



Organización
Internacional
del Trabajo

Nota técnica

▶ **Trabajadores de la salud en Ecuador: condiciones de empleo, salud y seguridad en el trabajo**



▶ OIT Países Andinos



Organización
Internacional
del Trabajo

▶ **Trabajadores de la salud
en Ecuador:** condiciones de
empleo, salud y seguridad en
el trabajo

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2022

Primera edición: enero 2022

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a rights@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En www.ifrro.org puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

OIT

Trabajadores de la salud en Ecuador: condiciones de empleo, salud y seguridad en el trabajo. OIT / Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2022.

ISBN: 9789220327333 (versión web pdf)

Datos de catalogación de la OIT

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Las publicaciones y los productos digitales de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías y redes de distribución digital, u ordenándose a: ilo@turpin-distribution.com. Para más información, visite nuestro sitio web: ilo.org/publns o escríbanos a: biblioteca_regional@ilo.org.

Advertencia

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de nuestra Organización. Sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas sobre la manera de hacerlo en nuestro idioma. En tal sentido, y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español o/a para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por emplear el masculino genérico clásico, entendiendo que todas las menciones en tal género representan siempre a mujeres y hombres.

Este documento ha sido elaborado en el marco del Proyecto para promover el acceso universal a la atención médica que la Oficina de la OIT para los Países Andinos lleva a cabo en Ecuador. Esta nota fue desarrollada con la colaboración de los consultores Ramiro Villarruel y Adriano Molina en la sección cuantitativa y María Paz Saavedra y Daniela Espinosa en el estudio cualitativo. El informe contó con los aportes de Pablo Casalí, especialista en Protección Social, y Ana Cristina Mena, coordinadora de Proyecto, ambos de la Oficina de la OIT para los Países Andinos.

► Índice

| | |
|---|------|
| Índice de tablas | viii |
| Índice de ilustraciones | viii |
| Índice de tablas de anexos | viii |
| Índice de gráficos | ix-x |
| INTRODUCCIÓN | xi |
| ► 1. Perfil de los trabajadores sanitarios: un análisis cuantitativo | |
| 1.1. Metodología | 1 |
| 1.2. Características sociodemográficas | 3 |
| 1.3. Condiciones laborales | 7 |
| 1.4. Distribución del personal sanitario para la prestación de servicios | 20 |
| 1.5. Conclusiones | 25 |
| ► 2. Condiciones de empleo, salud y seguridad de los trabajadores de salud: un estudio cualitativo | |
| 2.1. Antecedentes: el enfoque del trabajo decente en el sector salud | 26 |
| 2.2. Metodología | 28 |
| 2.3. Resultados del levantamiento de información secundaria | 31 |
| 2.4. Resultados de las entrevistas | 40 |
| 2.5. Conclusiones | 53 |
| 2.6. Recomendaciones | 55 |
| ► 3. Referencias bibliográficas | 57 |
| ► Anexo 1: Metodología para el análisis del perfil de los trabajadores de la salud | 60 |

▶ Índice de tablas

| | | |
|-----------|--|----|
| ▶ Tabla 1 | Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social (CIIU 4) | 2 |
| ▶ Tabla 2 | Esquema técnico de entrevistas | 29 |
| ▶ Tabla 3 | Ejes temáticos y ámbitos de análisis | 30 |
| ▶ Tabla 4 | Personal de salud a nivel nacional | 31 |
| ▶ Tabla 5 | Plan de vacunación a nivel nacional | 35 |

▶ Índice de ilustraciones

| | | |
|-----------------|--|----|
| ▶ Ilustración 1 | Etapas de la investigación cualitativa de trabajadores de la salud | 28 |
| ▶ Ilustración 2 | Ejes temáticos y categoría de actores entrevistados | 29 |
| ▶ Ilustración 3 | Estructura de las entrevistas por ejes temáticos | 30 |

▶ Índice de tablas de anexos

| | | |
|-----------|---|-------|
| ▶ Tabla 1 | Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social | 60 |
| ▶ Tabla 2 | Número de profesionales y trabajadores de salud de acuerdo con fuentes de información | 61 |
| ▶ Tabla 3 | Anexo 2. Actores entrevistados y guía de preguntas | 62 |
| ▶ Tabla 4 | Guía de preguntas para las entrevistas | 63-64 |

► Índice de gráficos

| | | |
|--------------|--|----|
| ► Gráfico 1 | Distribución etaria del personal sanitario a nivel nacional. 2018-2020 | 3 |
| ► Gráfico 2 | Distribución etaria de los trabajadores sanitarios y asistenciales afiliados al IESS | 4 |
| ► Gráfico 3 | Distribución por sexo de los trabajadores sanitarios | 4 |
| ► Gráfico 4 | Trabajadores sanitarios y asistenciales por nivel de instrucción | 5 |
| ► Gráfico 5 | Registro de profesionales de la salud según nivel de título al año 2020 | 5 |
| ► Gráfico 6 | Personal sanitario: distribución de hogares por parentesco con el jefe/a de hogar | 6 |
| ► Gráfico 7 | Distribución de hogares por el nivel de ingresos del hogar | 6 |
| ► Gráfico 8 | Distribución del empleo por condición de actividad de los trabajadores sanitarios | 7 |
| ► Gráfico 9 | Comparación del empleo y desempleo nacional con el empleo y desempleo relacionado con actividades de salud | 8 |
| ► Gráfico 10 | Distribución del empleo por rama de actividad de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud | 9 |
| ► Gráfico 11 | Distribución del empleo por rama de actividad de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud bajo el Código de Trabajo | 9 |
| ► Gráfico 12 | Porcentaje de trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud con empleo secundario | 10 |
| ► Gráfico 13 | Distribución del empleo secundario por sector económico en los años 2018, 2019 y 2020 | 10 |
| ► Gráfico 14 | Ingreso mensual promedio de los trabajadores sanitarios a nivel nacional | 11 |
| ► Gráfico 15 | Ingreso mensual promedio de los trabajadores sanitarios de instituciones públicas de salud | 11 |
| ► Gráfico 16 | Ingreso mensual promedio de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud | 11 |
| ► Gráfico 17 | Ingreso por hora promedio de los hombres y mujeres prestadoras del servicio de salud | 12 |
| ► Gráfico 18 | Ingreso por hora promedio según grupo de ocupación | 13 |
| ► Gráfico 19 | Distribución del empleo por grupo de ocupación | 14 |
| ► Gráfico 20 | Distribución personal sanitario auxiliar, de apoyo y administrativo | 14 |
| ► Gráfico 21 | Distribución del empleo por sector | 15 |



▶ **Trabajadores de la salud en Ecuador:**
condiciones de empleo, salud y seguridad en el trabajo

| | | |
|--------------|---|----|
| ▶ Gráfico 22 | Distribución del empleo por tipo de empleado en base a la ENEMDU | 15 |
| ▶ Gráfico 23 | Distribución del empleo por tipo de empleado en base al RAS | 16 |
| ▶ Gráfico 24 | Distribución del empleo por tipo de trabajador nacional | 16 |
| ▶ Gráfico 25 | Distribución del empleo por tipo de trabajador afiliado al IESS | 16 |
| ▶ Gráfico 26 | Horas promedio mensuales de trabajo de los trabajadores sanitarios | 17 |
| ▶ Gráfico 27 | Distribución del empleo por tipo de jornada | 17 |
| ▶ Gráfico 28 | Tiempo de trabajo de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud | 18 |
| ▶ Gráfico 29 | Distribución del empleo por tipo de contrato | 19 |
| ▶ Gráfico 30 | Distribución del empleo por tipo de contrato en instituciones públicas de salud | 19 |
| ▶ Gráfico 31 | Distribución del empleo por tipo de régimen laboral en instituciones públicas de salud | 19 |
| ▶ Gráfico 32 | Número de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud por sector de establecimiento | 20 |
| ▶ Gráfico 33 | Número del personal de salud por tipo de establecimiento | 21 |
| ▶ Gráfico 34 | Número de trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud por entidad | 21 |
| ▶ Gráfico 35 | Número de trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud por sector según tipo de establecimiento | 22 |
| ▶ Gráfico 36 | Número y tasa de médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeras, obstetras y auxiliares de enfermería | 22 |
| ▶ Gráfico 37 | Número de médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeras, obstetras y auxiliares de enfermería por sector de establecimiento | 23 |
| ▶ Gráfico 38 | Tiempo del personal médico, odontólogos, psicólogos, enfermeras, obstetras y auxiliares de enfermería por sector de establecimiento | 24 |
| ▶ Gráfico 39 | Personal administrativo, de atención al usuario y de apoyo asistencial en establecimientos de salud | 24 |
| ▶ Gráfico 40 | Tasa personal de salud a nivel nacional. Año 2018 | 32 |
| ▶ Gráfico 41 | Profesionales de la salud a nivel nacional por sector. Año 2018 | 32 |
| ▶ Gráfico 42 | Contagios en personal de la salud a nivel nacional. A septiembre de 2020 | 34 |
| ▶ Gráfico 43 | Síntomas de salud mental | 39 |
| ▶ Gráfico 44 | Percepción de seguridad durante la pandemia de la COVID-19 en el personal de salud | 39 |

▶ Introducción

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) tiene por mandato impulsar la justicia social y promover el trabajo decente. La OIT tiene cuatro objetivos estratégicos: promover y cumplir las normas, principios y derechos fundamentales en el trabajo; crear mayores oportunidades para que mujeres y hombres puedan tener empleos e ingresos dignos; mejorar la cobertura y eficacia de una seguridad social para todos; y fortalecer el tripartismo y el diálogo social.

En cumplimiento con sus objetivos de una seguridad social para todos, la OIT lleva a cabo en Ecuador el proyecto para promover el acceso universal a la atención médica, a través de la mejora en la articulación del Sistema Nacional de Salud. Con la participación de actores clave del sistema, se planteó el objetivo de establecer mecanismos que faciliten la coordinación, legitimidad y articulación de las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud, con la finalidad de mejorar el acceso a este derecho.

En el marco de las actividades llevadas a cabo por este proyecto se identificó a la gestión del talento humano como un elemento clave para mejorar el acceso a los servicios de salud y la coordinación y articulación de los servicios. En ese contexto, resulta relevante realizar un análisis de las actuales condiciones de empleo, salud y seguridad en el trabajo de los trabajadores de la salud, partiendo de una descripción del perfil del personal que desempeña sus actividades en el sistema de salud ecuatoriano. De esta manera, se busca identificar oportunidades de mejora en la gestión del recurso humano en salud para establecer estrategias que permitan fortalecer la organización y coordinación de los servicios de salud.

En este contexto se presenta la nota técnica “Trabajadores de la salud en Ecuador: condiciones de empleo, salud y seguridad en el trabajo” con el objetivo de evidenciar la situación actual de los trabajadores sanitarios. Contiene dos secciones. La primera corresponde a un análisis de tipo cuantitativo en el que se describe el perfil de los trabajadores del sector sanitario en Ecuador. En la segunda sección se presenta un estudio cualitativo que sistematiza, desde la evidencia y la perspectiva de los gremios de profesionales de la salud, las condiciones de trabajo, salud y seguridad de los trabajadores de la salud en Ecuador.

► 1. Perfil de los trabajadores sanitarios: un análisis cuantitativo

Los trabajadores sanitarios y asistenciales que integran el sistema nacional de salud (SNS) constituyen un extenso y diverso número de perfiles profesionales, con distinta formación y clasificaciones ocupacionales según el tipo de actividad dentro de los servicios de salud. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), “trabajadores sanitarios y asistenciales” son todas las personas que llevan a cabo tareas que promueven la salud, incluyendo no solo a médicos y enfermeras, sino también a categorías como “los estadísticos, los programadores informáticos, los contables, los gestores y administradores y también diversos tipos de personal administrativo, así como personal auxiliar, por ejemplo, conductores o personal de limpieza, lavandería y cocina” (OMS 2006, p. 3).

Para el desarrollo de la presente sección, se han agrupado a los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud en dos categorías: prestadores del servicio de salud y personal sanitario auxiliar, de apoyo y administrativo. El primer grupo hace referencia al personal que trata directamente con los pacientes y abarca el personal de atención directa (médicos, enfermeras, obstetras, auxiliares y asistentes, entre otros), el personal que realiza actividades en áreas que brindan servicios de salud (técnicos de laboratorio e instrumentistas clínicos, entre otros) y otros dispensadores a nivel comunitario (por ejemplo, promotores de salud comunitaria).

El personal sanitario auxiliar, de apoyo y administrativo es aquel que trabaja en los establecimientos de salud y no interviene directamente en la prestación de servicios de salud pero que contribuye al funcionamiento del SNS. En este grupo se encuentran: personal administrativo (contables, financieros, profesionales en cargos administrativos, entre otros); personal auxiliar (auxiliares administrativos, entre otros); y personal de apoyo asistencial (operarios o bodegueros, entre otros).

En función de estas clasificaciones, en el presente informe se utiliza el término “trabajadores sanitarios” para hacer referencia al personal que forma parte de las dos categorías antes mencionadas, salvo en los casos en los que se especifique la referencia a un grupo en particular.

1.1. Metodología¹

La caracterización del personal sanitario se realizó con las siguientes fuentes de información:

- Encuesta Nacional de Empleo, Subempleo y Desempleo –ENEMDU– (INEC 2021).
- Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud (RAS) 2018 (INEC 2020).
- Contratos vigente registrados en el Sistema Único de Trabajadores (SUT) (Ministerio de Trabajo 2021).
- Reporte de afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS 2021).
- Distributivos de personal del Ministerio de Salud Pública, de la Dirección de Salud de la Policía Nacional y de los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas (Ministerio de Finanzas 2021).

1. Información detallada en el Anexo 1.

El análisis se realizó para el periodo 2018-2020 de acuerdo a la disponibilidad de información.

Cada una de las fuentes tiene un alcance diferente en función de la unidad de investigación en la que se centran. La ENEMDU se enfoca en la información de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud que realizan sus actividades tanto en condición de asalariados (vinculados al sector público o privado) como independientes (cuenta propia y patronos). El RAS recoge información del personal que trabaja únicamente en establecimientos de salud tanto públicos como privados; los distributivos de personal contienen información del personal que labora en instituciones de salud del sector público. El registro administrativo del SUT presenta información de los contratos vigentes de trabajadores sanitarios vinculados al sector público o privado bajo el Código de Trabajo. Por último, el registro del IESS contiene información del personal que trabaja en instituciones de salud y que está afiliado ya sea bajo relación de dependencia o de forma independiente.

Las actividades consideradas en el análisis, de acuerdo con la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU 4), corresponden a “Atención de la salud humana y de asistencia social”, conforme al detalle que se muestra en la tabla 1.

▶ **Tabla 1. Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social (CIIU 4).**

| Código | Descripción de la actividad |
|--------|--|
| Q8610 | Actividades de hospitales y clínicas |
| Q8620 | Actividades de médicos y odontólogos |
| Q8690 | Otras actividades de atención de la salud humana |
| Q8710 | Actividades de atención de enfermería en instituciones |
| Q8720 | Actividades de atención en instituciones para personas con retraso mental, enfermos mentales y toxicómanos |
| Q8730 | Actividades de atención en instituciones para personas de edad y personas con discapacidad |
| Q8790 | Otras actividades de atención en instituciones |

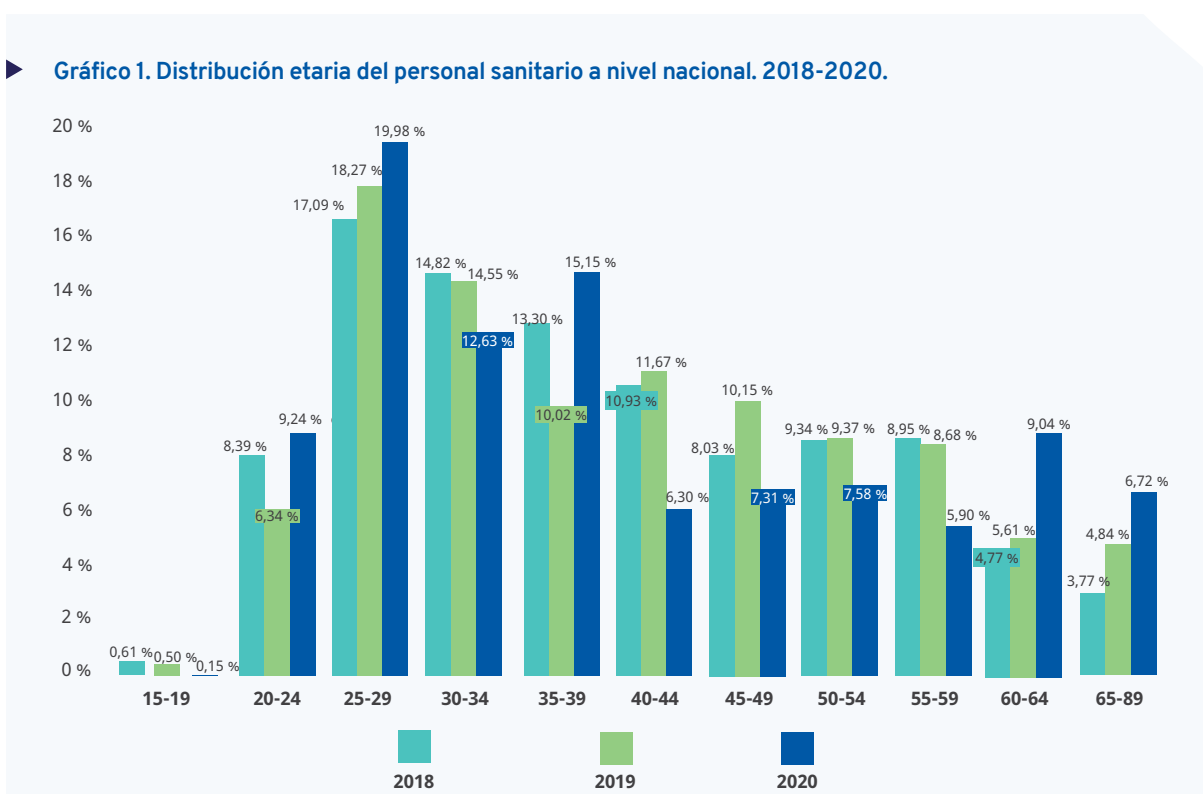
Fuente: Elaboración propia sobre la base del CIIU 4.

El análisis incluye características sociodemográficas, del hogar y laborales de los trabajadores sanitarios, así como su distribución para la prestación de servicios en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

1.2. Características sociodemográficas

De acuerdo a la ENEMDU, en 2020 existían alrededor de 168 000 trabajadores del sector de la salud, en torno a 16 000 personas menos que en 2018. Los trabajadores sanitarios se concentraban en el grupo etario de 25 a 29 años, representando el 20 por ciento del total en 2020, participación que se ha incrementado levemente en los últimos años. La distribución de los trabajadores sanitarios en el resto de los grupos etarios varía de manera significativa de un año a otro. En 2020 se registró un importante incremento del grupo comprendido entre los 60 a 74 años y una reducción del personal entre 40 a 59 años (Gráfico 1). El 70,25 por ciento de los trabajadores del sector son menores de 50 años.

► **Gráfico 1. Distribución etaria del personal sanitario a nivel nacional. 2018-2020.**

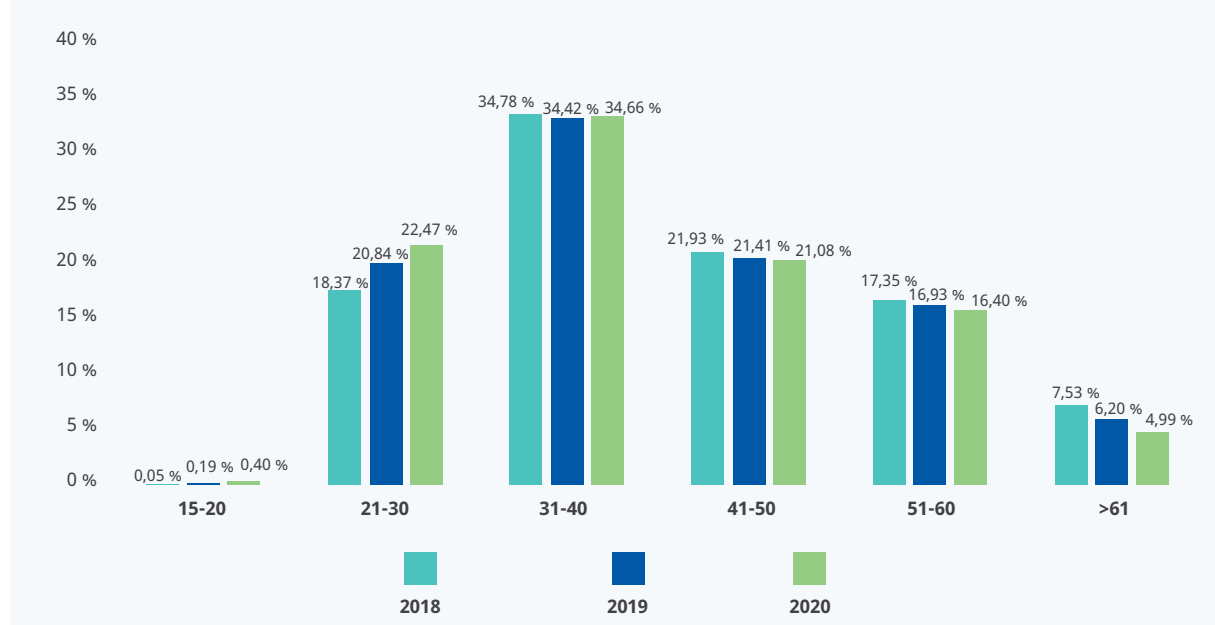


Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo (INEC 2018, 2019 y 2020).

En el caso de las instituciones públicas de salud (MSP, Fuerzas Armadas y Policía), los distributivos de personal muestran que su distribución etaria es similar a la estructura nacional, aunque con mayores concentraciones en población más joven, pues cerca del 80 por ciento de los trabajadores son menores de 50 años.

Por otro lado, los trabajadores sanitarios afiliados al IESS se concentraban en el intervalo de edad entre los 31 y 40, representando el 34,66 por ciento en 2020, sin registrar cambios importantes en los últimos tres años; seguidamente, el rango de 41 a 50 años tenía una proporción promedio del 21,47 por ciento (Gráfico 2). A priori, las diferencias encontradas entre el personal afiliado y todos los trabajadores sanitarios, según las distintas fuentes de información, señalarían una mayor participación de personas jóvenes en sector de la salud, pero a su vez con mayores dificultades para contar con afiliación a la seguridad social, principalmente en los grupos de menor edad.

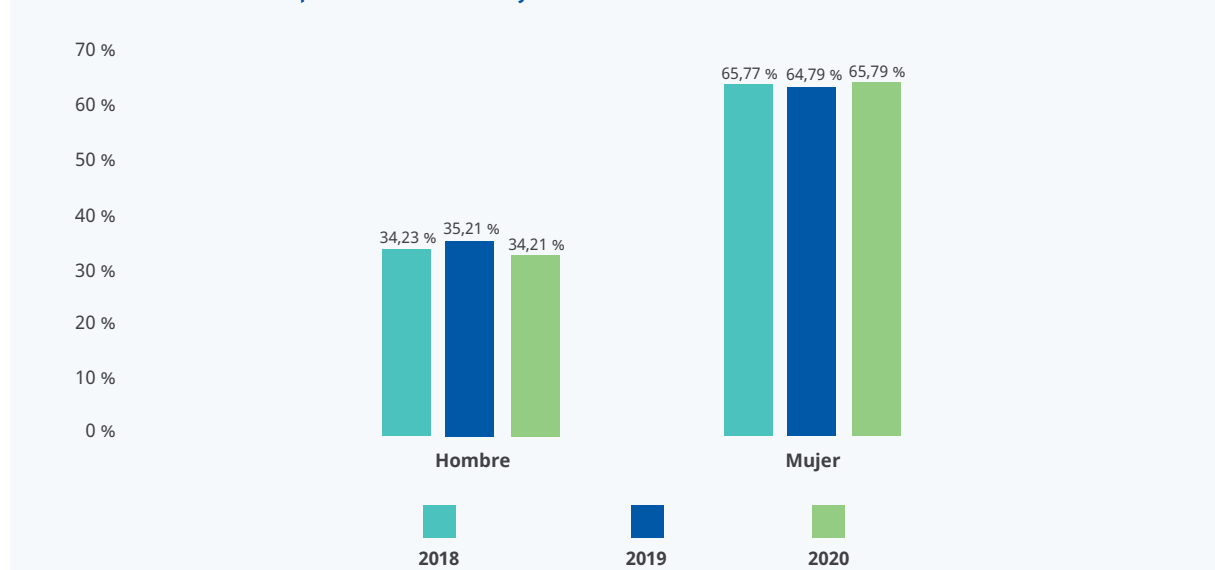
► **Gráfico 2. Distribución etaria de los trabajadores sanitarios y asistenciales afiliados al IESS.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de IESS 2018, 2019 y 2020.

Las mujeres se constituyen en la mayor fuerza laboral en el sector de la salud. Al 2020, el 65,8 por ciento de los trabajadores sanitarios eran mujeres, manteniendo esta tendencia en los años de análisis (Gráfico 3). Esta es una característica estructural de los sistemas de salud, en donde el 73,2 por ciento de las personas empleadas en el sector son mujeres (CEPAL 2021). En Argentina, por ejemplo, las mujeres representan cerca del 70 por ciento del empleo en el sector (East Laurence *et al.* 2020), y en países como Colombia o República Dominicana, la proporción es cercana al 80 por ciento (CEPAL 2021).

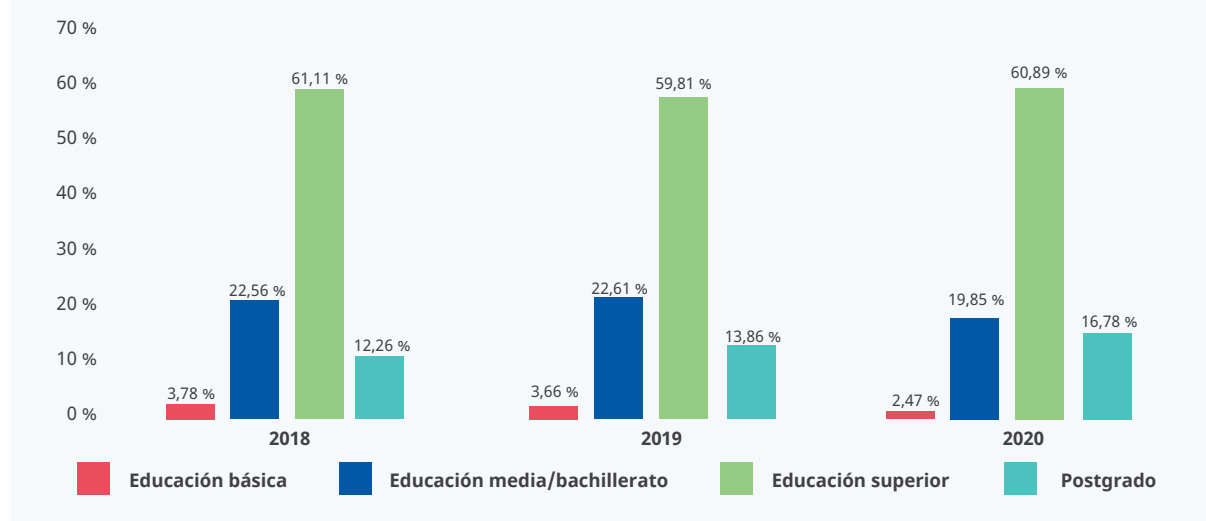
► **Gráfico 3. Distribución por sexo de los trabajadores sanitarios.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2018, 2019 y 2020.

El sector sanitario se caracteriza por registrar altos niveles de educación. Alrededor del 60 por ciento de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud cuentan con educación superior. El porcentaje del personal de la salud con nivel de postgrado ha ido aumentando paulatinamente año tras año, alcanzando en el 2020 un incremento de 4,5 puntos porcentuales (5 597 casos) respecto del año 2018. Por el contrario, los trabajadores con educación básica, que generalmente realizan actividades de apoyo, tienen cada vez menos participación (Gráfico 4).

