

# ESTRÉS Y SOBRECARGA LABORAL DURANTE EL EMBARAZO: EXPERIENCIAS DE MÉDICAS DEL SECTOR ASISTENCIAL EN BOGOTÁ

Patricia Antolínez Ruiz\*  
María Mercedes Lafaurie Villamil\*\*

Recibido en agosto 14 2016, aceptado en abril 17 de 2017

---

## Citar este artículo así:

Antolínez P, Lafaurie MM. Estrés y sobrecarga laboral durante el embarazo: experiencias de médicas del sector asistencial en Bogotá. *Hacia promoc. salud.* 2017; 22(1): 84-100. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.7

---

## Resumen

**Objetivo:** Explorar cómo fueron sus embarazos desde las experiencias de médicas que trabajan en el sector asistencial en Bogotá. **Materiales y Métodos:** estudio cualitativo fenomenológico, realizado mediante entrevistas a profundidad entre noviembre y diciembre de 2015; para el análisis se utilizó el software Atlas.ti 7. **Resultados:** Las entrevistadas consideran que trabajaron en exceso en sus embarazos. El estrés causado por su actividad y la carga de trabajo son mencionados como situaciones de riesgo laboral para sus embarazos por parte de las entrevistadas, quienes en siete casos presentaron complicaciones (amenaza de parto pretérmino, amenaza de aborto, parto pretérmino, preeclampsia, eclampsia e hipertensión gestacional). Las condiciones de contratación, con frecuencia por prestación de servicios, son valoradas como difíciles por varias de las participantes; recomiendan reducir los tiempos laborales y, a las organizaciones, que las profesionales cuenten con condiciones para atender sus necesidades de salud. **Conclusiones:** Es imperioso avanzar en el estudio de la posible relación entre carga laboral y complicaciones del embarazo en las profesionales de la medicina; insistir en la importancia del cuidado en el embarazo de las mujeres de la profesión médica y lograr avances normativos para la protección especial a las trabajadoras de la salud durante sus embarazos.

## Palabras clave

Salud laboral, embarazo, personal de salud, investigación cualitativa, salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

---

\* Enfermera. Magíster en Enfermería con Énfasis en Gerencia de Servicios de Salud. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: antolinezgloria@unbosque.edu.co  orcid: 0000-0002-7289-6200

\*\* Psicóloga, Magíster en Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: lafauriemaria@unbosque.edu.co  orcid: 0000-0002-5993-740



## STRESS AND WORK OVERLOAD DURING PREGNANCY: EXPERIENCES OF PHYSICIANS OF THE CAREGIVE SECTOR IN BOGOTA

### Abstract

**Objective:** To explore how their pregnancies were from the experiences of doctors working in the health care sector in Bogotá. **Materials and Methods:** A qualitative phenomenological study was conducted using in-depth interviews, among voluntary participants between November and December 2015; the analysis of the data was performed using the software Atlas.ti 7. **Results:** The respondents believe that they worked in excess in their pregnancies. Stress caused by their activity and workload are mentioned as occupational risk situations for their pregnancies by the participants who in seven cases had pregnant complications (preterm labor and birth, miscarriage, hemorrhage, pre-eclampsia, eclampsia and gestational hypertension among others). The employment conditions often by service delivery are valued as difficult by several of the participants. They recommend reducing labor time and also that the work conditions of the health organizations meet their health needs. **Conclusions:** It is imperative to advance in the study of the possible relationship between workload and pregnancy complications in women physicians; insist in the importance of care during pregnancy for physician's women and persevere in achieving regulations developments especially on health workers' protection during their pregnancies.

### Key words

Occupational health, pregnancy, health staff, qualitative research, health (*source: MeSH, NLM*).

## ESTRÉS E SOBRECARGA LABORAL DURANTE A GRAVIDEZ: EXPERIÊNCIAS DE MÉDICAS DO SETOR ASSISTENCIAL EM BOGOTÁ

### Resumo

**Objetivo:** Explorar o que aconteceu durante suas gravidezes desde as experiências de médicas que trabalham no setor assistencial em Bogotá. **Materiais e Métodos:** estudo qualitativo fenomenológico, realizado mediante entrevistas a profundidade entre novembro e dezembro de 2015; para o análise se utilizou o software Atlas.ti 7. **Resultados:** As entrevistadas consideram que trabalharam em excesso em suas gravidezes. O estresse causado por sua atividade e a carga de trabalho é mencionado como situações de risco laboral para suas gravidezes por parte das entrevistadas, quem em sete casos apresentou complicações (ameaça de parto pré-termo, ameaçam aborto, parto pré-termo, pré-eclâmpsia, eclampsia e hipertensão gestacional). As condições de contratação, com frequência por prestação de serviços, são valoradas como difíceis por varias das participantes; recomendam reduzir os tempos laborais e, às organizações, que as profissionais contem com condições para atender suas necessidades de saúde. **Conclusões:** É imperioso avançar no estudo da possível relação entre carga de trabalho e complicações da gravidez nos profissionais da medicina; insistir na importância do cuidado na gravidez das mulheres da profissão médica e lograr avanços normativos para a proteção especial às trabalhadoras da saúde durante suas gravidezes.

### Palavras chave

Saúde laboral, gravidez, pessoal de saúde, pesquisa qualitativa, saúde (*fonte: DeCS, BIREME*).

## INTRODUCCIÓN

Las transformaciones culturales han llevado a un ideal de vida que, sobre todo en el caso de las mujeres, exige su desarrollo personal simultáneo en los ámbitos familiar y laboral; con frecuencia se presentan en las vidas de las mujeres tensiones entre estas dos esferas vitales (1). A partir de la incorporación de las mujeres a la vida laboral y debido al mantenimiento de la división sexual del trabajo, la tradicional concepción que atribuye los cuidados familiares a las mujeres ha conducido a conflictos entre su vida personal y su vida laboral (2).

La corresponsabilidad entre mujeres y hombres y el replanteamiento de los roles atribuidos a cada género, surgen como opciones para mejorar la equidad entre los géneros, en concordancia con el cambio que se viene presentando en la relación entre la vida de la familia y el trabajo (3). No obstante, son lentas las transformaciones y los espacios de hombres y mujeres no son coincidentes en cuanto a las tareas del cuidado, a pesar de que las mujeres se han incluido en el mercado laboral (4).

