

Una aproximación a la dignidad del trabajo médico

BEGOÑA YARZA^{1,2,a}, ELISA ANSOLEAGA^{3,b}, LORENA GODOY^{3,4,c},
JAVIER VERA^d, ALEXANDER RECARBARREN^{1,5,e}

The dignity of medical work. A qualitative approach

Background: A work that dignifies, that is adequately rewarded and is carried out with social protection is considered decent by the International Labor Organization. **Aim:** To describe and understand the different dimensions of the dignity of medical work from the perspective of Chilean male and female doctors. **Material and Methods:** From a qualitative approach, the first stage of the study consisted in the application of an open response survey which was answered by doctors from all over the country. The second stage consisted in discussion instances about dignity of medical work. In the third stage, semi-structured in-depth interviews with doctors of both sexes and of different generations were conducted. The analysis of the data was carried out following the approaches of the Grounded Theory. **Results:** The concept of dignity of medical work arises from a historical process of social conquest and implies the recognition of the rights of professionals and patients. Optimal conditions are required to provide quality health care. However, even in unworthy conditions, doctors do everything possible to provide a decent care. The need to humanize the relationships that occur in the context of health care is proposed. Carrying out medical work with excellence and professionalism contributes to personal fulfillment. Associativity contributes to dignify medical work. **Conclusions:** The dignity of medical work is understood by doctors as a polysemic and relational concept.

(Rev Med Chile 2022; 150: 1605-1612)

Key words: Health Personnel; Job Satisfaction; Physician-Patient Relationship; Respect.

La pandemia del COVID-19 ha tensionado al sistema sanitario y una de sus consecuencias directas ha sido la sobrecarga laboral que han enfrentado los/las trabajadores/as de la salud, que, sumado al estrés del temor al contagio, ha implicado un aumento considerable en las enfermedades de salud mental padecidas por estos profesionales¹⁻⁴. ¿Son acaso, la vocación de servicio, la ética profesional, o el tamaño de la crisis sanitaria, razones suficientes para explicar el sacrificio que realiza el gremio de trabajadores de la salud en el contexto actual? La crisis sanitaria y

la respuesta de los equipos de salud nos animan a replantear el debate respecto de las condiciones en las cuales se realiza el trabajo médico y si es posible considerarlo como un trabajo decente o digno.

En Chile, el concepto de dignidad emergió como un estándar moral común para calificar distintos espacios de la vida social en el contexto de octubre del 2019. En lo laboral, la Organización Internacional del Trabajo (1999), propuso la noción de Trabajo Decente, como aquel que dignifica, que se realiza con respeto a los principios y derechos laborales fundamentales, con un

¹Departamento de Trabajo Médico, Colegio Médico de Chile A.G. Santiago, Chile.

²Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

³Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

⁴Centro de Estudios de la Mujer, CEM. Santiago, Chile.

⁵Dirección de Atención Primaria, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Puente Alto, Chile.

^aMédica Pediatra, Universidad de Chile; Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile Pompeu Fabra.

^bPsicóloga UDP, PhD en Salud Pública, Universidad de Chile.

^cHistoriadora PUC, Magíster en Psicología Social-Comunitaria, PUC.

^dAntropólogo UAH, Estudiante de Magíster en Bioestadística.

^eMédico, Estudiante de Magíster en Salud Pública, Universidad de Santiago.

Esta investigación fue financiada por el Colegio Médico de Chile AG mediante su presupuesto ordinario anual al Departamento de Trabajo Médico.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 18 de marzo de 2022, aceptado el 20 de septiembre de 2022.

Correspondencia a:

Elisa Ansoleaga

Grajales 1898, Santiago centro.

maria.ansoleaga@udp.cl

ingreso justo y proporcional al esfuerzo realizado, sin discriminación de ningún tipo, que se ejerce con protección social y dialogo social⁵. De acuerdo con esta definición, la defensa de la dignidad en el trabajo, promovida a través de agendas políticas de los gobiernos, como también por organizaciones sociales, considera las condiciones materiales del trabajo, la experiencia subjetiva del sentimiento moral, y la forma en que la concepción de decencia o dignidad laboral es vivida y construida cotidianamente por las personas⁶.

