

EL SISTEMA DE SALUD Y EL CAPITALISMO EN  
MEXICO.

Todas las sociedades han tenido que enfrentar el problema de cómo conservar la salud y qué hacer cuando sus miembros se enferman. La decisión sobre este "qué hacer" ha variado con la visión que la gente tenía con respecto a la naturaleza de la salud y enfermedad, y con respecto a sus causas.

Cuando la enfermedad se ve como la posesión del enfermo por espíritus malignos, la respuesta de la comunidad es colectiva tratando de alejar a los espíritus, no solo del enfermo, sino de toda la comunidad. Si la enfermedad se concibe como un problema biológico estrictamente individual, la respuesta es la intervención sobre ese cuerpo con operaciones o medicinas. Por otra parte, aún dentro de una visión individualista de la enfermedad, hay distintas definiciones de ésta para distintas personas. Por ejemplo, al individuo adicto a los narcóticos le llamamos enfermo, pero no al fumador de tabaco; al albañil se le dá incapacidad por un brazo fracturado, pero no por un dolor de cabeza, mientras que a un profesor si se le podría conceder la incapacidad por esto último. Hay por lo tanto distintas definiciones de enfermedad y distintas maneras de concebir sus causas.

Recientemente a la salud se le ha definido como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social; como un estado de óptima vitalidad que resulta del equilibrio entre los procesos biológicos y el entorno en el que se producen. Se puede decir entonces que es resultado de la relación que la persona establece con la naturaleza, de cómo se apropia de ésta y de cómo la transforma. Esta transformación de la naturaleza, que es el proceso de producción se da en el contexto de unas relaciones sociales que determinan por tanto la salud y la enfermedad.

Se puede decir entonces que la salud colectiva de un pueblo es el resultado de la relación entre las personas y el tipo de trabajo que hacen dentro de un determinado modo de producción, los cambios ambientales que ese trabajo está produciendo, y las relaciones sociales en que viven y trabajan. (ecosistema) La enfermedad es el equilibrio entre la persona y su ecosistema.

Cada país tiene su propia patología, producida por los procesos socioeconómicos y ecológicos que mantiene. Por ejemplo, comparando México, Cuba, y los Estados Unidos, cada uno con un sistema socioeconómico distinto vemos que las enfermedades más importantes en cada uno de ellos son distintas de las demás: En México la mortalidad se produce sobre todo por las enfermedades de tipo infeccioso, en Estados Unidos, por los problemas característicos de las sociedades capitalistas avanzadas, como las enfermedades cardiovasculares, la tensión nerviosa, la alimentación; en Cuba han controlado los problemas de subdesarrollo que tiene México, y aunque tienen algunas de las enfermedades que aparecen en Estados Unidos, éstas se exhiben con tasas más bajas.

La Organización de la Medicina en México.

La patología también es distinta si comparamos el campo y la ciudad. En México, en el campo, se están dando una serie de cambios que afectan la salud y la estabilidad de la gente: Cambios en el tipo de propiedad de la tierra (los propietarios venden su tierra y trabajan como asalariados para otros), cambios en el tipo de cultivo, en los fertilizantes e insecticidas empleados, etc. Hay menos control sobre los medios de subsistencia, la dieta cambia, y se hace menos nutritiva, las familias se dividen al trabajar para distintos patronos o propietarios, y ya no pueden dar cara a los problemas de salud como grupo.

En la ciudad, los procesos de urbanización e industrialización se añaden a los problemas que existen en el campo. Las clases trabajadoras viven en condiciones de vida y de trabajo muy negativas: el amontonamiento en viviendas multiplica las infecciones, la desnutrición les hace más débiles, las condiciones de trabajo en fábricas y oficinas propician los accidentes y las enfermedades llamadas "ocupacionales". Las luchas reivindicativas de los obreros se reprimen de manera que las condiciones de vida no cambian. Sin embargo, ocasionalmente dan por resultado algunas concesiones por parte de la industria y el estado, como son subida de salarios y servicios. Entre estos se cuentan los servicios de salud.