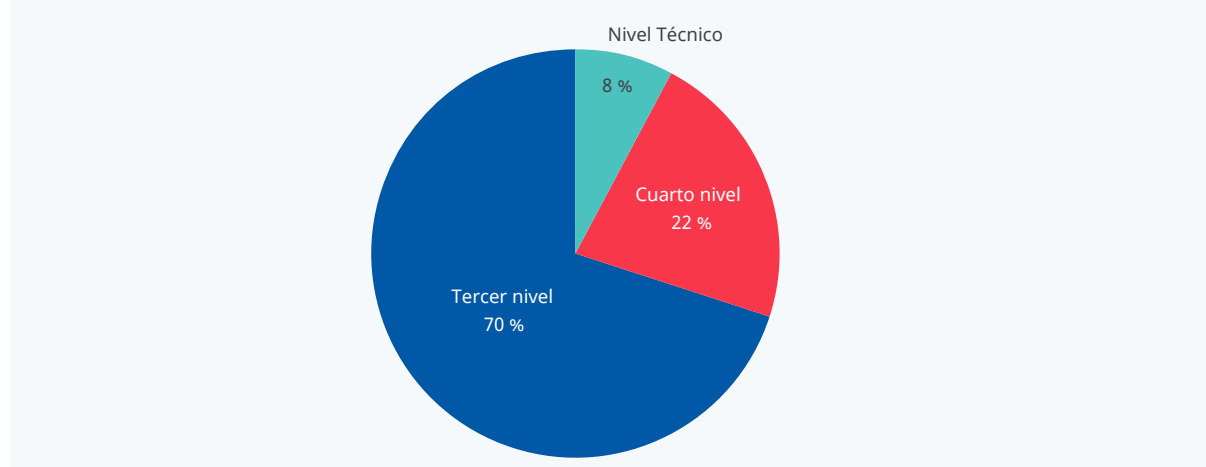
► **Gráfico 4. Trabajadores sanitarios y asistenciales por nivel de instrucción.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo ENEMDU 2018, 2019 y 2020.

Específicamente para el personal de salud con título profesional², de acuerdo a la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS), hasta 2020, el 70 por ciento de los profesionales registrados contaba con un título de tercer nivel, el 22 por ciento de cuarto nivel y el 8 por ciento de nivel técnico (Gráfico 5).

► **Gráfico 5. Registro de profesionales de la salud según nivel de título al año 2020.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de ACESS (2020).

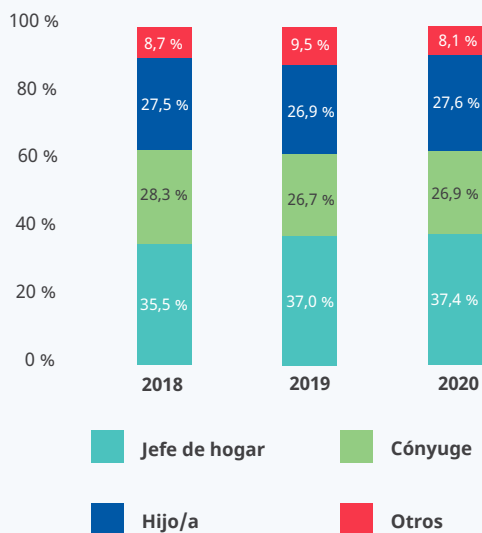
2. Personal de salud que debe registrar sus títulos profesionales en la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada.

Finalmente, cabe mencionar que en 2020 el 5,1 por ciento de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud eran extranjeros. Este porcentaje es 2,4 veces superior al registrado en 2019. Las necesidades sanitarias del país por la pandemia de la COVID-19 pueden explicar este incremento, debido a las contrataciones de personal sanitario extranjero. En varios países de la región, el personal de salud extranjero ha significado un aporte importante durante la pandemia tanto por las necesidades de los sistemas de salud, como por medidas adoptadas por los gobiernos. Perú, Chile y Argentina, por ejemplo, emitieron decretos para promover la contratación temporal de profesionales de la salud extranjeros (OIT 2021).

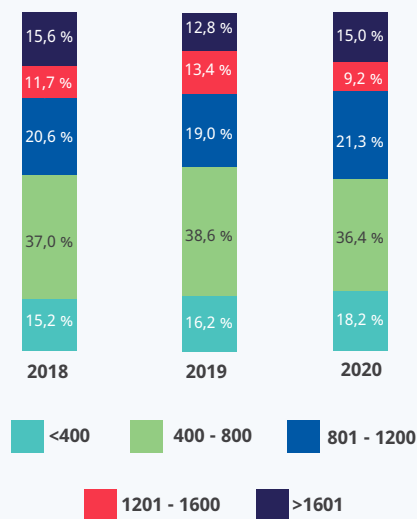
Respecto a las características del hogar, entre 2018 y 2020 la mayor parte del personal de salud era jefe/a de hogar con una proporción que presentaba una variación creciente acumulada de 1,85 puntos porcentuales. Por otra parte, en 2020, el 26,9 por ciento declaró ser cónyuge, y el 27,6 por ciento ser hijo/a del jefe de hogar (Gráfico 6).

La mayor proporción del personal de salud contaba en el 2020 con un ingreso mensual del hogar entre USD 400 y USD 800, representando el 36,42 por ciento. Mientras que en ese año el 14,96 por ciento tenía un ingreso mayor a USD 1 601 (Gráfico 7).

▶ **Gráfico 6. Personal sanitario: distribución de hogares por parentesco con el jefe/a de hogar.**



▶ **Gráfico 7. Distribución de hogares por el nivel de ingresos del hogar.**



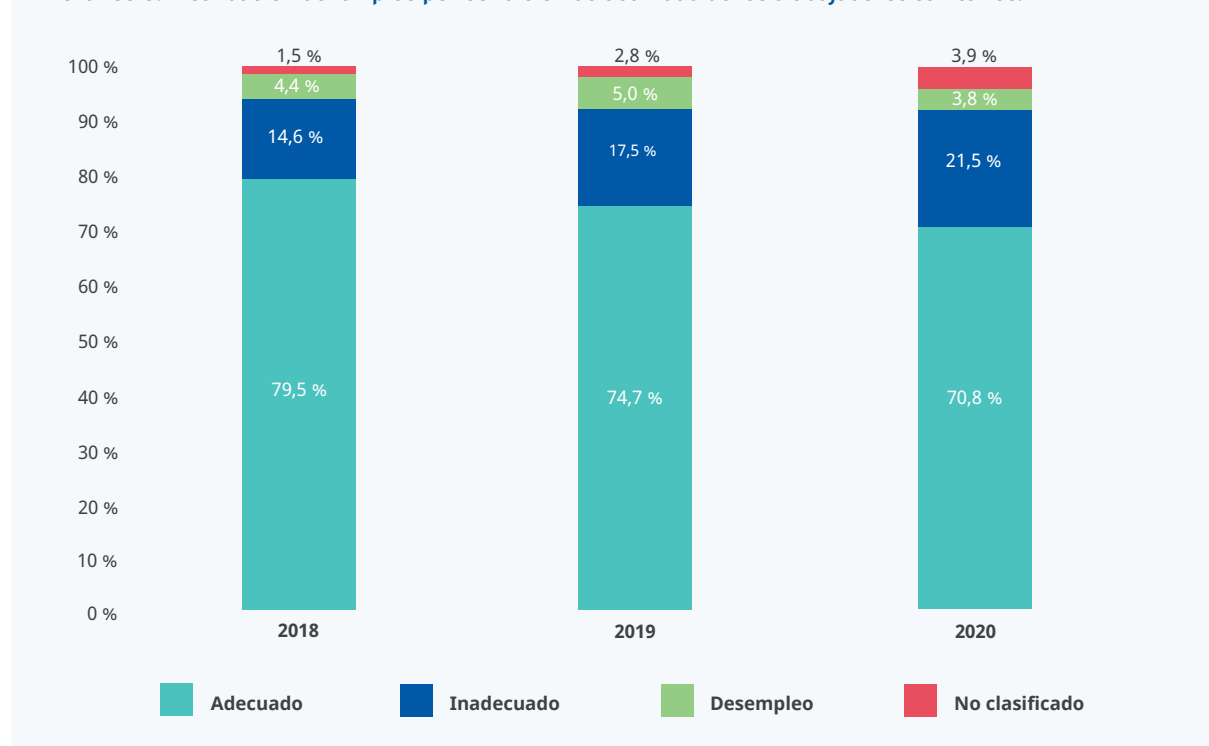
Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2018, 2019 y 2020.

1.3. Condiciones laborales

Empleo por condición de actividad

El personal de salud se encuentra en su mayoría con empleo adecuado, a pesar de la caída de los últimos años donde la relación pasó de un 79,5 por ciento en 2018 a un 70,8 por ciento en 2020. De igual forma, el empleo inadecuado presentaba una variación importante al incrementarse del 14,6 al 21,5 por ciento entre los años 2018 y 2020 (Gráfico 8).

► **Gráfico 8. Distribución del empleo por condición de actividad de los trabajadores sanitarios.**

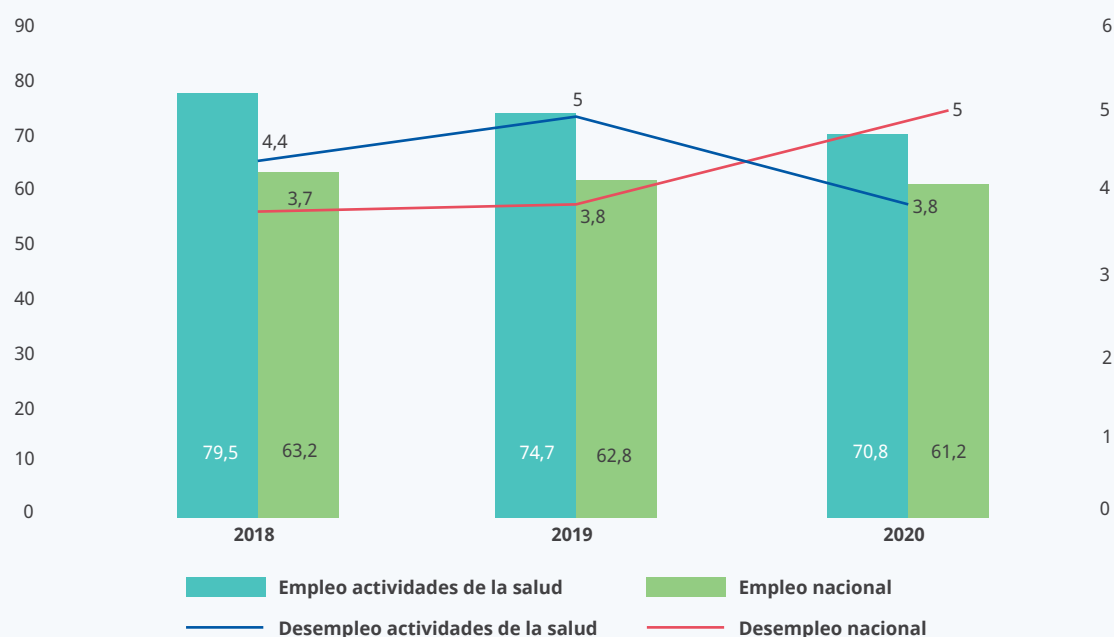


Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2018, 2019 y 2020.

El desempleo en el sector disminuyó del 2018 al 2020, pasando del 4,4 al 3,8 por ciento, a pesar de que en el 2019 se había incrementado al 5 por ciento. Pese a la crisis sanitaria que vive el país y el mundo, las actividades relacionadas con el sector salud son de las pocas que no han experimentado un aumento del desempleo, dado que, la demanda de los servicios de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud se ha incrementado por las necesidades de atención en el último año.

Al comparar estos resultados con los datos nacionales, se observa que el desempleo entre las personas dedicadas a las actividades de salud en el 2018 era mayor (4,4 por ciento) que el desempleo nacional (3,7 por ciento). Sin embargo, en los tres últimos años la situación se ha revertido donde el desempleo en las actividades de salud alcanzó el 3,8 por ciento para 2020, inferior al 5 por ciento registrado a nivel nacional (Gráfico 9).

► **Gráfico 9. Comparación del empleo y desempleo nacional con el empleo y desempleo relacionado con actividades de salud.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2018, 2019 y 2020.

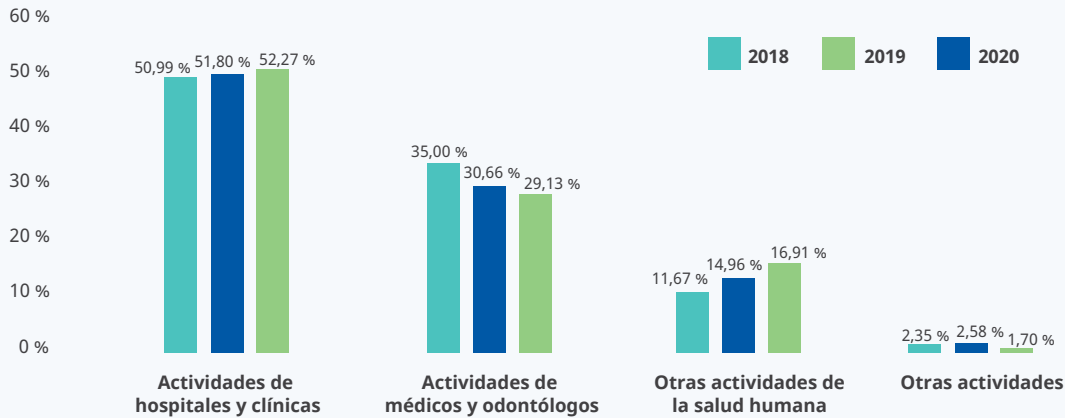
Los indicadores que se presentan a continuación fueron calculados tomando como referencia al personal sanitario que se encuentran empleado, excluyendo a los desempleados del análisis.

Empleo por rama de actividad

Por rama de actividad, la distribución del empleo entre los trabajadores sanitarios se encuentra en su mayoría en las “actividades de hospitales y clínicas” con el 52,27 por ciento en 2020. En segundo lugar, se encuentran las “actividades de médicos y odontólogos” con un 29,13 por ciento; a pesar de que en todos los años de análisis esta actividad se encuentra en segundo lugar, se reduce considerablemente del 2018 al 2020 (5,87 puntos porcentuales). En tercer lugar, se encuentran las “otras actividades de la salud humana” con un 16,91 por ciento con un incremento de 5,24 puntos porcentuales (Gráfico 10).

3. “Otras actividades de la salud humana” incluye las siguientes categorías: *i)* actividades de atención de la salud humana que no se realizan en hospitales ni entrañan la participación de médicos ni odontólogos; *ii)* actividades de laboratorios médicos, como laboratorios clínicos o de radiología y diagnóstico por imagen; y *iii)* otros servicios auxiliares de la salud humana, como transporte de pacientes en ambulancia, actividades de banco de sangre (de esperma, de órganos para trasplante, entre otros) y aplicación de vacunas, medición de presión arterial, entre otros. (INEC 2012).

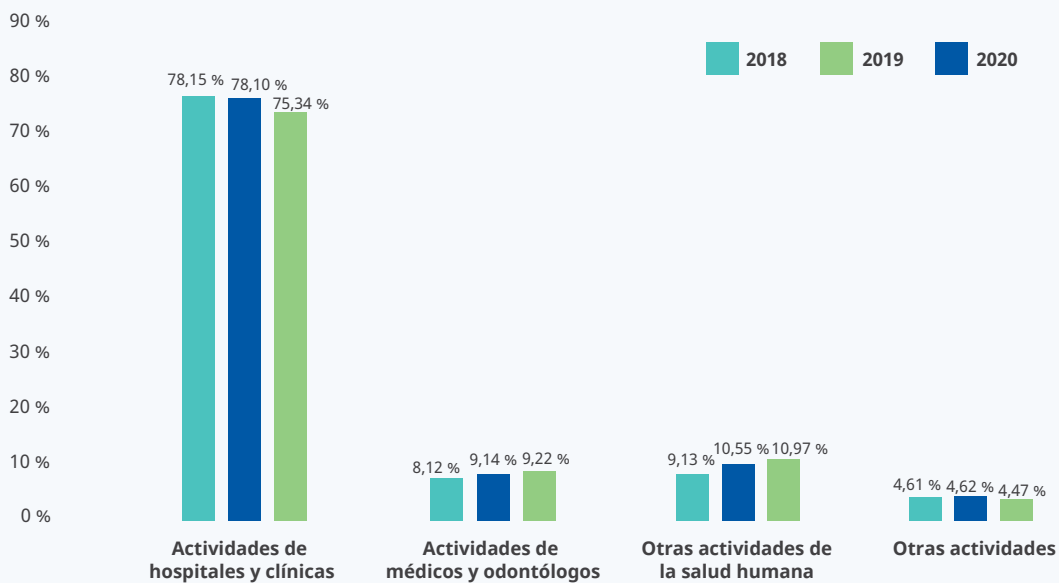
► **Gráfico 10. Distribución del empleo por rama de actividad de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2018, 2019 y 2020.

Cuando se toman en cuenta los contratos vigentes registrados en el Ministerio de Trabajo (en el SUT), el 77,2 por ciento se concentra en “Actividades de hospitales y clínicas” y apenas el 8,83 por ciento del total en “Actividades de médicos y odontólogos” (Gráfico 11). La comparación respecto a las estadísticas globales del mercado laboral sugiere que la mayor parte del personal en los establecimientos de salud hospitalarios se realizan mediante contrato, mientras que otras actividades de profesionales de la salud se realiza de manera autónoma o sin que medie un contrato laboral.

► **Gráfico 11. Distribución del empleo por rama de actividad de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud bajo el Código de Trabajo.**



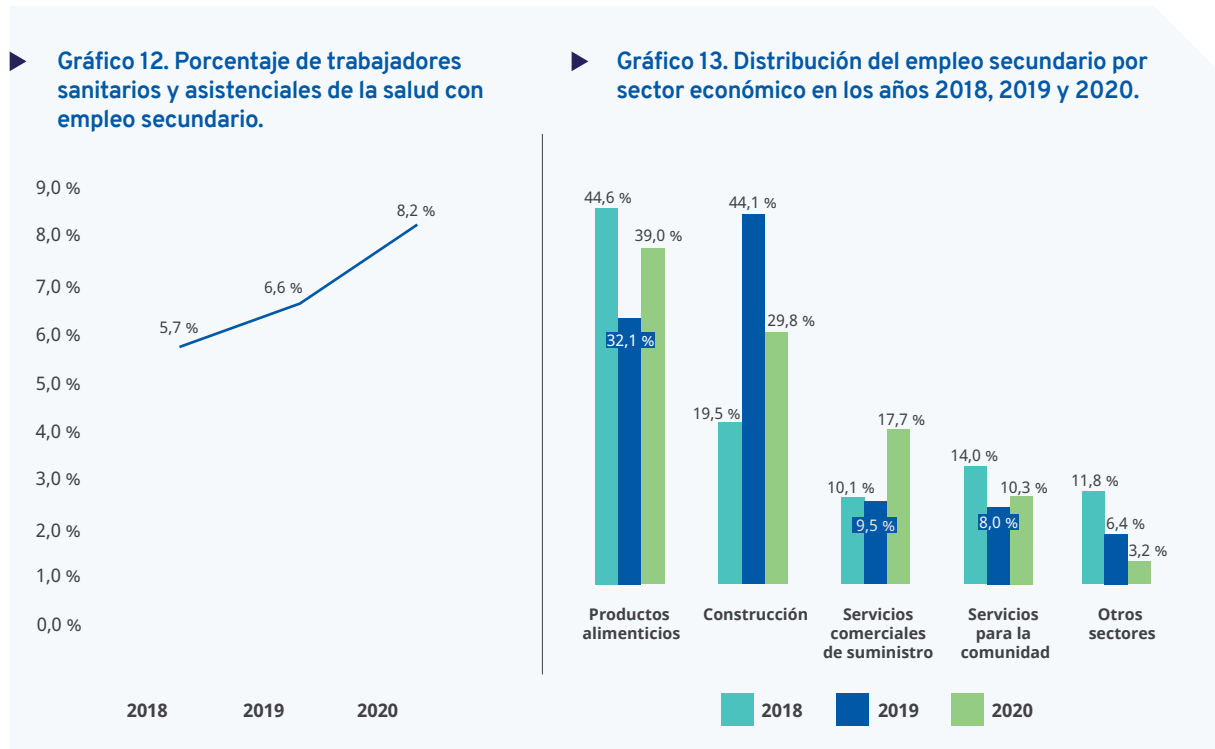
Fuente: Elaboración propia sobre la base del registro administrativo SUT 2018, 2019 y 2020.

Empleo secundario por sector económico

El 8,2 por ciento de los trabajadores sanitarios contaban en 2020 con un empleo adicional (secundario) al realizado en el sector de la salud. Este porcentaje se incrementó paulatinamente, pasando del 5,7 por ciento en 2018 al 8,2 por ciento (Gráfico 12).

Este grupo con un empleo secundario, en el 2020 trabajaba en su mayoría en el sector de productos alimenticios, lo que representaba el 39 por ciento del total. En segundo lugar, se encontraba el personal del sector de la construcción con el 29,8 por ciento; del 2018 al 2020 se incrementó en más de 10 puntos porcentuales las personas vinculadas a este sector económico (Gráfico 13).

El empleo relacionado con los sectores económicos de servicios para la comunidad, servicios comerciales y de suministro y productos alimenticios presentaron una participación relevante en los periodos 2018, 2019 y 2020, aunque con cambios en los niveles de participación (Gráfico 13).



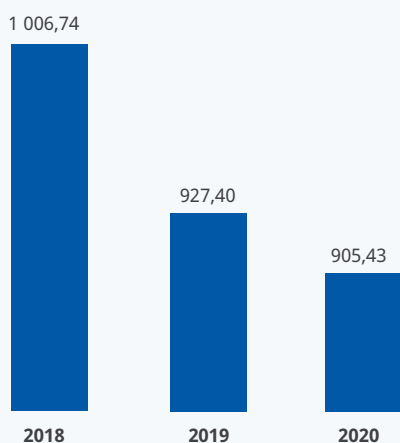
Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2018, 2019 y 2020.

Ingreso laboral

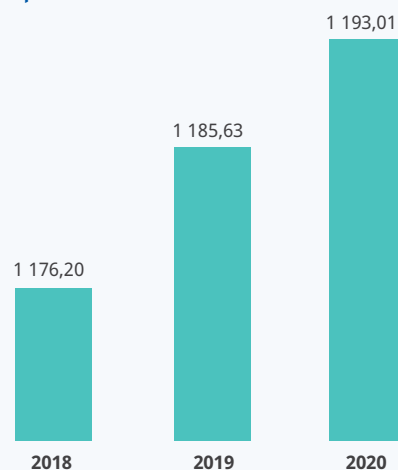
El ingreso mensual promedio de los trabajadores sanitarios fue de USD 905,43 en 2020, con una importante disminución desde 2018. Entre el periodo 2018 al 2019 se observa una reducción del 7,8 por ciento, mientras que en relación con el año 2020 la caída es del 10 por ciento (Gráfico 14). Por tanto, en todo el periodo de análisis, existe una disminución promedio del 9 por ciento (USD 90,33).

Sin embargo, el ingreso promedio de los trabajadores de las instituciones públicas de salud (MSP, Dirección de Salud de la Policía e instituciones de salud de las Fuerzas Armadas) fue de USD 1 193,01, habiéndose registrado un aumento progresivo entre 2018 y 2020 (0,71 por ciento de promedio) (Gráfico 15).

► **Gráfico 14. Ingreso mensual promedio de los trabajadores sanitarios a nivel nacional.**



► **Gráfico 15. Ingreso mensual promedio de los trabajadores sanitarios de instituciones públicas de salud*.**

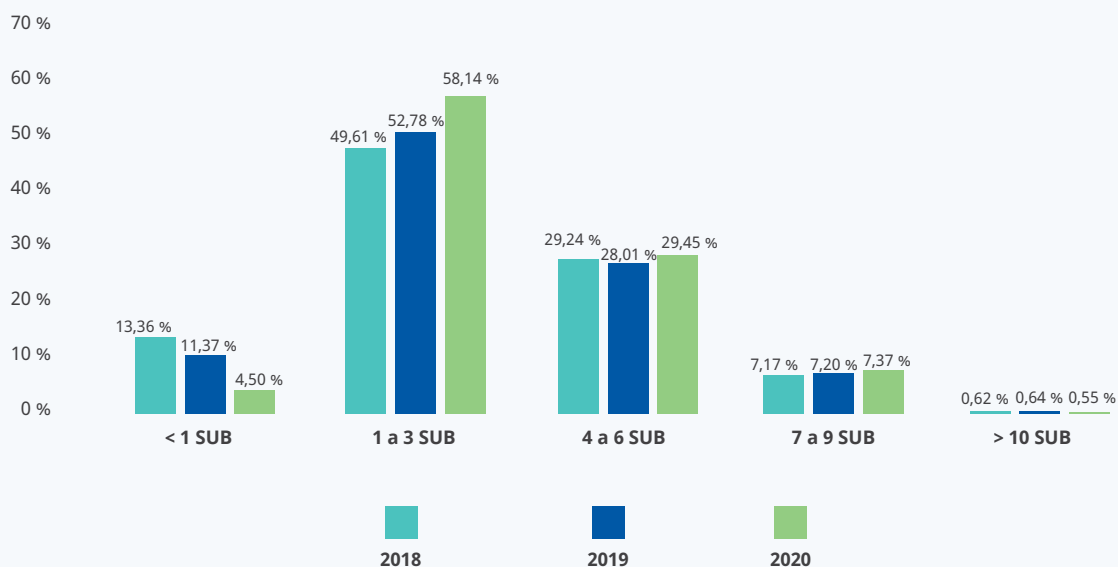


*Incluye personal del Ministerio de Salud, Dirección de Salud de la Policía y establecimientos de salud de Fuerzas Armadas.

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Distributivo del Ministerio de Finanzas 2018, 2019 y 2020.

Respecto a los afiliados al IESS que trabajan en el sector de la salud, el ingreso mensual está expresado en relación con el Salario Básico Unificado —SBU— vigente para cada periodo de análisis. Para todos los años, en promedio, se observa que el 53,51 por ciento del personal de salud percibe entre 1 y 3 SBU, habiendo sido de USD 386 a 1 158 en el 2018, de USD 394 a 1 182 en el 2019 y de USD 400 a 1 200 en el año 2020. Un porcentaje marginal del 0,60 por ciento recibe más de USD 3 860 al mes, en promedio. Los trabajadores sanitarios que registran ingresos inferiores al SBU mensual han ido disminuyendo significativamente, hasta alcanzar el 4,50 por ciento en el 2020 (Gráfico 16).

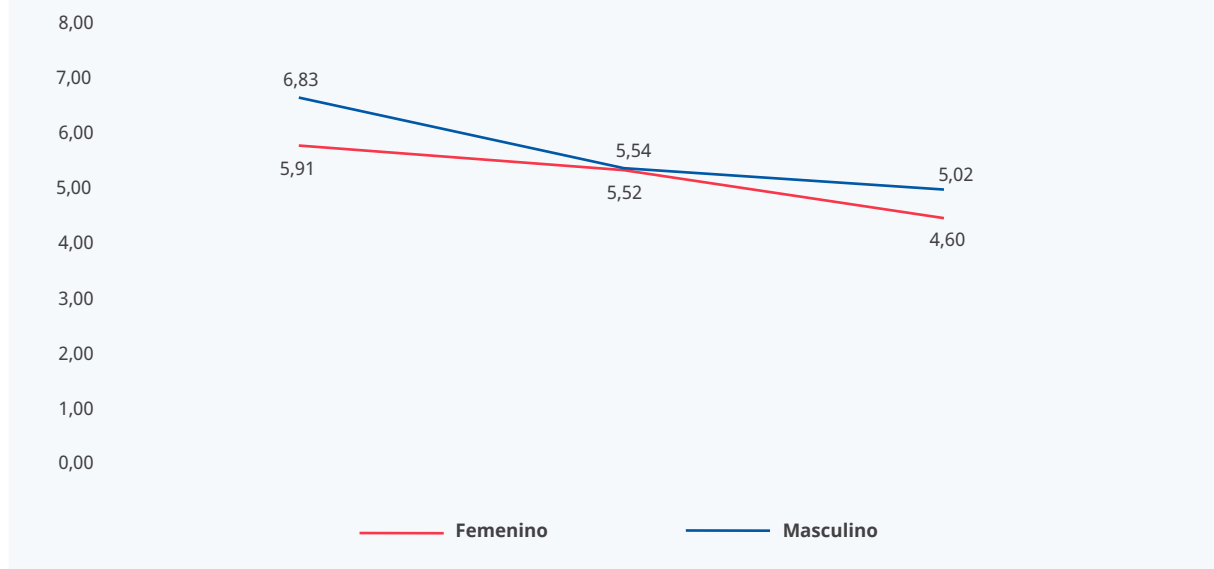
► **Gráfico 16. Ingreso mensual promedio de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social 2018, 2019 y 2020.