Desde esta perspectiva, y en el contexto descrito, el Departamento de Trabajo Médico, del Colegio Médico de Chile (en adelante COLMED), en línea con el mandato recibido por su Mesa Directiva Nacional, realizó el estudio “Dignidad del Trabajo Médico”, consultando directamente a médicos y médicas de todo el país sobre lo que para ellos y ellas constituía la dignidad del trabajo médico.

Este artículo presenta los resultados de este estudio, realizado entre septiembre y diciembre de 2021, cuyo objetivo fue describir y comprender las dimensiones de la dignidad del trabajo médico desde la perspectiva de médicos y médicas en Chile.

Material y Método

Diseño

Estudio descriptivo con enfoque cualitativo que buscó comprender las significaciones otorgadas por médicos y médicas a la noción de dignidad del trabajo, a partir de sus propias palabras y explicaciones⁷.

Participantes

Médicas y médicos de diferentes regiones del país, que trabajaban en el sistema público y/o privado, afiliados o no al COLMED. El reclutamiento de participantes lo realizó el Departamento de Comunicaciones del COLMED por medio de sus bases de datos y redes sociales (Tabla 1).

Procedimientos

En primer lugar, se aplicó una encuesta que incluyó tres preguntas abiertas (“La dignidad del trabajo médico me hace pensar en...”; “Para mí, trabajar como médico/a significa” y “¿Cómo cree que la sociedad percibe el trabajo de las y los médi-

cos?”) y una sección con datos sociolaborales. Esta fue difundida por las redes sociales del COLMED, lo que contribuyó a que los participantes fueran 1.651 médicos/as de todo el país (97,4% afiliados COLMED). Los participantes fueron mayoritariamente hombres(56%), que trabajaban en el sector público (82%) en comunas de tipo urbana (88%).

La segunda etapa consideró 4 entrevistas individuales semiestructuradas a médicos/as colegiados considerando sexo(hombre/mujer) y edades (jóvenes y mayores), y 4 Jornadas de Reflexión, en las que se convocó a médicas/os, pertenecientes a 4 macrozonas (sur, norte, centro sur y central), con el propósito de dialogar y reflexionar colectivamente acerca de lo que para ellas/os constituía la dignidad del trabajo médico en torno a la pregunta “La dignidad del trabajo médico nos hace pensar en”.

Las entrevistas y las Jornadas de Reflexión se realizaron vía ZOOM, fueron grabadas y transcritas utilizando sólo el registro de audio. El estudio adoptó los lineamientos éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), en lo referente a los apartados de privacidad, confidencialidad y consentimiento informado⁸. Los participantes firmaron un consentimiento informado donde se les explicó el objetivo del estudio, la voluntariedad de su participación, la confidencialidad de la información brindada y la ausencia de riesgos y de beneficios por participar.

Análisis de la información

Encuesta: i. Análisis sociolaboral de las personas encuestadas. ii. Descripción cuantitativa del contenido manifiesto en respuestas a preguntas abiertas, a través de identificación métrica de palabras, conceptos o temas que más se repitieron en cada una de ellas⁹ (estadística textual) y que fueron representados gráficamente (tablas de frecuencias, gráficos, nubes de palabras). iii. Con las palabras que más se repitieron se elaboraron categorías, identificando los contenidos principales de las respuestas a cada pregunta.

