áreas por considerar que los profesionales que se desempeñaban allí presentaban mayor exposición o contacto con pacientes con COVID-19, en comparación con aquellos que únicamente realizaban sus actividades en las áreas de detección/triage y aislamiento, o trabajaban en forma exclusiva en áreas que no estaban afectadas específicamente al tratamiento de pacientes con COVID-19.

El instrumento abarcó cuatro dimensiones: perfil socio-ocupacional, condiciones de empleo, ME e impacto del COVID-19 en la actividad laboral durante la pandemia. No se identificó la institución de trabajo del encuestado ni se consultó sobre el incremento en el número de camas del establecimiento para enfrentar los efectos de la pandemia. Los datos fueron procesados con el programa Excel. Se realizó una aproximación cuantitativa y se siguió un criterio de análisis de contenido por variables de tipo descriptivo (univariado y bivariado).

Los principales indicadores y sus variables fueron:

- Perfil socio-ocupacional: género, edad, profesión, lugar de residencia, área de atención o contacto con pacientes con COVID-19.
- Condiciones de empleo: cantidad de empleos (actividades remuneradas y no remuneradas), tarea principal, carga horaria semanal, tipo de empleador, forma de contratación, ámbito laboral.
- ME: motivos para la elección de más de un empleo.
- Impacto del COVID-19: modificación en el número de empleos, carga horaria y horas dedicadas al trabajo doméstico (incluyendo crianza y cuidado).

Se consideró ME el solo hecho de tener más de un empleo.

Al momento del análisis se agrupó la información relativa a la edad y al partido de residencia. En relación con la edad se tomó el rango propuesto por la OPS¹⁶ y se consideró

sin respuesta (dato perdido) a aquellos profesionales de enfermería que indicaron edad menor o igual a 18 años cumplidos y a los de medicina que indicaron edad menor o igual a 23 años cumplidos. En cuanto al partido de residencia se siguió la clasificación utilizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) de Argentina, según la cual los partidos de la provincia se clasifican en Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), partidos de ciudades pequeñas y partidos de ciudades grandes. Este último grupo está constituido por Bahía Blanca y General Pueyrredón.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética Central de la Provincia de Buenos Aires, que depende del Ministerio de Salud provincial. Al inicio del cuestionario se explicó a los participantes la finalidad de la investigación, se indicó que la encuesta era anónima y confidencial y que los investigadores se comprometían a respetar las pautas éticas internacionales y el anonimato de los participantes acorde a la ley 25326 de protección de datos personales. Quedó bajo elección del participante responder o no el cuestionario.

RESULTADOS

Se obtuvieron 2910 respuestas de profesionales: 1384 de enfermería (47,6%) y 1526 de medicina (52,4%). Luego de aplicar el criterio de exclusión, el grupo objetivo quedó integrado por 1866 profesionales: 915 de enfermería (49%) y 951 de medicina (51%).

Entre los profesionales de enfermería el 87% (796) era de género femenino. La edad promedio de los encuestados fue de 39,8±9,01 años (rango: 20-67 años; n=899). Hubo una edad promedio de 39,9±9 años para las mujeres (rango: 20-67 años; n=780) y 39,4±9,4 años para los hombres (rango: 20-60 años; n=118). El 58,4% (n=915) de los encuestados residía en AMBA, el 25,9% (n=915) vivía en partidos de ciudades pequeñas y el 13,7% (n=915), en partidos de ciudades grandes (19 datos perdidos).

Entre los profesionales de medicina el 54,6% (n=949) era de género femenino. La edad promedio de los encuestados fue de 45,9±9,89 años (rango: 25-75 años; n=949). Hubo una edad promedio de 44,2±9,3 años para las mujeres (rango: 27-68 años; n=518) y 47,9±10,2 años para los hombres (rango: 25-75 años; n=430). El 37,6% (n=951) de los encuestados residía en AMBA, el 34,1% (n=951) vivía en partidos de ciudades pequeñas y el 22,3% (n=951), en partidos de ciudades grandes (57 datos perdidos).