En el ámbito laboral se presentan con frecuencia desigualdades de género, siendo el embarazo un aspecto central de la discriminación que pesa sobre las mujeres. De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo, “el estado de embarazo, o de la posibilidad de un futuro embarazo de las mujeres en edad reproductiva, constituye una de las manifestaciones más frecuentes de la discriminación hacia las mujeres en el mundo laboral” (5). Aunque la igualdad de género ha avanzado en el mercado laboral, lo que se evidencia en la disminución de las brechas de género en sus principales indicadores, aún se mantienen considerables diferencias entre hombres y mujeres a desfavor de ellas (6).

El embarazo enfrenta a las mujeres con el reto de conciliar los roles maternal y profesional,

además de lo cual se ven afectadas por prejuicios y actitudes hacia las embarazadas en el entorno organizacional (7). De acuerdo con Goyes, la protección del embarazo en el contexto laboral está consagrada en instrumentos internacionales emanados de la Organización de Naciones Unidas, no obstante lo cual y como lo expone la autora: “Sigue sin resolverse el problema de la mayoría de las trabajadoras en relación con la desigualdad de trato, derivada de su función reproductora”. En el caso de Colombia, según lo señala Goyes, existe una gran distancia entre las normas y su contenido teórico y su aplicación en la vida cotidiana, dado que estas pretenden afectar la tradición patriarcal, la cual se encuentra todavía ampliamente arraigada (8).

A pesar de las limitaciones dictadas por la cultura, las leyes colombianas en el campo laboral han avanzado considerablemente en lo relativo a la búsqueda de la erradicación de la desigualdad laboral de las mujeres. El Decreto 4463 de 2011, reglamenta en el campo laboral la Ley 1257 de 2008 o Ley de Violencia contra las mujeres; busca reducir desigualdades e incluir a las mujeres en ámbitos laborales no tradicionales (9). En 2013 se dio a conocer el Programa Nacional de Equidad Laboral con Enfoque Diferencial de Género, del Ministerio de trabajo, orientado a “la prevención y erradicación de todas las formas de discriminación, inequidad y violencia contra las mujeres en su lugar de trabajo y la promoción de su participación en el mercado laboral”, uno de cuyos objetivos está en sensibilizar y capacitar a las entidades empleadoras para el cumplimiento de las disposiciones a favor de las mujeres en la vida laboral, siendo la protección de las trabajadoras en estado de embarazo uno de los aspectos relevantes a considerar (10).

Debido al embarazo, las mujeres enfrentan tensiones laborales; el estar en embarazo afecta con frecuencia el estado psicosocial de la gestante en su vida laboral (11). Diversas investigaciones destacan el estrés laboral como condición de

riesgo para la gestante trabajadora (12). Ciertos peligros que se presentan en el espacio laboral, según lo señala la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, pueden ser nocivos para la salud y la seguridad de las mujeres gestantes (13).

Las trabajadoras de la salud, además de verse afectadas en su esfera psicosocial durante sus embarazos, se enfrentan a múltiples y diversos riesgos (14); entre estos riesgos se destacan la presencia de factores químicos y biológicos en el ambiente, tener que trabajar largas jornadas laborales, realizar esfuerzo físico, trabajar bajo presión laboral, tener contacto con anestésicos y con fármacos antitumorales (15) y verse expuestas a radiaciones ionizantes (16). La exposición a infecciones de transmisión directa como citomegalovirus, influenza y fiebres eruptivas, representa un especial riesgo para este tipo de trabajadoras durante sus embarazos (17). Las trabajadoras de la salud embarazadas pueden estar en riesgo de exposición ocupacional a patógenos relacionados con una mayor morbilidad y mortalidad materna, así como a complicaciones perinatales (18). En el caso de las mujeres médicas, el trabajar por largas horas durante los tres primeros meses del embarazo se asocia con complicaciones de la gestación (19).

La literatura científica da cuenta de los riesgos a los que se enfrentan las trabajadoras del área de la salud durante sus gestaciones y reporta avances en lo relativo al estudio de sus efectos sobre la salud de las madres y sus hijos; sin embargo, son relativamente escasos los estudios cualitativos que abordan los significados que las trabajadoras le dan a cómo es trabajar durante sus embarazos, en su contexto laboral. Es por ello que el presente estudio se ha propuesto explorar, a partir de sus relatos, los significados que médicas de Bogotá le dan a cómo fue trabajar durante sus embarazos en el medio asistencial.

Se eligió el modelo fenomenológico para orientar el estudio, por cuanto la fenomenología se interesa

en abordar las experiencias humanas partiendo de la manera como son vividas y relatadas por las personas (20). La experiencia narrada está circundada por la cultura y trae consigo, entre otras, emociones y experiencias anteriores (21).

Fueron entrevistadas ocho médicas que laboran en diferentes campos asistenciales dentro de entidades de tipo privado, cuyas experiencias, una vez analizadas, llevan a importantes reflexiones. La información fue recolectada entre los meses de noviembre de 2015 y diciembre de 2015.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio llevado a cabo partió de un diseño cualitativo fenomenológico; se tuvo en cuenta una “selección con un propósito” propuesta por Maxwell, la cual es deliberada y orientada a obtener la mejor calidad de información (22). Los criterios de inclusión tenidos en cuenta fueron los siguientes: ser profesionales de la medicina, haber estado embarazadas durante los dos últimos años, haber trabajado durante el embarazo en el medio asistencial y estar dispuestas a participar en el estudio. Participaron ocho médicas, todas ellas vinculadas laboralmente al sector privado y afiliadas al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud al momento de sus embarazos; cada participante estaba vinculada a una entidad diferente, con lo que se buscó controlar el sesgo institucional y otorgarle heterogeneidad a la muestra; la mitad son médicas generales y la otra mitad médicas especialistas. Se implementó una entrevista a profundidad (23) a cargo de la investigadora principal, basada en diez preguntas abiertas, orientadas por el marco teórico, en que se trataron cuatro tópicos centrales con las participantes, además de la obtención de datos de caracterización: cómo fue su último embarazo; cómo fue su experiencia laboral durante su embarazo; qué problemáticas y situaciones de riesgo para su embarazo consideran haber experimentado y qué recomendaciones hacen para garantizar la protección del embarazo

en su contexto laboral, teniendo en cuenta una guía previamente validada en su contenido por dos expertas; la entrevista fue grabada y transcrita. Se realizó un análisis de contenido de las narraciones obtenidas, con apoyo del software Atlas.ti 7 (24).