Existe una importante diferencia salarial entre hombres y mujeres. De acuerdo con el ingreso por hora promedio, se observa que las mujeres ganan menos que los hombres en los periodos de análisis; sin embargo, el 2019 es el año donde hubo una menor diferencia (USD 0,02). Por otra parte, en el año 2020 cayó significativamente el ingreso por hora promedio de hombres (USD 1,81) y mujeres (USD 1,30) respecto del año 2018 (Gráfico 17). Esta es un problema recurrente en el mercado laboral que se identifica también en el sector sanitario; en América Latina la brecha salarial entre hombres y mujeres en el sector de la salud es del 23,7 por ciento, con países que superan esta media como Brasil, Chile, Colombia y Panamá (CEPAL 2021).

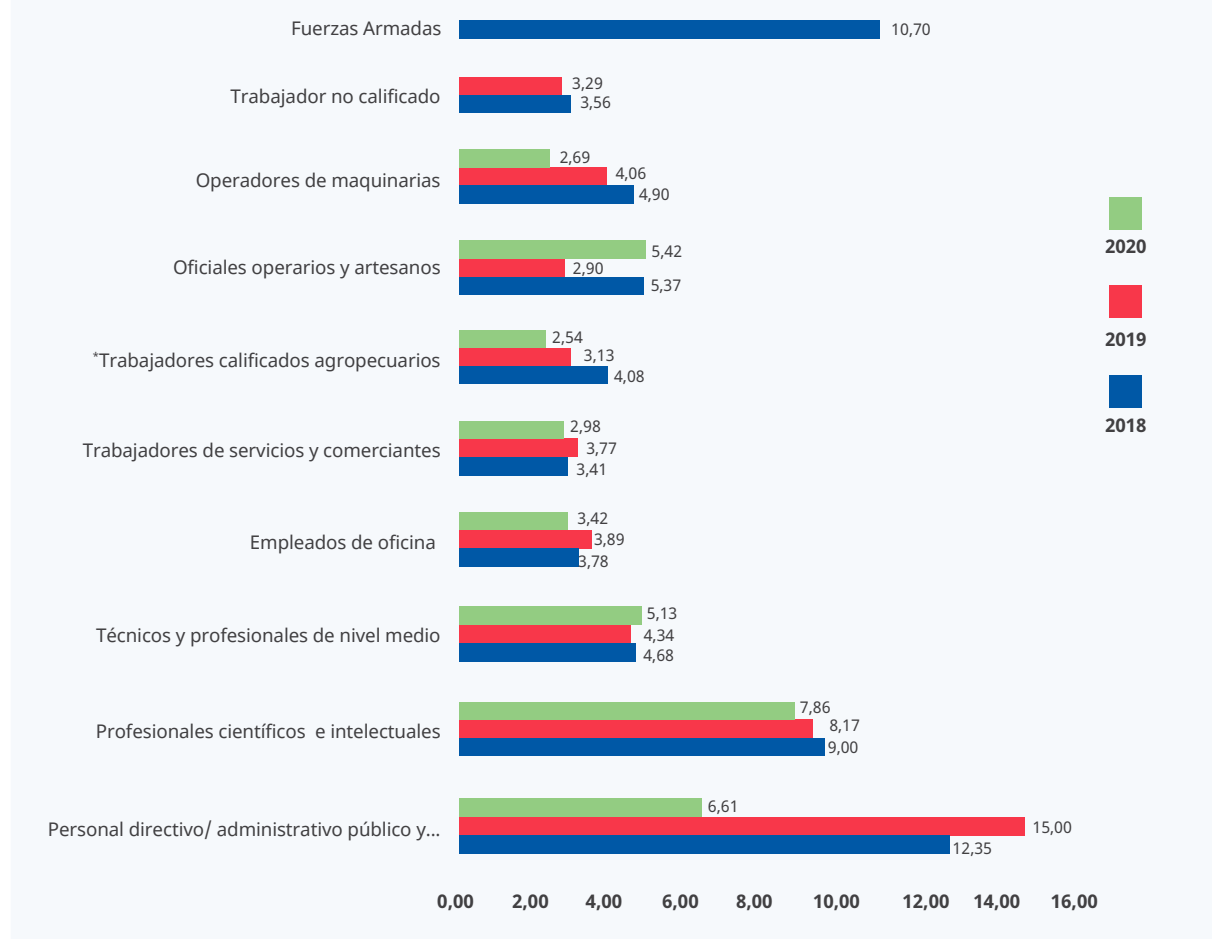
▶ **Gráfico 17. Ingreso por hora promedio de los hombres y mujeres prestadoras del servicio de salud.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2018, 2019 y 2020.

En cuanto a los grupos de ocupación, se observa que el mayor ingreso por hora promedio del año 2018 correspondió al personal sanitario de las “Fuerzas Armadas” con USD 10,70. En el año 2019 se destacó el ingreso de “Personal directivo/administrativo público y privado” con USD 15,00 por hora promedio y en el periodo 2020 el ingreso más alto fue de “Profesionales científicos e intelectuales” con USD 7,86 por hora promedio, aunque el ingreso sufrió una importante caída (Gráfico 18).

► **Gráfico 18. Ingreso por hora promedio según grupo de ocupación.**



*La categoría de "Trabajadores agropecuarios" hace referencia al personal encargado de la jardinería y áreas verdes en los establecimientos de salud.

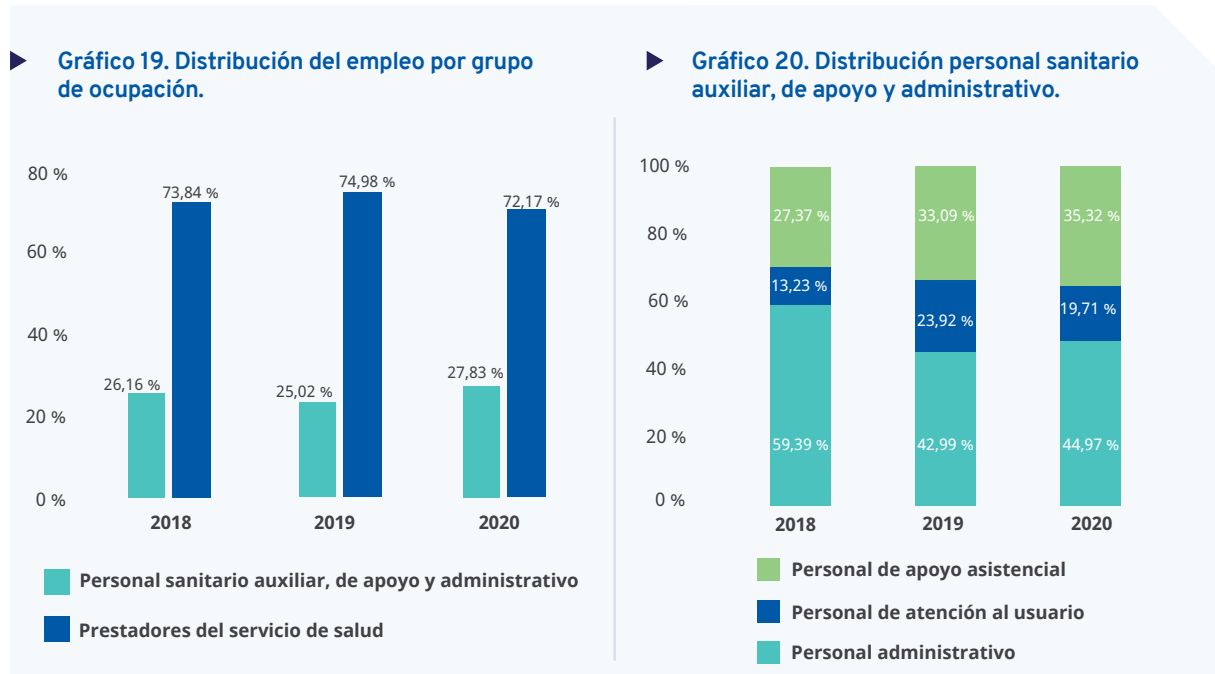
Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2018, 2019 y 2020.

Las ocupaciones que han tenido el mayor cambio entre el 2019 y 2020 fueron "Personal directivo/ administrativo público y privado" y "Trabajadores no calificados o de ocupaciones elementales" con una disminución igual a USD 8,39 y USD 3,29, respectivamente.

Empleo por grupo de ocupación

Para esta distribución, se han agrupado las distintas ocupaciones de acuerdo con su pertenencia dentro del "personal sanitario auxiliar, de apoyo y administrativo", el cual comprende el personal administrativo, de atención al usuario y de apoyo asistencial. Por otra parte, se encuentra el grupo de los "prestadores del servicio de salud".

Con datos de la ENEMDU, se observa que en el año 2020 la mayor parte del personal de salud se desenvolvía como prestadores del servicio de salud, con el 72,17 por ciento. El personal sanitario auxiliar, de apoyo y administrativo mantenía una proporción promedio del 26,33 por ciento entre 2018 y 2020 (Gráfico 19). En este último grupo, el personal administrativo tenía la mayor participación, seguido del personal de atención al usuario y por último el personal de apoyo asistencial. El personal administrativo presentó una disminución de 14,42 puntos porcentuales entre los años 2018 y 2020, mientras que en atención al usuario y apoyo asistencial el número de personal se incrementó en el 2020 (Gráfico 20).



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2018, 2019 y 2020.

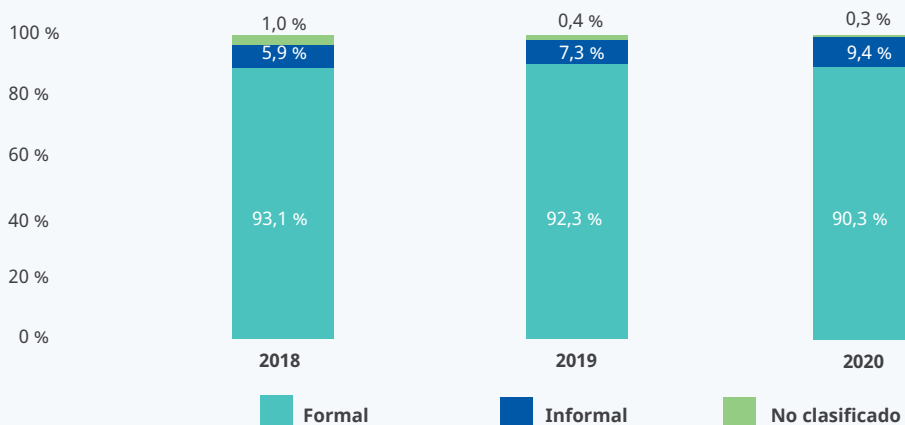
En el caso de las instituciones públicas de salud⁴, entre los periodos 2018 y 2019 se mantuvo la estructura presentada a nivel nacional, pero con una tendencia creciente en el caso de personal que presta servicios de la salud, aumentando 5,39 puntos porcentuales entre esos años. Sin embargo, el personal sanitario auxiliar, de apoyo asistencial y administrativo muestra una composición diferente, pues el personal administrativo tiene una participación que bordea el 70 por ciento en el período de análisis.

Sectorización del empleo

Los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud poseían en el periodo analizado mayoritariamente un empleo formal, a pesar de que entre los años 2018 y 2020 disminuyó casi tres puntos porcentuales. La informalidad creció de manera similar, pasando de 5,9 por ciento en 2018 a 9,4 por ciento en 2020; sin embargo, las características de este sector, con una alta regulación, hace que la informalidad no crezca de manera significativa (Gráfico 21).

4. Información de los distributivos de personal del Ministerio de Salud, Dirección de Salud de la Policía Nacional e instituciones de salud de las Fuerzas Armadas.

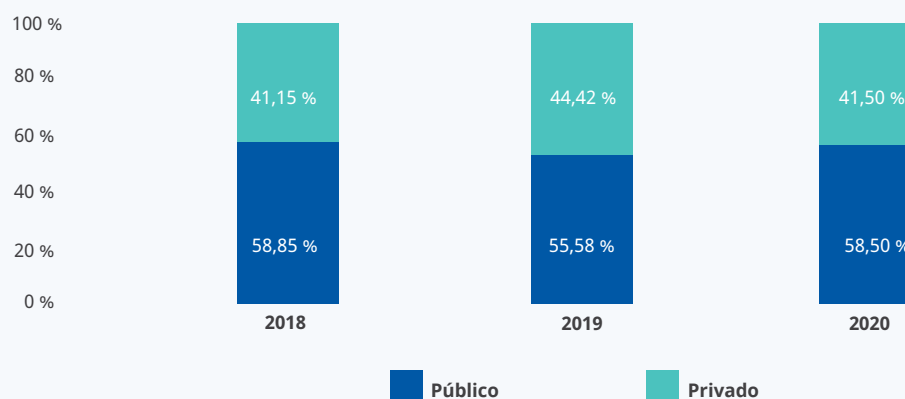
► **Gráfico 21. Distribución del empleo por sector.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2018, 2019 y 2020.

La proporción de empleados en el sector privado y público se ha mantenido constante en los últimos años. De acuerdo a la ENEMDU, la mayoría de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud se encuentran vinculados al sector público con un promedio del 57,64 por ciento para el periodo de análisis (Gráfico 22).

► **Gráfico 22. Distribución del empleo por tipo de empleado en base a la ENEMDU.**

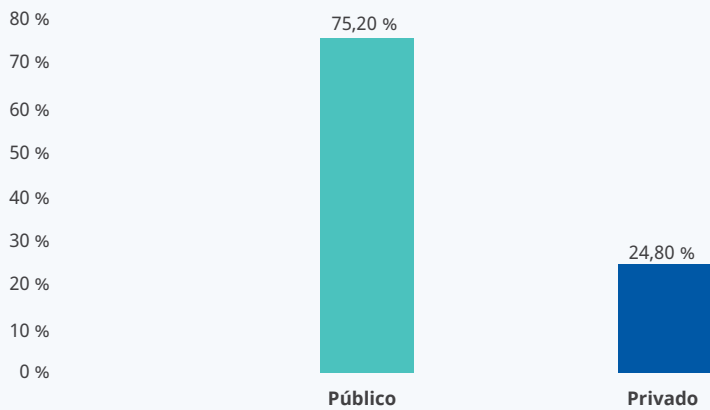


Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2018, 2019 y 2020.

La mayor parte del personal de salud contratado bajo el Código de Trabajo se encontraba vinculado al sector privado, con un promedio del 70,75 por ciento en el periodo de análisis 2018-2020. Esto se debe principalmente a que en el sector público un importante número de trabajadores se encuentran bajo el marco normativo de la Ley Orgánica de Servicio Público (LOSEP).

Sin embargo, de acuerdo con el Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud (RAS) 2018, la mayor proporción (75,2 por ciento) de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud se encuentra vinculado al sector público y solo el 24,8 por ciento registra una relación laboral con el sector privado (Gráfico 23). El registro administrativo por su naturaleza tiene una cobertura completa del Sistema Nacional de Salud, lo que brindaría información más precisa sobre la realidad respecto a otras fuentes de información. Aunque se observa una diferencia bastante pronunciada sobre otras fuentes de información, no es posible conocer los prestadores del servicio de salud (principalmente médicos) que están vinculados tanto al sector público como a actividades del sector privado.

▶ **Gráfico 23. Distribución del empleo por tipo de empleado en base al RAS.**



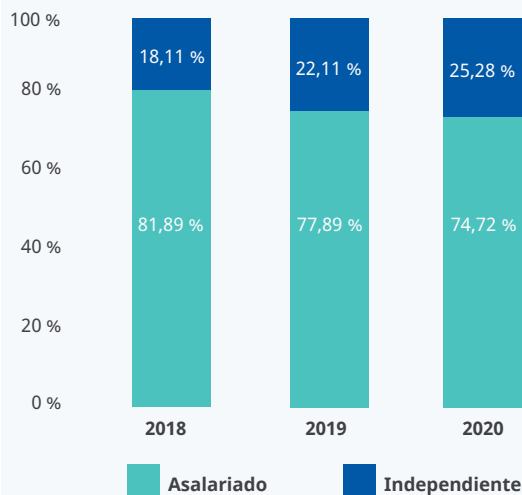
Fuente: Elaboración propia sobre la base del registro de actividades y recursos de la salud 2018.

Tipo de trabajador

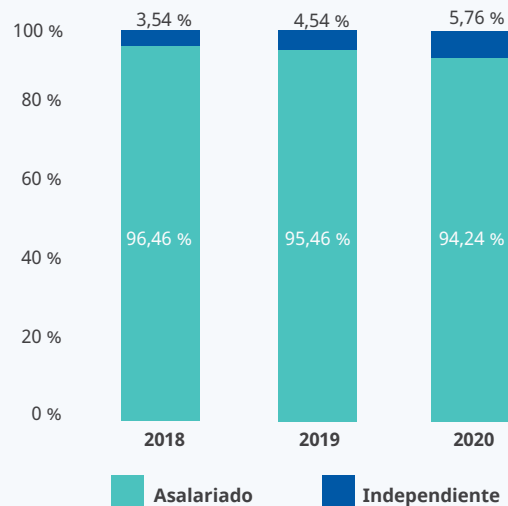
Del total de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud, en promedio para los años 2018 al 2020, el 78,17 por ciento se encuentra como asalariado con una tendencia a la baja en el periodo de análisis. Bajo la categoría de independiente se encuentra en promedio el 21,83 por ciento del personal de la salud. En el periodo analizado existe una variación acumulada de alrededor de 7 puntos porcentuales en las dos categorías, siendo una variación positiva en el caso del personal que trabaja como independiente y una variación negativa para el grupo de asalariados (Gráfico 24).

Los trabajadores de la salud que realizan sus actividades de manera independiente tienen un menor nivel de afiliación al IESS. Los datos de afiliación del sector muestran que entre 2018 y 2020, en promedio, el 4,61 por ciento de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud afiliados al IESS no tienen relación de dependencia. Por el contrario, más del 90 por ciento de este grupo poblacional son asalariados (Gráfico 25).

▶ **Gráfico 24. Distribución del empleo por tipo de trabajador nacional.**



▶ **Gráfico 25. Distribución del empleo por tipo de trabajador afiliado al IESS.**

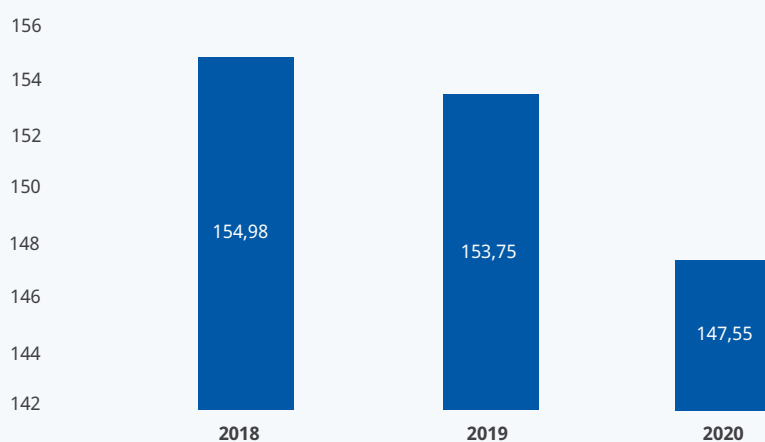


Fuente: Elaboración propia sobre la base del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS 2018, 2019 y 2020.

Jornada y tiempo de trabajo

Los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud trabajaron en promedio 147,55 horas al mes en 2020. En 2018 se registró el nivel más alto con 154,9 horas promedio trabajadas, siendo un 5 por ciento superior en comparación con el periodo 2020. Por su parte, en el año 2019 se observó un número de horas similar (153,7) al reportado el año previo (Gráfico 26).

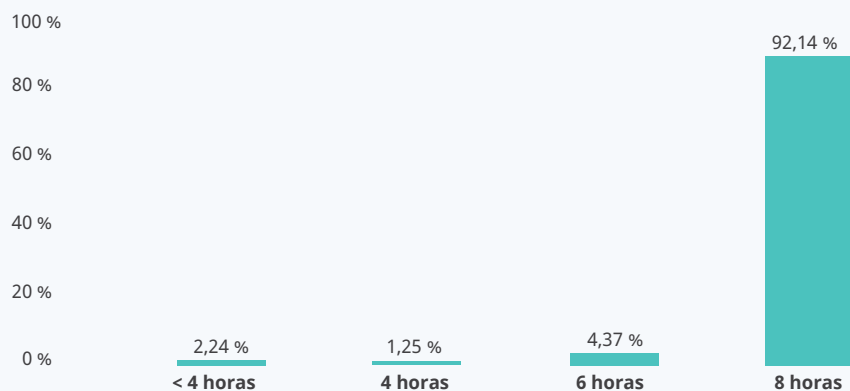
► **Gráfico 26. Horas promedio mensuales de trabajo de los trabajadores sanitarios.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2018, 2019 y 2020.

Referente al tipo de jornada, según el RAS, la mayor parte del personal de salud registra una jornada de ocho horas con el 92,14 por ciento del total; el restante se distribuye en jornada de seis horas con el 4,37 por ciento, de cuatro horas con el 1,25 por ciento y el 2,24 por ciento son empleados con jornadas menores a cuatro horas que incluyen eventuales y de llamada (Gráfico 27).

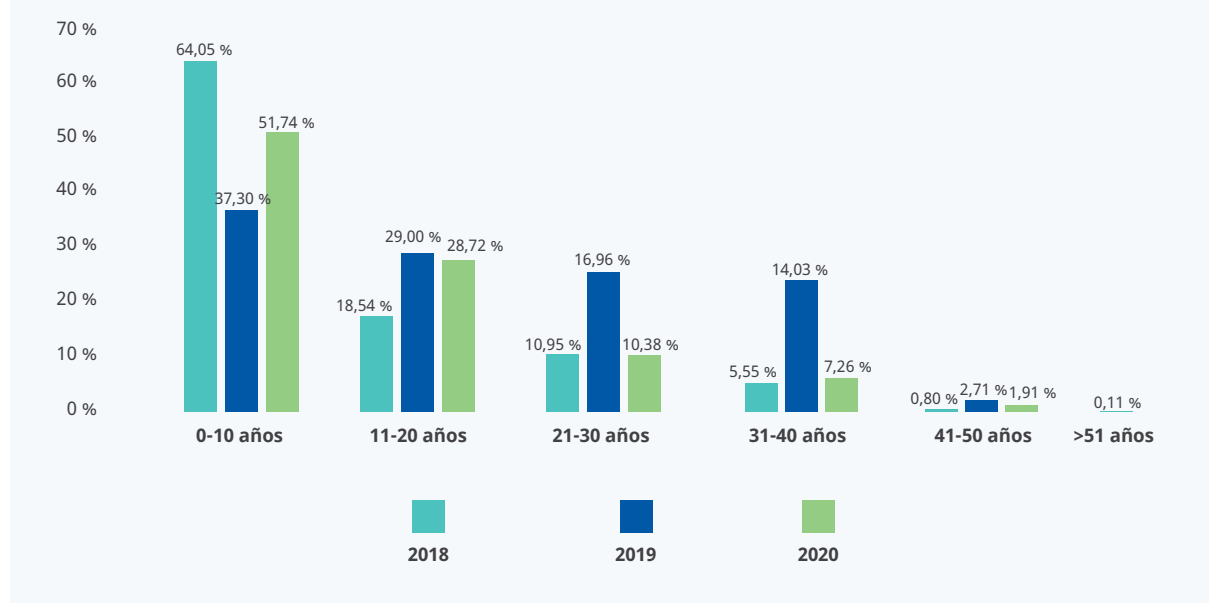
► **Gráfico 27. Distribución del empleo por tipo de jornada.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base del registro de actividades y recursos de la salud 2018.

La distribución del tiempo de trabajo, medido en función de los años de aportaciones de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud, mostró una concentración significativa en el intervalo de cero a diez años con el 64, el 37,3 y el 51,7 por ciento en los años 2018, 2019 y 2020 respectivamente. En tanto que, la menor proporción se localiza en el intervalo de 41 a 50 años, registrando en promedio el 1,81 por ciento del total para el periodo de análisis (Gráfico 28).

► **Gráfico 28. Tiempo de trabajo de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2018, 2019 y 2020.

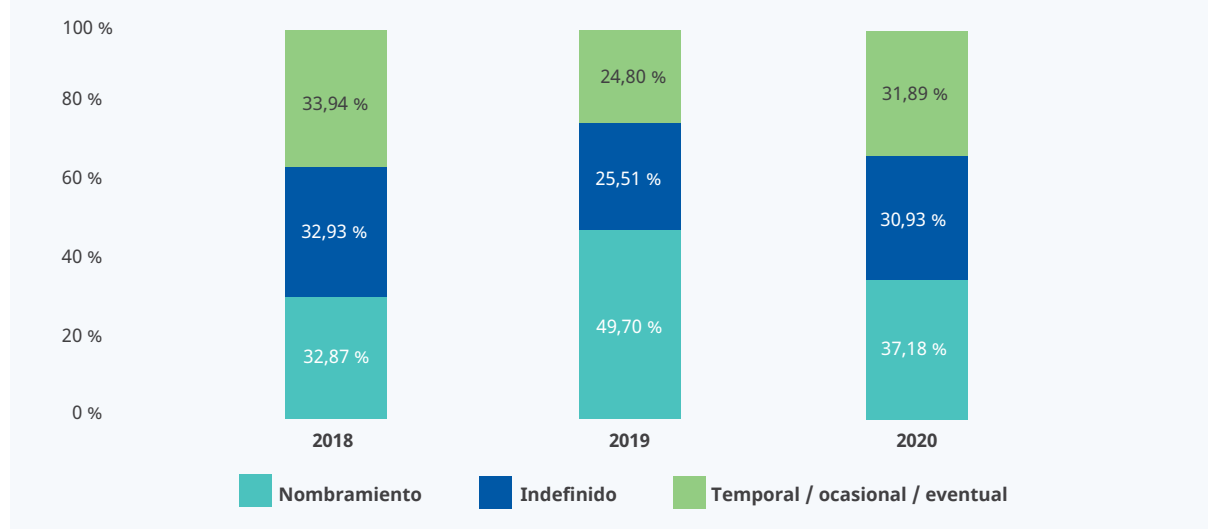
Tipo de contrato

De acuerdo con el tipo de contrato, se observa que los empleados se distribuyeron de una manera homogénea en los años de análisis 2018-2020. Aproximadamente la tercera parte de los empleados (39,9 por ciento, en promedio) tenían nombramiento⁵, el 29,9 por ciento correspondía a contrato por tiempo indefinido y el 30,21 por ciento tenía contrato temporal/eventual/ocasional.

En el año 2019 se observó la mayor proporción de empleados (49,7 por ciento) con nombramiento respecto de los otros años, situación que experimentó un retroceso del orden de los 12,5 puntos porcentuales en el siguiente periodo (Gráfico 29).

5. El nombramiento hace referencia a una categoría de contratación prevista en la Ley Orgánica de Servicio Público. El contrato por tiempo indefinido corresponde a una modalidad contractual prevista en el Código de Trabajo.

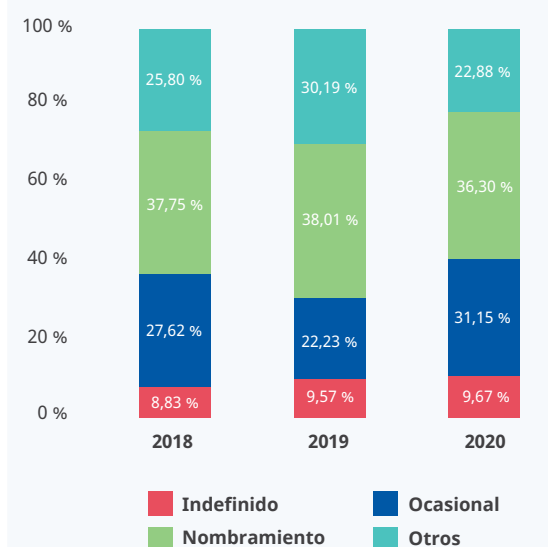
► **Gráfico 29. Distribución del empleo por tipo de contrato.**



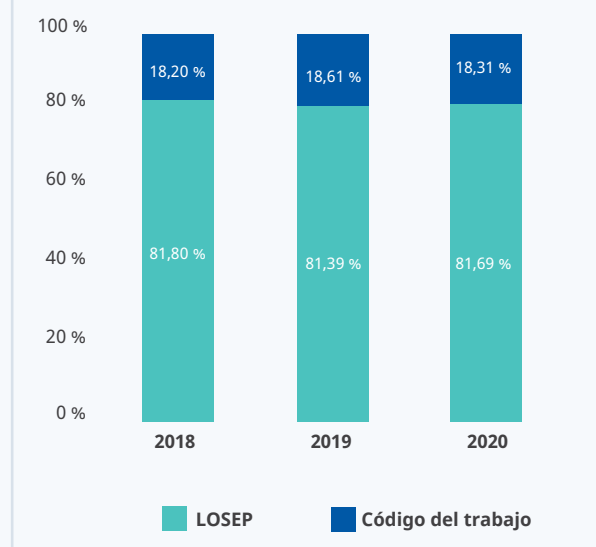
Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo 2018, 2019 y 2020.