El 80,7% (n=914) de los enfermeros y el 74,9% (n=950) de los médicos consultados tenía hijos. En enfermería, el porcentaje de mujeres con hijos fue mayor que el de los hombres: 83% (n=796) versus 65,3% (n=118), respectivamente (1 dato perdido). En medicina ocurrió lo contrario: el porcentaje de mujeres con hijos fue menor que el de los hombres: 67,6% (n=519) versus 83,7% (n=430), respectivamente (1 dato perdido). Entre los profesionales

que indicaron tener hijos, el 75,9% (n=738) de los enfermeros y el 71,1% (n=712) de los médicos declararon tener un hijo menor de 3 años o en edad escolar.

El 30,8% (n=915) de los enfermeros y el 33,6% (n=951) de los médicos indicó tener al menos un factor de riesgo para desarrollar enfermedad grave por coronavirus, incluida la edad. El 21,7% (n=915) de los enfermeros y el 37,6% (n=951) de los médicos declaró que convivía con alguien que trabajaba en el área de la salud.

El 96,3% (n=951) de los médicos y el 68,1% (n=915) de los enfermeros que trabajaba en áreas de atención o contacto con pacientes con COVID-19 declaró tener más de un empleo. En enfermería, el ME reportado alcanzó entre los hombres el 76,3% (n=118) y fue superior al 66,8% (n=796) de las mujeres. Además, en enfermería, el ME resultó ser más frecuente entre 41 y 50 años, con el 74,7% (n=285) de los profesionales de dicho rango etario. En los menores de 30 el ME alcanzó el 64,4% (n=146), entre 31 y 40 años fue del 65% (n=346) y para los mayores de 50 años, del 66,7% (n=120). En medicina, el ME fue mayor en los grupos de 31-40 y 41-50 años, con

el 97,4% (n=303) y el 97,8% (n=318), respectivamente. En los menores de 30, el 78,3% (n=23) reportó ME y en los mayores de 50 lo hizo el 95,1% (n=305).

La cantidad de empleos declarados fue diferente según la profesión. Los enfermeros informaron en promedio $1,9 \pm 0,787$ (rango: 1-3) empleos por profesional, mientras que los médicos reportaron $3,1 \pm 1,023$ (rango: 1-5) (ver Gráfico 1).

En lo que respecta a la cantidad de empleos por lugar de residencia de los profesionales de la salud, no se observaron diferencias según el tamaño de la ciudad (ver Gráfico 2).

En cuanto a las principales características de los empleos declarados, tanto en enfermería como en medicina hubo predominio de la actividad asistencial, seguida por la docencia como actividad complementaria entre los multiempleados y luego la gestión. Se observó un predominio del empleo público y contratación estable en los enfermeros y en los médicos con empleo único. Entre los médicos multiempleados apareció una paridad entre el empleo público y el privado, y mayor diversidad en las formas de contratación (locación de servicios, pago por prestación, etc.). Entre los multiempleados, los enfermeros declararon trabajos con mayor carga horaria en comparación con los médicos (ver Tabla 1) (ver Gráfico 3).

Finalmente, al indagar acerca de los motivos para la elección de más de un empleo, en ambas profesiones se observó un predominio de razones de índole económica (ver Gráfico 4).

Por último, en cuanto a los cambios en el nivel de actividad laboral como consecuencia de la pandemia por COVID-19, al menos 6 de cada 10 profesionales de la salud reportó un aumento en la carga horaria de trabajo: el 65,9% (n=915) de los enfermeros y el 63,4% (n=951) de los médicos. Asimismo, el 36,3% (n=915) de los enfermeros indicó un aumento en el número de empleos, porcentaje que se redujo al 24,3% (n=951) en el caso de los médicos. Entre estos últimos se observó un aumento en la carga horaria de trabajo doméstico, incluidas horas dedicadas al cuidado y la crianza, para el 33,4% (n=951) de los profesionales.

GRÁFICO 1. Cantidad de empleos por profesión.