Entrevistas y Jornadas de Reflexión: se siguieron los procedimientos propuestos por la Teoría Fundamentada que contemplan la codificación abierta, axial y selectiva¹⁰. Para realizar todos los análisis descritos se utilizó el software Atlas.ti versión 9. Los criterios de rigor observados en el estudio fueron la relevancia, confirmación y credi-

Tabla 1. Caracterización de participantes del estudio Dignidad del Trabajo Médico

	Participantes	Sexo		Edad	Relación con COLMED	Residencia	Fecha de realización y modalidad
		Hombre	Mujer				
Encuesta Dignidad del Trabajo Médico	1.651	184	177	25-34	Afiliados y no afiliados	17 regiones del país	10 al 20 de septiembre de 2021 Aplicación <i>online</i>
		154	174	35-44			
		134	128	45-54			
		198	131	55-64			
		245	120	65 o más*			
Entrevistas individuales	4	1	1	55 años y más	Afiliados	Región Metropolitana, Región Bío Bío	Octubre y noviembre de 2021
		1	1	25-35 años	Afiliados	Región O'Higgins, Región de Tarapacá	Presencial y <i>online</i>
4 Jornadas de Reflexión	30	4	5			Regionales Temuco, Valdivia, Osorno, Puerto Montt, Coyhaique y Punta Arenas	09 octubre, macrozona sur <i>Online</i>
		4	2			Regionales Arica, Iquique, Antofagasta, Loa, Atacama, La Serena y Aconcagua	23 octubre, macrozona norte <i>Online</i>
		4	2			Regionales Rancagua, Maule, Chillán, Concepción y Los Ángeles	13 noviembre, macrozona centro sur <i>Online</i>
		6	3			Regionales Valparaíso y Santiago	27 noviembre, macrozona centro <i>Online</i>

*4 personas no informaron o prefirieron no decir la edad o el sexo.

bilidad. Para ello, se elaboraron instrumentos que permitieron responder a los objetivos del estudio, se hizo un registro sistemático de cada etapa del estudio, y se discutieron resultados parciales con el equipo a cargo, con participantes y con informantes clave¹¹.

Resultados

Los resultados del análisis de la Encuesta Dignidad del Trabajo Médico permiten distinguir cuatro categorías aludidas por los participantes cuando se les pregunta sobre lo que piensan del trabajo médico: Condiciones Laborales, Respeto Humano, Profesionalismo y Calidad de Vida.

Condiciones Laborales (38,32% de las respuestas): la dignidad del trabajo se relaciona con la existencia de elementos necesarios para ejercer la profesión óptimamente, tanto en materia legal y contractual, como también los recursos disponibles en el sistema de salud para mejorar la atención de los pacientes.

Respeto Humano (32,07% de las respuestas abiertas): expectativas de trabajar en un ambiente con un trato respetuoso, tanto en la relación de los/as médicos/as con sus equipos de trabajo, con la comunidad y con los/as pacientes.

Profesionalismo (22,31% de las respuestas): la dignidad del trabajo médico implica una ética personal y profesional, que supone el ejercicio de

la labor médica con excelencia, alto sentido de responsabilidad y compromiso.

Calidad de vida (7,28% de las respuestas): un trabajo digno es aquel que permite a médicos y médicas desarrollar su proyecto de vida, es gratificante y no deteriora la salud mental.

Con relación a los resultados del análisis de las entrevistas, se identificaron las siguientes dimensiones de la dignidad del trabajo médico (Tabla 2).

En cuanto al análisis de las jornadas de reflexión, las dimensiones del trabajo médico digno al que hicieron mención los participantes, se agrupan en tres categorías (Figura 1).

Los Factores estructurales y contextuales que obstaculizan el ejercicio del trabajo médico digno refieren a: el actual modelo de salud que mantiene y reproduce desigualdades, a los modelos actuales de gestión y trabajo, más centrados en el control y la vigilancia del ejercicio profesional que en la mejora de las condiciones de atención a los pacientes; el concepto de dignidad, instalado en el contexto social chileno y el modo como ello ha interpelado también al ejercicio de la profesión médica.