### La Organización de la Medicina en México.

En la organización de la medicina hay que tener en cuenta varios factores:

- 1) la medicina es uno de los elementos que mantiene la reproducción de la fuerza de trabajo: el obrero enfermo no produce;
- 2) la medicina ha dado origen a una poderosa industria farmacéutica, que ahora la determina en forma parcial;
- 3) el desarrollo y fortalecimiento de la industria de la salud depende del mercado que haya para adquirirla, y del poder adquisitivo del pueblo;
- 4) el desarrollo de la industria de la salud en un país depende de la ideología del Estado, que puede ser de tipo liberal (la salud es problema que el sector privado debe de resolver) o de tipo protector (el Estado debe de proporcionar los servicios a la población que no pueda conseguirlos).

En México hay tres sistemas principales que se encargan de los problemas de la salud de la población: El estatal o paraestatal (la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales a los Trabajadores del Estado); la medicina privada; y la medicina popular o tradicional.

Se calcula que unos 15 a 20 millones de mexicanos se encuentran al margen de los sistemas médicos profesionales, y acuden a los yerberos, hueseros, etc. Son grupos sociales que carecen de organización propia capaz de conseguir reivindicaciones mínimas, que no trabajan en ramas significativas de la industria, y por lo tanto al sistema económico no le importa la reproducción de su fuerza de trabajo; por otra parte, por sus bajos ingresos no constituyen mercado para la medicina privada. Aunque estos grupos también aportan a la economía del país, no pueden aprovechar los aspectos positivos de ésta.

Oficialmente, todas estas clases y grupos están amparados por la SSA. Esta es la única institución médica del país que está dirigida a toda la población, que en teoría enfoca el problema de salud-enfermedad como un problema colectivo, y que proclama la importancia de los aspectos preventivos tanto como de los curativos. Sin embargo es la institución médica que tiene un menor presupuesto económico, y por tanto no tiene recursos para llevar a cabo las metas para las que se creó. En última instancia, el efecto social de la SSA es crear la impresión en el pueblo de que el Estado vela por él y lo protege.

Los otros institutos de seguridad social- IMSS, ISSTE, PEMEX- constituyen la parte más importante de la medicina institucional del país. Atienden a una tercera parte de la población, y disponen para ésto de un 40 % de los médicos del país y de presupuestos que son diez o

hasta veinte veces más altos que los de la SSA. Los derechohabientes de estas instituciones son principalmente trabajadores sindicalizados del sector privado y estatal. Son grupos que se caracterizan por su importancia económica y política.

No hay duda de que la seguridad social es una reivindicación social lograda por los obreros en su lucha con los patronos, y por lo tanto tiene un valor significativo. Sin embargo hay que pensar en la mayoría de la gente que no tiene dichos servicios, o que solo los disfruta durante la temporada en que trabaja, como es el caso de los cañeros, por ejemplo. Esto demuestra hasta qué punto el pueblo solo interesa al Estado en la medida en que visiblemente produce.

La seguridad social también tiene otros significados: Es un arma política en manos del Estado. El Estado utiliza esta arma de varias maneras: Controla en parte, a través de sus representantes, el financiamiento de las instituciones de la seguridad social, junto con representantes del sector patronal y el obrero. Además del presupuesto, controla cuáles de las organizaciones existentes debe intervenir en la elección de representantes. Segundo, concede servicios médicos a los grupos que más combatividad han mostrado, para aplacarlos. A veces concede servicios médicos a grupos que ya se organizaron para desarrollar y mantener sus propios servicios de salud, cuando éstos son grupos de comunidad que amenazan volverse demasiado autónomos o fuertes para la conveniencia de los gobiernos locales o estatales. Implantando servicios, aunque sea temporalmente, que sean mejores que los que la comunidad consiguió desarrollar, logran romper la organización de ésta.

Por último, la Seguridad Social es un elemento importante de la ideología de conciliación de clases. Pretende demostrar que la contradicción entre el capital y el trabajo se puede resolver en el terreno del consumo sin cambios esenciales en las relaciones de producción: dando cara a las demandas de ciertas satisfacciones básicas, intenta convencer a la gente de que no hacen falta grandes cambios sociales para solucionarlas.

#### La Medicina Privada.

En este sector se agrupan casi la mitad de los médicos para servir a un 18 % de la población. Es la forma capitalista clásica de producción de servicios, que se consumen en el mercado. Puesto que en México los niveles salariales son bajos en las capas trabajadoras, la medicina privada sirve sobre todo a las clases medias y burguesas. De esta manera además, no tiene que competir con la medicina institucional, puesto que a la privada no le interesan las masas de trabajadores que no pueden pagarla.