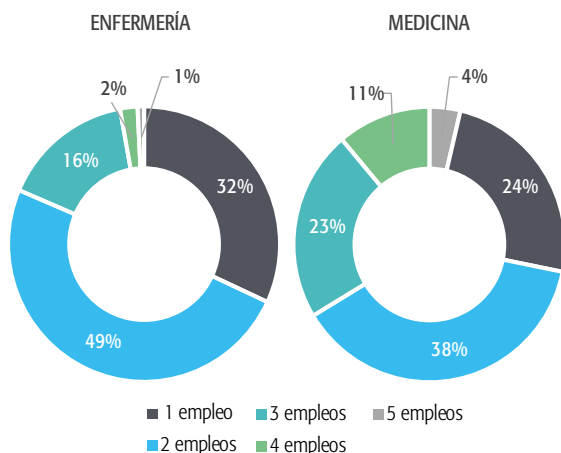


GRÁFICO 2. Cantidad de empleos según lugar de residencia.

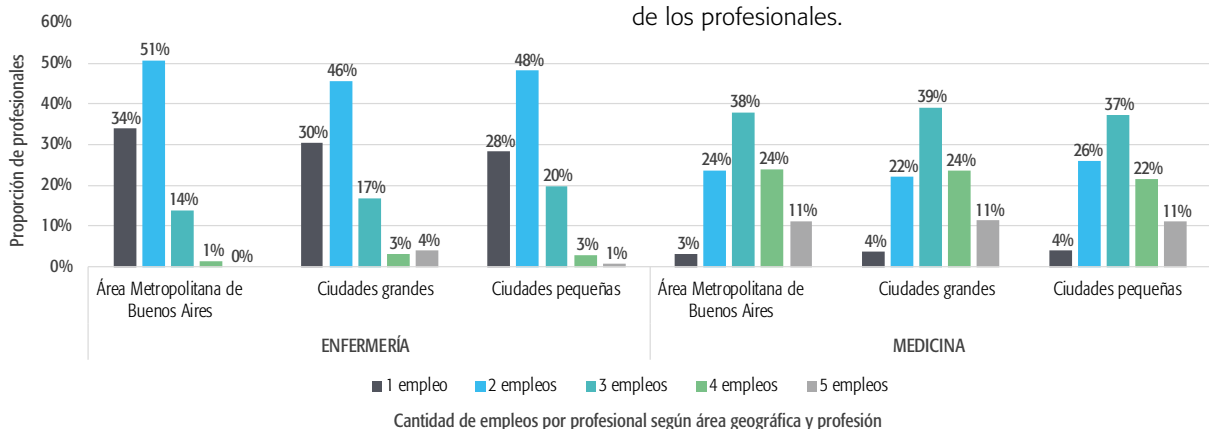
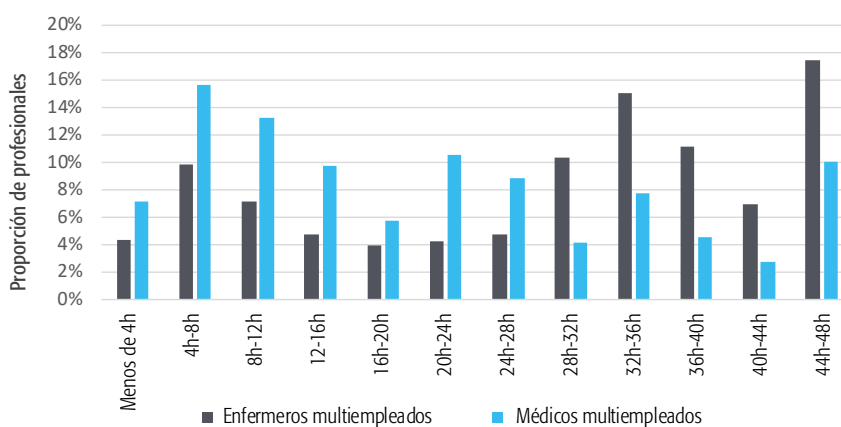


TABLA 1. Características del empleo.