La Resolución 008430 del Ministerio de Salud define este tipo de estudios como de riesgo mínimo (25); en el trabajo de campo, se consideró la sensibilidad de los temas a tratar y se implementó previamente un consentimiento informado de tipo escrito, en el que se tuvo en cuenta los principios de respeto a los derechos de las entrevistadas, así como los criterios de confidencialidad. Se hace uso

de seudónimos con el fin de preservar la privacidad de las participantes.

## Principales hallazgos

### Caracterización de las participantes

Como ya se ha afirmado, la totalidad de las participantes laboraban en el área asistencial con entidades de carácter privado y estaban afiliadas al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. En la Tabla No.1, se presentan datos para la caracterización sociodemográfica del grupo de participantes al momento del embarazo.

**Tabla 1. Caracterización sociodemográfica al momento del embarazo.**

| Seudónimo | Edad | Estado civil | Número de hijos vivos | Tipo de entidad donde laboraba   | Campo asistencial |
|-----------|------|--------------|-----------------------|--|-------------------|
| Liz       | 33   | Casada       | 1                     | Organización privada sin ánimo de lucro, que pertenece al Sistema de Protección y Seguridad Social | Medicina general  |
| Violeta   | 34   | Casada       | 1                     | Empresa de medicina prepagada  | Ginecobstetricia  |
| Elena     | 36   | Casada       | 0                     | Empresa prestadora de servicios de salud, EPS  | Ginecobstetricia  |
| Paula     | 29   | Unión libre  | 0                     | Empresa prestadora de servicios de salud, EPS  | Dermatología      |
| Claudia   | 33   | Casada       | 1                     | Empresa prestadora de servicios de salud, EPS  | Medicina general  |
| Lina      | 36   | Casada       | 1                     | Organización privada sin ánimo de lucro, que pertenece al Sistema de Protección y Seguridad Social | Medicina general  |
| Valeria   | 27   | Casada       | 0                     | Empresa prestadora de servicios de salud, EPS  | Medicina general  |
| Ángela    | 32   | Casada       | 0                     | Clínica Universitaria  | Psiquiatría       |

Fuente: las autoras. Bogotá, junio de 2016.

Las edades de las participantes estaban, al momento de su última gestación, entre los 27 y los 36 años de edad. La mitad de ellas tenía un hijo y la otra mitad aún no tenía hijos cuando se presentó el embarazo. Con excepción de una participante que vivía en unión libre, todas las entrevistadas estaban casadas.

### Caracterización de los embarazos

Conocer sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva asociados al embarazo, permite contar con información altamente relevante para este estudio. A continuación, se presentan algunos datos que ayudan a caracterizar sus últimos embarazos, los cuales fueron aportados por las participantes:

**Tabla 2. Caracterización de los embarazos.**

| Seudónimo | Embarazos previos | Abortos previos | Embarazo planeado | Asistencia a curso de preparación para la maternidad | Complicaciones del embarazo  | Otros problemas de salud asociados al embarazo |
|-----------|-------------------|-----------------|-------------------|--|--|--|
| Liz       | 1                 | No              | No                | No   | Restricción de crecimiento intrauterino, preeclampsia, eclampsia, parto prematuro. |  |
| Violeta   | 1                 | No              | Sí                | No   | Amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino                                     |  |
| Elena     | 0                 | No              | Sí                | No   | Proteinuria positiva en la semana 29   | Sacroileítis                                   |
| Paula     | 0                 | No              | No                | No   | No presentó complicaciones   |  |
| Claudia   | 1                 |                 | No                | No   | Amenaza de aborto, hemorragia, hiperémesis gravídica                               | Anemia severa                                  |
| Lina      | 1                 | No              | No                | No   | Amenaza de parto pretérmino.   |  |
| Valeria   | 0                 | No              | No                | No   | Hipertensión inducida por el embarazo  | Depresión                                      |
| Ángela    | 1                 | 1               | Sí                | Sí   | Ruptura prematura de membranas   |  |

Fuente: las autoras. Bogotá, junio de 2016

Familias pequeñas, de máximo un hijo son aquellas donde se presentaron los embarazos sobre los cuales las participantes en el estudio narran sus experiencias. Entre los antecedentes reproductivos, una de las participantes reporta haber experimentado previamente un aborto; cuatro ya habían tenido un primer parto y cuatro experimentaron su primer parto. Solo en tres casos, se trata de embarazos planeados. En siete de los ocho casos los embarazos presentaron complicaciones.

### **Los embarazos: inesperados y con complicaciones**

A las participantes se les preguntó acerca de cómo fueron sus últimos embarazos. Cinco de las entrevistadas no esperaban aún su embarazo y tenían otros planes, como estudiar, no obstante lo cual, este fue aceptado por ellas y por sus parejas en todos los casos. A Paula, el embarazo la tomó por sorpresa; sin embargo, no le fue difícil aceptarlo. Así lo expresó: “No estaba esperando bebé. Ya estábamos viviendo juntos, entonces, fue bien tomado”. Para Liz, en cambio, la noticia del embarazo fue difícil de asimilar. De este modo narró su reacción:

Un niño no deseado es bastante complicado, entonces, estaba deprimida, no hablaba con nadie, me trastorné, mis compañeros no sabían qué era lo que me pasaba, yo no tenía claro qué iba a hacer, si lo iba a tener o no, porque pues pensé en todas las posibilidades; pero pues finalmente pues lo asumí, con mi esposo, pues cuando le conté a él ya todo como que se calmó, porque yo le tengo confianza y todo fue diferente; me apoyó todo el tiempo, me dio fuerza, ánimo, y pues la relación mejoró, me cuidaba más, me consentía más, estaba muy pendiente, fue chévere.

En Colombia, según Prada et al. (26), la proporción de nacimientos no planeados ha aumentado

ostensiblemente, pasando de 36% en 1990 a 51% en 2010, presentándose poca diferencia entre unas y otras regiones. En ese período, pese a importantes avances en cuanto a la anticoncepción, la proporción de embarazos no planeados ha incrementado de la mitad a dos terceras partes del total de embarazos, dada la creciente motivación por tener menos hijos. Según las autoras, un embarazo no planeado da lugar por lo general a un nacimiento no planeado.

Llama la atención que siete de las ocho participantes no asistieron a los cursos de preparación para la maternidad y la paternidad. La falta de tiempo es el argumento de seis de ellas, como fue el caso de Paula: “No tuve tiempo, no tuve tiempo; yo creo que trabajé en exceso durante el embarazo”. Liz reporta que tuvo dificultades para asistir por no causar conflicto en la entidad donde trabaja: “cada curso era pedir un permiso y yo no quería interferir con las labores, como para no generar problemas allá”.