Aunque en teoría, la medicina privada no tiene por qué estar controlada por el Estado, de hecho la mayoría de los médicos que practican privadamente recibieron su entrenamiento con subsidios del Estado, y por lo tanto deberían de canalizar parte de su trabajo hacia la población general o hacia la medicina institucional. Sin embargo, los esfuerzos del Estado por conseguir esto (por ejemplo, que algunas camas de hospitales privados se empleen para pacientes indigentes) no han tenido resultado.

La Medicina Profesional: Medicamentos y Tecnología.

Además de los problemas inherentes al sistema de salud por su ideología y política, es importante considerar el contenido de los servicios, que también está lleno de dificultades.

La práctica terapéutica concentra toda su atención en la curación de la enfermedad, y no es la prevención. La atención recae además en el individuo, y no en el núcleo social en el que se ubica. Y por último, se utiliza un tipo de terapia basada en medicamentos muy especializados, impulsados por la industria farmacéutica que prácticamente controla a la práctica médica en vez de estar al servicio de ésta. Un ejemplo de la potencia de las industrias farmacéuticas y de instrumental médico es el hecho de que en 1970 la inversión combinada de estas industrias se calculó en 5.184, millones de pesos, su ganancia en 2.057 millones, y las importaciones representaban un valor de 284 millones de pesos.

Es una evaluación global del impacto del sistema médico en las necesidades del país, habría que concluir que éste es muy limitado, debido a todo lo que se ha mencionado hasta ahora, y que se puede resumir de la siguiente manera:

- a. Los recursos se encuentran dispersos en muchos sistemas distintos.
- b. Los recursos económicos se asignan en función de la productividad del trabajador y no de las necesidades globales del país.



- c. Los problemas de salud se ven como responsabilidad de especialistas que controlan conocimientos y recursos que la mayor parte de la población no puede utilizar. No hay énfasis en la prevención, y en la enseñanza a la mayoría de la gente de los rudimentos de cómo preservar la salud.

Las prioridades deberían de ponerse en el interés colectivo, y no individual teniendo en cuenta el contexto socioeconómico y biológico, enfatizando la prevención, y utilizando fármacos y tecnología solamente cuando sea necesario. Pero un sistema capitalista dependiente, como el mexicano, que produce un desarrollo desigual, solo es capaz de generar un sistema de salud que produce su esquema de clase: A mayores problemas de salud, menores recursos económicos y médicos.

Enero 1979.

CIDHAL, A. C.

## LA ENFERMERA COMO MUJER TRABAJADORA EN LA

### INDUSTRIA DE LA SALUD.

El trabajo de salud es trabajo de la mujer. Más del 85 % de personal de hospitales y servicios de salud son mujeres. Y el grupo ocupacional mayor - la enfermería - esta compuesta por mujeres casi en su totalidad. La industria de la salud esta regida por un pequeño número de personas: Primariamente por los médicos, que tradicionalmente han mantenido el poder, pero también por poderosos administradores de hospitales, directores de compañías de seguros, funcionarios de gobierno, instructores de las escuelas de medicina, y ejecutivos de las compañías farmacéuticas o de instrumental. La mayoría de estas personas son hombres. Así, el conflicto entre "patronos" y "trabajadores" en este campo es además y primariamente un conflicto entre hombres y mujeres.

#### ¿Por que los servicios de salud son trabajos de mujeres?

Para los médicos y otras élites en la industria de la salud tiene muchas ventajas el emplear a mujeres. En primer lugar, las mujeres han sido tradicionalmente una fuente barata de trabajo. El cuidado de la salud es una mercancía cara pero esencial, y los salarios constituyen el aspecto más costoso de esta mercancía. Si los salarios de la mayoría de los trabajadores subieran, disminuiría el ingreso de la élite médica. Una fuerza de trabajo constituida en su mayor parte por mujeres conviene porque nuestra sociedad permite que a las mujeres se les pague menos que a un hombre por el mismo trabajo. Además, se supone que las mujeres se dedican al trabajo de salud por sacrificio y abnegación, y no por

interés propio, y necesidad de un salario. Además se piensa que dejan el trabajo para cuidar a sus hijos y familias en un momento dado- de esta manera se cree que no hay necesidad de promociones o de altas prestaciones por antigüedad.