	ENFERMERÍA		MEDICINA	
	Un empleo n=292	Multiempleo n=1449	Un empleo n=35	Multiempleo n=2941
Tarea principal				
Asistencial	94,50%	81,10%	85,70%	85,00%
Gestión	4,80%	6,10%	11,40%	5,30%
Docencia	0,00%	8,60%	0,00%	6,00%
Consultoría/Asesoría	0,30%	1,50%	2,90%	2,90%
Investigación	0,30%	0,40%	0,00%	0,60%
Otra	0,00%	0,40%	0,00%	0,10%
Otra actividad, no salud	0,00%	1,90%	0,00%	0,10%
Empleador				
Público municipal	41,10%	26,90%	25,70%	20,30%
Público provincial (incluye fuerzas de seguridad y universidades)	36,00%	25,30%	31,40%	18,10%
Público nacional (incluye fuerzas de seguridad, fuerzas armadas y universidades)	6,20%	11,00%	5,70%	9,00%
Privado	15,40%	24,10%	25,70%	42,10%
Autónomo	0,70%	11,40%	11,40%	8,00%
Seguridad social	0,70%	0,30%	0,00%	1,40%
Organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil	0,00%	1,00%	0,00%	1,10%
Forma de contratación				
Relación de dependencia, planta permanente	60,30%	41,00%	42,90%	34,00%
Relación de dependencia, planta temporaria	22,60%	21,50%	11,40%	9,00%
Locación de servicio (incluye factura, autónomo o monotributo)	3,80%	8,30%	5,70%	28,20%
Pago por prestación o cápita	0,70%	5,40%	17,10%	16,00%
Beca o pasantía rentada	8,90%	8,90%	0,00%	1,20%
Residencia	0,00%	0,40%	17,10%	1,30%
Otra situación remunerada	3,10%	9,20%	5,70%	7,10%
Otra situación no remunerada	0,70%	5,40%	0,00%	3,30%
Total de empleos	292	1449	35	2941

GRÁFICO 3. Carga horaria por empleo entre los multiempleados.



Carga horaria por profesión entre los multiempleados

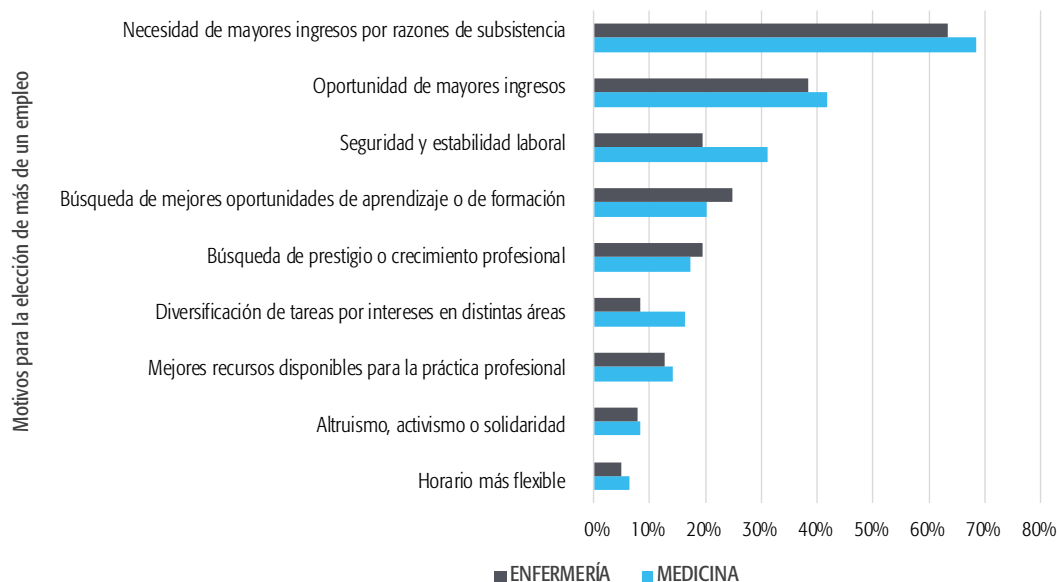
DISCUSIÓN

La proporción de ME hallada en la encuesta de este estudio es de 96,3% entre los médicos y 68,1% entre los enfermeros. Estas cifras son superiores a las reportadas por las estadísticas e informes oficiales.

Con datos de la Encuesta Permanente de Hogares para el segundo semestre de 2020, el informe del MTEySS11

destaca un 30,8% de ME entre los profesionales de salud y un 12,4% entre los no profesionales. Estas cifras eran de 28,3% y 9%, respectivamente, en el primer semestre de 2015¹², lo que implica un incremento de 2,5 puntos porcentuales en el caso de los profesionales y 3,4 puntos en el caso de los no profesionales.