Similar situación se presenta en las instituciones públicas de salud, en donde la proporción de contratos con nombramiento fue del 37,4 por ciento y los contratos ocasionales del 27 por ciento en promedio en el periodo de análisis. Sin embargo, esta fuente muestra un alto porcentaje en otros tipos de contrato que incluyen principalmente colectivos, de servicio rural y de internos rotativos con el 26,29 por ciento. En lo referente a los contratos ocasionales, se observó un incremento importante entre los años 2019 y 2020 igual a 7,35 puntos porcentuales (Gráfico 30).

► **Gráfico 30. Distribución del empleo por tipo de contrato en instituciones públicas de salud*.**



► **Gráfico 31. Distribución del empleo por tipo de régimen laboral en instituciones públicas de salud*.**



*Ministerio de Salud, Dirección de Salud de la Policía Nacional y establecimientos de salud de Fuerzas Armadas.

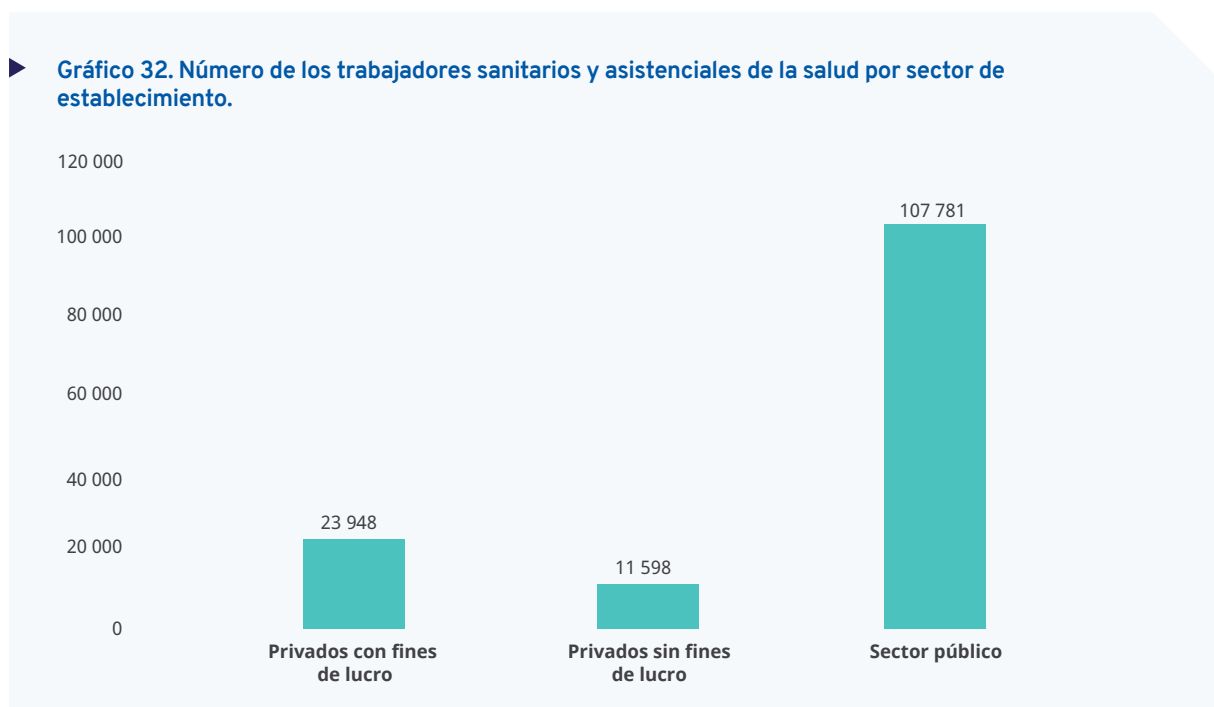
Fuente: Elaboración propia sobre la base del Distributivo del Ministerio de Finanzas.

En las instituciones públicas de salud, la distribución del empleo por tipo de régimen laboral se concentró en los empleados vinculados a la LOSEP con el 81,69 por ciento en 2020, respecto a los trabajadores contratados bajo el Código de Trabajo (Gráfico 31).

1.4. Distribución del personal sanitario para la prestación de servicios

Esta sección aborda cómo está distribuido y organizado el personal sanitario en el Sistema Nacional de Salud para la prestación de los servicios de salud.

De acuerdo con el RAS 2018, el 75,2 por ciento (107 781) de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud está vinculado al sector público. De estos, 83 665 son prestadores del servicio de salud y el resto son personal sanitario auxiliar, administrativo o de apoyo general. También se observa que 35 545 empleados pertenecen al sector privado, de los cuales el 16,71 por ciento de ese total corresponde a entidades con fines de lucro y el 8,09 por ciento a entidades sin fines de lucro (Gráfico 32).

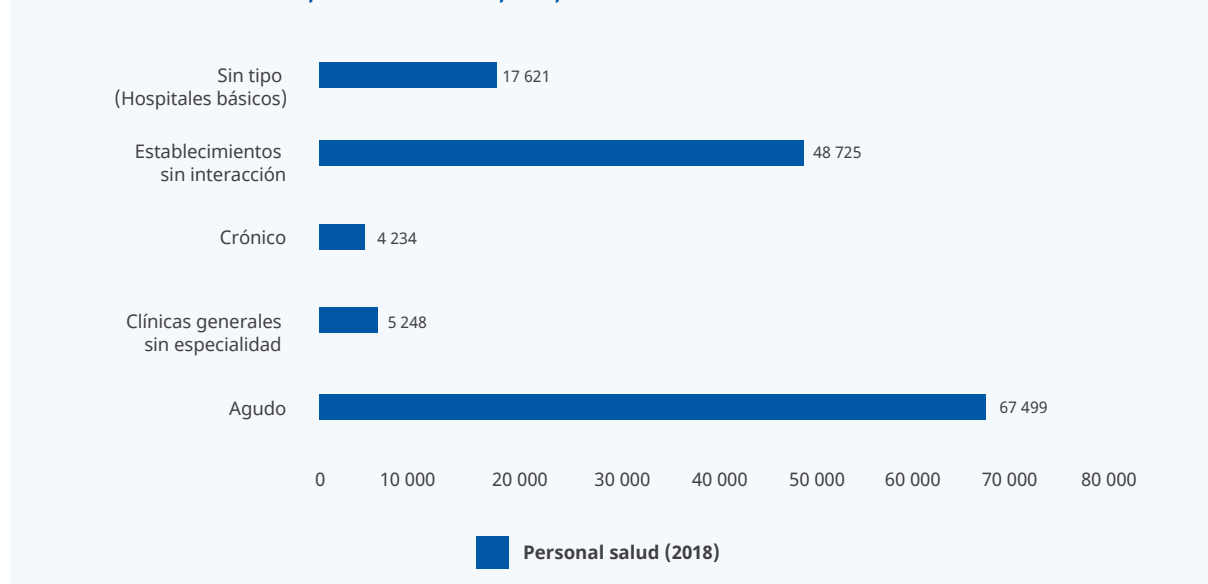


Fuente: Elaboración propia sobre la base del registro de actividades y recursos de la salud 2018.

El 47 por ciento (67 499) de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud laboran en establecimientos cuyo perfil epidemiológico y/o patología específica es de tipo agudo, y la menor parte de ellos (2,95 por ciento) laboran en establecimientos de tipo crónico⁶ (Gráfico 33).

6. Esta clasificación es utilizada para los registros del RAS, y considera a los establecimientos de salud de tipo agudo como aquellos que cubren una especialidad cuya atención demandan los enfermos internados, con un promedio de permanencia no mayor de 30 días de estadía. Los establecimientos de tipo crónico cubren una especialidad cuya atención demandan los enfermos internados, con un promedio de permanencia mayor a 30 días. Sin embargo, esta clasificación no se corresponde con las tipologías de establecimientos de salud definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

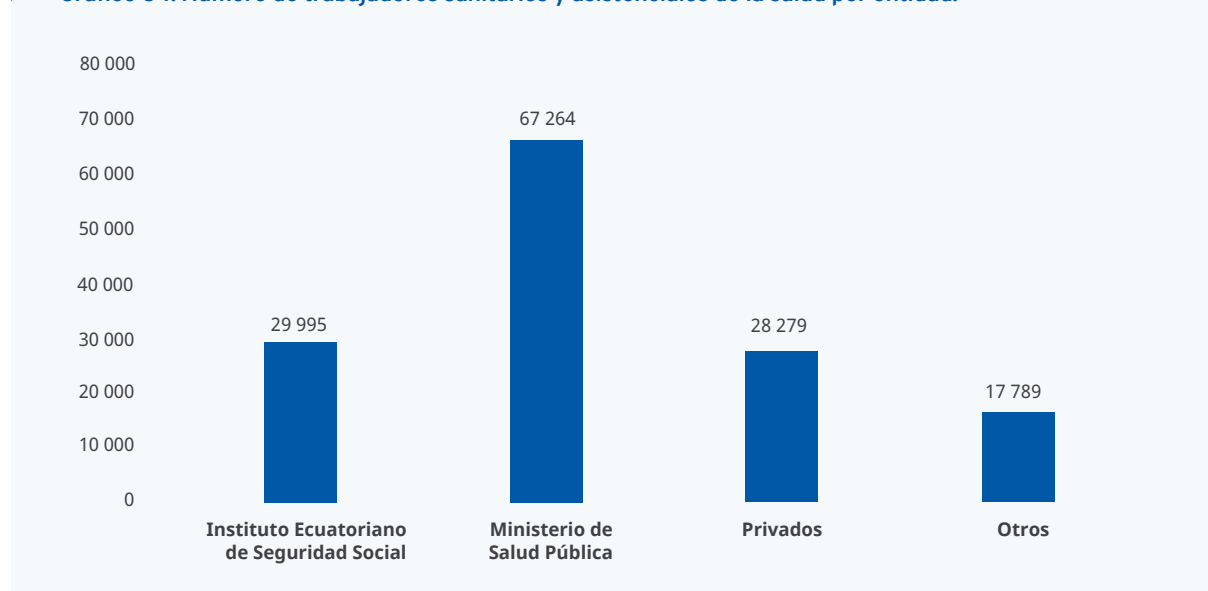
► **Gráfico 33. Número del personal de salud por tipo de establecimiento.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base del registro de actividades y recursos de la salud 2018.

La mayoría de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud (46,93 por ciento) son empleados del Ministerio de Salud Pública (MSP), seguido del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) con el 20,93 por ciento y el restante corresponde a entidades privadas y otros (Gráfico 34).

► **Gráfico 34. Número de trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud por entidad.**

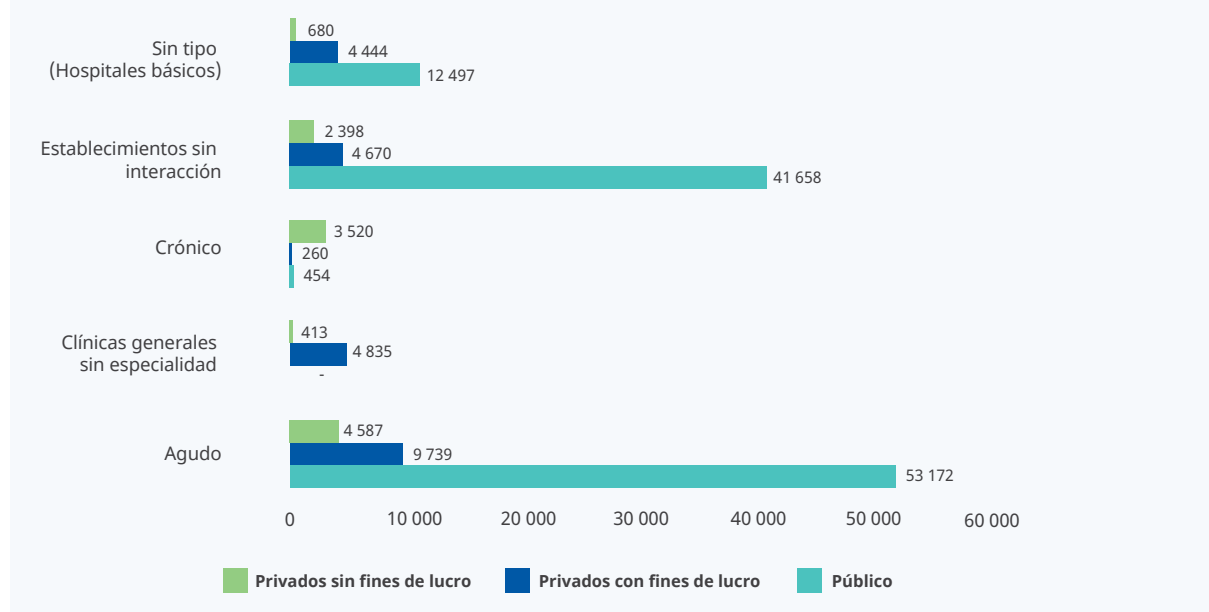


Fuente: Elaboración propia sobre la base del registro de actividades y recursos de la salud 2018.

La distribución de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud por sector y tipo de establecimiento indica que en un mayor porcentaje pertenecen a establecimientos del sector público principalmente de tipo agudo (53 172 casos). Se observa además que el tipo de establecimiento crónico se concentra en el sector privado sin fines de lucro (3 520).

Por otra parte, el gráfico 35 permite observar que el sector público no cuenta con clínicas generales sin especialidad, ubicándose las mismas en el sector privado con (4 835) y sin fines de lucro (413).

▶ **Gráfico 35. Número de trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud por sector según tipo de establecimiento.**

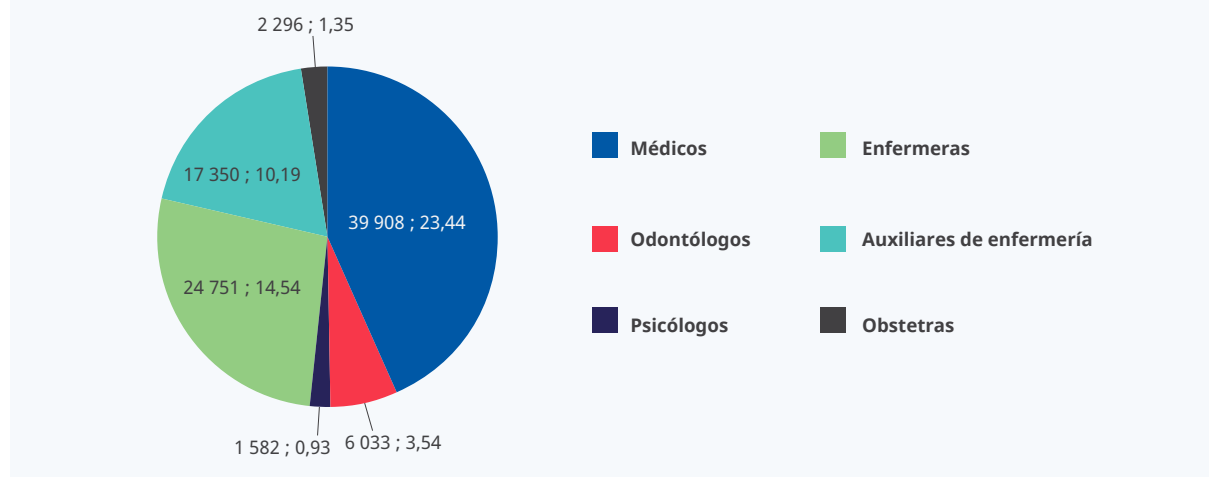


Fuente: Elaboración propia sobre la base del registro de actividades y recursos de la salud 2018.

Número y tasa de médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeras, obstetras y auxiliares de enfermería

En Ecuador, para el año 2018 había un total de 39 908 médicos (23,44 médicos por cada 10 000 habitantes), seguido de enfermeras y auxiliares de enfermería, que representaban 24 751 (14,54) y 17 350 (10,19). Por su parte, el número de psicólogos a nivel nacional era el más bajo, sumando 1582 con una tasa de 0,93 (Gráfico 36).

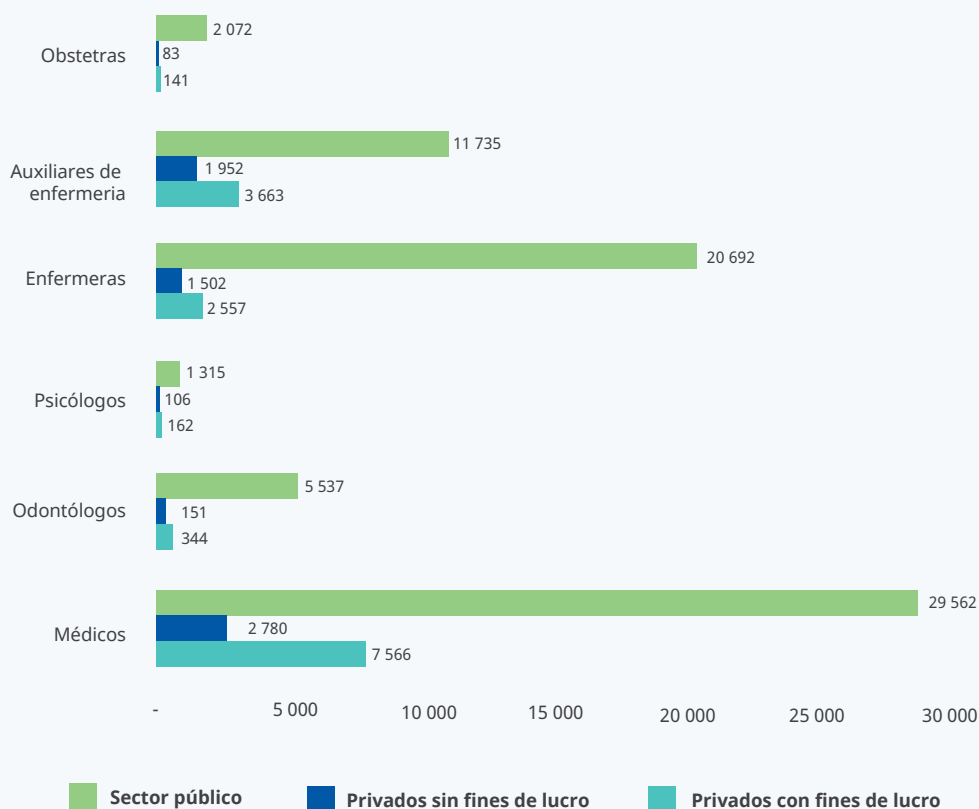
▶ **Gráfico 36. Número y tasa de médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeras, obstetras y auxiliares de enfermería.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base del registro de actividades y recursos de la salud 2018.

Considerando el número de trabajadores sanitarios por sector de establecimiento, se observa que la mayoría están vinculados al sector público. Los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería representan el 87,4 por ciento (61 989) del sector público. En el caso del sector privado, predominan los médicos (10 346), seguido de enfermeras (4 059) y auxiliares de enfermería (5 616); en menor número se encuentran odontólogos, psicólogos y obstetras, quienes representan el 2,36, 1,27 y 1,06 por ciento del total para este sector (Gráfico 37).

► **Gráfico37. Número de médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeras, obstetras y auxiliares de enfermería por sector de establecimiento.**

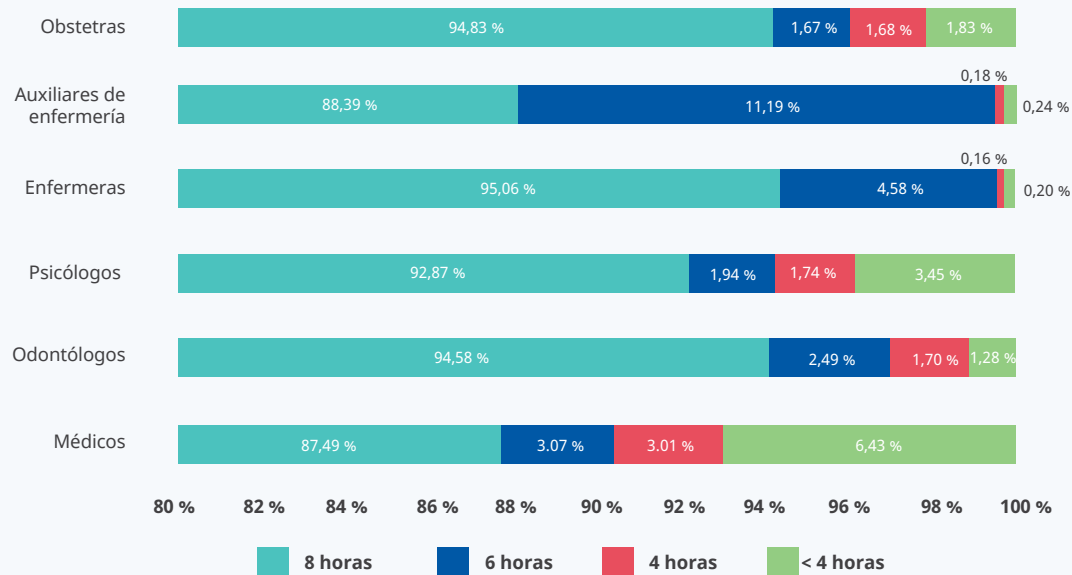


Fuente: : Elaboración propia sobre la base del registro de actividades y recursos de la salud 2018.

Jornada de trabajo

En referencia a las horas de trabajo diarias, se observa que una mayor proporción de prestadores del servicio de salud como enfermeras (95 por ciento), obstetras (94,8 por ciento), y odontólogos (94,5 por ciento) trabajan una jornada de ocho horas. También se muestra que el 6,43 por ciento de los médicos y el 3,45 por ciento de los psicólogos trabajan menos de cuatro horas diarias o laboran bajo un esquema de llamadas o de manera eventual (Gráfico 38).

▶ **Gráfico 38. Tiempo del personal médico, odontólogos, psicólogos, enfermeras, obstetras y auxiliares de enfermería por sector de establecimiento.**

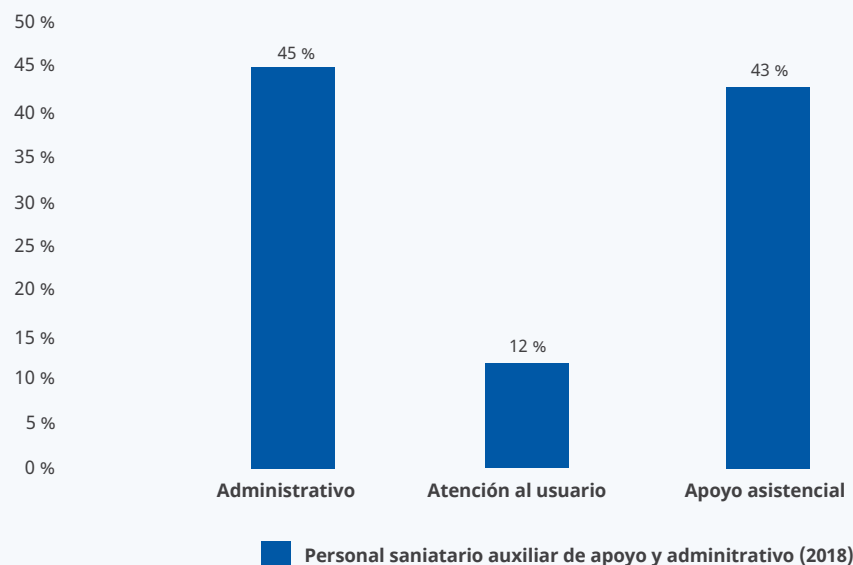


Fuente: Elaboración propia sobre la base del registro de actividades y recursos de la salud 2018.

Personal administrativo, de atención al usuario y de apoyo asistencial que trabaja en establecimientos de salud

La mayor parte del personal sanitario auxiliar, de apoyo y administrativo realiza actividades administrativas (45 por ciento), seguido de actividades de apoyo asistencial (43 por ciento) y por último actividades de atención al usuario (12 por ciento) (Gráfico 39).

▶ **Gráfico 39. Personal administrativo, de atención al usuario y de apoyo asistencial en establecimientos de salud.**



Fuente: : Elaboración propia sobre la base del registro de actividades y recursos de la salud 2018.

1.5. Conclusiones

De acuerdo con la especificidad de las diferentes fuentes de información empleadas en el presente análisis, cada una de ellas puede brindar información de las características y la situación de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud; sin embargo, carecen de mecanismos que permitan complementarse entre sí como la aplicación de un identificador único, la estandarización de las variables y la homologación de conceptos.

La ENEMDU y el RAS son las fuentes que en mejor medida pueden aproximarse al universo de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud, los mismos que oscilan entre 184 137 y 143 236 en el 2018, respectivamente. A pesar de la diferencia, existe consistencia entre las dos fuentes dado que la ENEMDU contempla a los empleados y desempleados que están vinculados al sector, mientras que el RAS da cuenta de los trabajadores que efectivamente se encuentran en funciones en establecimientos de salud.

La mayor parte de los trabajadores sanitarios y asistenciales de la salud está conformada por mujeres. Su distribución etaria se concentra en el grupo de edad de 25 a 29 años, mientras que el resto de los grupos etarios varía de manera significativa cada año. Aunque el sector se caracteriza por un alto nivel de empleo formal, existen limitaciones para la afiliación del personal a la seguridad social contributiva, principalmente en los grupos más jóvenes.

Los trabajadores del sector sanitario se caracterizan por tener un alto nivel educativo, la mayor parte cuenta con educación superior seguido de un importante aumento de profesionales con título de cuarto nivel. Esta característica es consistente con el nivel de especialización del sector y de regulación existente, en el que los profesionales de la salud, incluyendo aquellos con formación técnica, deben registrar su título en la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud para poder ejercer su profesión.

El nivel de ingresos del personal sanitario se concentra en el rango de menos de dos salarios básicos (USD 800) y alrededor del 10 por ciento percibe ingresos mayores a USD 2 000. Si bien esta estructura refleja un ingreso mayor a otros sectores, existe una proporción (18,16 por ciento) cuyos ingresos son inferiores al salario básico unificado. Además, el ingreso promedio mensual de los trabajadores sanitario ha mantenido una tendencia a la baja desde 2018.

Existen también importantes brechas salariales por género. El ingreso promedio por hora de una mujer en el sector es 8,4 por ciento menor al ingreso que percibe un trabajador hombre. Si bien se requiere profundizar en los factores que inciden en estas diferencias salariales, esta situación es una característica estructural del mercado laboral, a nivel nacional y en la región, realidad que no es ajena al sector de la salud.

El personal sanitario realiza actividades principalmente relacionadas a la prestación directa del servicio de salud, y en menor proporción cumplen funciones auxiliares o de apoyo; en este último grupo predomina la presencia de aquellas personas con funciones administrativas. Esta composición responde a la estructura productiva de servicios de salud, que es intensiva en mano de obra directa.

El sector sanitario se caracteriza por contar con trabajadores sanitarios y asistenciales, mayoritariamente en empleo adecuado y en el sector formal. Sin embargo, en 2020 se evidencia un deterioro de estas condiciones que puede ser atribuido a la afectación de la pandemia en el mercado laboral, aunque con menor impacto en el empleo en el sector sanitario. Junto con ello se muestra un incremento de empleos como independientes con relación a los asalariados.

La emergencia sanitaria por la COVID-19 ha generado cambios en las condiciones de empleo de los trabajadores de la salud. Se observa una disminución de los ingresos laborales, de las horas promedio trabajadas y del empleo adecuado, y un aumento de las contrataciones a extranjeros y de los trabajadores independientes. Entre las potenciales causas están las mayores necesidades de atención sanitaria, el incremento de la demanda de ciertos profesionales de la salud, la contracción de la atención médica en prestaciones no relacionadas a la COVID-19 y los cambios en las jornadas de trabajo.