En segundo lugar, cada día hay un mayor número de mujeres buscando trabajo. Una industria que crece rápidamente necesita tener acceso a un número grande de trabajadores, y las mujeres han sido tradicionalmente el ejército de reserva de la fuerza de trabajo.

En tercer lugar, las mujeres son "seguras". No presentan una amenaza importante para los médicos, quienes para ampliar sus propios servicios y por lo tanto sus ingresos, necesitan asegurarse que sus subordinados permanezcan en su condición de subordinados. Las mujeres no tienen poder social, esto es, no tienen acceso al capital, a educación especializada, a una libertad de sus responsabilidades familiares, ni tienen el respeto de los líderes políticos. Por ello las mujeres no han representado una competencia organizada frente a los médicos, mientras que otros hombres y otras profesiones dominadas por hombres, como la optometría o la osteopatía, si lo podrían ser. A un nivel interpersonal, los médicos tienen asegurado el respeto y el servicio de miembros de otras ocupaciones subordinadas, en parte porque ellos son en su mayoría hombres.

Las mujeres no han tenido más remedio que aceptar el bajo salario y la subordinación interpersonal de la industria de la salud porque las oportunidades para ellas en otras carreras abiertas a mujeres son similares. Los salarios bajos en todos los renglones de la industria no permiten mejor elección.

Como datos indicativos de los aspectos que se acaban de mencionar, podemos señalar que en el IMSS hay alrededor de 38.000 trabajadoras, es decir, más del 50 % de la fuerza de trabajo femenina del IMSS, que se concentran en 14 categorías de base. Estas son las que reciben los más bajos salarios (1). El Instituto cuenta con 100.000 trabajadores de los cuales aproximadamente 60.000 son mujeres (2), y solamente 16 ocupan la jefatura de departamentos. Los sueldos de las Auxiliares de Enfermería "A", "B", y Enfermeras Generales fluctuaban de \$ 3,026.00 a 3,976.00, según honorarios, en 1975. Un médico familiar o no familiar, alcanzaba la cifra de \$ 12,547.00 (3) en esa fecha.

Otra razón por la que la enfermería es una carrera de mujeres, es que es un proceso educativo corto. La mayoría de las mujeres de clase media, media baja, y trabajadora, tienen dificultades para que su familia les pague los costos de una carrera larga, y difícilmente ellas pueden conseguir un trabajo que les permita costear sus estudios y estudiar a la vez. Las familias muchas veces piensan que las mujeres no tienen por qué prepararse para trabajar y ser independientes, puesto que se supone que se casarán, tendrán hijos, y se retiraran a su casa a cuidarlos. Por esto, muchas veces se niegan a hacer el mismo esfuerzo que harían para pagar una carrera larga a un hijo varón. Es muy común oír a enfermeras decir que a ellas les hubiera gustado ser médicas, biólogas, etc., pero que escogieron enfermería porque era más corto y menos costoso. Este es el resultado del mito de que la mujer tiene menos necesidad que el varón de una carrera larga y de conseguir un trabajo bien remunerado. El resultado es que las mujeres terminen menospreciando muchas veces su propio trabajo, y continuen sujetas a una jerarquía de poder y estatus.

Cómo se mantiene el sistema.

La enfermería, como se ha indicado antes, tiene una jerarquía no solo ocupacional sino también de sexo. La profesión ha escapado a estar totalmente bajo el control médico solamente por su determinación consciente de ser una profesión independiente. A pesar de ello, tiene mucho menos poder en la industria de la salud de lo que se podría esperar de una profesión que tiene tantas trabajadoras y que es tan clave en la industria. La medicina como profesión controla a la enfermería de muchas maneras, entre ellas a través de los reglamentos de los hospitales sobre las prácticas de las estudiantes, sobre el trabajo, responsabilidades, obtención de cédula profesional, reglamentos de la Seguridad Social, etc.