Anteriormente, con datos de la Encuesta de Mercado de

GRÁFICO 4. Motivos para la elección de más de un empleo entre los multiempleados.

Porcentaje de veces que se seleccionó cada uno de los motivos según profesión

Trabajo del personal de salud de Gran Buenos Aires para 2002, Novick y Gallin¹⁷ habían encontrado que el 54% de los profesionales del sector presentaba ME y, si se consideraban exclusivamente los profesionales médicos, este porcentaje se elevaba al 67%. En cambio, en el caso de los técnicos, categoría que incluye a los enfermeros, apenas el 25% tenía ME.

Un estudio realizado en 2010 en forma comparativa en diferentes países de América Latina halló 55% de ME en medicina y 24% en enfermería a través de entrevistas y encuestas a los profesionales de dos unidades públicas de salud del país¹⁶. Según otro estudio, efectuado en trabajadores de salud de establecimientos generales de dependencia provincial pertenecientes a los partidos que conforman el Aglomerado Gran Buenos Aires, el 83,2% de los médicos y el 27,9% de los enfermeros presentaban ME¹⁸.

El ME parece ser la regla general en el sector salud. Esto no difiere de lo observado en el resto de Argentina y en otros países de Latinoamérica (como Perú y Brasil¹⁶), Asia y Europa¹⁹. En países de altos ingresos, la preocupación frente al ME se centra en regular el empleo dual para limitar la pérdida de eficiencia o comportamientos depredadores o corruptos que producen transferencia de recursos del sector público al privado^{6,20}.

Entre los profesionales multiempleados de la PBA hubo un predominio contundente de motivaciones de índole económica. En particular, se observó la necesidad de tomar más de un empleo para obtener mayores ingresos y así asegurar la subsistencia. Los estudios de esta región coinciden con los presentes hallazgos, muestran al ME como un recurso para alcanzar niveles económicos de subsistencia o mayores ingresos dirigidos a sostener consumos para una vida digna, a partir de la precarización

del empleo, el aumento del trabajo a tiempo parcial (en particular entre los médicos) y las bajas remuneraciones, situaciones que mueven a obtener ingresos de distintas fuentes. El ME es viabilizado por un mercado de trabajo que combina mejores salarios y condiciones en el sector privado con protección social y otros beneficios, pero bajos salarios, en el público^{16,18}. Avalando esto, la estabilidad y seguridad laboral fueron identificadas como la tercera motivación del ME.

De acuerdo con los resultados de la presente investigación, la cantidad de empleos declarados difiere según la profesión: los enfermeros informaron en promedio $1,9 \pm 0,787$ (rango: 1-3) empleos por profesional, mientras que los médicos reportaron $3,1 \pm 1,023$ (rango: 1-5) empleos por profesional. Estos resultados se asemejan a los encontrados por Novick y Gallin¹⁷ en relación con la cantidad máxima de empleos: los profesionales habían registrado hasta 5 ocupaciones en simultáneo y los técnicos hasta 3. En dicho estudio, la mitad de los médicos reportó dos empleos. Sin embargo, en esta investigación solo el 24% reportó dos empleos. De acuerdo con los resultados, la cantidad de empleos por médico es sustancialmente superior a la encontrada por Novick y Gallin: el 38% reportó 3 y el 23%, 4.

Las diferencias en el marco institucional que rige a cada profesión podrían explicar las distintas cargas horarias informadas por enfermeros y médicos, y la posibilidad que tienen estos últimos de tomar una mayor cantidad de empleos. El informe realizado por la OPS¹⁶ destacó a Argentina como el único país analizado donde la jornada laboral de los enfermeros es más extensa que la de los médicos.

De acuerdo con los resultados del estudio, la cantidad de empleos de los profesionales de la salud no difiere según

el tamaño de la ciudad donde residen. No se encontraron otros estudios que aborden esta cuestión.

Al desagregar la información por género, la proporción de enfermeros multiempleados resultó superior entre los hombres, sin que hubiera grandes diferencias en medicina. El trabajo realizado por la OPS¹⁸ reportó niveles de ME superiores para los hombres en ambas profesiones: 62% versus 51% en medicina y 35% versus 21% en enfermería.