Sorprende encontrar que únicamente una de las ocho participantes reporta que no presentó ninguna complicación en su embarazo. Como se puede observar en la Tabla 2, en este grupo se presentaron diversas complicaciones del embarazo: amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, hemorragia, preeclampsia y eclampsia, hipertensión inducida por el embarazo y restricción del crecimiento intrauterino. También se reportan problemáticas como la sacroileítis y la depresión. Este fue el caso de Violeta:

Yo hice amenazas de aborto y luego hice una amenaza de parto pretérmino muy temprana, porque pues tenía una carga laboral muy alta, me tenía que desplazar mucho y todo, entonces hice una amenaza de parto pretérmino muy temprano a la semana 27 o sea, tuve un riesgo muy alto, de tener mi bebé prematuro, me tocó después de la semana 27 mirar para el techo todos los días.

Valeria, la más joven del grupo y primigestante, se vio enfrentada a una depresión y a una hipertensión inducida por el embarazo; estuvo tres veces hospitalizada durante el último trimestre del embarazo. Esta es su conclusión sobre la experiencia vivida: “A mí no me gustó, la verdad no me gustó, estoy feliz con mi bebé y lo amo mucho, pero la experiencia del embarazo no fue gratificante para mí, no me gustó”.

### **Estrés psicosocial y sobrecarga laboral**

Con respecto a sus condiciones laborales, las participantes reportan, en general, circunstancias complejas. En varios casos, las entrevistadas poseían contratos por prestación de servicios, como lo mencionó Paula: “Este contrato es por prestación de servicios, entonces, si uno no trabaja uno no gana”. Adicional a esto, algunas participantes tenían un trabajo complementario. A propósito de ello Violeta, quien es especialista en ginecoobstetricia, comenta lo siguiente:

El sistema laboral como tal no es agradecido con el médico por la forma como lo contratan (...) En términos generales no es una experiencia favorable tener que hacer muchas cosas, y tenerlas que mezclar en las condiciones que nos toca a los médicos aquí en Colombia (...) El embarazo para una médica es una tragedia, es una tragedia desde el punto de vista financiero, porque es que en la mayoría de las partes donde uno trabaja, trabaja por prestación de servicios, entonces, si tú no vas no te pagan.

Expone Pastor que los procesos de feminización de profesiones como la medicina no están generando mejores trayectorias profesionales de las mujeres, en concordancia con su formación académica (27). De otra parte, algunos análisis han puesto de manifiesto la difícil situación laboral de los médicos y médicas en Colombia de unos años hacia acá (28-29).

Acerca de las situaciones que pudieron afectar sus embarazos, algunas participantes mencionan que en su actividad como profesionales de la medicina se enfrentan a todo tipo de riesgos; sin embargo, el estrés causado por la presión en su trabajo y la carga laboral fueron mencionados por la totalidad de las entrevistadas como situaciones significativas que tuvieron que enfrentar durante sus embarazos, tal como lo expresa Claudia:

Con mi trabajo, pues yo pienso que el estrés; acá a pesar de que vemos consulta externa, que no es un servicio de urgencias, está el hecho de tú no atrasarte, de que el sistema se caiga, de que tengas que levantarte tú cada veinte minutos a llamar al siguiente paciente, sentarte, volverte a levantar a revisarlo, volverte a sentar, el hecho de no tener un tiempo por ejemplo para salir a comer algo, hacer unas media mañanas por decir algo. Yo pienso que eso y el estrés de atender a los pacientes: uno se carga de todas formas todo con los problemas de los pacientes, uno se carga emocionalmente.

Esta es la opinión de Elena, quien tuvo una incapacidad por la sacroileítis que desarrolló:

Los médicos siempre estamos expuestos porque trabajamos en hospital, hay riesgos de infección, las cargas laborales que tenemos (...) Yo trabajaba todo el día y todos los días, la sacroileítis se intensificó por el trabajo (...) Me incapacitaron los dos últimos meses.

La presencia de estrés psicosocial laboral puede llevar a alteraciones de la salud física, de acuerdo con lo señalado por Marrero, quien afirma que si bien las complicaciones de la gestación y el bajo peso al nacer poseen causas biológicas bien conocidas, los factores psicosociales no se pueden descartar en asociación con estas situaciones (12).

Además de la carga laboral, otra fuente de estrés mencionada por Violeta es la limitación que genera

el embarazo para la realización de ciertas labores en su campo laboral:

La imposibilidad física de desplazarse, el embarazo pesa, el embarazo, no puedo decir que duele pero es incómodo, es físicamente incómodo (...) yo no podía hacer esa fuerza para instrumentar un parto, entonces habían cosas que yo debía cederle a otro que estaba en capacidad de hacerlo porque ya debía proteger mi embarazo. Sí, existe un grado de discapacidad para ejercer las funciones como médico, sí.

Liz tuvo un embarazo de alta complejidad que derivó en un parto pretérmino; reporta que estuvo internada en unidad de cuidados intensivos. Entre sus complicaciones durante el embarazo estuvieron la anemia severa, la restricción de crecimiento intrauterino, la preeclampsia y la eclampsia. Relata que se excedió en cuanto a la intensidad de su trabajo, buscando entre otras, no fortalecer los prejuicios sobre las embarazadas en su medio laboral:

Nunca me excusaba diciendo que yo estaba embarazada (...) no me gustaba que existiera diferencia entre un mujer no gestante y una que sí estuviera embarazada (...) Muchas veces faltaban los pacientes, y yo me acostaba en el escritorio y quedaba profunda, o estaba hablando con mis compañeras y me quedaba dormida hablando, ya la debilidad y el cansancio era demasiado fuertes, pero no faltaba (...) En una ocasión, consulté por una urgencia pero decidí consultar un viernes porque yo el sábado no trabajaba, entonces me fui el viernes y me incapacitaron (...) No me tomé la incapacidad, como era puente el lunes no trabajaba; me fui el martes a trabajar común y corriente. Me puse el objetivo de no incapacitarme nunca, de no quejarme nunca, de no pedir consideraciones aparte.

Además de la autoexigencia en el ámbito laboral, Liz se enfrentó a una triple jornada: “Estaba haciendo el posgrado entonces realmente llegaba de la universidad a las 11 de la noche; al otro día, corriendo por la niña y al trabajo, era complicado”.