Los controles institucionales y oficiales sobre las profesiones se refuerzan a través de las relaciones personales entre patrones y empleados, superiores y subordinados en el lugar de trabajo: Quién sobrelleva la responsabilidad del trabajo y quien hace las decisiones esta determinado por los mismos mecanismos entre cruzados que se mencionaban antes. En enfermería, este entrecruzamiento es tan complejo que a veces es difícil determinar cual de las dos jerarquías está funcionando, si la ocupacional o la del sexo. Si un médico ignora la sugerencia de una enfermera, es porque ella tiene menos conocimientos médicos o porque se supone que las mujeres nunca saben mucho. Si ella no llega a hacer la sugerencia, se supone que es porque "conoce su lugar" frente al médico, o porque ha aprendido su lugar como mujer.

Cuando al interno se le enseña cómo manejar a las enfermeras para conseguir lo que quiere, está simplemente volviendo a aprender a un nivel superior lo que aprendió en su adolescencia sobre cómo manejar a las mujeres. Y este manejo incluye muchos elementos.

En primer lugar, hay un trato distinto del médico a la enfermera que de ésta hacia aquél. La enfermera llama al médico "Dr. Fulanito..."; y de Ud., el médico llama a la enfermera frecuentemente por su nombre, y le trata de tú. La enfermera por su entrenamiento como mujer e hija de familia muchas veces no se atreve a reclamar.

En segundo término, están los halagos, el contacto físico, (agarrar o tocar el brazo o cualquier parte del cuerpo y mil gestos que implican cercanía, familiaridad); los chistes y bromas de doble intención, es decir, el enfoque sexual, de hombre (y macho) a mujer, y no el que se esperaría entre dos profesionistas. Sigue la franca invitación sexual, que hace a la enfermera sentirse especial y preferida, y que si es aceptada la cataloga entre los médicos del hospital como a la prostituta del momento.

La familiaridad del médico para con la enfermera y su enfoque sexual, fomentan la división entre las mujeres de un equipo o departamento. Crean envidias, competición y rivalidad que a menudo no permiten que las enfermeras como grupo, o las enfermeras junto con otros grupos de trabajadores en la unidad, se solidaricen entre sí para reivindicar cuestiones laborales. Este tipo de relación que el médico establece, también tiene

como objetivo el conseguir que la enfermera trabaje más, tome responsabilidades que no tiene por qué asumir, o no siga el procedimiento debido, para la conveniencia del doctor. Si en este proceso la enfermera comete un error, ella sufre las consecuencias institucionales y legales.

Por otra parte, el sistema no fomenta el que las mujeres consigan beneficios, promociones y ventajas por sus propios méritos, o por su capacidad de liderazgo, puesto que se supone que las mujeres no deben de ser ambiciosas, sino trabajar por vocación. Por esto algunas enfermeras tienden a usar el contexto de sus relaciones sexuales con los médicos o administradores para obtener beneficios que de otra manera no podrían conseguir. Esto refuerza el estereotipo de enfermera como prostituta, desmoraliza a las otras enfermeras que no encuentran su trabajo apreciado, y coloca a la mujer que consiguió la promoción, totalmente en manos del hombre que se la proporcionó.

Cuando en su trabajo una enfermera rechaza la dominación interpersonal del médico, las consecuencias son inmediatas y negativas. Como a toda mujer que se muestra firme o que no acepta ser manipulada, se le llamará agresiva, fría, inhumana o que "se cree muy acá." Será fácil crear un ambiente alrededor de ella que dificulte el que el resto del personal acepte sus disposiciones y habrá comentarios diciendo que "está amargada porque no se ha casado" o "pobre de su esposo que tiene que vivir con una persona así." En todo caso, su autoridad y sus motivaciones se cuestionarán más.

La enfermera acepta la dominación interpersonal-sexual del médico porque éste es el tipo de relación que ha aprendido a establecer con los hombres. En su mayoría, las enfermeras provienen de familias trabajadoras o de clase media baja, en donde los patrones culturales refuerzan la represión sexual y la subyugación de la mujer. El médico, en su doble posición de varón y de autoridad no hace sino sustituir al padre que dispone, ordena y determina.