El ME resultó ser más frecuente entre 41 y 50 años en enfermería y entre 31 y 50 años en medicina. Al comparar con los resultados del estudio de la OPS¹⁶, se encuentran diferencias en el caso de enfermería y similitudes en el caso de medicina. Según dicho estudio, el ME es más frecuente en enfermería entre los menores de 30 y entre 31 y 40 años. En medicina, en cambio, el porcentaje de ME es mayor entre 41 y 50 años y entre 31 y 40 años.

El sector público apareció como principal empleador en enfermería junto a un sistema de contratación estable en relación de dependencia. En el caso de los médicos con un único empleo se observó el mismo fenómeno. Sin embargo, en los médicos multiempleados apareció una paridad entre el empleo público y el privado, con una mayor diversificación en la forma de contratación.

Entre los resultados del estudio, se destaca que un alto porcentaje de enfermeros y uno mayor de médicos convive con alguien del sector salud. Dado el contexto de COVID-19 y considerando el ME reportado, este aspecto podría multiplicar el personal de salud afectado y trasladar la enfermedad a otros ámbitos laborales. Adicionalmente, 1 de cada 3 profesionales de la salud que trabajaba en áreas de contacto con pacientes con COVID-19 indicó tener al menos un factor de riesgo, lo que pone de relieve la vulnerabilidad del sistema de salud al momento de enfrentar la pandemia.

Se destaca que más del 60% de los profesionales indicó un aumento en la carga horaria de trabajo durante

la pandemia, y fueron los enfermeros quienes reportaron con mayor frecuencia haber incrementado el número de empleos. Sin embargo, se reconoce que la metodología utilizada no permite apreciar si el ME aumentó durante la pandemia en forma sinérgica con el incremento en los casos de COVID-19 o el movimiento en la oferta de camas de las instituciones donde se desempeñaban los profesionales encuestados.

Por último, se reconoce la imposibilidad de generalizar los resultados de esta investigación a la población porque, dado el método de muestreo utilizado, la probabilidad de ser seleccionado no es la misma para todos los individuos.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

El ME afecta la planificación de la fuerza de trabajo en salud. El estudio aporta a su conocimiento y, por lo tanto, al diseño de políticas más ajustadas a la realidad del mercado laboral.

Los países orientados hacia la regulación del ME no han alcanzado resultados que puedan ser universalizados. La resolución del problema no puede pensarse escindida de políticas dirigidas a un sistema de salud más integrado, a la cobertura de las brechas en los equipos y a la disponibilidad de profesionales, considerando la evolución del contexto macroeconómico y social.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Cabe destacar que es la primera vez que se tienen datos sobre esta problemática para un conjunto tan grande de médicos y enfermeros de la PBA. Se espera que los resultados de este estudio exploratorio motiven la realización de estudios sistemáticos sobre el fenómeno del ME que permitan completar esta caracterización inicial, explorar las motivaciones e identificar los factores que inciden en la probabilidad de estar multiempleado.

AGRADECIMIENTOS: A los participantes, que aceptaron ser entrevistados y destinaron un tiempo valioso de su tarea cotidiana en medio de un contexto sumamente difícil. A las autoridades de la Dirección Provincial Escuela de Gobierno en Salud "Floreal Ferrara", del Departamento de Economía de la Universidad Nacional del Sur (UNS), de la Dirección Provincial de Hospitales del Ministerio de Salud de la PBA, de la Federación Médica de Buenos Aires y de la Sociedad Argentina de Medicina, por su aval. Al Departamento de Economía de la UNS, por brindar equipamiento e instalaciones para el desarrollo de esta investigación.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES: Todos los autores han efectuado una contribución sustancial a la concepción o el diseño del estudio o a la recolección, análisis o interpretación de los datos; han participado en la redacción del artículo o en la revisión crítica de su contenido intelectual; han aprobado la versión final del manuscrito; y son capaces de responder respecto de todos los aspectos del manuscrito de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la veracidad o integridad de todos sus contenidos han sido adecuadamente investigadas y resueltas.