▶ 2. Condiciones de empleo, salud y seguridad de los trabajadores de salud: un estudio cualitativo

2.1. Antecedentes: el enfoque del trabajo decente en el sector salud

La OIT tiene como uno de sus objetivos estratégicos mejorar la cobertura y la eficacia de una seguridad social para todos, y con ello la promoción del acceso universal a la atención médica. Precisamente, el Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149) y la Recomendación sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 157), ambos de la OIT, promueven condiciones laborales que permitan prestar servicios de enfermería en la calidad y la cantidad necesaria para asegurar el mayor nivel posible de salud a la población. El Convenio 149 propicia que los Estados miembros que hayan ratificado proporcionen al personal educación y formación apropiada y condiciones de empleo y de trabajo que atraigan y retengan al personal, en condiciones equivalentes a los demás trabajadores. Cabe mencionar que el Ecuador ha ratificado el Convenio 149 en el año de 1978.

Por su parte, la Recomendación 157 aborda aspectos relacionados con la política en materia de servicios y de personal de enfermería, instrucción y formación, ejercicio de la profesión, participación, carrera, condiciones de trabajo y protección social. Particularmente, recomienda que la instrucción y formación del personal de salud deberá ser llevada a cabo por establecimientos de enseñanza que formen parte del sistema de educación general del país detallando, además, que la legislación nacional deberá definir las exigencias básicas en materia de instrucción y formación de personal y prever la supervisión de dicha instrucción y formación. A su vez, se detalla que la instrucción y formación del personal de salud debe incluir una formación teórica y práctica, que se desarrollará en dos niveles; un nivel avanzado con profesionales y un nivel menos avanzado con auxiliares.

Las normas internacionales referidas contemplan también que se deberá hacer lo necesario para fomentar la participación en todos los niveles y de acuerdo con métodos apropiados a las condiciones nacionales. Es de suma importancia la participación del personal de salud en la planificación y en la adopción de las decisiones relativas a la política nacional de salud en general y de su profesión en particular.

Respecto a la carrera, se deberá adoptar medidas que garanticen el acceso a puestos de dirección, administración o apoyo, así como de investigación. Además, se deben adoptar medidas que permitan una estructura de remuneración que reconozca funciones y responsabilidades.

La remuneración del personal de la salud deberá fijar niveles que correspondan a sus necesidades socioeconómicas, calificaciones, responsabilidades, funciones y experiencia, siendo la escala de salarios establecida en función de sus tareas y responsabilidades.

Respecto al tiempo de trabajo y descanso, tanto el Convenio 149 como la Recomendación 157 establecen que la duración normal semanal del trabajo del personal de salud no deberá exceder de la que rija para los trabajadores del país en general. La duración normal del trabajo debería ser continua y no exceder de ocho horas diarias, salvo en los casos en que la legislación, los contratos colectivos, los reglamentos de empresa o los laudos arbitrales establezcan horarios flexibles o la semana de horario intensivo. La jornada de trabajo no debería ser superior a doce horas, incluidas las horas extraordinarias. Los horarios de trabajo deberían notificarse al personal de salud con suficiente antelación para permitirle organizar su vida personal y familiar.

Los trabajadores de la salud deberían disponer de servicios médicos laborales. Además, deberá hacerse todo lo necesario para prevenir, reducir o eliminar los riesgos para la salud o la seguridad del personal; este personal deberá estar sujeto a exámenes médicos al comienzo y al fin de su empleo. Deberían preverse medidas tales como el suministro y la utilización de ropa protectora, la inmunización, la reducción de la duración del trabajo, las pausas más frecuentes, un alejamiento temporal del riesgo o vacaciones anuales más largas, para el personal de enfermería regularmente ocupado en actividades que ofrecen riesgos particulares, a fin de reducir su exposición a dichos riesgos.

El personal de salud debería recibir protección en materia de seguridad social por lo menos equivalente, según los casos, a la de otras personas empleadas en el servicio o en el sector público, en el sector privado o que trabajen por cuenta propia en cualquier país.

Por lo tanto, la OIT promueve oportunidades de trabajo en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana, generando así condiciones de empleo que permitan un contexto saludable y seguro. El trabajo decente es importante en la medida que asegura un servicio de atención médica de calidad, promoviendo así un empleo productivo (OIT 1977).

Por otro lado, el contexto de pandemia provocado por la COVID-19 ha cambiado el panorama de las condiciones de empleo a escala mundial. La recesión económica y la paralización de las actividades en un inicio y los esfuerzos para una recuperación progresiva pero sostenida después, han terminado por incidir en las condiciones laborales de los trabajadores en el mundo. Estas afectaciones se muestran de manera particular en los trabajadores de salud, quienes se han visto impactados en su seguridad, salud física y mental, así como en su estabilidad laboral. Es por ello por lo que se resalta la importancia en torno al estudio de las condiciones de empleo del personal sanitario, con el objetivo de apuntar a la promoción de un trabajo decente para el personal de salud en tiempos de emergencia.

La OIT, de manera conjunta con la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha elaborado manuales para la protección de los trabajadores de la salud y el personal de respuesta a la emergencia, que resultan relevantes en el contexto de la pandemia por la COVID-19. En los manuales se detallan enfoques de sistemas de gestión de la seguridad laboral de los trabajadores de la salud, así como los peligros y riesgos. También se toman en cuenta las responsabilidades, deberes y derechos de los empleadores del personal de salud y emergencia, así como estrategias y herramientas de protección ocupacional segura y salud en contextos de brotes epidemiológicos (OMS y OIT 2018).

A su vez, la OIT promueve un adecuado acceso a servicios de salud en el personal sanitario para proteger la salud de los trabajadores contra enfermedades profesionales o accidentes resultados de su trabajo, manteniendo así el empleo digno. La OIT ha adoptado más de 40 normas que tratan específicamente el tema de la seguridad y salud en el trabajo, así como 40 repertorios de recomendaciones prácticas. La promoción de una situación de salud y seguridad en el trabajo para los trabajadores de la salud es indispensable en la medida que garantiza condiciones laborales adecuadas y seguras para quienes trabajan en la erradicación de la COVID-19.

En ese contexto se desarrolla el presente estudio cualitativo que busca sistematizar, desde la perspectiva de los trabajadores de la salud, las condiciones de empleo, salud y seguridad en el trabajo, y cómo la pandemia por la COVID-19 ha incidido en ellas. El análisis comprende un apartado metodológico que describe los métodos de recolección de información, así como los resultados de la revisión de fuentes secundarias y de entrevistas a actores clave.

2.2. Metodología

Con base en estos antecedentes, el presente estudio se llevó a cabo bajo el siguiente flujo de investigación, a fin de obtener información cualitativa sobre las condiciones de los trabajadores de la salud:

▶ **Ilustración 1. Etapas de la investigación cualitativa de trabajadores de la salud.**



Estudios de fuentes secundarias

Esta primera fase, correspondiente a los antecedentes del presente documento, permite caracterizar el objeto de estudio desde fuentes secundarias. A partir de ello se construyó un marco teórico conceptual desde el cual se realizó el acercamiento a las fuentes primarias de información.

Las fuentes de información secundaria utilizadas son las siguientes: i) fuentes de dominio público como las bases de datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), ii) publicaciones de ONG, académicas y de investigación realizadas en el área de estudio, iii) fuentes a través de vínculos institucionales.

Entrevistas a actores clave

La segunda fase de recopilación de información de fuentes primarias utiliza el instrumento de las entrevistas. De modo general, la entrevista se estructura por temas y cada tema con sus correspondientes preguntas, las cuales son abiertas (las respuestas a estas preguntas no están predeterminadas como en las encuestas) y ordenadas de acuerdo a la información que se desea obtener. Para la aplicación de esta herramienta se elaboró una guía metodológica, donde la persona entrevistadora podía plantear nuevos interrogantes durante la conversación dependiendo del curso que tomaba.

Para la aplicación de las entrevistas en base a los nuevos contextos resultados de la pandemia, se privilegió las entrevistas online o digitales a través de plataformas como Zoom o Meets.

Dentro de la presente investigación las entrevistas se realizaron en base al siguiente esquema técnico:

► **Tabla 2. Esquema técnico de entrevistas.**

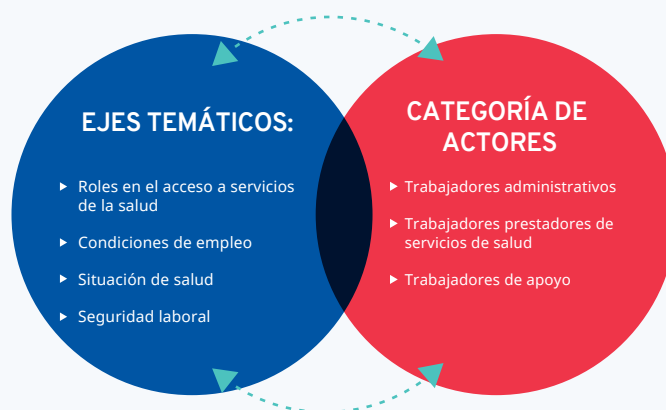
| | |
|---------------------------|--|
| Técnica | Entrevista semiestructurada |
| Procedimientos | Entrevistas online o digitales a través de plataformas como Zoom o Meets Entrevista directa con registro de audio |
| Población objetivo | Actores claves representantes de organizaciones de profesionales de la salud |
| Población objetivo | Actores clave |
| Nº de preguntas | +/- 25 |
| Alcance | Nacional |
| Casos y periodo | Se realizaron 19 entrevistas en total entre mayo y junio de 2021 |

Para el procesamiento de la información se realizó: i) vaciado de las entrevistas en la matriz de análisis, ii) análisis comparativo de los criterios.

Temáticas y estrategias para las entrevistas

Para la recolección de información en las entrevistas se delinearon 4 ejes temáticos básicos, a partir de los cuales se definieron variables más específicas. Se establecieron tres categorías de actores: trabajadores administrativos, prestadores de servicios de salud (médicos, personal de enfermería, auxiliares de enfermería), y trabajadores de soporte (personal de limpieza y mantenimiento, etc.) (Ilustración 2). Entre los actores hubo representantes de gremios de profesionales de la salud, representantes de sindicatos del sector de la salud y personal de talento humano. En el anexo 2 se puede ver la lista de actores por su filiación institucional o profesional. Con base en esta categorización, las variables definidas fueron exploradas de manera diferenciada con los actores.

► **Ilustración 2. Ejes temáticos y categoría de actores entrevistados.**



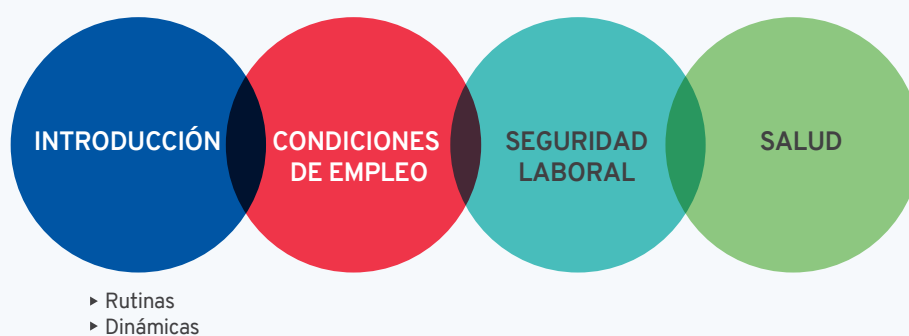
Las variables propuestas para cada uno de los ejes temáticos se detallan en la siguiente tabla⁷.

► **Tabla 3. Ejes temáticos y ámbitos de análisis.**

| Ejes temáticos | Variables |
|--|---|
| Rol en el acceso a los servicios de salud | Organización y distribución del talento humano para la prestación de servicios de salud |
| | Incentivos para la prestación de servicios |
| Condiciones de empleo | Modalidades de contratación |
| | Seguridad social |
| | Pluriempleo |
| | Distribución y organización de turnos |
| | Percepción sobre las condiciones de trabajo |
| | Posibilidad de organización y sindicalización |
| | Derecho de asociación y negociación colectiva |
| | Conflictividad laboral |
| | Consulta y participación |
| Situación de salud | Pandemia COVID-19 |
| | Salud mental |
| Seguridad laboral | Accidentes laborales |
| | Exposición a enfermedades profesionales |
| | Riesgos percibidos |
| | Comités paritarios |
| | Sistemas de gestión de riesgos |

En cuanto a la estrategia para entrevistar a los actores y dado que el instrumento es de entrevistas semiestructuradas, se usó un enfoque etnográfico que buscó explorar las diferentes temáticas desde la comprensión de sus experiencias y prácticas en diferentes contextos. Esto quiere decir que, a diferencia de un cuestionario con preguntas cerradas, una aproximación etnográfica permitió explorar los temas desde un método más conversacional donde idealmente los actores se sienten más cómodos hablando sobre temas relacionados con su bienestar laboral. En este sentido, como introducción a las temáticas, las entrevistas comenzaban con una conversación sobre las rutinas que estructuran las condiciones laborales de los trabajadores de la salud.

► **Ilustración 3. Estructura de las entrevistas por ejes temáticos.**



7. En anexo el formulario de entrevista.

2.3. Resultados del levantamiento de información secundaria

2.3.1. Situación general del sistema de salud ecuatoriano

El sistema de salud en el Ecuador está compuesto por dos sectores: público y privado. En el sector público se encuentran las instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud que conforman la Red Pública Integral de Salud: el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), y las instituciones de salud de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. En el sector privado se encuentran instituciones con y sin fines de lucro, tales como: clínicas, consultorios, hospitales, dispensarios, etc. Las instituciones privadas que brindan servicios a la red pública de salud se constituyen en la Red Privada Complementaria.

El Ministerio de Salud Pública tiene la provisión más alta de servicios de salud en el país, cubriendo el 60,63 por ciento de la atención a la población ecuatoriana (Casalí *et al.* 2021). El gasto público de salud en el Ecuador representa el 8,1 por ciento del PIB con un gasto per cápita de 516 dólares en 2018. El gasto de los hogares en salud representa alrededor del 40 por ciento del gasto total en salud (OMS 2020).

Según el Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud (RAS), el sistema de salud ecuatoriano estaba conformado por 4 165 establecimientos de salud para el año 2018. De ellos, 3 321 pertenecen al sector público, 614 al sector privado con fines de lucro y 230 al sector privado sin fines de lucro (INEC 2018).

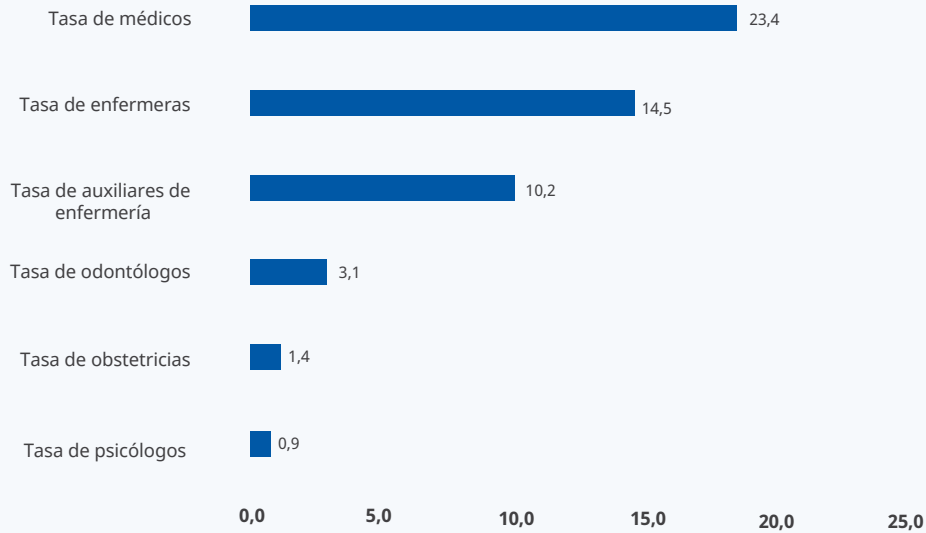
Respecto al personal de salud a nivel nacional, según datos del RAS (INEC 2018), existe un total de 143 326 trabajadores de la salud, incluyendo profesionales que brindan atención directa, personal administrativo y de apoyo. En 2018 existían 39 908 médicos, con un incremento importante pues en 2010 se registraban 10 304 médicos. El número de profesionales en psicología, odontología, obstetricia y enfermería ha tenido una tendencia similar, como se evidencia en la tabla 4.

► **Tabla 4. Personal de salud a nivel nacional.**

| Año | Número de médicos | Número de odontólogos | Número de obstetras | Número de psicólogos | Número de enfermeras | Número de auxiliares de enfermería |
|------|-------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|------------------------------------|
| 2010 | 19 344 | 2 729 | 1 459 | 340 | 9 994 | 14 615 |
| 2015 | 29 374 | 4 335 | 2 019 | 1 063 | 16 355 | 17 675 |
| 2018 | 39 908 | 5 318 | 2 296 | 1 582 | 24 751 | 17 350 |

La tasa del personal de salud a nivel nacional, para el año 2018, deja ver que los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería son aquellos que mayor tasa por cantidad de habitantes tienen, en contraposición con los odontólogos, obstetras y psicólogos que registran una menor tasa por cantidad de habitantes. Al 2018, la tasa de médicos es de 23,4 por cada 10 000 habitantes, encontrándose en las tasas mínimas recomendadas por la OMS. Por otro lado, cabe mencionar que la tasa de enfermeras es de 14,5 por cada 10 000 habitantes, de auxiliares de enfermería de 10,2, de odontólogos de 3,1, de obstetras 1,4 y de psicólogos de 0,9 (Gráfico 40).

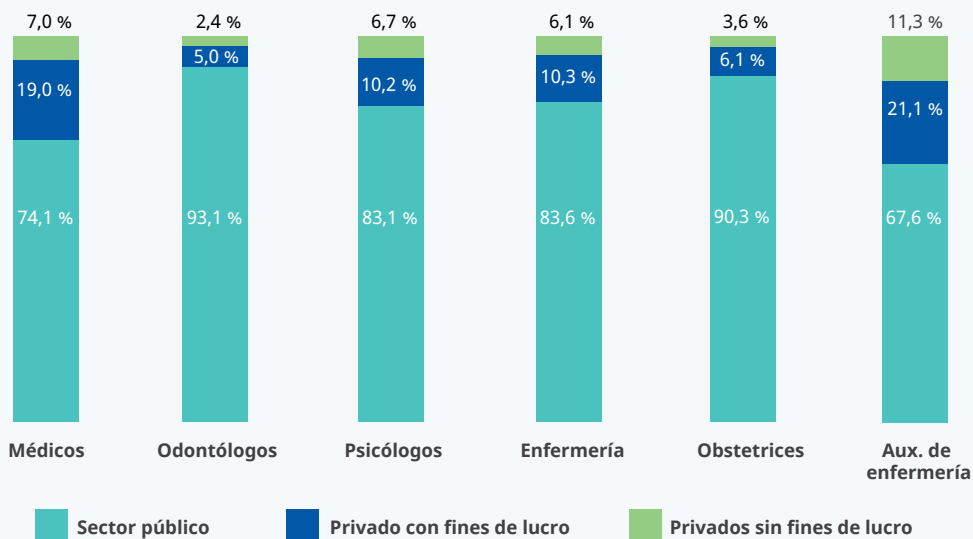
▶ **Gráfico 40. Tasa personal de salud a nivel nacional. Año 2018.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de INEC-RAS, 2018.

El gráfico 41 permite apreciar que la mayor cantidad de trabajadores de la salud se ubica en el sector público, con una participación mayor al 70,0 por ciento; para el caso de los odontólogos, la participación en el sector público supera el 92 por ciento. En el sector privado con fines de lucro, la participación no sobrepasa el 22,0 por ciento, siendo los auxiliares de enfermería quienes registran la mayor participación (21,1 por ciento). En el sector privado sin fines de lucro, el porcentaje de profesionales de la salud es aún menor y no sobrepasa el 12,0 por ciento.

▶ **Gráfico 41. Profesionales de la salud a nivel nacional por sector. Año 2018.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de INEC-RAS, 2018.

2.3.2. Personal sanitario y la COVID-19

La COVID-19, que tuvo sus primeros reportes de casos a finales del 2019, se extendió rápidamente alrededor del mundo declarándose emergencia de salud pública de interés internacional por la OMS. Esta enfermedad ha cambiado drásticamente la organización social y económica del mundo. En materia de salud, ha afectado de manera particular a la población adulta mayor y a las personas que padecen enfermedades crónicas. Este grupo de alto riesgo con relación a la COVID-19 también es integrado por los trabajadores de la salud, esto por cuanto a su alto nivel de exposición por las responsabilidades y tareas desarrolladas (Silva *et al.* 2020).

Los contagios entre el personal sanitario han sido una constante, principalmente en los primeros meses de la pandemia. Hasta marzo de 2020, en Italia se había reportado que el 20 por ciento de los trabajadores de la salud se habían contagiado por la COVID-19 (The Lancet 2020). Casi 17 000 trabajadores de la salud resultaron contagiados, dos tercios de ellos eran mujeres, según el informe del Instituto Superior de la Salud (ISS) de Italia. Los contagios a los trabajadores de la salud en este país representan el 10,0 por ciento del total de personas que han sido contagiadas. De los trabajadores infectados, 43,2 por ciento son enfermeras y obstetras, 19,0 por ciento médicos, 9,9 por ciento trabajadores sociales del sector y 19,2 por ciento pertenecientes a profesiones y especializaciones relacionadas con la salud (Valero 2020). En China, en el mismo período se habían reportado más de 3 000 casos positivos entre profesionales de la salud.

En América Latina, la situación es similar y la crisis sanitaria que enfrentan los países repercute de manera directa en la salud de los trabajadores del sector. En la región de las Américas, en septiembre de 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó que cerca de 570 000 trabajadores de la salud se habían contagiado y más de 2 500 habían fallecido. Aunque la afectación es generalizada en la región, algunos países presentaron un mayor impacto. En México y Estados Unidos, por ejemplo, los trabajadores de la salud contagiados representan 1 de cada 7 casos y estos países concentran el 85 por ciento de las muertes entre el personal sanitario en la región (OPS 2020).

En Argentina, los trabajadores de la salud contagiados representan el 14,0 por ciento de los contagios confirmados del virus, así mismo, se tiene un registro que el 2,45 por ciento de fallecidos pertenece al personal de salud, según el Ministerio de Salud de ese país. Además, se detalla que los profesionales de la salud temen a las cadenas de transmisión horizontal que se pueden generar en distintas instituciones, esto debido a que estos profesionales en muchas de las ocasiones trabajan de un centro a otro (Valero 2020).

Uno de los problemas recurrentes en los países, principalmente en los primeros meses de la pandemia, es la dotación de equipos de protección personal, y otros insumos de equipos básicos para la atención a los pacientes. Estos insumos son una garantía para el personal de salud, así como para evitar la propagación del virus en los hospitales (Valero 2020). A esto se suma los efectos en el bienestar físico y mental de los profesionales que han brindado servicios en la primera línea de la emergencia.

Más allá de la pandemia, los sistemas de salud se enfrentan a problemas relacionados a la disponibilidad de trabajadores de la salud. Tal es el caso del personal de enfermería; de acuerdo a la OMS (2021) se estima un déficit de 5,9 millones de estos profesionales en 2018, el 89 por ciento en países de ingresos medios y bajos (OMS 2020). En la región de las Américas se concentra el 30 por ciento de este grupo de trabajadores a nivel mundial, con un número aproximado de 8,4 millones, de los cuales el 59,0 por ciento del personal de salud corresponde a enfermeros profesionales, y el 37,0 por ciento a profesionales asociados (Cassini *et al.* 2020). Existe una distribución heterogénea entre los países de la región, lo que genera dificultades para algunos sistemas de salud.

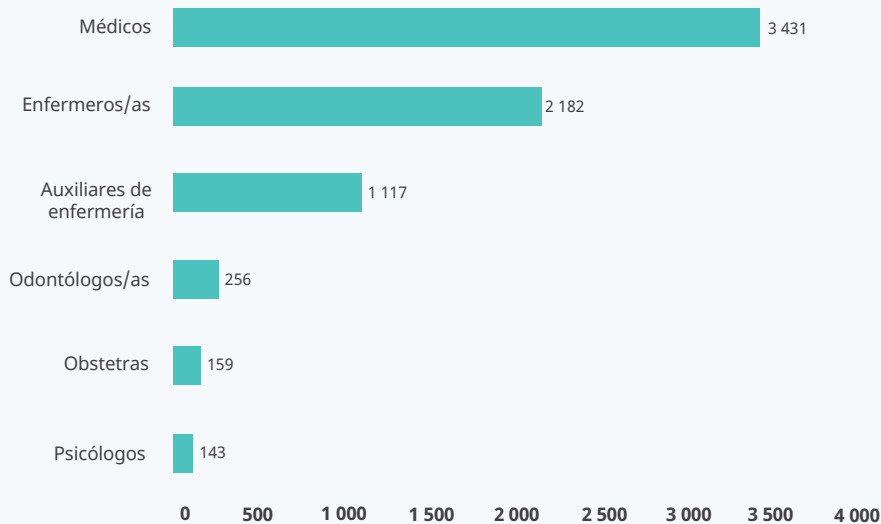
La pandemia de la COVID-19 deja al descubierto las vulnerabilidades del sistema de salud, así como el déficit del personal de salud para la atención en primera línea. Según OPS (2020), para contener y mitigar la COVID-19 en la Región de las Américas, es fundamental contar con equipos de protección individual

idóneos y suficientes, acciones de formación continua, condiciones laborales dignas, protocolos acordes a los estándares internacionales, equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, herramientas tecnológicas en el marco de la telesalud y voluntad política desde las instancias directivas de las instituciones de salud (Cassini *et al.* 2020).

Por otro lado, en Ecuador, el impacto de la emergencia sanitaria por COVID-19 en el personal de salud se ha visto reflejado en las afectaciones de salud mental y física, así como en la inestabilidad y sobrecarga laboral. De aquellas variables mencionadas, una de las afectaciones directas han sido los contagios de la COVID-19 en los trabajadores de la salud. Para mayo de 2020, 1 677 trabajadores de la salud se encontraban contagiados en Ecuador; de estos, 1 033 fueron médicos, 374 enfermeras y auxiliares de enfermería y 207 obstetras, odontólogos y psicólogos. Para la misma fecha, se estima que el 10,8 por ciento de los contagios del país fueron del personal de salud.

De acuerdo a cifras del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, hasta septiembre de 2020, existían 7 348 casos confirmados de COVID-19 en profesionales de salud. Esta cifra es más alta en comparación con los datos reportados para mayo de 2020. De ellos, 3 431 son médicos, 2 182 enfermeras, 1 177 auxiliares de enfermería, 159 obstetras, 256 odontólogos y 143 psicólogos (Gráfico 42) (Tapia-Escalante 2021).

▶ **Gráfico 42. Contagios en personal de la salud a nivel nacional. A septiembre de 2020.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Tapia-Escalante (2021) y MSP (2020).

El reconocimiento del nivel de riesgo y exposición al que se enfrentan los trabajadores de la salud por la COVID-19 derivó en la incorporación prioritaria de este grupo en los planes de vacunación. En el primer Plan Nacional de Vacunación para prevenir la COVID-19 en Ecuador 2020-2021, emitido el 29 de diciembre del 2020, se consideró al personal sanitario como uno de los grupos prioritarios. Con la entrada del nuevo gobierno en mayo de 2021, el Plan de Vacunación 9/100⁸ consideró al personal de la salud en la primera fase, teniendo como objetivo reducir la morbilidad grave y la mortalidad específica por el virus.

► **Tabla 5. Plan de vacunación a nivel nacional.**

| Fase de vacunación | Objetivo | Fecha | Población |
|--------------------|---|-----------------------------|--|
| Salvamos vidas | Reducir la morbilidad grave y la mortalidad específico por COVID-19 | 31 de mayo al 15 de junio | <ul style="list-style-type: none"> • Mayores de 65 años • Personas de 50 a 64 años, con condiciones graves, discapacidad y enfermedades crónicas • Personal de salud • Personas que trabajan o viven en condiciones de alto riesgo de contagio |
| Nos cuidamos | Mitigar el impacto social | 15 de junio al 15 de julio | <ul style="list-style-type: none"> • Personas de 50 a 64 años • Personas de 16 a 49 años con condiciones graves, discapacidad y enfermedades crónicas • Personas que trabajen en sectores estratégicos |
| Menor contagio | Reducir la transmisión en la comunidad | 15 de julio al 30 de agosto | <ul style="list-style-type: none"> • Personas de 16 a 49 años • Población en situación de movilidad |
| Nos reactivamos | Mitigar el impacto social y económico | 1 al 5 de septiembre | <ul style="list-style-type: none"> • Rezagados de las fases anteriores |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de MSP (2021).