Los factores del ejercicio profesional que amenazan la dignidad del trabajo médico: la jerarquía de relaciones entre pares que genera la cultura de distinciones entre especialidades médicas y el nivel

asistencial donde trabajan; los efectos negativos de condiciones laborales deficientes en el ejercicio profesional, en la atención a los/as pacientes; y la percepción de los consultados de desvalorización de la profesión médica por parte de la sociedad por cierta falta de empatía hacia las/os pacientes o deshumanización y por el lucro en el ejercicio de la profesión.

Los factores que potencian el ejercicio del trabajo médico digno aluden a: Estado que provea mejores condiciones; fortalecimiento del trabajo en equipo; organización gremial para la defensa y conquista de mejores condiciones de salud, para mejorar condiciones de trabajo, reconocer derechos laborales, conciliación entre vida laboral y extralaboral y, el diálogo intergeneracional de profesionales que permita comprender las transformaciones del ejercicio de la profesión médica en un contexto de creciente incorporación de tecnología, hiperjudicialización, entre otros desafíos.

El análisis integrado de la información permitió distinguir el carácter polisémico de la dignidad del trabajo, es decir, los distintos sentidos y acepciones subjetivas que adquiere esta noción. Así como también identificar dimensiones fundamentales de la dignidad del trabajo médico.

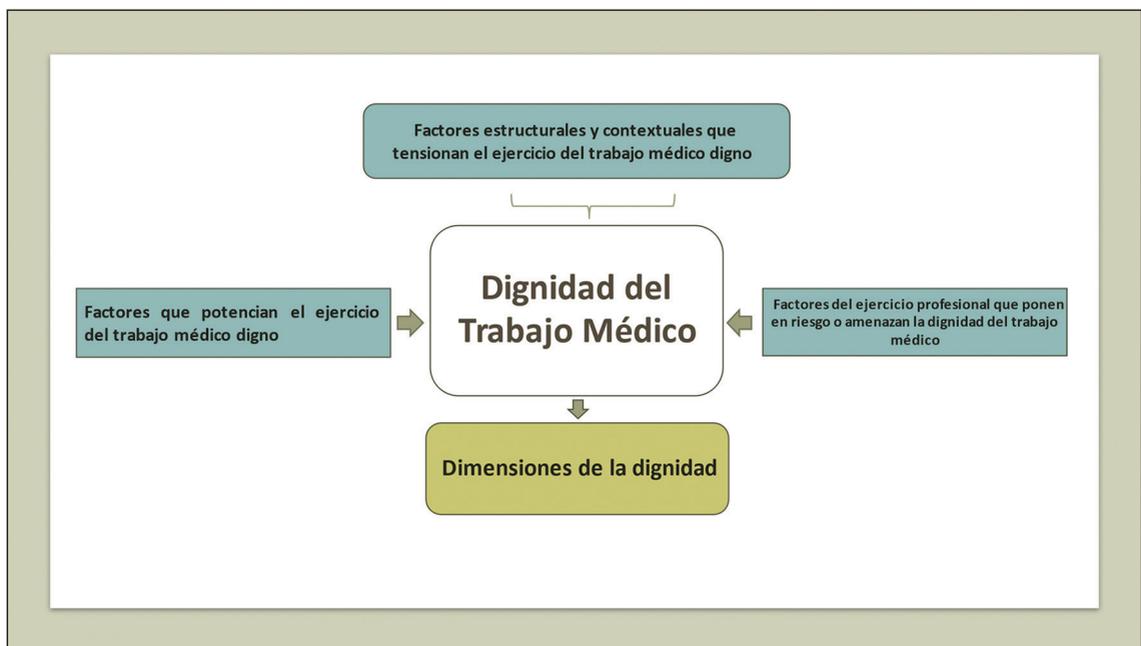


Figura 1. Esquema conceptual de perspectivas desde donde se aborda el concepto de dignidad.