Cómo citar este artículo: Chaz Sardi MC, Martínez CK, Mirofsky MA, López FJ, Garzaniti R, Gubilei ES, *et al.* Multiempleo en salud en provincia de Buenos Aires: estudio transversal de profesiones afectadas al cuidado de pacientes con COVID-19. *Rev Argent Salud Pública.* 2023;15:e89. Publicación electrónica 23 de Jun de 2023.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Maceira D. Morfología del sistema de salud argentino. Documento de trabajo. Buenos Aires: CEDES/Fundación Preservar Salud; 2018.
- ² Organización Mundial de la Salud. Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 13 Jun 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240039001>
- ³ Organización Panamericana de la Salud. Checklist for the Management of Human Resources for Health in Response to COVID-19 [Internet]. Washington D. C.: OPS; 2020 [citado 30 Oct 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52100>
- ⁴ Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramirez N, Parada-Lezcano M, Ríos G, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 2021 [citado 13 May 2022];19:e00310142. Disponible en: <https://www.scielo.br/tj/tes/a/CJX9Rs5gSBjmsMrfwhkdJrL/>
- ⁵ Socha K. Physician dual practice and the public health care provision. Health Economics Papers. 2010;4(1):1-40.
- ⁶ García-Prado A, Gonzalez P. Whom do physicians work for? An analysis of dual practice in the health sector. J Health Polit Policy Law [Internet]. 2011 [citado 12 Dic 2022];36(2):265-294. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21543706/>
- ⁷ Moses LN. Income, leisure, and wage pressure. The Economic Journal [Internet]. 1962 [citado 12 Dic 2022];72(286):320-334. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/2228670>
- ⁸ Southon G, Braithwaite J. The end of professionalism? Soc Sci Med [Internet]. 1998 [citado 12 Dic 2022];46(1):23-28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9464665/>
- ⁹ Blumenthal D. The vital role of professionalism in health care reform. Health Aff (Millwood) [Internet]. 1994 [citado 12 Dic 2022];13(1):252-256. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8188143/>
- ¹⁰ Berman P, Cuizon D. Multiple public-private jobholding of health care providers in developing countries. Londres: DFID; 2004.
- ¹¹ Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Situación ocupacional de los trabajadores de la rama salud. Sobre datos de EPH y SIPA [Internet]. Buenos Aires: MTEySS; 2021 [citado 11 May 2022]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021-10-06-informe_sobre_el_mercado_de_trabajo_del_sector_salud.pdf
- ¹² Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Situación ocupacional de los trabajadores del sector Salud [Internet]. Buenos Aires: MTEySS; 2015 [citado 11 May 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/32676840-Situacion-ocupacional-de-los-trabajadores-del-sector-salud.html>
- ¹³ Delaney RK, Locke A, Pershing ML, Geist C, Clouse E, Precourt Debbink M, et al. Experiences of a Health System's Faculty, Staff, and Trainees' Career Development, Work Culture, and Childcare Needs During the COVID-19 Pandemic. JAMA Netw Open [Internet]. 2021 [citado 12 Dic 2022];4(4):e213997. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33797552/>
- ¹⁴ Miron Canelo J, Alonso Sardón M, Iglesias de Sena H. Metodología de investigación en Salud Laboral. Med Segur Trab (Madr) [Internet]. 2010 [citado 12 Dic 2022];56(221):347-365. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2010000400009
- ¹⁵ Naderifar M, Goli H, Ghaljaie F. Snowball sampling: A purposeful method of sampling in qualitative research. Strides in Development of Medical Education. 2017;14(3).
- ¹⁶ Organización Panamericana de la Salud. Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington D. C.: OPS; 2012.
- ¹⁷ Novick M, Gallin P, Abramzón M. Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina: información estratégica para la toma de decisiones [Internet]. Buenos Aires: OPS; 2003 [citado 28 Ago 2021]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/novicketal_observatorio-de-rrhh-saludenarg-2003.pdf
- ¹⁸ Organización Panamericana de la Salud. La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012 [Internet]. Buenos Aires: OPS; 2013 [citado 12 Dic 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3462>
- ¹⁹ Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipolito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. Hum Resour Health [Internet]. 2004 [citado 12 Dic 2022];2(1):14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15509305/>
- ²⁰ Gonzalez C, Cuadrado C. Interventions to reduce the impact of dual practice in the public health sector. Medwave [Internet]. 2019 [citado 12 Dic 2022];19(5):e7644. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31348767/>



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.