2.3.3 Condiciones de empleo público y privado

Las condiciones de empleo para los trabajadores de la salud en los últimos tres años se han visto atravesadas por procesos de inestabilidad y sobrecarga laboral, despidos, reducción de salarios y pago en salarios a destiempo, relacionados con el sector público. A continuación, se presenta un relato histórico de los acontecimientos más importantes suscitados en los últimos tres años⁹:

8. El Plan de Vacunación 9/100 contra la COVID-19 fue el plan presentado por el Presidente Guillermo Lasso al asumir la presidencia del Ecuador, y tuvo como propósito vacunar a 9 millones de personas en los primeros 100 días de gobierno.
9. Desde 2019 hasta mayo 2021.

- ▶ En 2019, el Gobierno Nacional anunció medidas para la optimización de gastos por contratos ocasionales en el sector público, mediante la emisión del Acuerdo Ministerial 001-2019 del Ministerio de Trabajo. Esta norma estableció que las entidades públicas debían asegurar una administración óptima de los recursos asignados para la contratación de personal, debiendo regular la situación para quienes tenían contratos ocasionales. En el sector de la salud esto afectaba al personal administrativo, pues se establecieron excepciones para los contratos de esta naturaleza para profesionales médicos. La ley indica que este tipo de contratos solo pueden estar vigentes por un año, si el plazo se extiende deben cumplir con ciertos trámites para pasar a un estatus provisional y participar de concursos para nombramientos (Ministerio de Trabajo 2019).
- ▶ Como resultado de las medidas para optimización de gastos de personal, en marzo de 2019 se realizaron despidos masivos de trabajadores de la salud, con un número de 2 500 a 3 000 empleados administrativos y operativos, que contaban con contratos ocasionales y provisionales. Según dirigentes de la Organización Sindical Única Nacional de Trabajadores de la Salud Pública (OSUTRAMSA), algunos de los empleados despedidos llevaban trabajando en el sector público entre 3 y 8 años bajo la modalidad de contratos ocasionales.
- ▶ En abril de 2019, mediante acuerdo interministerial MDT-MSP-0345-2019, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Trabajo reformaron los valores de reconocimiento económico a los internos rotativos de las carreras de medicina, enfermería obstetricia y nutrición. Los estipendios de los estudiantes por las actividades asistenciales fueron reducidos en todos los casos, a montos entre USD 197 y 394 dólares, lo que generó el rechazo de los internos. En septiembre de 2019, el acuerdo interministerial MDT-MSP-037-2019 reformó nuevamente los montos asignados para este grupo en un rango que osciló entre USD 540,6 y USD 591,60, según la carrera (MSP-MDT 2019).
- ▶ En junio de 2020 se aprobó la Ley Orgánica de Apoyo Humanitario, la misma que estipulaba la estabilidad de personal de salud que trabajó durante la pandemia en algún establecimiento de la Red Pública Integral de Salud, con nombramientos provisionales o contratos ocasionales. La estabilidad se brindaría mediante el otorgamiento de un nombramiento definitivo previo la realización de concursos de méritos y oposición (Asamblea Nacional 2020).
- ▶ En octubre de 2020, el presidente de la República emitió el Reglamento General a la Ley de Apoyo Humanitario en el que se esclarece la estabilidad laboral definida en la ley, sobre la base de la planificación territorial y las necesidades de talento humano. Asimismo, se definen las condiciones para la contratación de médicos que están realizando su postgrado (autofinanciados o becados), en el marco de la prestación de servicios en el contexto de la pandemia por la COVID-19, estableciéndose en dichos casos la suscripción de contratos ocasionales (Presidencia de la República 2020). Las definiciones realizadas en el Reglamento a la Ley de Apoyo Humanitario fueron percibidas de manera desfavorable por los médicos posgradistas.
- ▶ Hasta diciembre de 2020, el MSP había entregado 5 429 nombramientos definitivos al personal de salud en el marco de la Ley Humanitaria, de un total de 14 996 nombramientos que se preveía otorgar (MSP 2020). Sin embargo, fueron constantes los reclamos de los profesionales de la salud por la estabilidad laboral y el cumplimiento de la ley antes mencionada.
- ▶ En marzo de 2021 se emitió el Decreto Ejecutivo N° 1278 que dispuso el pago de una remuneración variable por única vez a médicos, profesionales y trabajadores de la salud del MSP que trabajaron de manera continua durante la declaratoria de la emergencia sanitaria y brindaron atención directa a pacientes con diagnóstico de COVID-19. El beneficio se extendió también a servidores públicos de otros sectores, estableciéndose un pago de 200 USD (Presidencia de la República 2021).

- En septiembre de 2021, la Corte Constitucional declaró la inconstitucionalidad del artículo 25 y la disposición transitoria novena de la Ley de Apoyo Humanitario, que refieren a la estabilidad del personal de salud y la realización de concursos de méritos y oposición para el otorgamiento de nombramientos definitivos al personal de salud (Corte Constitucional 2021).
- Entre mayo y octubre de 2021, el MSP otorgó 3 320 nombramientos a profesionales de la salud en cumplimiento a la Ley Humanitaria (MSP 2020).

2.3.4. Seguridad en el trabajo

Las condiciones de trabajo seguras y saludables son elementos clave para el trabajo decente. El contexto de la pandemia hace más evidente la necesidad de asegurar condiciones adecuadas de trabajo, con especial énfasis en los trabajadores de la salud (OIT 2020). El Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155) —no ratificado por Ecuador— y la Recomendación sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 164), ambos de la OIT, establecen principios y orientaciones para el abordaje de la seguridad y salud en el trabajo de manera general, pero con elementos aplicables a las emergencias sanitarias.

Para el abordaje de la promoción de la salud en el lugar de trabajo existe un conjunto de normas y herramientas disponibles para asegurar condiciones de trabajo adecuadas. El “Manual sobre la protección del personal sanitario y de los equipos de emergencia” (OMS y OIT 2020), la metodología SOLVE (OIT 2012), son solo algunas de las herramientas que contribuyen a asegurar una adecuada salud ocupacional.

Los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo (PST) se basan en la prevención de enfermedades en el ámbito laboral. Según la OMS, esta prevención se fundamenta en “las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS 1998; MSP 2019).

Los protocolos y herramientas en materia de salud y seguridad ocupacional se vieron reforzados en el contexto de la pandemia mundial por el virus SARS – CoV-2. La emergencia sanitaria enfatizó en la necesidad de realizar acciones de prevención, vigilancia y control a los trabajadores y servidores de empresas e instituciones públicas y privadas de toda actividad productiva o económica a nivel nacional en el entorno laboral. Esta necesidad se hizo más evidente en el contexto de los establecimientos de salud.

Estas medidas contemplan los escenarios para evitar que los trabajadores asistan a su lugar de trabajo, y sean posibles transmisores del virus o en su defecto, tengan alguna condición de riesgo, que amenace su integridad física. En Ecuador, el marco normativo vigente brinda los elementos para el abordaje de la salud y seguridad en el ámbito laboral.

En Ecuador, la emergencia sanitaria propició la generación de nuevos lineamientos ajustados al nuevo contexto. En 2020 se emitió por parte del Ministerio de Salud Pública y el Ministerio del Trabajo el “Protocolo de Seguridad y Salud en el Trabajo para el Sector Público y Privado” (MTT6-PRT-020). Se constituye en un conjunto de lineamientos que la actualización de guías y manuales de seguridad y salud en el trabajo, tomando en cuenta la especificidad en torno a la COVID-19. Este protocolo detalla la forma correcta de desplazarse hacia el trabajo y el retorno al hogar, las recomendaciones a los empleadores en cuanto a la infraestructura preparada con todos los protocolos y procurar el teletrabajo de ser necesario en óptimas condiciones. A su vez, se especifican las recomendaciones para trabajadores y servidores en cuanto a los protocolos de protección y el uso correcto de los elementos de seguridad. Por último, la atención en

salud mental dentro del ámbito laboral se volvió más importante y, por ello, la atención en este sentido se profundizó, procurando que todos accedan de manera regular a la atención y seguimiento psicológico (Ministerio de Salud Pública y Ministerio del Trabajo 2020).

Respecto a la seguridad en el trabajo para los profesionales y trabajadores de la salud en el Ecuador, cabe mencionar el Seguro General de Riesgos del Trabajo del IESS que tiene por objeto gestionar las coberturas en caso de accidentes del trabajo y enfermedad profesional. En el marco de su accionar, el seguro promueve las acciones necesarias en materia de prevención de los riesgos derivados del trabajo y aquellas otras referidas a la reparación en caso de accidentes del trabajo y enfermedad profesional, incluida la rehabilitación física y mental y la reinserción laboral.

También es importante señalar la existencia de la Dirección de Seguridad, Salud en el Trabajo y Gestión Integral de Riesgos del Ministerio del Trabajo, que rige para todos los trabajadores en el territorio nacional. Sus responsabilidades están enmarcadas en el artículo 326, numeral 5 de la Constitución del Ecuador, en Normas Comunitarias Andinas, Convenios Internacionales de la OIT, Código del Trabajo, Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo y Acuerdos Ministeriales. Esta dirección se encarga de gestionar, evaluar y controlar la implementación de sistemas de gestión de seguridad en los centros de trabajo de las empresas e instituciones públicas y privadas, a través de la emisión de normativas, guías técnicas e instrumentos, que permitan la implementación de sistemas de gestión y el cumplimiento de la normativa jurídica vigente, en materia de seguridad y prevención de riesgos laborales (Ministerio del Trabajo 2020).

2.3.5. Situación de salud física y mental

El personal sanitario está expuesto a una serie de riesgos asociados al desarrollo de sus actividades. La emergencia sanitaria ha incrementado el riesgo por la exposición al virus y la modificación de las condiciones de trabajo. La falta de personal de salud, la acumulación de horas de trabajo, la disminución del tiempo de descanso y el riesgo latente de infección para el trabajador y su familia afecta el bienestar físico y mental. El aumento del estrés, fatiga crónica y otros problemas psicológicos afecta la salud mental de los trabajadores.

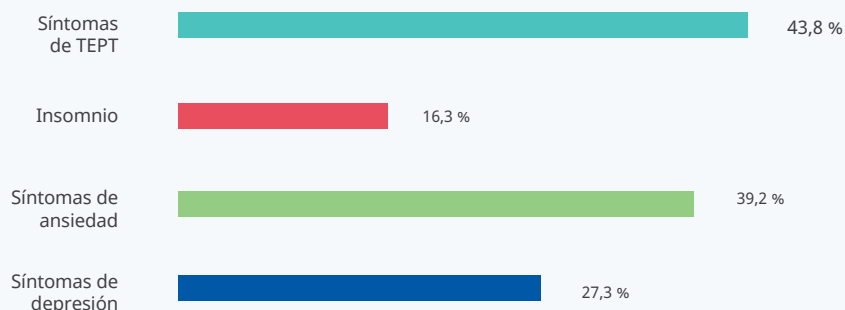
Una revisión sistemática sobre la prevalencia de la ansiedad, depresión e insomnio entre los trabajadores de la salud durante los primeros meses de la pandemia, con datos hasta abril de 2020, reveló que el 23,2 por ciento de los participantes de los estudios presentaron ansiedad, el 38,9 por ciento insomnio y el 22,8 por ciento depresión; las mayores afectaciones se presentan en mujeres y enfermeras (Pappa *et al.* 2020).

En Ecuador, según el estudio: "Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia COVID-19 en Ecuador"¹⁰, el 43,8 por ciento del personal sanitario¹¹ presentó síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT). El 39,2 por ciento de los profesionales presentaron síntomas de ansiedad, el 23,7 por ciento síntomas de depresión y el 16,3 por ciento insomnio (Gráfico 43). Estos síntomas reflejan una afectación de moderado a grave (Pazmiño Erazo *et al.* 2021).

10. Realizado entre el 30 de marzo y el 22 de abril de 2020.

11. En el estudio participaron 1 028 trabajadores de la salud, incluyendo médicos, enfermeras, laboratoristas, paramédicos, psicólogos y terapeutas respiratorios.

► **Gráfico 43. Síntomas de salud mental.**

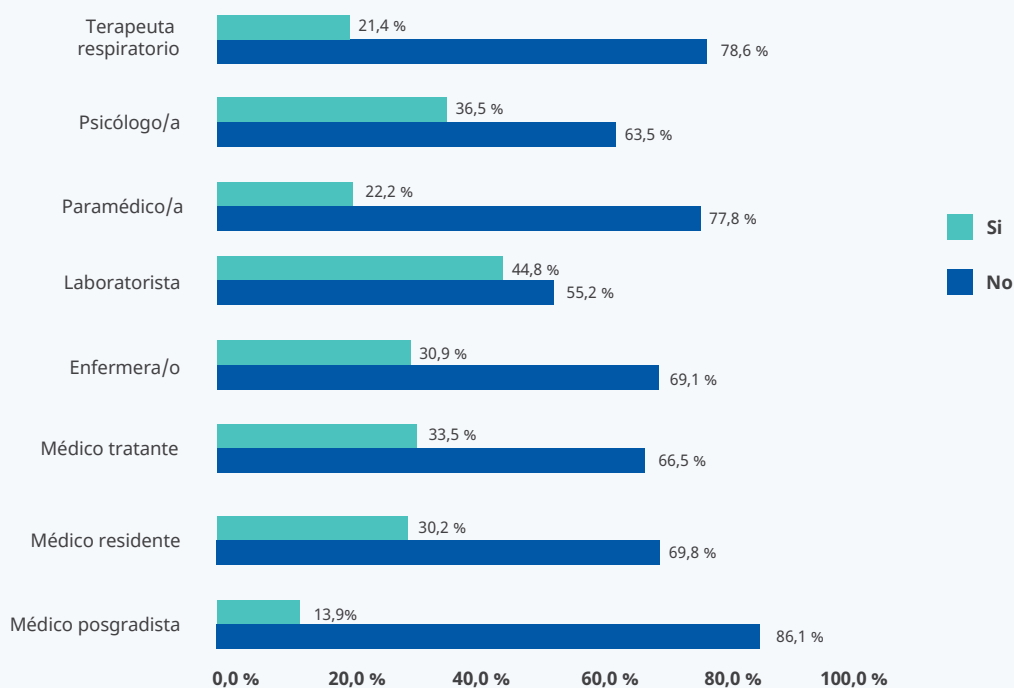


Fuente: Elaboración propia sobre la base de Pazmiño Erazo *et al.* (2021).

De acuerdo a Pazmiño Erazo *et al.* (2021), estos síntomas se ven agravados por no contar con el equipo de protección adecuado, así como también por el hecho de ser mujer. Los síntomas de depresión se presentan con mayor frecuencia en aquellos profesionales de la salud que trabajaron en la provincia de Guayas durante el peor momento de la pandemia, así como aquellos profesionales de la salud que son médicos posgradistas.

En general se muestra que el 71,2 por ciento no tiene percepción de seguridad como personal de salud que labora en medio de una emergencia sanitaria, frente a un 28,8 por ciento que sí (Gráfico 44). De aquellos que muestran una percepción mayoritaria de inseguridad se encuentran los médicos posgradistas con el 86,1 por ciento, seguido de los terapeutas respiratorios con el 78,6 por ciento; cabe mencionar que en tercer lugar se encuentran los paramédicos con el 77,8 por ciento (Pazmiño Erazo *et al.* 2021).

► **Gráfico 44. Percepción de seguridad* durante la pandemia de la COVID-19 en el personal de salud.**



*Percepción de contar con medidas de protección necesarias.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Pazmiño Erazo *et al.* (2021).

2.4. Resultados de las entrevistas

Las personas entrevistadas tienen edades muy diferentes. Se entrevistó tanto a profesionales con más de 20 o 30 años de experiencia de ejercicio profesional y político, como profesionales que empezaron a ejercer poco antes o durante la pandemia. Las rutinas de trabajo son bastante parecidas en los profesionales de la salud (no es el caso de los administrativos y el personal de soporte), con pluriempleo en el sector público y privado, y poco tiempo para descansar y alimentarse. Al buscar entrevistar representantes de gremios se hizo más difícil buscar paridad de género en la selección de actores, la proporción fue de 60-40 con mayoría de hombres. A continuación, se presentan los principales resultados, agrupados por eje temático.

2.4.1. Rol del personal sanitario en el acceso a los servicios de salud

Situación actual y problemas

El estudio incluyó el levantamiento de información acerca de la organización y distribución del talento humano para la prestación de servicios de salud. Es importante notar que las medidas tomadas en el último año respondieron a la situación específica de la emergencia sanitaria por la COVID-19. Con base en las entrevistas realizadas en el mes de junio y julio de 2021 se encontró que hubo una saturación de los sistemas de salud y en ese contexto la contratación de nuevos profesionales de la salud. Sin embargo, en ese proceso se encontraron algunos problemas.

Por una parte, con la pandemia se evidenció la necesidad de contar con más personal que se integre a los hospitales para atender la alta demanda. Sin embargo, algunas personas entrevistadas consideraron que las nuevas contrataciones se hicieron sin criterios técnicos para calcular la necesidad real de personal por cada área. También hubo resistencia por parte de algunos médicos convocados por el Ministerio de Salud Pública ya que se negaron a acudir al llamado, dada la falta de insumos para la bioseguridad y protocolos en medio de la incertidumbre ligada a la COVID-19. Otro problema detectado fue el otorgamiento de nombramientos sin cumplimiento de la ley ni la norma técnica para ello.

La ley dice que debe darse nombramiento provisional a las personas que trabajaron con COVID-19. Sin embargo, este empezó a darse solamente a las personas que ya tenían nombramiento provisional, sin haber trabajado necesariamente durante el COVID-19 (Gremio de trabajadores de la salud, entrevista, 2021).

Otro problema que se identificó es la inestabilidad laboral que se crea por el tipo de contrato del personal médico contratado durante la pandemia. Ello corresponde a lo que se conoce en el Ministerio de Finanzas como “partida 71”, donde los contratos son temporales y por periodos específicos, y su renovación es mensual, sin ningún tipo de garantía de renovación.

Nuestra impresión es que se los mantiene (nuevos médicos contratados) mientras dura la pandemia y después se los va a desvincular. También a profesionales que se los desvinculó no se les volvió a vincular (Gremio de trabajadores de la salud, entrevista, 2021).

Otro problema detectado es que en Ecuador existen más médicos graduados que los recomendados por la OMS, pero al mismo tiempo existen pocos especialistas. Según indican los entrevistados, el sistema ecuatoriano se basa en la atención primaria (centro de salud más cercano), y es necesario fortalecer este tipo de atención ya que los médicos generales tienen la capacidad de atender la mayoría de las patologías. Sin embargo, los pacientes que requieren atención especializada deben esperar varios meses para poder ser atendidos, sobre todo en el sistema de salud público.

Esto tiene que ver con la limitada oferta de especialidades médicas que existe en el país y con los altos costos que implica este tipo de formación para muchos médicos.

Ecuador es el país que más médicos exporta para especializarse en el exterior. En la mayoría de los países, las plazas de posgrado se abren con una evaluación técnica; un examen único permite la asignación de plazas por puntaje y méritos, pero aquí no pasa eso. Los posgrados aquí son de muy difícil acceso, se hacen con instituciones privadas que son las universidades. Son siempre las mismas universidades y siempre las mismas plazas: medicina interna, ginecología (Gremio de trabajadores de la salud, entrevista, 2021).

En esa misma línea, se identifica una alta desmotivación por parte de los profesionales de la salud porque a pesar de invertir dinero y tiempo en estudios de cuarto nivel y especialidades médicas, el salario no aumenta acorde a los nuevos conocimientos adquiridos. Además, en el contexto de pandemia, existe inconformidad con los salarios médicos por el alto riesgo de contagio y muerte y por la sobrecarga laboral.

En cuanto a la situación de paridad de género en la profesión médica, la percepción cambia dependiendo de la persona entrevistada. Las personas entrevistadas mujeres consideran que la profesión es bastante vertical y jerárquica, y que las mujeres por lo general están en situación de desventaja. Aquellas que han logrado abrirse espacios de liderazgo dentro de la profesión, notan cómo las opiniones y decisiones de sus pares varones son menos cuestionadas y más respetadas, mientras que ellas han tenido que pelear para que sus ideas sean tomadas en cuenta. Por otro lado, consideran que hay mayor equidad de género en ciudades que en zonas rurales, donde incluso los pacientes se niegan a ser atendidos por mujeres. La proporción en cuanto a género también varía de acuerdo con la profesión, donde, por ejemplo, las profesionales nutricionistas cuentan con un 80 por ciento del total frente a 20 por ciento de profesionales varones.

Finalmente, otro problema recurrente que se encuentra en el sector público es la falta de continuidad de procesos. Con cada cambio de autoridad existe la percepción de tener que empezar todo de cero.

Soluciones

Las principales alternativas de solución planteadas por los entrevistados se detallan a continuación:

- Fortalecer el sistema de atención primaria que permita atender la mayor parte de patologías y facilitar el ingreso de profesionales a dicho sistema; ello podría brindar mayores oportunidades de inserción laboral de médicos generales y familiares que son aquellos que presentan dificultades en encontrar estabilidad laboral.
- Realizar un estudio de los profesionales que se necesita en el país y a partir de ello generar un sistema de incentivos y becas para la formación profesional en especialidades médicas que se presenten necesarias.
- Incentivar la creación de especialidades médicas en el país.
- Revisar una escala salarial que reconozca las experticias, especialidades y la experiencia para que los profesionales de la salud puedan crecer en su profesión y tengan una remuneración justa.
- Contribuir en la mesa técnica de la Comisión del Derecho a la Salud de la Asamblea Nacional en la que se analiza la carrera sanitaria, para generar incentivos y una escala salarial más justa con relación a la experiencia y formación académica.

2.4.2. Condiciones de empleo: público y privado

Situación actual y problemas

Para poder entender la situación actual de los trabajadores de la salud es importante entender cómo las condiciones actuales han sido configuradas por la pandemia de la COVID-19 y cómo el sistema de salud respondió y se reconfiguró en torno a la pandemia.

Uno de los temas más importantes reportados en el estudio es la percepción de explotación laboral a la que se vio sometido el personal de salud, principalmente de primera línea, como respuesta a la necesidad de atención de los pacientes de la COVID-19, desde un sistema de salud que no estaba preparado para la emergencia. Algunas de los inconvenientes que reportan las personas entrevistadas son:

- ▶ Al inicio de la pandemia, en lugares especialmente rurales, se prohibía a los médicos usar mascarillas para no asustar a la población.
- ▶ La movilidad de los profesionales rurales de la salud fue un problema debido a las restricciones de movilidad que variaban de provincia a provincia, lo que complicaba trasladarse a los lugares donde su trabajo era requerido, o de regreso a sus ciudades de origen.
- ▶ La vivienda se precarizó, muchas personas no querían arrendar a profesionales de la salud por miedo, era una forma de discriminación y los trabajadores no conseguían lugares para vivir en los lugares a donde se trasladaron.
- ▶ Los profesionales enfrentaron una preocupante falta de equipos de bioseguridad para protegerlos en su trabajo.
- ▶ Las jornadas de trabajo se multiplicaron, incluso el teletrabajo con la telemedicina.
- ▶ Ha habido claras afectaciones psicológicas por la intensidad del trabajo, la cantidad de muertes y el riesgo de contagio.
- ▶ A nivel de normas laborales una de las condiciones que más define la situación actual es la entrada en vigor de la Ley Orgánica de Apoyo Humanitario, que contemplaba el reconocimiento del personal de la salud de primera línea durante la pandemia con nombramientos definitivos, pero que los trabajadores han venido reclamando su no cumplimiento a cabalidad.

En torno a este último tema, los gremios que aglutinan a distintos profesionales de la salud reportaron su inconformidad por la falta de cumplimiento. Algunas de las personas entrevistadas reportaron que, en sus lugares de trabajo, hay trabajadores que se encuentran en proceso de demanda contra las instituciones para que se cumpla lo que contempla la ley. La respuesta que han recibido es que no hay el presupuesto asignado para esas plazas de trabajo.

En el sector público, de acuerdo con la Ley Orgánica de Servicio Público (LOSEP), hay tres modalidades de contrato: i) nombramiento definitivo (al que se accede mediante concurso de méritos y oposición); ii) nombramiento provisional (se genera una partida hasta que se llame a concurso); y iii) contrato ocasional (hay muchas personas que llevan años trabajando bajo esta modalidad contractual).

En el contexto de la Ley de Apoyo Humanitario, si bien las personas entienden que no les pueden despedir, tampoco se regulariza su situación, sino que el contrato ocasional se renueva una y otra vez. El proceso para demostrar que fueron y son trabajadores de primera línea durante la pandemia en el sistema de salud del IESS es el siguiente:

El personal de salud a nivel nacional debe completar el AS400, en donde se registran los códigos de diagnósticos. Especialmente en los dispensarios del Seguro Social Campesino no existen laboratorios que permitan la detección del virus, por lo que los pacientes son derivados a otros hospitales, pero su diagnóstico no se registra en el AS400 como una atención del dispensario. Aquellos pacientes ingresados con cuadros respiratorios y que fueron diagnosticados con COVID positivo son registrados en el hospital donde fueron remitidos. Por lo tanto, de aquellos trabajadores de la salud que se encontraron en los Dispensarios del Seguro Social Campesino, atendieron en primera instancia a pacientes de COVID-19, siendo la puerta de entrada y luego la derivación a los otros hospitales. Entonces, una vez que se realiza una captura de pantalla del AS400, para demostrar que se atendió a pacientes con enfermedades respiratorias, se pasa a la Dirección Provincial de Salud, para pasar luego a la Dirección Nacional y posteriormente a la dirección de Talento Humano. Finalmente regresa al Director del Dispensario del Seguro Social Campesino para que, una vez verificado y firmado por el resto de instituciones, se tenga esa validación (Dirigente Sindical, entrevista, 2021).

En los gremios de trabajadores públicos reportan que se crearon más de cuatro mil partidas en el Ministerio de Finanzas para el sector salud, pero solamente un poco más de la mitad de esas partidas están ocupadas en este momento por efecto de esa ley, las otras están pendientes. Esto además ha generado conflictos internos entre trabajadores porque algunos ya tienen el contrato y otros no.

Por otro lado, también se menciona la Mesa Técnica Nacional de Nombramientos Permanentes, desde donde se ha tratado de articular este proceso de la contratación e informar a las instituciones de cómo se lleva a cabo el proceso, el mismo que está pensado en desarrollarse por etapas.

Diferencias entre el sector público y privado

Si bien, a criterio de los entrevistados, las condiciones en el sector público se han precarizado durante la pandemia de la COVID-19, los trabajadores coinciden en que las personas están más protegidas en el sector público porque tienen un sueldo fijo y un contrato que les permite, por ejemplo, pedir permisos laborales por enfermedad.

A pesar de esto, la carga laboral en el sector público es alta y las condiciones se pueden mejorar. Uno de los principales problemas del personal de salud es que no tienen los materiales para trabajar. El segundo gran problema es el sistema de atención de pacientes cada 20 minutos ya que no se puede brindar buena atención y los médicos se agotan. En el sistema público hay mayor demanda de atención, pero también hay más trabajo administrativo. Al inicio de la emergencia sanitaria hubo una reducción de pacientes por el confinamiento.

En el sector privado existe la percepción de que la carga laboral es menos pesada y demandante, sin embargo, las remuneraciones son más bajas y las condiciones no son las mejores. Por ejemplo, muchos profesionales facturan y no tienen seguridad social. De igual manera, con emprendimientos y consultorios propios es difícil mantener un ingreso fijo con seguridad social.

Sin embargo, pese a todas estas diferencias, es muy importante entender que existen muchos profesionales de la salud que trabajan en condición de pluriempleo combinando su trabajo en el sector público con trabajo ya sea en un consultorio privado, en alguna fundación y, en algunos casos, con actividades en las organizaciones sociales de profesionales.

Personal, equipo y material

Otro de los grandes problemas es la falta de profesionales para cubrir el nivel de demanda de los usuarios en el sistema de salud pública. Cada médico en un hospital está a cargo de muchas más camas que el máximo sugerido por la OMS. Esto además provoca que los turnos se extiendan más de lo que está estipulado porque no alcanzan a terminar todas las tareas.

En un día veo 17 pacientes míos y 12 interconsultas, también hacemos procedimientos administrativos. Después de la guardia debería irme a las 7am, pero nunca pasa porque tengo que acabar todas las actividades (Médico Hospital Público, entrevista, 2021).

La misma persona comentó que “en el hospital público, a veces no hay papel, no hay luz, una vez se fue el agua, además no hay una correcta distribución de los baños para nuestro uso.”

Debido a la falta de presupuesto para la contratación de nuevo personal, lo que han hecho las instituciones es mover el personal a las áreas más críticas, pero esto también contribuye a la sobrecarga laboral de las otras unidades.