Para entender mejor el efecto del sexo en las relaciones médico-enfermera, podemos invertir la situación: ¿Qué pasa cuándo el médico es mujer y el enfermero o subordinado es varón? De repente los comportamientos que se veían como naturales y debidos a la jerarquía ocupacional dejan de estar presentes. Estudios efectuados entre mujeres médicas indican que si insisten en emplear su autoridad ocupacional se les ve como demasiado exigentes, aunque realmente estén pidiendo simplemente la misma cooperación por parte de enfermeras y auxiliares que pediría un hombre. Las enfermeras a veces resienten la autoridad de otras mujeres, y los auxiliares varones mucho más. Si la médica o enfermera no se muestra firme ante la hostilidad que pueda sentir, y se deja manipular, se dirá que eso es lo que pasa cuando una mujer toma una posición de autoridad. En ambos casos, el resultado será un ambiente de trabajo difícil para la mujer. Todo esto es consecuencia de estereotipos, reforzados por la práctica familiar y social, de que la mujer no ha nacido para mandar, tener iniciativa y ser activa, sino para obedecer, amoldarse y ser detallista.



Las enfermeras podrían conseguir que su relación con los médicos fuera menos opresiva si de una manera consciente, dentro de una unidad o equipo específicos, compartieran sus sentimientos, y experiencias, y acordaran juntas exigir un cierto trato por parte de ellos.

Por otra parte, la sensación de seguridad y capacidad de autoafirmación crecerá si técnicamente tienen conocimientos y se preocupan por mejorarlos. El deseo de ayudar al enfermo no sustituye a la curiosidad y creatividad para descubrir y aprender, de manera que cada vez más dependa de sí misma y de sus conocimientos y no tanto de otras personas a su alrededor.

#### La Organización de las Enfermeras en el Sistema de Salud.

A medida que la industria de la salud ha ido creciendo, ha aumentado el número de trabajadores y por lo tanto las posibilidades de organización y sindicalización. En los últimos años se han creado una serie de sindicatos a nivel de todos los trabajadores de un hospital, y otros que agrupan a los trabajadores por profesión u ocupación.

En lo que se refiere al sindicato, tomando al IMSS como ejemplo, información proporcionada por el Departamento de Control y Análisis de Cifras del Departamento de Personal del IMSS indican que la mano de obra femenina del IMSS es de 60.000 dentro de un total de 100.000 trabajadores; que solo cuenta con 9 representantes; que el 79 % de los sindicalizados no asiste a las reuniones, y que solo participa el 21 %. Esto implica claramente

que tanto la empleada del IMSS, como la enfermera en particular, se encuentran en desventaja para defender sus intereses en relación con el trabajador del IMSS.

Las enfermeras frecuentemente han tenido dificultades definiendo su identificación laboral. En algunas ocasiones han hecho alianzas con los trabajadores del hospital o centro médico, dentro del sindicato único. En otras ocasiones en un esfuerzo por considerarse más "profesionistas" han intentado formar alianzas con los médicos. Aunque estos también son trabajadores, sobre todo cuando trabajan para el Seguro y otras instituciones del Estado, pocas veces se identifican con las reivindicaciones de la mayoría de los trabajadores de un hospital, por ejemplo. Cuando lo hacen suelen ser únicamente los internos o médicos más jóvenes, que están intentando conseguir de la administración el estatus, salarios y privilegios que otros médicos tienen. Cuando obtienen estos privilegios, normalmente se desinteresan del resto de los trabajadores y traicionan la alianza. Por esto es importante que las enfermeras se den cuenta que la defensa de sus intereses a largo plazo será más efectiva si se solidarizan con los demás trabajadores de los centros médicos y sobre todo con las trabajadoras puesto que solamente con ellas podrán encontrar la fuerza para afectar el sistema.

Cuestiones tales como la demanda de guarderías, derechos de maternidad y otras prestaciones solo se podrían conseguir con el apoyo de todas las mujeres de la industria de la salud, independientemente o a través del sindicato.

En cuanto a aspectos que afectan a la enfermería como profesión, tales como control de planes de estudio y escuelas de enfermería, horarios, poder de decisión de tipo administrativo y clínico, etc., es importante el fortalecimiento de organizaciones profesionales tales como la Asociación Nacional de Enfermeras que puedan ejercer un liderazgo y un peso en la negociación con las otras profesiones médicas. Sin embargo, es esencial tener en cuenta que la participación en organizaciones profesionales y sindicales, muy baja para las mujeres en general es debida al agotamiento y demandas de su doble jornada en la profesión y en el hogar. Normalmente, sólo organizándose para atender de manera más socializada a las demandas del hogar pueden las mujeres tener una participación real y efectiva con grupos de reivindicación laboral, que conduzca a un trabajo más justo y satisfactorio.