Tabla 2. Principales categorías del análisis de las entrevistas individuales

Categoría	Definición	Cita representativa
Critica a las desigualdades del sistema de salud	Un contenido que emerge en todas las entrevistas es la crítica a las desigualdades del sistema de salud, entre el sistema público y privado, y las inequidades de recursos a nivel territorial, demarcándose éste como el contexto en el cual médicas y médicos deben realizar su trabajo.	<i>Yo creo que el sistema público de Santiago es muy distinto al sistema público de regiones, y bueno también el sistema privado y el sistema público son mundos distintos, como que hay una medicina A, una medicina B y una C. Las decisiones son muy distintas, los estándares son muy distintos y lo que esperan los pacientes también es muy distinto. Entrevistada N°4</i>
Condiciones laborales necesarias para entregar una atención de calidad	Refiere a los recursos materiales y al personal, necesarios para poder entregar una atención de calidad a los pacientes. Relacionado con ello, se menciona la importancia de que las condiciones contractuales de los médicos contemplen remuneraciones justas, incentivos, y fomenten la producción de conocimiento y el trabajo en equipo.	<i>Yo creo que es clave, en el respeto, el cumplimiento de lo que es el contrato. Porque en el contrato va a haber una jornada, va a adecuar condiciones de trabajo. Yo digo que, en ese contrato, tiene que estar presente el diálogo. Entrevistado N°1</i>
Humanización de la labor médica y las relaciones interpersonales	Humanización que apunta a una dimensión relacional de la dignidad, es decir, a la idea de que la dignidad es algo que se construye en las relaciones que se establecen entre los distintos actores, médicos, personal de salud, pacientes, usuarios. Se habla de relaciones recíprocas de respeto y empatía, por parte de los médicos, trato empático hacia los pacientes, teniendo en consideraciones los contextos sociales en los cuales ellos habitan y que inciden directamente en su salud.	<i>Me han contado si que estos últimos meses han habido pacientes más agresivos. Nosotros si tenemos botones de pánico dentro de cada box, pero en general si un paciente llega ofuscado o se ofusca, puede generar problemas. Igual hay un guardia pero igual se pueden generar ciertos problemas. Entrevistado N°3 En ese sentido tengo que darle un trato humano al paciente, respeto, ponerme en el lugar del otro, ser empático con el otro, tener buenas relaciones interpersonales con los colegas, con las autoridades [...] tenemos que nosotros conquistar el trato digno. Entrevistada N°2</i>
Realización personal y calidad de vida	Se destaca el valor, el sentido otorgado al trabajo como un ámbito de desarrollo y de realización personal, relevante en el proyecto de vida.	<i>Y les puedo decir que soy una persona que se siente muy feliz de haber sido médico, muy orgulloso de haber sido médico y muy humilde. Nunca me he sentido más que nadie, salvo al lado del enfermo, ahí yo no acepto que me pasen a llevar. Entrevistado N°1</i>
Dignidad como conquista	Las mujeres médicas entrevistadas de distintas generaciones mencionan las dificultades que han debido enfrentar, debido a su género: lo que significó la inserción laboral en un ámbito profesional predominantemente masculino, la aceptación de la presencia de mujeres, en las últimas décadas del siglo XX; y en el momento actual, la visibilización del acoso laboral y sexual ejercido en contra de las mujeres médicas.	<i>A mí, a las mujeres, nos hicieron bullying desde siempre [...] en esos años [60-70], de 100 alumnos que ingresaban a primer año de medicina, 90 eran hombres y 10 éramos mujeres, calcule usted. Al día de hoy no sé cómo sigue funcionando eso, pero a medida que han avanzado los años las mujeres a costa de mucho esfuerzo hemos ido abriendo camino en la medicina y hoy la situación es bastante distinta. Entrevistada N°2</i>
Asociatividad	Otra expresión relacionada con la idea de que la Dignidad como Conquista, es que los médicos de ambas generaciones mencionan la importancia de la asociatividad del gremio como una condición que permite la defensa de derechos y la mejora de las condiciones de trabajo, lo que contribuye a la dignidad del trabajo, lo que a su vez impacta directamente en los pacientes, en la calidad de la atención que ellos pueden recibir.	<i>Eh si, bueno ahora el Colegio Médico tiene esta unidad de Defensa de Género, que también en su nacimiento, nosotros como que la apoyamos bastante como corporación Doctora Mamá, nos como que, nacemos de lo mismo, digamos que es esta misma queja, o sea no es algo mío, son prácticamente todas las mujeres médicas vivieron o vieron actitudes o problemas similares durante la formación y esto durante el estallido social también hubo como un estallido feminista que hizo como sacar a flote todas estas experiencias, salió hartito en redes sociales de acoso sexual, de acoso laboral, salió todo junto y se formó también ahí esta unidad de Defensa de Género que es parte del Colegio Médico pero que también acogen este tipo de situaciones siempre, porque no es solamente en el internado. Entrevistada N°4</i>