En terapia intensiva nunca hemos tenido camas libres durante este tiempo (lo que se llama cama caliente). Ingresar un nuevo paciente es complicado porque tenemos varias personas esperando y tenemos que escoger solamente a uno. Hemos tenido muertes directamente por COVID-19, pero también muertes indirectas. En el hospital la UCI está con un 80 por ciento de casos COVID-19 (Médico Hospital Público, entrevista, 2021).

Un cambio positivo que trajo la pandemia fue que la guardia ahora se hace cada cinco días, antes se hacía cada cuatro, sobre todo por el tema de contagio. Eso fue positivo, porque hubo un empoderamiento desde el personal, quienes empezaron a cuestionar la sobrecarga de trabajo que estaba muy naturalizada en su profesión. Sin embargo, ahora han vuelto a trabajar más horas en las áreas que no son de COVID-19, básicamente porque si no trabajan nadie atiende a los pacientes.

El otro factor a tener en cuenta es el del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que en este momento se encuentra atravesando una situación compleja, muchos pacientes críticos se encuentran sin posibilidad de acceder a medicamentos que son muy costosos. Los trabajadores de la salud hacen lo que pueden, con los implementos que cuentan, pero sin recursos, materiales o medicamentos no pueden cumplir plenamente con su labor.

La jornada ordinaria de trabajo en el sector público para los profesionales de la salud es de ocho horas, cinco días, con descanso de 30 minutos cada día y fines de semana libres. La jornada extraordinaria que se realiza en otros lugares no urbanos es de 15 días adentro y 15 días afuera, y para lugares más alejados, esta proporción cambia en 18 días de trabajo y 12 de descanso. Las vacaciones son de 30 días, 15 días cada vez para el horario ordinario, y cuando es extraordinario es seguido y hasta 45 días.

Para la alimentación, en el servicio público se les asigna 30 minutos, pero otro cambio importante que ha sucedido con la pandemia es que ahora, de esa media hora, las personas destinan un tiempo para limpiarse y retirarse todo el equipo de protección para salir a comer y luego la misma rutina para ingresar, lo que les deja muy poco tiempo para su alimentación.

En algunos casos, los trabajadores cuentan con el apoyo de internos, que son estudiantes de universidad que están cerca de graduarse y necesitan hacer su internado. Sin embargo, en este momento de sobrecarga laboral y sobresaturación del sistema, este sistema tampoco ha sido el ideal ya que las tutorías de los internos representan una carga laboral extra para los profesionales sanitarios.

Condiciones específicas por profesión

Profesionales en odontología: uno de los problemas que reportan es la sobresaturación de la profesión y no es rentable porque requiere una gran inversión de dinero, pero con salarios bajos por la competencia. En el estudio los trabajadores reportan que existen grandes empresas que contratan odontólogos con salarios de USD 500 al mes, o trabajan a comisión. Por otro lado, muchos jóvenes tratan de atender a la mayor cantidad de pacientes posible para generar un ingreso significativo, pero esto termina generando afectaciones a nivel de salud física debido al esfuerzo que realizan en la atención. Se prioriza el cumplimiento de metas en detrimento de la calidad de la atención al paciente.

Profesionales en psicología: si bien la profesión ha sido más visibilizada durante la pandemia por la crisis a nivel de la salud mental que ha significado, las condiciones de trabajo no son óptimas. Es necesario que el Estado y el sector privado inviertan en profesionales y no se los considere como mano de obra barata, sino que se realice una remuneración salarial justa. Algo que ha pasado mucho es que se busca la ayuda de profesionales o pre-profesionales como voluntariado.

El campo donde los profesionales en psicología tienen más plazas de trabajo es en el ámbito educativo, incluido en el Ministerio de Educación, donde trabajan con los Departamentos de Consejería Estudiantil. En este mismo tema educativo, ha habido una alta demanda de psicología no solo clínica sino también educativa, ya que va de la mano con el tema de la educación remota y la necesidad de tener una guía o seguimiento.

Como parte de la psicología clínica, y de manera privada, se ha dado un crecimiento importante desde hace unos ocho meses atrás. Anteriormente se podía alquilar un departamento y colocar su consultorio psicológico, pero el MSP ha exigido ciertas regularidades en el tipo de espacio y requerimientos y eso ha limitado que varias personas puedan tener este tipo de emprendimientos. Existen trabajadores que han ingresado al Ministerio de Salud Pública y han tenido sobrecarga laboral. Lo común dentro del medio de la psicología es 45 minutos de atención a cada paciente, pero eso se redujo a 30 minutos lo que multiplica el trabajo.

A raíz de la pandemia, muchas direcciones distritales de salud han considerado la importancia de la carrera de psicología lo que ha logrado que unas pocas personas reciban su nombramiento definitivo.

Profesionales en tecnología médica: abarcan 15 profesiones. Las condiciones no son favorables. No ha habido contrataciones a nivel de Tecnólogos Médicos hace más de 10 años y esto ha significado una sobrecarga laboral importante, especialmente para quienes se encuentran en primera línea como quienes hacen terapia respiratoria y laboratoristas clínicos. Consideran que el trato que reciben es de trabajadores de menor rango que el de los médicos.

Profesionales en obstetricia: la principal problemática es que no tienen plazas en el sector público para obstetras (es importante mencionar que en las entrevistas levantadas las obstetras son únicamente mujeres), no se ofertan plazas de trabajo, o son muy pocas. Cada año de la universidad salen 120 egresadas, y se abren cuatro o cinco plazas. Muchas profesionales fallecieron debido a la COVID-19. Si bien son profesionales fundamentales en la atención de salud, no son parte de la estructura de los hospitales y no han sido consideradas. Adicionalmente, como no hay contratación de las obstetras, exigen y triplican el horario laboral de quienes están trabajando.

Profesionales de enfermería: quizás una de las profesiones más directamente afectadas por la pandemia, debido a que realizan atención y cuidado directo de pacientes, además de que ese tipo de servicio personalizado viene con una fuerte carga laboral. En un momento se estipuló un límite de 120 horas de trabajo debido a la naturaleza del trabajo que se tenía, pero en virtud del cambio de una resolución actualmente trabajan bajo una modalidad de 160 horas en las unidades operativas hospitalarias. Quienes trabajan a nivel primario, lo hacen hasta 180 o 200 horas al mes que no son remuneradas, es decir, como horas extras. Según las profesionales de la salud entrevistadas, ellas: “son consideradas menos que un obrero” y no tienen garantías. Hay instituciones que contratan personal de enfermería bajo la modalidad de tercerización, personas que están contratadas por USD 800 en jornadas de 160-176 horas al mes. Esto no permite garantizar una adecuada seguridad laboral. En las unidades de cuidados intensivos, son las enfermeras quienes tienen que mover a los pacientes y administrar la medicación que debe ser constante (24/7). Se trata de la atención a pacientes que no pueden alimentarse y es justamente el personal de enfermería quien debe hacerlo, además de ser los custodios de la medicación y los insumos médicos, lo que además las lleva a tener que realizar los inventarios.

Nutricionistas: la mayoría de los profesionales son mujeres y esto las pone en desventaja frente a los médicos con quienes trabajan; sus voces no son tomadas en cuenta para la toma de decisiones. Tampoco influye en esta situación laboral si tienen estudios de cuarto, porque no hay un escalafón de salarios. En el sector público hay mejores salarios que en el sector privado, sin embargo, también hay sobrecarga laboral porque las profesionales contratadas no abastecen la necesidad de atención de los pacientes. Su trabajo durante la pandemia ha sido fundamental en las unidades de cuidados intensivos donde se requiere alimentar a los pacientes entubados; gracias a este trabajo ya se han logrado algunos nombramientos definitivos. Por otro lado, hay una saturación en la atención: en un día, en un hospital pueden llegar a atender hasta más de 100 casos. En este sentido, sus rutinas de alimentación también se han visto afectadas porque en muchos casos no disponen de tiempo suficiente para almorzar.

Profesionales de química y química farmacéutica: la farmacia comunitaria, que se refiere a las farmacias que atienden al público general fuera de las instituciones de la salud, es un sector tomado por las cadenas comerciales, en donde no se contratan profesionales de química farmacéutica. Los químicos farmacéuticos son parte fundamental de la salud, pero su trabajo no es visible porque están en lugares menos visibles, como bodegas y laboratorios. Esta falta de visibilidad también hace que su trabajo no sea considerado tan relevante como otros.

Trabajadores de la salud (código de trabajo): los contratos colectivos les han protegido de la vulnerabilidad laboral que han enfrentado otros trabajadores. Sin embargo, también se han puesto trabas a esta modalidad de contratación. Una preocupación son las declaraciones del nuevo gobierno de que se van a eliminar las farmacias en el sistema de salud pública ya que eso significaría un despido intempestivo. Otro problema es que cada año se jubilan cientos de trabajadores y esas partidas presupuestarias no se vuelven a llenar.

Sindicalismo

Una de las actividades centrales de los gremios ha sido reclamar el cumplimiento de la Ley de Apoyo Humanitario. Algunos se encuentran participando como veedores para el cumplimiento de la ley a través de los mecanismos establecidos por el Consejo de Participación Ciudadana. De modo más general, la mayoría está apoyando a las denuncias y reclamos formulados para los profesionales de la salud. También reclaman compensaciones para profesionales y sus familias afectadas por la COVID-19, así como para que las personas fallecidas tengan un reemplazo y evitar así más sobrecarga laboral.

Parte de las limitaciones de la actividad política de los gremios son los cambios constantes que vienen con cada nueva autoridad en diferentes niveles. Gran parte de su trabajo es sostener relaciones y negociaciones que requieren tiempo y construcción de redes pero que luego se rompen.

Si bien el gremio de médicos se considera como uno de los más fuertes en el país, cada gremio ha ido perdiendo fuerza, en parte por las disputas internas, y también porque hay jóvenes que no confían en la efectividad de estas organizaciones políticas. Un aspecto positivo que es importante recalcar es que también existen personas que se vincularon políticamente al activismo a raíz de reclamar sus derechos durante la pandemia.

También ha habido una destrucción de las estructuras organizativas de los trabajadores. Desde los años noventa, se han ido eliminando sindicatos, asociaciones y federaciones. Esto unido a procesos de intervención y cooptación de los dirigentes que han pasado a ocupar cargos políticos. Los gobiernos han contribuido en este proceso de desgaste y cooptación.

Soluciones

Entre las alternativas de solución propuestas se pueden mencionar las siguientes:

- Una iniciativa observada en un hospital público fue mantener un buen proceso de rotación y descanso de los profesionales, pese a que la norma indica cumplir las 160 horas al mes, las ocho horas diarias y 40 horas semanales. Una buena rotación de horas permite que los trabajadores puedan descansar y dar un servicio de calidad a los pacientes.
- Es importante que existan carreras estructuradas diferenciando carreras técnicas y carreras operativas, para evitar la precarización laboral.
- Es importante tener un escalafón de salarios y valorar las especializaciones certificadas de los diferentes profesionales.
- Se pueden tomar ejemplos donde han funcionado las organizaciones civiles de los usuarios o de los pacientes que actúan como veedores de la calidad del sistema de salud.
- Es fundamental que la salud sea un bien público para que se pueda defender como tal. El sistema público de salud debe defenderse y fortalecerse.
- Los gremios y sindicatos necesitan reformular sus principios hacia adentro, generando mecanismos que fomenten la información, la consulta y la negociación, para desde ahí exigir esos mismos principios al Estado y a las empresas.
- Es importante que los gobiernos cumplan con la asignación de contratos definitivos en todos los niveles de atención. También que las plazas de trabajo que se van desocupando por jubilación puedan llenarse con otros trabajadores.
- Es fundamental visibilizar la sobrecarga laboral sin normalizarla, esto es un trabajo tanto de empleadores como un trabajo político de los sindicatos.
- Es necesario el fortalecimiento de las capacidades institucionales e individuales, a través de distintas actividades de formación, de forma de avanzar en la eliminación de la violencia basada en género y también de las desigualdades que no se solucionan simplemente con un mayor cupo de las mujeres en las profesiones relacionadas con la salud.
- De cara a una pandemia que aún no termina y dado que ha sido el hito más importante que ha dado forma a las condiciones laborales actuales de los trabajadores de la salud, un plan integral de salud para responder a la COVID-19 es impostergable.

2.4.3. Situación de salud física y mental

Situación actual y problemas

Para comprender el estado de salud del personal médico es fundamental ponerlo en el contexto de la emergencia sanitaria de la COVID-19 y las implicaciones que tuvo en todos los niveles del ejercicio de la profesión. Además del miedo, el estrés y la preocupación por la incertidumbre del virus, la débil gestión inicial de la pandemia y la lentitud de la respuesta estatal para una vacunación masiva de los médicos de primera línea profundizaron los problemas físicos y mentales. A través de los relatos de las personas entrevistadas, se evidenciaron múltiples problemas que han tenido que enfrentar al respecto.

En primer lugar, existe la percepción de que no se maneja una información adecuada respecto del virus. Indican que el levantamiento de datos respecto de la evolución del virus es muy limitado, y como país no se ha desarrollado la capacidad para generarla.

En los tres primeros meses (de la pandemia) más pacientes fueron diagnosticados por evaluación clínica (síntomas). Pero la variación de los síntomas, la falta de estudios, la falta de protocolos para la COVID-19, hizo que existieran muchos pacientes subdiagnosticados. Pasa lo mismo con los médicos, hay muy poco diagnóstico. También las pruebas son sólo eficaces durante los primeros 10 días, entonces no se diagnostica bien porque las pruebas salen negativas (Médico de Hospital Público, entrevista, 2021).

Esta incertidumbre respecto de la información ha generado otros problemas, sobre todo a nivel psicológico por el miedo al contagio y el temor comprensible ligado a la enfermedad.

La mayoría de las personas entrevistadas coinciden en que el impacto psicológico de enfrentar una pandemia en las condiciones en las que se ha enfrentado en el país ha sido muy profundo. El síndrome de “*burn out*” o síndrome del trabajador quemado se presenta como algo muy común. El personal médico declara tener un estado de agotamiento emocional, físico y mental causado por un estrés excesivo y prolongado relacionado con el trabajo. La sobrecarga laboral y el sentimiento de impotencia constituyen las quejas más comunes entre quienes han vivido de cerca la atención en medio de la pandemia.

Nuestra misión es salvar vidas y en Guayaquil la gente necesitaba atención, pero aun así no logramos salvar vidas y la gente se moría (Gremio de trabajadores de la salud, entrevista, 2021).

Además de las largas horas de servicio y atención a pacientes, las personas entrevistadas señalan que existe una carga administrativa que han asumido en el sector público con el diligenciamiento de documentos y papeleo que deben ingresar al sistema. Además, indican que no existe un ambiente laboral óptimo, es decir el espacio de atención es un lugar estresante y los médicos no realizan suficientes descansos, incluso en ocasiones reciben sanciones si realizan descansos que no han sido programados. Apenas cuentan con treinta minutos para comer, de los cuales varios minutos se invierten en el cambio de atuendos de protección reduciendo así el tiempo para ingerir alimentos.

Por otro lado, la falta de insumos médicos de bioseguridad no permite respetar los protocolos y brindar una atención adecuada. Al ver a otros médicos contagiarse y morir, el miedo al contagio hace que muchos profesionales de la salud eviten el contacto y no presten una atención de calidad y calidez.

El estar a la defensiva, el no dar la mano, ha generado un ambiente tenso, esto por miedo de contagio y por la sobrecarga laboral. Hay colegas que dejaron la profesión por miedo al contagio (Médico de Hospital Público, entrevista, 2021).

En cuanto a la vacunación, hubo tres niveles, pero se presentaron bastantes deficiencias. Los diferentes gremios gestionaron cada uno por su cuenta para lograr la vacunación. Actualmente, sí hay una cobertura bastante amplia.

El tema de la vacunación es bastante complejo, veo muy difícil que el siguiente año podamos acceder a nuestras dosis de actualización. Realmente se trata de un sistema mucho más complejo porque necesita más planificación integral, no sólo para este año (Gremio de trabajadores de la salud, entrevista, 2021).

Como ya se ha mencionado, las patologías más comunes del personal médico actualmente están ligadas al síndrome de *burn out*, y se manifiesta en fatiga crónica, baja de productividad, falta de motivación, depresión y ansiedad. El síntoma más grave de dicho síndrome es el infarto de miocardio. Por otro lado, la falta de tiempo para ingerir alimentos y descansar hace que muchos médicos presenten gastritis, hernias diafrágicas y enfermedades del tracto digestivo. El uso prolongado de mascarillas ha disparado las patologías dermatológicas. Además, varios médicos declaran que entre los colegas que enfrentaron la enfermedad se presentan secuelas como insomnio, problemas respiratorios, alopecia, secuelas a nivel del sistema nervioso, entre otros. Finalmente, enfermedades mentales como depresión, ansiedad y paranoia se han presentado ligadas al miedo al contagio y la tensión y el estrés laboral.

Soluciones

Las principales soluciones propuestas por los entrevistados son:

- Comprender y tratar las consideraciones psicosociales y de salud mental del personal de salud. Esto es clave para detener y prevenir el riesgo de repercusiones a largo plazo en su bienestar y su capacidad para hacer frente a la adversidad.
- Establecer un protocolo de atención psicológica temprana para apoyar al personal de salud a recobrar la motivación para ejercer su profesión. Atender y brindar apoyo a la salud mental y el bienestar de los trabajadores de primera línea, pero también a aquellos trabajadores que identifican casos, a los que se encargan del tratamiento de los cuerpos de fallecidos y todos los otros actores ligados a la atención de la emergencia sanitaria.
- Fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud para hacer frente a emergencias sanitarias, a través de la socialización de buenas prácticas, técnicas y protocolos para ello.
- Establecer sistemas de rotación de personal con mejores criterios para proteger la salud física y mental del personal de salud.
- Establecer una planificación prospectiva para el proceso de vacunación 2022, priorizando al personal de salud y a aquellas personas del entorno de servicios de salud.

2.4.4. Seguridad en el trabajo

La seguridad y salud en el trabajo (SST) es parte de los derechos y protección en el ámbito laboral, cuyo objetivo es determinar cuáles son las obligaciones, derechos y deberes a cumplir en cuanto a la prevención de riesgos laborales. Los Convenios y Recomendaciones de la OIT promueven principios y orientaciones para una protección integral de los trabajadores contra las enfermedades en general y los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en particular. En este contexto, la presente sección refiere a los riesgos laborales y enfermedades profesionales a los cuales se encuentran expuesto los trabajadores de la salud. De igual manera, como también se abordan los sistemas de gestión de riesgos presentes a nivel nacional.

Situación actual y problemas

Riesgos percibidos

El riesgo percibido con mayor mención en las entrevistas es la exposición a la COVID-19, que se incrementó por la falta de equipos de protección personal (EPP). Este riesgo se localiza como problemática en todo aquel profesional de la salud que se encuentra laborando en primera línea. En el levantamiento de información realizado mediante entrevistas, muchos de los actores mencionaron que se gestionaban de manera personal los equipos de protección para minimizar la exposición a enfermedades profesionales, a pesar de que afirmaban que debería ser una responsabilidad de los empleadores, tanto públicos como privados. Consideraban que, de no asumir esos costos en la compra de EPP, la exposición iba a ser mayor, aumentando las posibilidades de contagio y muerte. Este riesgo se ve agravado por la falta de un diagnóstico; existen varios profesionales de la salud que se encuentran subdiagnosticados, debido a la variación de síntomas, falta de estudios, efectividad en las pruebas y un protocolo homogenizado para detección de la COVID-19.

Todo el equipo sanitario ha sido afectado por la exposición a la COVID-19, generando un riesgo permanente de contagio y afectación psicológica. La reubicación laboral, en otras áreas o en otras instituciones, surgió como planteo entre los profesionales de la salud con mayor grado de afectación.

A su vez, la pandemia generó un riesgo vinculado al acceso a la vivienda para el personal de salud, precarizando sus condiciones. Muchas personas no querían arrendar a profesionales de la salud por miedo al contagio. Los trabajadores no conseguían espacio para vivir en los lugares a donde se trasladaron, ya sea para la atención en medicina rural, como para el ejercicio de medicina interna y demás ramas profesionales. Este traslado en muchas ocasiones se agravó ya que los trabajadores de la salud fueron sometidos a jornadas laborales distintas de las que tenían, debido a que la pandemia así lo requería, lo que incidía en gastos extraordinarios a cargo del trabajador. Este cambio en las jornadas laborales generó una extensión de los horarios que propició un riesgo en cuanto al uso de su tiempo libre y esparcimientos:

Les obligaron a muchos de los trabajadores que realizaban su labor en la oficina o en su punto de atención a trabajar 12 o 14 horas, donde les exigían estar frente al computador, más allá de su jornada laboral, debido a la necesidad de cubrir los requerimientos de telemedicina (Médico, entrevista, 2021).

Otro de los riesgos percibidos es la falta de un ambiente laboral óptimo. Varios entrevistados mencionaron una estrecha relación con el estrés y el trabajo bajo presión, que se ha visto agravado con la pandemia, lo que genera un ambiente constante de sobrecarga laboral:

No existe un ambiente laboral óptimo, es decir, el espacio de atención no genera un lugar óptimo, es un lugar estresante. El profesional sale y tiene media hora para comer. La otra situación es el tema del descanso, existe una política de sancionar, son sancionados, al momento de tomar descansos cuando deberían estar trabajando. Una de las mayores causas del síndrome de burn out es el infarto de miocardio, por el estrés laboral al que están sometidos, no es aconsejable para el tema de salud. (Médico Hospital Público, entrevista, 2021).

Este ambiente laboral no les permite desarrollar sus actividades con tranquilidad, lo que termina generando riesgos de salud física, debido a no contar con un tiempo necesario para alimentarse y descansar, así como una reducción en la calidad de atención a los pacientes. Varios entrevistados mencionaron que, en el sector público, el tiempo de almuerzo es demasiado corto, 30 minutos como máximo, pero de ese tiempo se destina un momento para retirarse el equipo de protección y luego lavarse: “salir a comer resulta en 10 minutos, porque se regresa nuevamente a lavarse y colocarse el equipo de protección” (Médico Hospital Público, entrevista, 2021). Por otro lado, se menciona la falta de políticas de descanso y la existencia de políticas de sanción al momento de tomar descansos cuando se debería estar trabajando. Estas características mencionadas del ambiente en el trabajo pueden generar riesgos vinculados a la salud física y emocional, afectaciones que se encuentran detalladas en secciones anteriores. Cabe recalcar que las afectaciones físicas

terminan por generar daños en los profesionales de la salud de tal manera que ya no puede ejercer su profesión y se ven relegados a funciones administrativas o auxiliares.

La falta de afiliación a la seguridad social es otro riesgo percibido por las y los trabajadores de la salud. Este riesgo se presenta en los profesionales de la salud que se encuentran laborando en el sector privado, relacionado directamente con los odontólogos, nutricionistas, psicólogos y obstetras. No se afilian debido a los altos costos que implica el tema de sostener un consultorio privado, frente a las pocas ganancias que generan por pacientes atendidos. Esto propicia un problema a futuro respecto al acceso a una jubilación.

La falta del acceso a seguros de vida se suma al listado de riesgos percibidos por parte de los trabajadores de la salud:

Los profesionales de la salud que no cuenta con contratos colectivos no tienen seguro de vida, mientras que, aquellos que, si tienen contratos colectivos, tienen seguro de vida de USD 20 000, nosotros no tenemos ningún seguro (Médico Hospital Público, entrevista, 2021).

A esta problemática mencionada se suma el hecho de que son muy pocos los profesionales de la salud que hacen uso del servicio de salud pública, la mayor parte hacen uso de la medicina privada. La razón es la saturación del sistema de salud público, lo que dificulta tener una atención adecuada y de calidad.

Sistema de gestión de riesgos

Los sistemas de gestión de riesgos laborales se encuentran en una relación directa con la salud ocupacional. Es decir, el Departamento de Salud Ocupacional es el encargado de realizar el seguimiento de los trabajadores y a partir de ello solventar ciertas afectaciones. El departamento mencionado, junto con su personal, médicos y psicólogos de salud ocupacional se encargan del manejo del sistema de riesgos ocupacionales o riesgos vinculados a la actividad laboral.

Se menciona, además, que en varios hospitales tanto públicos como privados, así como en unidades de atención a la salud, se encuentra la medicina ocupacional como un espacio que permite la evaluación y prevención de enfermedades vinculadas al trabajo, así como la gestión de aquellos riesgos a los que se encuentran expuestos los profesionales de la salud. El médico ocupacional se encarga de valorar a cada uno de los profesionales de la salud, utilizando herramientas como encuestas o consultas personalizadas. Una vez se realiza la valoración, se determina cuáles son los profesionales que se encuentran ante una mayor exposición a enfermedades profesionales, situación que se agrava al pertenecer a un grupo vulnerable, ya sea por su edad, padecimiento de alguna enfermedad catastrófica, y en el caso de mujeres, por encontrarse en estado de gestación o lactancia.

Con la pandemia, en varios centros hospitalarios se realizaron valoraciones por parte del médico ocupacional a los y las trabajadores de la salud; como resultado varios profesionales de la salud formaron parte de grupos vulnerables y fueron colocados en modalidades de teletrabajo, es decir, atención telemática a pacientes, para minimizar su exposición a la COVID-19 y con ello gestionar de mejor manera el riesgo que implica su actividad laboral.

En el Departamento de Salud Ocupacional, el psicólogo es el encargado del ámbito mental y emocional. Es quien permite trabajar el desgaste de los profesionales de salud que se encuentran en la primera línea y atender otras patologías. Varios entrevistados mencionaron contar de manera muy limitada con la atención psicológica ocupacional, o no contar con esta atención, algo muy necesario en el actual contexto.

Los actores clave entrevistados subrayaron que, en algunas unidades operativas de salud, el Departamento de Seguridad Integral es el encargado de clasificar y gestionar los riesgos en las siguientes categorías:

En materia de accidentes laborales, riesgos mentales y seguridad radiológica tenemos una médica ocupacional, quien está a un nivel de atención primaria, de capacidad resolutive de atención de los funcionarios. Dentro del servicio hospitalario, el área de salud mental es quien trabaja, aporta y contribuye en la atención en este campo, para el personal de salud. Además, se cuenta con un plan de atención, que es emitido cada año, para que estos servicios den su complemento profesional al área de salud ocupacional (Talento Humano, entrevista, 2021).

Por otra parte, en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) existe un sistema de gestión de riesgos vinculado a brindar una atención integral a los profesionales de la salud que lo necesitan. Este sistema se organiza en el “Departamento de salud ocupacional, el cual realiza un seguimiento de los trabajadores para solventar ciertas afectaciones” (Sindicato Único de Trabajadores del IESS, entrevista, 2021).

Respecto de las normativas nacionales enfocadas en la seguridad y salud en el trabajo, se menciona el Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores, norma que rige actualmente en el país. Varios actores entrevistados referenciaron la norma generada por la Dirección de Seguridad, Salud en el Trabajo y Gestión Integral del Ministerio del Trabajo, donde se detallan los programas de prevención de riesgos psicosociales, así como la prevención de uso y consumo de drogas en espacios laborales. Asimismo, el Código de Trabajo especifica las obligaciones del empleador respecto a los riesgos laborales y cómo generar las condiciones adecuadas en los lugares de trabajo; así también aborda el tema de las indemnizaciones en caso de accidentes y las obligaciones del empleador.

Varios entrevistados coincidieron en la necesidad de promover y fortalecer los espacios de diálogo para mejorar el sistema de gestión de riesgos, tomando en consideración las normas internacionales el trabajo y el marco jurídico nacional. Proponen, además, avanzar en la implementación de planes de capacitación de seguridad industrial, física y emocional, de manera gratuita y colectiva, como vehículo para mejorar la prevención y reducir los riesgos asociados al trabajo. Además, se menciona la existencia de manuales de seguridad laboral en los diferentes lugares de trabajo, pero los entrevistados aluden que existen, pero no se cumplen. Es por ello que se propone que estos manuales deben elaborarse conjuntamente con los trabajadores, para que, de esta manera, se enfatice en el conocimiento de primera mano de los implicados, así como la incorporación de los riesgos y sus mitigaciones por parte de los empleadores.

Comités paritarios

Respecto a los comités paritarios, se menciona que su existencia es casi nula, aunque la ley contemple su existencia y propicie su formación. Varios actores clave entrevistados observan que el problema es que las autoridades de turno o empleadores no participan de estos comités y no propician un espacio de diálogo, es por ello que como solución se propone generar espacios de diálogo y negociación. En este contexto, representantes de federaciones y organizaciones sindicales, mencionaron que redoblan los esfuerzos para que el diálogo sea algo constante más allá de las ideologías que se encuentren en juego.