1. IMSS. Jefatura de Servicios de Personal. Departamento de Control y Análisis de Cifras, 1975.
2. Seguro Social, Seguridad y Solidaridad Social. Publicación mensual editada por el Departamento de Prensa y Difusión del IMSS., No. 47. Mayo 10 de 1975. p. 19.
3. IMSS/SNISS. Contrato Colectivo de Trabajo. 1975/1977. México, D. F. p. 118.

Enero 1979.  
CIDHAL, A. C.

U. N. A. M.

Enseñanza para que la mujer sepa su lugar.

La jóven que ingresa a la escuela de enfermería se enfrenta a su educación con grandes temores. Sus preguntas más urgentes son: ¿Podré aprender a dar el mejor cuidado a los enfermos? ¿Podré aprender a trabajar de la manera más efectiva con el doctor, con mis compañeras enfermeras, y con los otros trabajadores? ¿Aprenderé a ser "una buena enfermera" y a tratar de mejorar la carrera de enfermería? Después de solo unos meses de escuela, la estudiante ya no considera esas preguntas tan importantes. Ahora, lo más esencial para ella es: ¿Haré todo exactamente de la manera correcta, o sea, de la manera que la supervisora quiere? ¿Si hago algunos cambios, estaré cometiendo errores que provoquen la muerte del paciente? ¿Estaré expresando la actitud correcta hacia mi trabajo de tal manera que pueda quedarme en la escuela?

La estudiante de enfermería y la recién graduada han sido moldeadas a través de su educación a verse a sí mismas no como trabajadoras importantes, capaces de tomar decisiones en el mundo de la salud, sino como pequeños dientes del engranaje del sistema de salud. Solo pueden hacer lo que se les dice y no pueden tomar decisiones porque esta es una tarea que se supone no les corresponde a ellas. El mensaje más importante comunicado a las enfermeras en potencia y a las estudiantes es que "no hagan olas." Aún en el sentido más limitado, el emplear la imaginación y la iniciativa individuales en el cuidado que proporcionan no entra dentro de los límites de su competencia. Y cualquier enfermera que desafíe las estructuras básicas y las relaciones en el sistema de salud es considerada poco menos que hereje por las enfermeras jefes o líderes: las maestras, las supervisoras y las administradoras.

### El reclutamiento y selección.

Las raíces de esta conformidad, esta pasividad, este miedo, al cambio, se remontan hasta los programas de reclutamiento y selección de las enfermeras en potencia y continúan a través de todo el programa educativo.

Existen 122 escuelas de enfermería en el país, de las cuales 7 tienen como requisito de ingreso el haber cursado Bachillerato o su equivalente. La duración de la carrera de enfermería varía de una escuela a otra, dependiendo de si la escuela está asociada a un hospital o no. Los planes de estudio son también heterogéneos, debido a que responden a diferentes ideologías, intereses y preparación de los dirigentes. Las enfermeras de los diferentes programas realizan tareas idénticas (aunque las oportunidades de especializarse y progresar varían) y se relacionan de forma similar con los doctores, pacientes y con el sistema de salud.

Hay diferentes razones por las que una mujer hace la decisión de ser enfermera, y estas razones están muy relacionadas con los estereotipos del trabajo de la mujer, que la sociedad ha mantenido y que las mujeres mismas han aceptado. Veamos algunas:

En primer lugar, la visión de la mujer enfermera que cuida de la salud de otros durante largas jornadas y momentos difíciles es una extensión de la tarea que se ha considerado propiamente femenina desde hace siglos, porque han sido las mujeres que han cuidado de los hijos, unas de otras y de los hombres enfermos.

Hay dos problemas muy fuertes asociados con esta percepción del trabajo de la enfermera, sin embargo, uno es que al poner el énfasis en que es una característica de la mujer el poder cuidar de otros, se está manteniendo el estereotipo de que al hombre no le corresponde cuidar de otros de la misma manera. Por una parte, los maestros y orientadores vocacionales nunca sugieren la enfermería para los hombres. Cualquier muchacho que pudiera considerar esta carrera en principio, decide no adoptarla por la asociación que se hace de que los enfermeros son homosexuales. En cuanto a los médicos, de ellos se dice que tienen que hacer las decisiones frías, que para eso necesitan "objetividad", y que por ello no se pueden acercar demasiado al enfermo. Es decir, aquí se busca una excusa para que el hombre no tenga que dar ese cuidado cercano, esa atención afectuosa que la gente necesita. Los roles que se juegan en el hogar se perpetúan así en la profesión. La madre cuida, el padre trabaja y produce.