1. **El carácter relacional de la dignidad y la necesidad de humanización del trabajo médico:** La diversidad de sentidos que asume la noción de dignidad del trabajo, está fuertemente influida por las relaciones que establecen médicos y médicas con colegas, personal de salud, pacientes, autoridades, en los distintos escenarios laborales. Al respecto, se plantea un estándar básico que debería orientar estas relaciones interpersonales desde el paradigma de los derechos humanos, la empatía, el ambiente de respeto y buen trato. Se trata de aspectos tensionados y restringidos, entre otros, por la hiper-judicialización de la medicina.
2. **Reconocimiento de los derechos:** Una base fundamental del trabajo médico digno es el resguardo de los derechos y deberes de los pacientes, así como también de médicos y médicas, cuyos derechos perciben que no siempre son resguardados. Esta dimensión es especialmente destacada por los más jóvenes.
3. **La dignidad del trabajo médico como parte de un proceso histórico y una conquista social,** que ha supuesto el reconocimiento de los derechos del gremio y de pacientes. Una connotación especial a este sentido de conquista de la dignidad fue explicitada por las mujeres consultadas, al mencionar las históricas discriminaciones por razones de género que han enfrentado en el ejercicio de la profesión (dificultades para acceder a la profesión, acoso laboral, acoso sexual).
4. **Condiciones óptimas para entregar atención de calidad** a la población (infraestructura, implementos, insumos, personal, etc.); condiciones contractuales de los médicos y médicas, con niveles remuneracionales e incentivos adecuados, cuidado a la salud y bienestar laboral, así como fortalecimiento del trabajo en equipo, la formación continua, con más y mejores oportunidades para investigación y desarrollo del conocimiento médico. Se hace mención también a la necesidad de impulsar una Ley Médica Única, como forma de avanzar hacia el reconocimiento de la trayectoria profesional por sobre la cultura de distinciones por especialidades y niveles de atención.
5. **Profesionalismo:** Refiere a la expectativa ética de ejercer la labor médica con excelencia, compromiso, integridad, honestidad, eficiencia, vocación y sacrificio. Se menciona la responsabilidad sobre la vida de las/os pacientes, la búsqueda de una atención de calidad, humana, empática, tiempos adecuados de atención, abordando a los pacientes integralmente, considerando los distintos componentes que inciden en su salud.
6. **Realización y desarrollo personal:** El trabajo médico digno es aquel que permite la realización de una vocación personal, de un proyecto de vida que posibilita el desarrollo profesional con un fuerte componente social, y de la felicidad personal.
7. **Asociatividad como medio para dignificar el trabajo médico:** El trabajo digno comprende una dimensión colectiva que apunta a la asociatividad, a la capacidad de organización gremial que permite mejorar condiciones labores para entregar atención de calidad y un ejercicio de la profesión con énfasis a los sentidos antes explicados.