El Sindicato Único de Trabajadores de la Salud (OSUNTRANSA 2021) menciona la existencia de un comité paritario de seguridad y salud ocupacional conformado por 12 personas, seis de la autoridad y seis de los trabajadores. Este comité permite una capacitación permanente al médico ocupacional y al técnico ocupacional, gestionándose los diferentes casos y problemas relacionados a los accidentes laborales y exposición a enfermedades profesionales. El comité se encontraba conformado antes de la pandemia y en el transcurso de la crisis sanitaria ha sido de vital importancia, además ha servido de presión para la dotación de equipos de bioseguridad al personal de salud de primera línea.

Soluciones

- Para el riesgo laboral que implica la exposición al COVID-19 se menciona la inmunización del personal de salud, mediante la inoculación de las dosis correspondientes de vacunas, así como la utilización de equipo de protección y la reubicación a áreas no COVID-19, como la opción de teletrabajo, en caso de formar parte de algún grupo vulnerable y con ello gestionar de mejor manera el riesgo que implica su actividad laboral.
- Respecto al riesgo psicológico se plantea como alternativa de solución la contratación de psicólogos ocupacionales y gestionar la utilización de este servicio para todo aquel profesional de la salud que lo requiera.
- Para mejorar el sistema de gestión de riesgos, y hacerlo efectivo, se propone fomentar el diálogo entre los empleadores y los trabajadores. De esta manera se puede tener conocimiento de las normativas, así como aplicarlas; el diálogo propiciaría un espacio de información.
- Respecto a los accidentes y riesgos laborales, se proponen la generación de planes de capacitación de seguridad industrial, física y emocional, de manera gratuita y colectiva para promover estos derechos mediante su conocimiento y posterior a ello su ejercicio.

2.5. Conclusiones

Rol en el acceso a los servicios de salud

- Los médicos consideran que el proceso de contratación de nuevo personal se realizó sin criterios técnicos para hacer un cálculo y distribución adecuados, sobre todo en el contexto de emergencia sanitaria. Esto contribuyó a una sobrecarga laboral, particularmente para médicos de primera línea, pero también para aquellos que debían atender pacientes fuera de su especialidad por la alta demanda durante la pandemia.
- Los profesionales de la salud sienten que no existe un sistema adecuado de incentivos para ejercer la profesión. Por un lado, el exceso de médicos generales satura las posibilidades de encontrar una primera plaza de empleo; por otro lado, los costos, la dificultad de acceso y la escasez de oferta de especialidades médicas hace que los médicos no puedan especializarse.
- Existe una disconformidad con los salarios establecidos, pues no corresponden a los años de experiencia y las especialidades con las que cuentan los profesionales, desincentivándolos en el ejercicio de su profesión.

Condiciones de empleo: público y privado

- ▶ Las condiciones actuales de los trabajadores de la salud han sido configuradas por la pandemia de la COVID-19 y por cómo el sistema de salud ha respondido a la crisis sanitaria en diferentes niveles: normativos, administrativos y económicos. A la vez, estas respuestas han evidenciado las deficiencias del sistema ecuatoriano de salud para responder a las necesidades de salud de su población. En gran medida, el sistema se ha reconfigurado en torno a una mayor carga laboral de sus trabajadores sin conseguir dar una respuesta efectiva a la crisis sanitaria y dejando a los trabajadores con afectaciones a su salud física y psicológica.
- ▶ Las condiciones laborales en el sector público son más valoradas por los trabajadores de la salud en la medida que les permite tener mayor estabilidad, mejores salarios y acceso a la seguridad social. Sin embargo, también se reconoce que el ambiente laboral en el sector público no es el adecuado, existe sobrecarga laboral, un sistema de atención que impide calidad en la atención y falta de materiales e insumos.
- ▶ Una de las luchas más visibles de los trabajadores de la salud a nivel nacional en el contexto actual ha sido la lucha por el cumplimiento de la asignación de contratos definitivos, estipulado en la Ley de Apoyo Humanitario.

Situación de salud física y mental

- ▶ La emergencia sanitaria ha tenido un impacto muy fuerte en la salud física y mental del personal de salud. Por un lado, parte del personal médico que estuvo expuesto y se contagió lamentablemente falleció y otro tanto enfrenta las secuelas de la enfermedad sobre la cual aún existen muchos interrogantes. Por otro lado, existen afectaciones ligadas directamente al estrés laboral y al contexto de pandemia, lo cual debe ser tomado en cuenta para prevenir mayores riesgos a largo plazo.
- ▶ A pesar de los problemas iniciales en el proceso de vacunación, la mayoría de los profesionales médicos cuenta con su vacuna con ciertas excepciones, incluyendo a aquellos que se niegan por propia voluntad. Es necesario, sin embargo, que exista una estrategia clara por parte del gobierno para atender el futuro proceso de vacunación del personal de salud.

Seguridad en el trabajo

- La seguridad en el trabajo se encuentra condicionada por la pandemia, uno de los mayores riesgos laborales en la actualidad es la exposición a la COVID-19. Este riesgo no solo coloca a los profesionales en una situación de exposición o contagio, sino que también genera un estado social de discriminación, que termina por limitar su acceso a vivienda, u otros servicios.
- La seguridad en el trabajo se ve afectada por la sobrecarga laboral, esta sobrecarga termina generando enfermedades a los trabajadores de la salud que, en algunos casos, pueden resultar en enfermedades que dificulten su ejercicio profesional.
- De aquellos riesgos laborales percibidos se menciona la falta de acceso a la seguridad social para los profesionales de la salud que se encuentran laborando en el sector privado, por cuenta propia.
- Se concluye que existen leyes y normativas que contemplan un proceso de gestión de riesgos y en muchos espacios laborales se cuenta con manuales de protección y seguimiento de accidentes laborales y exposición a enfermedades profesionales. Tras el estudio realizado se expone la falta de conocimiento detallado por parte de los trabajadores de la salud acerca de los sistemas de gestión de riesgos, así como el ejercicio efectivo de estos protocolos. Por otro lado, se expone la importancia de contratación de psicólogos ocupacionales, y la aplicación de las normativas existentes para el cuidado de los trabajadores.
- Respecto a los comités paritarios, se concluye sobre su escasa existencia, razón por la cual se propone promover su creación. Para ello es importante generar espacios de diálogo entre empleadores y trabajadores.

2.6. Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones se realizan con base en las conversaciones con los actores entrevistados y sus criterios sobre los cambios que deben propiciarse para mejorar las condiciones laborales de los profesionales de la salud.

- Fortalecer el sistema de atención primaria que permita atender la mayor parte de patologías y facilitar el ingreso de profesionales a dicho sistema. Para este fortalecimiento no se necesita una gran inversión en infraestructura sino en personal. Los médicos generales pueden atender la mayoría de los requerimientos y necesidades de los pacientes del sistema de salud, si se da mayor y mejor cobertura a este nivel, los otros niveles de atención también se descongestionan y funcionan mejor.
- Realizar un estudio de los profesionales que se necesita en el país y a partir de ello generar un sistema de incentivos y becas para la formación profesional en especialidades médicas que se presenten como necesarias.
- Revisar una escala salarial que reconozca las experticias, especialidades y la experiencia para que los profesionales de la salud puedan crecer en su profesión y tengan una remuneración justa.

- ▶ Mejorar en el corto y mediano plazo la gestión del proceso de rotación y descanso de los profesionales, indispensable para evitar la sobrecarga y estrés laboral; esto es un trabajo tanto de empleadores como un trabajo político de los sindicatos. Mientras se avanza con el proceso de nuevas contrataciones, se puede realizar una mejor distribución del trabajo con el personal existente.
- ▶ Identificar las experiencias y buenas prácticas donde han funcionado las organizaciones civiles de los usuarios o de los pacientes que actúan como veedores de la calidad del sistema de salud. La situación fáctica de que las personas que se atienden en el sistema de salud también conozcan y demanden sus derechos, es una ganancia para el sistema porque se convierten en un actor activo del sistema que puede empujar demandas y cambios necesarios.
- ▶ Reformular, de parte de los gremios y sindicatos, sus principios y orientaciones internamente, generando mecanismos que fomenten la información, la consulta y la negociación de forma más descentralizada, proceso importante para exigir esos mismos principios al Estado y a las empresas.
- ▶ Formar integralmente en género, de manera que vaya desestructurando dinámicas de violencia y desigualdades. En el campo de la salud, existe una mayor participación de mujeres en comparación con los hombres, pero esta participación no ha sido motivo de disminución de la violencia basada en género. Es por ello que surge la necesidad de un abordaje integral de las cuestiones de género. De igual manera, resulta importante tomar en cuenta las necesidades de cuidado que tienen principalmente las mujeres trabajadoras del sector y fortalecer los sistemas de cuidado que faciliten la participación laboral de las mujeres en un plano de igualdad.
- ▶ Comprender y tratar las consideraciones psicosociales y de salud mental del personal de salud es clave para detener y prevenir el riesgo de repercusiones a largo plazo en su bienestar y su capacidad para hacer frente a la adversidad. Se necesita revalorizar las profesiones ligadas a la salud mental y que los psicólogos sean parte integral de los equipos de salud ocupacional.
- ▶ Proponer espacios de diálogo entre trabajadores de la salud y empleadores públicos y privados, que permitan fortalecer las capacidades en la gestión de riesgos, implementación de la normativa relacionada, discutir las problemáticas y plantear alternativas de solución. El diálogo es un mecanismo de información y ejercicio de los derechos de participación.
- ▶ Generar planes de capacitación de seguridad industrial, física y emocional, de manera gratuita y colectiva para promover el conocimiento de riesgos laborales y evitarlos.

► 3. Referencias bibliográficas

- Acosta, A. 2020. "El coronavirus en los tiempos del Ecuador". *Análisis Carolina*, 1-19. https://doi.org/10.33960/ac_23.2020
- Acuerdo interministerial MDT-MSP-0345-2019.
- Asamblea Nacional. 2020. Ley Orgánica de Apoyo Humanitario para combatir la crisis sanitaria derivada del Covid-19.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2021. "*La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad*". Informe especial COVID-19 N°9. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46633/5/S2000740_es.pdf
- Corte Constitucional del Ecuador. 2021. Sentencia: No. 18-21-CN/21. SCN Consulta de constitucionalidad de norma. <https://portal.corteconstitucional.gob.ec/FichaRelatoria.aspx?numdocumento=18-21-CN/21>
- East, S., T. Laurence, y E.L Mourelo. 2020. *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. Buenos Aires: OIT, ONU Mujeres Argentina y UNFPA Argentina.
- INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). 2018. "Estadístico de Recursos y Actividades de Contenido". *Registro estadístico de recursos y actividades de salud*, 33. s.l: INEC.
- . 2020. "Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud (RAS)". s.l: INEC.
- . 2021. "Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo 2018, 2019 y 2020". s.l: INEC.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. 2021. *Reporte de afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*.
- Ministerio de Finanzas. 2021. Distributivo de personal 2018, 2019 y 2020. s.l: MF.
- Ministerio de Salud Pública. 2020. Comunicado Oficial: 5.429 profesionales de la salud recibieron el nombramiento definitivo, a escala nacional. <https://www.salud.gob.ec/comunicado-oficial-5-429-profesionales-de-la-salud-recibieron-el-nombramiento-definitivo-a-escala-nacional/>
- . 2020. "El MSP informa: Situación nacional por COVID-19". Infografía No. 196
- . 2021. "MSP entregó nombramientos a profesionales de la salud en cumplimiento a la Ley Humanitaria". <https://www.salud.gob.ec/msp-entrego-nombramientos-a-profesionales-de-la-salud-en-cumplimiento-a-la-ley-humanitaria/>
- Ministerio de Trabajo. 2019. "Norma técnica para la optimización de gastos de personal en la modalidad de contratos de servicios ocasionales y eliminación de partidas vacantes en el sector público. Acuerdo Ministerial 001-2019". <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/Acuerdo-Ministerial-MDT-2019-001.pdf?x42051>
- . 2021. "Base de datos del Sistema Único de Trabajadores 2018, 2019 y 2020".

- . 2020. "Seguridad y Salud en el Trabajo MDT".
<https://www.trabajo.gob.ec/seguridad-y-salud-en-el-trabajo/>
- Ministerio de Trabajo y Ministerio de Salud. 2019. Refórmese la "Norma Técnica para la Implementación del Internado Rotativo en los Establecimientos de Salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria".
- OIT (Organización Internacional del Trabajo). 1977. *Conditions of work and equality department decent working time for nursing personnel* : 149.
- . 2020. "Frente a la pandemia: Garantizar la seguridad y salud en el trabajo". s.l: OIT.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_742732.pdf
- . 2021. "El aporte de las persona refugiadas y migrantes venezolanas frente a la pandemia de la COVID-19 en los servicios esenciales de salud. Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México y Perú". (p. 87). https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_794074.pdf
- . 2012. "SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo : guía del formador". s.l: OIT. <http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2012/471811.pdf>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2020. "Global Health Expenditure Database".
https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en
- . 2006. "Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo". Ginebra: OMS.
- . 2020. "Situación de la enfermería en el mundo 2020: Invertir en educación, empleo y liderazgo". s.l: OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332164>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo. 2020. "Seguridad y salud de los trabajadores en las crisis sanitarias: Manual sobre la protección del personal sanitario y de los equipos de emergencia". s.l: OIT. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333780>
- Organización Panamericana de la Salud. 2020. COVID-19 has infected some 570,000 health workers and killed 2,500 in the Americas, PAHO Director says—PAHO/WHO. S.l: OPS. <https://www.paho.org/en/news/2-9-2020-covid-19-has-infected-some-570000-health-workers-and-killed-2500-americas-paho>
- OMS y OIT. 2018. Occupational safety and health in public health emergencies. Ginebra: OIT.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Pazmiño Erazo, E. E. Alvear Velásquez, M. J. Saltos, I.G Chávez, y D.E Pazmiño Pullas. 2021. "Factors Associated With Psychiatric Adverse Effects in Healthcare Personnel During the COVID-19 Pandemic in Ecuador". *Revista Colombiana de Psiquiatría*, s.n. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.007>

Presidencia de la República de Ecuador. 2020. Reglamento General de la Ley Orgánica de Apoyo Humanitario. Decreto Ejecutivo 1165. Registro Oficial Suplemento 303 de 05-oct.-2020.

———. 2021. Decreto Ejecutivo Nro. 1278. https://www.fielweb.com/App_Themes/InformacionInteres/Decreto_Ejecutivo_N_1278_20210222191037_20210222191040.pdf

Tapia-Escalante, H. 2021. "Enfoque ergonómico: factores humanos para profesionales de la salud en tiempos de pandemia. A propósito de una experiencia". *Ergonomía, Investigación y Desarrollo*, 3(2), 2021, 82-93. DOI: <https://doi.org/10.29393/EID3-16EEHT10016>

The Lancet. 2020. "COVID-19: Protecting health-care workers". *Issue*, 395, 10228, P922. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30644-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30644-9/fulltext)

▶ Anexo 1: Metodología para el análisis del perfil de los trabajadores de la salud

Fuentes de información utilizadas para el análisis

Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo ENEMDU: Es una de las principales operaciones estadísticas del país. Es producida por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y se constituye como la fuente oficial de los indicadores del mercado laboral. Para el análisis, se utilizaron las rondas de diciembre 2018, 2019 y 2020, y las categorías de “actividades de atención de la salud humana y de asistencia social” a 4 dígitos de desagregación de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU4). Estas se pueden observar en la siguiente tabla.

▶ **Tabla 1. Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social.**

| Código | Descripción de la actividad |
|--------|--|
| Q8610 | Actividades de hospitales y clínicas |
| Q8620 | Actividades de médicos y odontólogos |
| Q8690 | Otras actividades de atención de la salud humana |
| Q8710 | Actividades de atención de enfermería en instituciones |
| Q8720 | Actividades de atención en instituciones para personas con retraso mental, enfermos mentales y toxicómanos |
| Q8730 | Actividades de atención en instituciones para personas de edad y personas con discapacidad |
| Q8790 | Otras actividades de atención en instituciones |

Fuente: Elaboración propia.

Registro Estadístico de Actividades y Recursos de la Salud (RAS): Es una operación estadística destinada a recopilar la información sobre personal, equipo y actividades realizadas en el año de la investigación en todos los establecimientos de salud, disponga o no de internación hospitalaria. La operación estadística tiene un rezago de dos años y la última versión disponible es la información del 2018.

Registro Administrativo del Sistema Único de Trabajo: El Ministerio de Trabajo está encargado de la construcción y gestión del registro administrativo del Sistema Único de Trabajo. Está constituido como un instrumento de gestión laboral que contempla a todos los sistemas involucrados para el registro de trámites de empresas y entidades públicas¹² y privadas relacionadas con el ámbito laboral o de trabajo. Para el presente informe se trabaja con los contratos vigentes, del 2018 al 2020 y las actividades económicas del CIIU descritas en la tabla 1.

Distributivo del Ministerio de Finanzas: Este registro administrativo refleja la información de las personas contratadas en las instituciones públicas y es consolidado en a través del sistema del Ministerio de Finanzas que realiza el pago de salarios. La información considerada en el análisis corresponde a las personas contratadas por el Ministerio de Salud, Dirección de Salud de la Policía Nacional e instituciones de salud de las Fuerzas Armadas.

12. No se incluyen los servidores públicos regidos por la Ley Orgánica de Servicio Público.

En función de la disponibilidad de cada fuente de información se utilizó el RAS para realizar desagregaciones por la División Política Administrativa del país. Así también los indicadores han sido divididos en cuatro ámbitos en función de su alcance para una mejor caracterización de la información: sociodemográfica, características del hogar, laborales y del Sistema Nacional de Salud.

Cada una de las fuentes tiene un alcance diferente en función de la unidad de investigación en la que se enfocan. La ENEMDU se enfoca en la información de los profesionales sanitarios y asistenciales de la salud que trabajan tanto en condición de asalariados (vinculados al sector público o privado) como independientes (cuenta propia y patronos); El RAS recoge información del personal que labora únicamente en establecimientos de salud¹³ tanto públicos como privados; el Distributivo del MEF contiene información del personal de salud que labora en unidades de salud del sector público pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Defensa y Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional; el registro administrativo del SUT presenta información de los contratos del personal de salud vinculado al sector público o privado bajo Código de Trabajo o Acuerdos Ministeriales; por último, el registro del IESS contiene información del personal de la salud afiliado de acuerdo al régimen laboral, sea LOSEP o Código de Trabajo.

A pesar de las diferencias metodológicas y del alcance de cada una de las fuentes de información utilizadas, todas se refieren al personal sanitario y asistencial, sin embargo, por las diferencias anotadas anteriormente el número de personas identificadas varía de acuerdo con la tabla 2.

► **Tabla 2. Número de profesionales y trabajadores de salud de acuerdo con fuentes de información.**

| Alcance y unidad de investigación | | 2018 | 2019 | 2020 |
|-----------------------------------|---|---------|---------|---------|
| ENEMDU | Personas en edad de trabajar vinculadas al sector de la salud* que pueden estar empleadas o no | 184 137 | 183 606 | 167 877 |
| RAS | Personal que trabaja en instituciones de salud* | 143 326 | | |
| Distributivo MEF | Personal vinculado al Ministerio de Salud Pública, Dirección de Salud de la Policía y a instituciones de salud de Fuerzas Armadas | 88 072 | 84 506 | 83 889 |
| SUT | Personal con contratos vigentes bajo el Código de Trabajo y Acuerdos Ministeriales en instituciones del sector de la salud* | 79 782 | 81 707 | 86 458 |
| IESS | Personas Afiliadas a empresas o establecimientos del sector de la salud* | 139 054 | 139 024 | 134 626 |

*De acuerdo con el CIIU Q8610 al Q8790.

Fuente: Elaboración del equipo consultor SEYA.

Cabe indicar que de acuerdo con la metodología homologada¹⁴ del indicador del número de profesionales y trabajadores de la salud, en el RAS existen 143 326 personas vinculadas al sector salud. Sin embargo, en

13. Están divididos en dos grupos: los que disponen de camas hospitalarias (hospitales generales y especializados, clínicas generales y especializadas y maternidades) y los establecimientos de salud de atención abierta o consulta externa (centros y subcentros de salud públicos, dispensarios médicos y otros como enfermerías, puesto rural de salud, banco de sangre, laboratorios clínicos, puestos de socorro, puestos de salud de carácter público). (INEC 2020).

14. El indicador homologado por la Comisión Estadística de Salud se refiere al número del personal de salud está relacionado al tiempo de trabajo mínimo de trabajo al día para la atención de salud (ocho horas), por lo cual, para estimar el trabajo y los servicios que brinda el personal sanitario y asistencial en su conjunto, para aquellos que trabajan seis horas, cuatro horas, menos de cuatro horas y los médicos eventuales o de llamada, se realiza una ponderación de las horas trabajadas: ocho horas = 1; 6 horas = 0,75; cuatro horas = 0,50; y médicos eventuales o de llamada y menos de cuatro horas = 0,20 (ponderación promedio). Para revisión del cálculo en detalle se sugiere consultar el siguiente enlace:
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2018/____Ficha_metodologica_Tasa_Medicos.pdf

función del número de observaciones encontradas en el registro, se pueden enumerar 160 088 profesionales distribuidos en diferentes horas de trabajo al día (ocho horas, seis horas, cuatro horas, menos de cuatro, eventual). Dada la inexistencia de un identificador único para el personal sanitario y asistencial de salud en el registro, no se puede identificar si personas que trabajan menos de ocho horas, están vinculadas con diferentes lugares de trabajo, por tanto, las 160 088 observaciones pueden relacionarse con puestos de trabajo en el sector.

► **Anexo 2. Actores entrevistados y guía de preguntas.**

| No° | Actores entrevistados |
|-----|---|
| 1 | Miembro de Federación de Profesionales de la Salud Rural |
| 2 | Coordinadora Científica de Asociación Nacional de Médicos Rurales |
| 3 | Presidente Colegio de Médicos de Guayas |
| 4 | Secretario del Colegio de Médicos del Guayas |
| 5 | Miembro de Federación Odontológica Ecuatoriana |
| 6 | Miembro Federación Odontológica Ecuatoriana |
| 7 | Miembro Sindicato Único de Trabajadores del IESS |
| 8 | Presidente Colegio de Médicos de Pichincha |
| 9 | Presidente del Colegio de Psicólogos Clínicos de Chimborazo |
| 10 | Presidente Confederación de Trabajadores del Sector Público |
| 11 | Abogado Pontificia Universidad Católica del Ecuador |
| 12 | Presidente del Colegio de Químicos y Químicos Farmacéuticos |
| 13 | Miembro de Colegio de Profesionales Tecnólogos Médicos del Guayas/ Federación de Gremios de la Salud del Guayas |
| 14 | Miembro de Colegio de Obstetrices y Obstetras del Guayas/Federación de Gremios de la Salud del Guayas |
| 15 | Miembro de Colegio de Enfermeros y Enfermeras del Guayas/ Federación de Gremio de la Salud del Guayas |
| 16 | Secretario del Sindicato de trabajadores de la Salud (OSUNTRAMSA) |
| 17 | Médico del sector privado |
| 18 | Director de Talento Humano del Hospital Militar |
| 19 | Nutricionista del sector público |

Guía de preguntas para las entrevistas

► **Guía de preguntas para las entrevistas.**

| Temática | Pregunta general | Pregunta seguimiento |
|---|---|---|
| Introducción | ¿Para comenzar, nos puede contar un poco sobre usted y el trabajo que realiza? | Ciudad donde vive |
| | | Edad / familia o personas con las que vive |
| | | Institución / organización en la que trabaja / descripción del trabajo de la institución |
| | | Profesión / estudios |
| | | Puesto o puestos actuales de trabajo / descripción del trabajo que realiza |
| | ¿Puede describir su rutina de trabajo en una semana común, cómo se ve? | Años de experiencia en el sector |
| | | ¿Cuánto tiempo dedica a actividades laborales, cuánto al trabajo de cuidado y cuánto al descanso y la recreación? |
| | | ¿Cómo son sus rutinas de alimentación? |
| | | ¿Tiene más de un empleo o lugar de trabajo? |
| | | ¿Cuánto tiempo dedica a trasladarse de su lugar de residencia a su trabajo, y entre sus lugares de trabajo, de ser el caso? |
| Condiciones de empleo | ¿Cómo describiría las condiciones laborales en su trabajo? | ¿Cómo han cambiado las rutinas antes mencionadas a partir de la pandemia? |
| | | ¿Cómo han cambiado las dinámicas, rutinas y ritmos en su trabajo a partir de la pandemia? |
| | | ¿Cuáles son los cambios más necesarios para los trabajadores en [profesión] actualmente? |
| | | ¿Tiene seguridad social, de qué tipo? |
| | En su lugar de trabajo, ¿es suficiente el personal para brindar un servicio adecuado? | ¿Cuál es su valoración de las políticas y el marco normativo que regulan el trabajo en su campo? |
| | | ¿Cómo ha afectado la pandemia estas condiciones? |
| | | ¿En qué especialidades se necesita más personal? |
| | | ¿Cómo se distribuye el personal en la institución? |
| | ¿Qué modalidades de contratación se utilizan con mayor frecuencia para su profesión/especialidad? | ¿Por qué no está disponible ese personal? |
| | | ¿Cómo se distribuye el trabajo (turnos)? |
| | | ¿En el sector público? ¿En el sector privado? |
| | ¿Han habido desincentivos para que nuevas personas se vinculen con esta profesión? | ¿Cuáles son las características de estos contratos, por prestación de servicios, con relación de dependencia? |
| ¿Qué cambios mejorarían la situación laboral de los contratados? | | |
| ¿Cómo son las relaciones laborales con otros trabajadores en el sector de la salud? | ¿Hay incentivos de crecimiento profesional, de remuneración? | |
| | ¿Cómo son las relaciones laborales con sus superiores? | |
| | ¿Cómo son las relaciones con sus subordinados? | |
| | ¿Cómo son las relaciones con trabajadores en áreas complementarias? | |
| | ¿Cómo se toman las decisiones en su lugar de trabajo, se consulta al personal? | |
| | ¿Hay asociaciones de trabajadores en este campo? ¿Cómo funcionan? ¿Tienen la posibilidad de participación y sindicalización? ¿Se ejerce el derecho de asociación y negociación colectiva? | |

► **Guía de preguntas para las entrevistas.**

| Temática | Pregunta general | Pregunta seguimiento |
|------------------------------|--|--|
| Condiciones de empleo | ¿Existen situaciones donde el género influya sobre las condiciones laborales? | <p>¿Mujeres embarazadas? ¿Mujeres con hijos? ¿Período de lactancia?</p> <p>¿Quiénes están a su cuidado o dependen de usted? ¿Recibe beneficios por cargas familiares en su trabajo?</p> <p>¿Conoce casos de discriminación o acoso en su lugar de trabajo? ¿Considera que el acoso tiene un impacto sobre el bienestar de las/los empleados?</p> |
| | ¿Existen situaciones donde la nacionalidad influya sobre las condiciones laborales? | ¿Conoce casos de trabajadores de otras nacionalidades en su campo, cuál es su situación, es distinta a la de los ecuatorianos? |
| Seguridad | Existen varios riesgos laborales relacionados con la [profesión], ¿cuáles son los que actualmente más le preocupan a usted o a su organización/gremio? | ¿Existen comités paritarios para prevenir y evaluar los riesgos laborales (accidentes y enfermedades profesionales)? |
| | | ¿Cuáles considera que son las enfermedades profesionales de mayor riesgo en su campo? ¿Cómo ha cambiado esto con la pandemia? |
| | | ¿Cuáles considera que son los accidentes profesionales de mayor riesgo en su campo? ¿Cómo ha cambiado esto con la pandemia? |
| | | ¿Se han incrementado los riesgos de afectación psicológica la pandemia por COVID 19? |
| Salud | ¿Ha sido su salud o de sus compañeros afectada por la pandemia de COVID-19? | Salud física, emocional, psicológica |
| | ¿Cómo describiría la situación de bienestar emocional y psicológico de los trabajadores de la salud en este momento? | ¿Cómo describiría la situación de bienestar emocional y psicológico de los trabajadores de la salud en este momento? |



**Organización
Internacional
del Trabajo**

Oficina de la OIT para los Países Andinos

Centro Corporativo Ekopark
Torre 4, piso 3
Vía a Nayón y Av. Simón Bolívar
Quito - Ecuador

(593) 23824240
<https://www.ilo.org/ecuador>