Según lo exponen Arrizabalaga y Valls-Llobet, en el caso de las médicas la sobrecarga asistencial aunada a la presión laboral, más la demanda doméstica y familiar, contribuyen al estrés y al agotamiento en ellas (30). A esto se le añade que, como lo vemos en el caso de Liz, para combatir las percepciones erróneas comunes y los prejuicios laborales frente a la gestación, algunas mujeres embarazadas emplean estrategias para reafirmar su papel como ‘profesionales’, negándose a aceptar sus necesidades, acorde con su condición, tal cual lo señalan Salihu et al. (11).

La carga laboral alta representa un factor de riesgo para el embarazo. En el estudio realizado en el Japón por Takeuchi et al., en que se analizó la carga laboral del embarazo en mujeres profesionales de la medicina en relación con complicaciones de la gestación y el parto, los autores establecieron que las médicas con altas cargas laborales durante el primer trimestre de la gestación (alrededor de 72 horas semanales), comparadas con quienes trabajaban en jornadas de trabajo normales (de 40 horas) tenían tres veces más riesgo de sufrir amenaza de aborto; igualmente, el riesgo de parto prematuro fue 2,5 veces mayor (19). Una revisión realizada por Arain, en 2016, basada en 67 artículos científicos, describe la asociación entre las largas horas de trabajo de médicas residentes de diferentes áreas, durante sus gestaciones, y las complicaciones en el embarazo, siendo las más significativas el parto pretérmino y la preeclampsia (31). En Hungría, un reciente estudio transversal aleatorizado, realizado con participación de 3039 médicas, con el objetivo de establecer la posible relación entre el *burnout* y complicaciones reproductivas y del embarazo, reporta que las médicas del grupo estudiado tienen mayor posibilidad de embarazos de alto

riesgo que otras mujeres de la población general (26,3% vs. 16,3%) y mayores posibilidades de tener abortos espontáneos (20,8% vs. 14,6%); la presencia de *burnout*, representa un factor de riesgo altamente significativo relacionado con las complicaciones del embarazo; los embarazos de alto riesgo y los abortos espontáneos se vieron asociados significativamente con las dimensiones 'despersonalización' y "bajo logro personal"; la autora destaca la estrecha relación entre *burnout* y la alta carga laboral y el estrés causado por las condiciones de trabajo (32).

### El embarazo y la situación laboral

La situación laboral, para algunas participantes, se vio afectada con el embarazo. Si bien en varios de los lugares de trabajo las participantes recibieron apoyo, en otros se encontraron con jefes poco sensibles frente a su realidad, como lo narra Violeta:

Mi jefe en el lugar donde tenía el contrato a término indefinido era bastante difícil, hoy afortunadamente ya no está en ese cargo, pero era bastante difícil, entonces le parecía insólito que yo estuviera enferma: "¡Cómo así que tú estás enferma, estás embarazada!"; "¡No, pero es que estoy enferma! En serio, estoy sangrando, tengo una amenaza de aborto ¡Qué puedo hacer! ¡Estoy sangrando!"

Varios autores y autoras se refieren a que la discriminación y de afectación de los derechos de las gestantes son frecuentes en su vida laboral (5-8). El caso de Violeta connota prejuicios frente a la trabajadora embarazada e implica indiferencia y negligencia ante sus circunstancias y necesidades, lo cual resulta inusitado en un contexto como el de la salud, donde la protección del embarazo debería ser una prioridad. Los entornos laborales más expuestos a actos violentos suelen ser justamente los de atención sanitaria, según lo expone Horikian (33), quien añade que algunos trabajadores, sobre todo profesionales de la salud

y de servicios sociales, suelen considerar que los incidentes violentos hacen "parte de su trabajo" y que denunciar este tipo de situaciones puede traer consecuencias negativas para su reputación como profesionales, lo que lleva a que sea difícil contar con datos precisos sobre las dimensiones y consecuencias de esta realidad.

Contrario a Violeta, Claudia quien tuvo una larga incapacidad, contó con el respaldo de la empresa donde laboraba: "Tuve una complicación durante el embarazo. Entonces estuve incapacitada mucho tiempo. Yo tuve mucho apoyo de la corporación. Me dijeron que mientras yo necesitara pues estar incapacitada, pues que primero era mi salud".

Los compañeros fueron determinantes en sus experiencias; en todos los casos, las participantes reportan haber recibido la solidaridad y apoyo de parte de ellos. Así lo narra Ángela: "Me cuidaron mucho más; yo tengo la fortuna de que donde yo trabajo somos un equipo muy unido y me quieren mucho, yo los quiero muchísimo".

Liz muestra gratitud hacia sus compañeros de trabajo por el modo como se comportaron con ella: "La solidaridad fue extrema, fueron muy chéveres; la solidaridad, fue lo más importante; el respeto, pues bajo mi condición, fueron sensatas en sus apreciaciones siempre, los caballeros también; la verdad fue un equipo de trabajo muy bueno".

### Qué recomiendan las participantes

El reconocimiento de que la salud requiere ser priorizada tanto por ellas como por las organizaciones, se destaca entre los análisis que realizan las entrevistadas sobre sus experiencias, cuando se les solicita hacer recomendaciones para garantizar la protección del embarazo. La disminución de la carga laboral por parte de ellas y la necesidad de que las organizaciones flexibilicen la actividad permitiendo el descanso y el acceso al cuidado de la gestación, son los aspectos más reiterativos mencionados por las participantes.

Las participantes son conscientes de que trabajaron en exceso y consideran que ello afectó sus embarazos; una primera recomendación para sus colegas, prácticamente generalizada, es disminuir la carga laboral. Así lo expresó Elena: “Yo me compliqué al final por el exceso de trabajo que tenía, pero yo creo que si uno disminuye la carga laboral pues pudiera mejorar (...). Uno piensa que un embarazo es la cosa normal, el embarazo no es así, disminuir la carga laboral siempre es muy importante”.

Este es el punto de vista de Lina:

Yo creo que sí es importante desde el principio replantear el horario, el horario en sí mismo si te puede generar algún tipo de problema; o sea, tú sí puedes seguir laborando pero creo que las obligaciones, inclusive tu cronograma de control, exámenes y demás yo creo que sí sería bueno reconsiderarlo.