Otro problema que encierra el estereotipo de que la mujer es la que mejor sabe cuidar, y es que se pone el acento en la abnegación y la dedicación, y muchas veces no se da tanta importancia a los conocimientos objetivos, a que la enfermera desarrolle una sensación de efectividad propia, basada en lo que sabe, y en su experiencia, que le permita hacer sus propias decisiones. Así, las imágenes comunes de la enfermera que se reflejan en libros, películas, y programas de televisión enfatizan los papeles más tradicionales de la mujer: Para las preadolescentes, las heroínas son ángeles sacrificados, trabajadoras y dedicadas. Para las adolescentes existen miles de libros de bolsillo sobre enfermeras seductoras y sus proezas sexuales. La televisión muestra a la enfermera como sirvienta bella y dedicada al médico experto.

La "buena enfermera" es la colaboradora callada, que recibe su recompensa al casarse con el médico.

### El entrenamiento.

Se ha dicho que la educación de una estudiante de enfermería es básicamente un proceso de "desocialización." Durante su entrenamiento como enfermera, la estudiante está expuesta a muchas experiencias que le evocan culpa, humillación, miedo, y que últimamente socavan su propio sistema de valores, su creatividad y deseo de experimentación. Los valores que más se enfatizan en el entrenamiento de enfermería son el orden, la rutina, meticulosidad, trabajo duro, y cohibición. Una de las primeras cosas que la estudiante de enfermería aprende es el hecho de que existe una "manera correcta" de hacer las cosas, de hacer todas las cosas, ya sea para hacer una cama o para tratar a un paciente que tiene hemorragia. Toda desviación de la manera correcta se corrige a veces duramente, borrando las diferencias en la mente de la estudiante entre lo que es cuestión de peligro serio para el paciente y la multitud de tareas que se podrían mejorar con la imaginación, la innovación, la flexibilidad y la iniciativa. Pero hay poco lugar para juicio personal en la escuela de enfermería, porque la función de ésta educación es la de producir enfermeras con conducta pre-programada y poco imaginativa que encajen en el patrón de cuidado exigido por la profesión médica.

El resultado de este tipo de educación es destructivo, tanto para la estudiante como para el paciente. Estudios recientes de las experiencias de estudiantes de enfermería revelan que las estudiantes de enfermería reportan síntomas de ansiedad, nerviosidad, depresión, que no valoran

mucho la independencia de acción; y que estudiantes que en un principio se veían a sí mismas como suministradoras de cuidado y atención, después de su entrenamiento se ven como supervisoras, administradoras o educadoras de enfermería. El objetivo inicial de su carrera se ha perdido en gran parte.

La estudiante de enfermería se defiende de estas presiones adhiriéndose al reglamento, y evitando situaciones ambiguas que exigen un juicio creativo.

Cuando la presencia de supervisoras o médicos no es tan obvia, la estudiante que ha perdido parte de su motivación de dar cuidado y servicio creativos, siente que no hay necesidad de esforzarse, de superarse, porque ya se ha acostumbrado a que la valoración de su trabajo no es interna, no se hace bajo sus propios criterios, sino los de fuera, los de los superiores. Si éstos no están, el trabajo no tiene tanto valor. Por eso muchas veces encontramos la enfermera que se zafa del trabajo, que dá lo menos que puede.

Así, el proceso de la educación en enfermería fracasa en preparar hombres y mujeres que esten en condiciones de desafiar lo que encontraran más tarde, cuando entren de lleno en el sistema de salud como trabajadoras de tiempo completo. Habran aprendido que es más fácil perpetuar el sistema presente de cuidado de la salud que desafiarlo. Así, ayudarán a cumplir el otro objetivo de toda institución: Mantenerse a sí misma perpetuando al mismo tiempo el sistema socioeconómico que la crea y al cual sirven.

Adaptación del artículo: NURSING EDUCATION: TEACH THE WOMAN TO KNOW HER PLACE. Publicado en HEALTH PAC Bulletin. Septiembre 1970.

Enero 1979.