Discusión

El concepto de dignidad en salud ha sido abordado generalmente desde la perspectiva del paciente, la calidad de atención recibida, o su vulneración¹²⁻¹⁹. Sin embargo, la dignidad del trabajo médico requiere reconocer y resguardar el derecho al buen trato²⁰ de quienes ejercen la profesión médica.

Las condiciones laborales (materiales y psicosociales) son centrales en la concepción de dignidad del trabajo médico, permiten visibilizar y cuestionar las desigualdades del sistema de salud, y reconocer sus negativos efectos en la calidad de la atención entregada a pacientes y en la calidad de vida laboral de médicos y médicas (precarización del trabajo, sobrecarga laboral y emocional)^{21,22}. Así, la dignidad del trabajo médico no es un asunto que solo afecte a médicos y médicas sino que puede afectar la calidad de los resultados en salud.

En el actual momento de avances tecnológicos y de desajuste entre nivel de salud e incrementos de los costos asociados²³, el ejercicio de la medicina requiere atender importantes desafíos, entre ellos, la rehumanización de la labor médica, abordar reflexiva y críticamente las carencias de recursos y las desigualdades que ello genera, poner en el centro la empatía, la atención integral, cercana, la comunicación en salud, la educación en cuidado

de los equipos, la colaboración y autonomía de los pacientes respecto del cuidado de su salud, así como el respeto a los derechos de los médicos y médicas, y del personal sanitario en un amplio sentido.

Otro desafío pendiente es trabajar por mayor equidad de género. En voz de las mujeres, la dignidad como conquista²⁴, les ha supuesto desarrollar estrategias y enfrentar obstáculos para hacer valer su dignidad en espacios laborales con situaciones de acoso y discriminación.

Asimismo, es preciso atender procesos de discriminación social que se reproducen en relaciones laborales atravesadas por jerarquías entre pares, basadas en diferencias entre los niveles de formación profesional, el tipo de especialidades, el nivel de atención donde trabajan, la edad o la generación, las cuales se reproducen a través de dinámicas propias del ejercicio profesional²⁵ y que afectan la dignidad siendo urgente reconocer y abordar.

Finalmente, se reconoce el valor estratégico de la dimensión de asociatividad, como pilar fundamental para proteger y proyectar la dignidad del trabajo médico, un valor que atraviesa desde el nivel micro de relaciones interpersonales, en lo referente a los equipos de trabajo; a nivel medio en la colaboración y eficiencia del funcionamiento entre áreas dependientes del sistema de salud; y a nivel macro, respecto de las agendas gremiales y la proyección de la dignidad de la profesión médica.

Se concluye que la dignidad del trabajo médico considera aspectos objetivos y subjetivos, y se ve negativamente afectada por: la hiperjudicialización de la medicina; los actuales sistemas de gestión más centrados en el control y vigilancia que en la calidad de la atención o calidad de vida laboral; procesos de discriminación social y de género. El análisis de dimensiones centrales de la dignidad del trabajo médico permite pensar una agenda futura en torno a: relevar la importancia de la conformación de equipos de salud y el trabajo interdisciplinario, en los procesos de formación profesional; la humanización del trabajo médico, en oposición a la figura de héroe/heroína que se ha construido en torno al ejercicio profesional, especialmente en el contexto de la pandemia por COVID-19, y la importancia de considerar a las personas y comunidades en sus contextos, como condiciones indisolubles del ejercicio de la profesión.