Poner la salud por encima del trabajo y reconocer la importancia del cuidado en la gestación es la recomendación que hace Liz a otras médicas, con respecto a sus embarazos:

El embarazo no es ninguna enfermedad, pero sí es una condición especial que requiere determinadas intervenciones en pro de la salud de esa gestante y primero pues está la salud de la embarazada y después el trabajo, es importante que ella se cuide y se conciente de su estado, no patológico pero sí especial, diferente y pues susceptible de los mayores cuidados por parte de ella y de las personas que están a su alrededor.

Violeta recomienda antes de decidir un embarazo contar con un soporte financiero adicional, atendiendo a la afectación de las condiciones laborales que sobreviene para las médicas embarazadas, además de reconocer la afectación que puede causar al embarazo el exceso de carga laboral:

Cuando te vas a embarazar como médica, necesitas tener colchón financiero. Obviamente, yo había tomado como un seguro que sabía que me iba a financiar, como una indemnización que nos dan a nosotras, a las mujeres médicas. El soporte que recibí financiero, lo recibí de haber planeado el embarazo y de haber planeado esa parte financiera. Uno tiene es ser como muy honesto con uno mismo, y reconocer cuál es su capacidad laboral bajo su condición; tener el criterio de decir que “esta situación, esta condición laboral que tengo me está afectando el curso de mi embarazo”.

A las entidades empleadoras, Claudia les recomendaría instituir pausas que permitan al menos descansar y tomar un refrigerio a quienes realizan consulta externa:

No digo que quitarnos carga laboral, pero sí por lo menos quitarnos un espacio aunque sea de 20 minutos a las que trabajamos en consulta externa para ir a comer algo, para no sentir tanto el estrés de “Venga, llame un paciente”, “llame al otro”, yo no sé qué.

Liz, quien tuvo una incapacidad de seis meses por parto prematuro, recomendaría lo siguiente a las entidades:

A los empleadores, yo les recomendaría que pues como todo médico, enfermera, personal de salud, suele complicarse más de lo que se complicaría una persona normal, es importante que ellos volteen a ver ese tipo de trabajadoras, las trabajadoras de la salud que siempre tenemos alguna arandela que hace que todo salga mal (...) deberían de estar ellos como líderes tratando de buscar eso, de favorecerle los espacios para que ella pueda ir a sus controles, a los talleres, que pueda sacar sus cursos, sus exámenes, sus ecografías(...) a veces no nos daban permiso porque ya había

agendas, pacientes, entonces uno no podía ir, entonces sí deberían ellos, pues por el bien de la misma empresa.

Llevar a buen término un embarazo, en el caso de las médicas, implica que se cumplan diversidad de condiciones, entre las cuales el entorno laboral, junto con el apoyo familiar, ocupa un lugar central. Además de unas condiciones de trabajo adecuadas, es importante que exista un ambiente amigable con respecto a las gestantes, en que estar embarazadas no se convierta en una limitación para ellas y su bienestar (34).

Como bien lo plantean Castro et al., las mujeres en estado de embarazo enfrentan mayores riesgos potenciales que la restante población trabajadora. Por ello, es necesario que sean adaptadas condiciones ergonómicas adecuadas a sus necesidades, así como garantizar la reasignación de tareas cuando ello sea pertinente. Es importante que ellas mismas valoren los posibles riesgos y los den a conocer para que estos puedan ser manejados (35).

## DISCUSIÓN

Los relatos de las participantes en este estudio llevan a importantes reflexiones sobre las situaciones que se destacaron en sus vivencias laborales, como profesionales de la medicina, durante sus embarazos. El primer aspecto y el más relevante está relacionado con la carga laboral excesiva y el estrés que implica la rutina de trabajo propia del quehacer de las médicas entrevistadas, lo cual según su percepción afectó sus embarazos. La situación laboral de las participantes, con frecuencia se ve reflejada negativamente en el autocuidado a lo largo de sus gestaciones. En los trabajos mediados por contratos por prestación de servicios, según los relatos analizados, la preocupación por la condición financiera, que se ve afectada si no se labora, lleva a las médicas gestantes a no disminuir su ritmo de trabajo, lo cual termina agotándolas y afectando su bienestar

durante sus embarazos. La presión laboral es otro aspecto que incide en que las participantes no cuiden de sus embarazos lo suficiente; a ello se le suma la existencia de cargas asociadas a su vida personal. Como lo menciona Verlander, el logro de un balance entre la vida personal y laboral es un reto para las mujeres profesionales de la medicina, quienes deben privilegiar el cuidado de otros, en muchas ocasiones, a expensas del cuidado propio (34).

Los embarazos de las participantes en este estudio fueron de alto riesgo en la mayoría de los casos. Aunque, por su carácter cualitativo, esta aproximación no puede aventurarse a generalizar ni a establecer relaciones causales entre aspectos como la carga laboral y el estrés, y el desenlace de los embarazos, sí surge la recomendación de que en futuros estudios y a través de otro tipo de aproximaciones se pueda profundizar en estas interacciones. De acuerdo con lo expuesto por Torres et al., el nivel de estrés laboral durante el periodo prenatal, en las trabajadoras embarazadas, podría tener consecuencias a corto o largo plazo en el futuro hijo (36). Como bien se halló en el Japón, los riesgos de aborto y de parto prematuro se incrementan en las médicas que trabajan en exceso (17). Sería importante realizar estudios comparativos, según contextos laborales, tipo de contratación y áreas de desempeño de la medicina.

En algunas entidades no se dieron condiciones favorables para el bienestar de las participantes en sus embarazos; por el contrario, el estado de embarazo causó dificultades laborales. Y es que el embarazo en sí mismo puede ser un factor que influye negativamente sobre el trabajo en el caso concreto de las trabajadoras embarazadas (34). Esto no deja de ser una paradoja, toda vez que las entrevistadas en su totalidad laboraban en organizaciones que brindan servicios de salud.

Algunos autores y autoras se refieren a la existencia de estresores en la vida laboral de los profesionales de la medicina (37-39). Mingote y su equipo

afirman que esos estresores se asocian a cambios en tres dimensiones que resultan especialmente relevantes para la salud médica de hoy: a) una mayor sobrecarga en la atención a pacientes, lo que conlleva un incremento en la carga emocional y mental; b) mayores requerimientos en los niveles macroeconómicos, que han llevado a maximizar las exigencias de adaptación de los trabajadores y trabajadoras sanitarios y c) un deterioro de las condiciones laborales actuales, lo que ha implicado, entre otras, incrementos en los turnos de trabajo, escasa promoción, movilidad descendente o forzosa y desempleo (39). A esta realidad, de la que no escapan las protagonistas de este estudio, se añade su condición de género que implica afrontar a la vez una carga laboral y familiar y el estado de embarazo, toda vez que como lo expone Ku Chung, la gestación es en sí misma una experiencia estresante, ya que la mujer se ve expuesta a una serie de molestias por los cambios biológicos del embarazo (40).

Resulta de especial importancia contemplar la morbilidad diferencial entre los profesionales de la medicina de sexo masculino y femenino. Según lo señalan Arrizabalaga y Valls-Llobet, el embarazo en las médicas es de alto riesgo obstétrico, por lo que se requiere considerar la salud y las diferencias de sexo en el ejercicio de la profesión médica como algo de sumo interés (30).

## CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio, en los que las médicas participantes destacan en sus experiencias de trabajo, el estrés generado por su actividad y la sobrecarga laboral como situaciones de riesgo que asocian a las complicaciones de sus embarazos, llevan a pensar que se requiere suscitar una reflexión amplia en torno a la protección del embarazo en profesionales de la medicina en Colombia, como un aspecto prioritario de derechos y de salud pública. La discusión en torno a las problemáticas

derivadas de la falta de protección de la maternidad entre las profesionales de la medicina, pondría de seguro en cuestionamiento la equidad de género en este ámbito disciplinar.

Es de importancia crucial hacer un llamado para que en las organizaciones se trabaje decididamente en la prevención de riesgos laborales durante el embarazo en las profesionales de la medicina y otras trabajadoras de la salud, lo cual implica entre otras, el mejoramiento del ambiente laboral, especialmente en lo referente al trato a las trabajadoras en estado de embarazo, la implementación de ajustes para adecuar el entorno laboral a las necesidades de las gestantes, la generación de estrategias de apoyo a las trabajadoras para el cuidado de la gestación, la construcción de espacios de reflexión sobre cómo fortalecer el autocuidado y el compromiso con la construcción de una cultura institucional de la protección a la trabajadora en estado de embarazo.

Estudiar desde las ciencias de la salud problemáticas asociadas a la vida laboral en relación con la vida reproductiva, ayuda a fortalecer la toma de decisiones en el campo normativo, aporta elementos de juicio para la promoción de la salud en el medio laboral y ofrece información relevante para la prevención en salud sexual y reproductiva. El estudio de la gestación en relación con la vida laboral, permite contar con referentes para fortalecer la política social en lo que compete a la protección de los derechos de la mujer trabajadora, por lo que se espera que los hallazgos de este estudio puedan ser inspiradores. La investigación cualitativa es vehículo para que lo que sucede en el ámbito personal sea reconocido en los contextos institucionales; explorar la perspectiva de las mujeres resulta de crucial importancia para lograr una comprensión de sus realidades y necesidades en el ámbito laboral durante la gestación. Por ello, estamos llamados a seguir explorando, desde la investigación cualitativa, las vivencias de las trabajadoras de la salud durante sus embarazos.

## AGRADECIMIENTOS

A quienes generosamente ofrecieron sus experiencias para el desarrollo de este trabajo, por sus importantes aportes a la comprensión del problema de estudio. A los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque, de la promoción 2016-I, que apoyaron el desarrollo de este trabajo: Sonia Acosta, Paula Cabrera, Alejandra Celis, Natalia Junca, Alexander Lumpaque, Sandra Ospina y Julián Pérez.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivero A. Conciliación de la vida familiar y la vida laboral: Situación actual, necesidades y demandas. Madrid: Instituto de la Mujer [Internet] 2013 [Consultado mayo 30 de 2016]. Disponible en: <https://www.um.es/estructura/unidades/u-igualdad/recursos/2013/007-conciliacion.pdf>
2. Secretaría de Igualdad UGT. Trabajar igual, cobrar igual, conciliar igual [Internet] 2013 [Consultado mayo 26 de 2016]. Disponible en: [http://www.ugt.es/Publicaciones/INFORME\\_SOBRE\\_PATERNIDAD\\_Y\\_CONCILIACION\\_2015\\_UGT.pdf](http://www.ugt.es/Publicaciones/INFORME_SOBRE_PATERNIDAD_Y_CONCILIACION_2015_UGT.pdf)
3. Gómez V, Jiménez A. Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. Polis Revista Latinoamericana [Revista en internet] 2015 mayo [Consultado 2015 junio 11] 40. Disponible en: <http://polis.revues.org/10784>
4. Cobo E. La herencia de las ausentes en el mundo del trabajo. Universidad Autónoma de Barcelona, Trabajo de fin de grado en Relaciones laborales. [Internet] 2015 [Consultado mayo 26 de 2016]. Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2015/133239/TFG\\_ecobomanchado.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2015/133239/TFG_ecobomanchado.pdf)
5. Organización Internacional del Trabajo. Promover la igualdad entre hombres y mujeres en el trabajo: una cuestión de principios [Internet] s/f [Consultado 2015 junio 15]. Disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san\\_jose/documents/publication/wcms\\_220030.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_220030.pdf)
6. Espino A, Salvador S, Paola Azar P. Desigualdades persistentes: mercado de trabajo, calificación y género. PNUD Uruguay [Internet] 2014 [Consultado junio 22 de 2016]. Disponible en: <http://www.uy.undp.org/content/dam/uruguay/docs/cuadernosDH/undp-uy-cuaderodh04-2015.pdf>
7. Casas L, Valenzuela E. Protección a la maternidad: una historia de tensiones entre los derechos de infancia y los derechos de las trabajadoras. Revista de derecho (Valdivia) [Internet] 2012 julio [Consultado mayo 30 de 2015] 25(1):77-101. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-09502012000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502012000100004&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0718-09502012000100004
8. Goyes I. Mujer, maternidad y trabajo en Colombia. Universidad de Nariño. [Internet] 2012 [Consultado febrero 20 de 2015]. Disponible en: <http://ciesju.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2012/12/Mujer-maternidad-y-trabajo-en-Colombia.pdf>
9. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 4463 de 2011 [Internet] 2011 [consultado el 28 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2011/Documents/Noviembre/25/dec446325112011.pdf>
10. Ministerio de Trabajo. Programa Nacional de Equidad Laboral con Enfoque Diferencial de Género (PEL), 2012.
11. Salihu HM, Myers J, August EM. Pregnancy in the workplace. *Occupational Medicine* 2012; 62:88–97.
12. Marrero Santos ML, Román Hernández JJ, Salomón Avich N. Estrés psicosocial laboral como factor de riesgo para las complicaciones de la gestación y el bajo peso al nacer. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en Internet] 2013 [consultado el 28 de febrero de 2015]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662013000500006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662013000500006&script=sci_arttext)
13. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Gestión de la protección de la mujer trabajadora en situación de embarazo y/o lactancia [Internet] 2015 [Consultado mayo 30 de 2016]. Disponible en: <http://www.oiss.org/estrategia/IMG/pdf/EOSyS-02.pdf>
14. Gonzalez C. Protecting pregnant health care workers from occupational hazards. *AAOHN Journal* [Internet] 2011 [Consultado junio 10 de 2016], 59 (10): 417-429 doi: 10.3928/08910162-20110927-

03. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/51698295\\_Protecting\\_Pregnant\\_Health\\_Care\\_Workers\\_From\\_Occupational\\_Hazards](https://www.researchgate.net/publication/51698295_Protecting_Pregnant_Health_Care_Workers_From_Occupational_Hazards)
15. Abad MA, Aramburu C. Síntesis de la evidencia científica relativa a los riesgos laborales en trabajadoras embarazadas (periodo 2000-2010). Madrid: Departamento de Investigación e Información. INSHT [ Web] 2011[ consultado el 20 de julio de 2013]. Disponible en: <http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=866436>
  16. Williams PM, Fletcher S. Health effects of prenatal radiation exposure. *Am Fam Physician*. 2010, 1, 82(5):488-493.
  17. Jeans A. Infection Risks to Pregnant Healthcare Workers. NHS Foundation Trust [Internet] s/f [Consultado mayo 30 de 2016]. Disponible en: <http://www.srft.nhs.uk/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=7221&type=full&servicetype=Inline>
  18. Lynch L, Spivak ES. The pregnant healthcare worker: fact and fiction. *Curr Opin Infect Dis*. 2015 28 (4):362-368.
  19. Takeuchi M, Rahman M, Ishiguro A, Takezawa K. Women's Health; Findings in Pregnancy Reported from Teikyo University (Long working hours and pregnancy complications: women physicians' survey in Japan). *BMC [Internet]*. 2014 [Consultado el 12 septiembre 2014]; 245. Disponible en: <http://goo.gl/QloDp3>
  20. Trejo F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol (Mex)*, 2012, 11 (2): 98-101.
  21. de Souza MC. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 2010, 6(3): 251-261.
  22. Maxwell, J. *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Applied Social Research Methods Series, Volume 41, New York: Sage, 1996.
  23. Ulin P, Robinson E, Tolley E. *Investigación aplicada en salud pública*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2006.
  24. Atlas.ti. [Página Web]. [Consultado el 01 de junio de 2016] Disponible en: <http://atlasti.com>
  25. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 0008430. [Internet]. 1993 [citado 12 septiembre 2014]. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/resoluciones-medicamentos/2977-resolucion-no-8430-del-4-de-octubre-de-1993.html>
  26. Prada E, Singh S, Remez L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. *Guttmacher Institute [Internet]*. 2011 sep [Consultado el 20 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/report/embarazo-no-deseado-y-aborto-inducido-en-colombia-causas-y-consecuencias>
  27. Pastor I, Belzunegui A, Pontón P. Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad. *Cuadernos de Relaciones Laborales [Internet]*. 2012 [Consultado el 02 de junio de 2016]30(2): 497-518. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/40210/38612>
  28. Flórez- Acosta JE, Atehortúa-Becerra SC, Arenas-Mejía AC. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 2009, 8 (16): 107-131
  29. Bernal-Pedraza F. Panorama de la contratación laboral médica en Colombia. *Revista Médico Legal [Revista en Internet]*. 2011 [Consultado el 02 de junio de 2016] 10(1):6-9. Disponible en: <http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2011/1/Bajas%20RML%20Mayo%20-%20Septiembre/Aspectos%20Laborales.pdf>
  30. Arrizabalaga P, Valls-Llobet C. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *MedClin [Internet]*. 2005 [Consultado el 10 de junio de 2016]; 125(3): Disponible en: <http://goo.gl/urQV1A>

31. Arain A. Long Working Hours and Pregnancy Complications among Residents. *RRJMHS*, 2016, 5(1):13-15.
32. Gyorffy Z, et al. Reproductive health and burn-out among female physicians: nationwide, representative study from Hungary. *BMC Women's Health*. 2014; 14:121.
33. Horikian AV. Violencia laboral en los profesionales de la salud. Tesina Especialización en medicina legal. Buenos Aires: Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Fundación HA Barceló [Internet]. 2014 [Consultado el 20 de abril de 2017]. Disponible en: [Http://www.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/hasaad9.dir/tesina%20horikian%20andrea%20veronica.pdf](http://www.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/hasaad9.dir/tesina%20horikian%20andrea%20veronica.pdf)
34. Verlander G. Female Physicians: Balancing Career and Family. *Academic Psychiatry*, 2004 28(4): 331-336.
35. Castro J, Garcés CE, Zabala M. Embarazo y condiciones de riesgo ergonómico en los ambientes laborales. Trabajo de grado Especialización en Medicina del Trabajo y Laboral, Universidad CES [Internet]. 2009 [Consultado el 06 de junio de 2016]. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/919/3/Embarazo%20condiciones%20riesgo%20ergonomico.pdf>
36. Torres A, Navarro P, Ascaso C, Imaz ML, García-Esteve L. Trabajo, estrés laboral y psicopatología perinatal. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace revista iberoamericana de psicosomática [Internet]. 2004 [Consultado el 09 de junio de 2016], 109: 9-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678839>
37. López, A, Aguirre S, Osorio C, Vásquez EM. El estrés laboral y los trastornos psiquiátricos en los profesionales de la medicina. *Revista CES Salud Pública* [Revista en Internet]. 2012[Consultado el 09 de junio de 2016] 3(2). Disponible en: [http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces\\_salud\\_publica/article/view/2123/0](http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2123/0)
38. Gómez Esteban R. El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2004 [Consultado el 09 de junio de 2016] 90: 41-56. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200004&lng=es)
39. Mingote A, Moreno B, Gálvez M. Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. 2004, *Medicina Clínica*, 123 (07): 265-270
40. Ku Chung S. Estresores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el instituto nacional materno perinatal. Trabajo de grado Magíster en Salud Pública Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Internet]. 2012 [Consultado el 09 de julio de 2016]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3724/1/Ku\\_ce.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3724/1/Ku_ce.pdf)