Referencias

1. Samaniego A, Urzúa A, Buenahora M, Vera-Villarreal P. Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores. *Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology*. 2020; 1298: (1).
2. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*. 2020; 288: 112936. doi: 10.1016/J.PSYCHRES.2020.112936
3. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7 (3): 228-9. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8
4. Urzúa A, Samaniego A, Caqueo-Úrizar A, Zapata A, Irrarrazabal M. Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Rev Med Chile* 2020; 148 (8): 1121-7. doi: 10.4067/S0034-98872020000801121
5. Levaggi V. ¿Qué es el trabajo decente? Published August 9, 2004. Accessed February 1, 2022. https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_LIM_653_SP/lang--es/index.htm
6. Sayer A. Dignity at Work: Broadening the Agenda. 2007; 14 (4): 565-81. doi: 10.1177/1350508407078053
7. de Gialdino IV. View of Ontological and Epistemological Foundations of Qualitative Research. *Forum: Qualitative Social Research*. 2009; 10 (2): Art. 30. <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1299/2778>
8. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association. Accessed March 14, 2022. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
9. Rincón W. Preguntas abiertas en encuestas ¿Cómo realizar su análisis? *Comunicaciones en Estadística*. 2014; 7 (2): 139-56.
10. Andréu J, García A, Pérez A. Componentes claves de la Grounded Theory. Evolución de la Teoría Fundamentada como técnica de análisis cualitativo. Published online 2007; 53-79.
11. Noreña AL, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebollo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*. 2012; 12 (3): 263-74. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=es

12. Sabatino L, Stievano A, Rocco G, Kallio H, Pietila AM, Kangasniemi MK. The dignity of the nursing profession: a meta-synthesis of qualitative research. *Nursing ethics*. 2014; 21 (6): 639-41. doi: 10.1177/0969733013513215
13. Manookian A, Cheraghi MA, Nasrabadi AN. Factors influencing patients' dignity: A qualitative study. *Nursing ethics*. 2014; 21 (3): 323-34. doi: 10.1177/0969733013498526
14. Jacelon CS, Henneman EA. Dignity in the older critically ill adult: the family member's perspective. *Heart & lung : the journal of critical care*. 2014; 43(5): 432-6. doi: 10.1016/J.HRTLNG.2014.06.001
15. Baillie L, Gallagher A. Raising awareness of patient dignity. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*. 2012; 27 (5): 44-9. doi: 10.7748/NS2012.10.27.5.44.C9333
16. Sturm BA, Dellert JC. Exploring nurses' personal dignity, global self-esteem and work satisfaction. *Nursing Ethics*. 2016; 23 (4). doi: 10.1177/0969733014567024
17. Byers P. Dependence and a Kantian conception of dignity as a value. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2016; 37 (1). doi: 10.1007/s11017-016-9351-2
18. Hanna E, Robert G. Ethics of limb disposal: dignity and the medical waste stockpiling scandal. *Med Ethics*. 2019; 45: 575-8. <https://sci-hub.se/10.1136/medethics-2019-105554>
19. Zhu W, Wang L, Yang C. Corruption or professional dignity: An ethical examination of the phenomenon of "red envelopes" (monetary gifts) in medical practice in China. *Developing World Bioethics*. 2018; 18 (1). doi: 10.1111/dewb.12152
20. Palma A, Ansoleaga E, Ahumada M. Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática. *Rev Med Chile* 2018; 146: 213-22.
21. Ansoleaga E, Toro JPC, Godoy L, Stecher A, Blanch JM. Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. *Rev Med Chile* 2011; 139 (9): 1185-91. doi: 10.4067/S0034-98872011000900011
22. Luengo-Martínez C, Montoya-Cáceres P, Luengo-Martínez C, Montoya-Cáceres P. Condiciones de Trabajo en profesionales sanitarios de hospitales públicos en Chile. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2020; 66 (259): 69-80. doi: 10.4321/S0465-546X2020000200002
23. Jiménez, J. Cambios en el entorno del trabajo médico. *Rev Med Chile* 2004; 132 (5): 637-42. doi: 10.4067/S0034-98872004000500016
24. Crowley M. Gender, The Labor Process And Dignity At Work. *Social Forces*. 2013; 91 (4). doi: 10.1093/sf/sot042
25. Cumplido G, Campos M, Chávez A. Significado de las relaciones laborales-interpersonales en médicos residentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2007; 45 (4): 361-9. Accessed January 20, 2022. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745528008>.