

TRABAJO, GENERO Y SALUD EN MEDICOS Y ENFERMERAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Alba Esperanza García López

INTRODUCCION.

El trabajo femenino ha ido ganando terreno conforme la crisis económica avanza, según datos del Colegio de México¹ en el inicio de los 90s, la más alta participación se alcanzó en el grupo de mujeres de 35 a 39 años, la mayoría de ellas unidas y con hijos. Se considera que gran parte del trabajo extradoméstico de estas mujeres se vincula a la necesidad de complementar los ingresos familiares. Las áreas de mayor empleo se dan en el comercio y los servicios.

Las instituciones de salud emplean una gran cantidad de mujeres: secretarias, archivistas, afanadoras, auxiliares de enfermería, enfermeras, promotoras de salud, cocineras etc.

Respecto a cómo asumen las mujeres el trabajo productivo, tenemos que no se da como la de cualquier trabajador sino desde la "óptica" de la mujer que trabaja" (Antoine Artous 1982). Marcela Lagarde (1990) destaca que esta incorporación femenina al trabajo provoca en ellas una "Identidad escindida", que se niega a reconocerse a sí misma a través de su trabajo y opta por reconocerse a partir de los valores genéricos impuestos y asumidos. Esta ambivalencia en la mujer tiene un costo emocional que habría que estudiar más a fondo. Situación contraria se presenta en los hombres, quienes genéricamente se definen a partir de su trabajo o profesión, de su competitividad en la esfera pública.

El trabajo de la enfermera ha sido clasificado como riesgoso, tanto a nivel físico como psíquico. "El trabajo de enfermería ocupa ese lugar de mediación, de contención de emociones, fantasías y angustias, de contacto, donde el cuerpo entero se juega en relación a otro cuerpo en peligro, sufriente, en lucha de alguna manera entre la vida y la muerte."²

El trabajo es insalubre, expuesto al contagio, los accidentes y las adicciones. Los turnos rotativos y la sobrecarga de trabajo le impiden planear su vida acorde con los ritmos familiares. Se le exige eficacia, rendimiento técnico, responsabilidad y entrega en

¹García Guzmán B.; Pacheco Gómez Muñoz E.; Blanco Sánchez M. El trabajo extradoméstico de las mujeres mexicanas. Colegio de México, mecanograma 1994, pág. 3.

² de la Aldea E.; Emmer S.; Schejter V.; Trabajo de enfermería, su novela laboral. Revista Tramas. Universidad Autónoma Metropolitana, nov-dic.1990 pág.167.

su profesión, sin embargo su trabajo no es reconocido ni social ni salarialmente en todo su valor.

En una investigación realizada por el Subdirector del IMSS Dr. Norberto Treviño, sobre la opinión de usuarios y trabajadores respecto a la calidad de la atención médica. Se encontró con que el dato más significativo fué la opinión desencantada de médicos y enfermeras acerca de la continuidad de servicios hospitalarios, desarrollo de recursos humanos e infraestructura. Las opiniones de las enfermeras fueron más desfavorables en los hospitales.³

La explicación que se da a tal fenómeno es la desmotivación del personal. la desmotivación puede ser el efecto y no la causa, de toda una serie de situaciones que al interior del trabajo hospitalario generan esas y otras actitudes negativas.

Podemos preguntarnos qué es lo que en el trabajo está cuestionado como fuente específica de nocividad para la vida mental y la respuesta sería la División del trabajo (social y técnica) la cual ha impuesto un grado muy alto de sufrimiento psíquico a los trabajadores, al constreñirles el libre ejercicio de su voluntad y pensamiento para la ejecución de su trabajo.

³ Treviño N. Mejoría de la Calidad de la Atención Médica
Gaceta Médica de México Vol. 128 No. 4 julio-agosto 1992.

TRABAJO.

El elemento que ha permitido al hombre trascender su estatuto natural ha sido el trabajo. A través del trabajo el hombre se humaniza "el trabajo es la objetivación de la naturaleza humana...los hombres tienen historia porque tienen que producir su vida y la tienen que producir de un modo determinado"⁴

El trabajo humano es capaz de un vasto rango de actividades y de producir más de lo que consume. Sobre estas cualidades es que el capitalista se planteará el control sobre el proceso de trabajo; el cual desde su óptica se convertirá en un problema de administración y organización del trabajo y para los obreros implicará una alienación del proceso de trabajo.

Largo fué el camino y muchos los intentos realizados a fin de que se pudiese implantar de modo pleno una organización capitalista del trabajo. La propuesta administrativa que logró el control real del proceso de trabajo, se llamó Organización Científica del Trabajo de Frederick Winslow Taylor.

El objetivo del sistema taylorista era aumentar la productividad eliminando los momentos de holgazanería de los obreros en el taller. La holgazanería fué denunciada por Taylor como pérdida de tiempo, de producción y de dinero.

El primer obstáculo a enfrentar fué que el saber respecto de la tarea y el modo operatorio le pertenecía a los obreros y no a la administración. Taylor tras una ardua lucha va a apropiarse de este saber, a fin de dictaminar los modos operatorios más rápidos y productivos, la variabilidad de los modos operatorios de los diferentes obreros sólo le servirán para condenar a los más lentos e improductivos, sin preguntarse nunca el por qué de estas diferencias.

El modo operatorio más rápido y productivo fué impuesto a todos los obreros sin distinción de edad, sexo o estructura mental. Los tres principios básicos de la Organización Científica del Trabajo son:

- 1.- "Los gerentes asumen..la carga de reunir todo el conocimiento tradicional que en el pasado ha sido poseído por los obreros, y luego la de clasificarlo, tabularlo y reducirlo a reglas, leyes y fórmulas. El primer principio puede ser

⁴ Markus G. Antropología y Marxismo Edit. Grijalbo, México 1985
pág. 14.

llamado disociación del proceso de trabajo de la pericia del obrero.

- 2.- Todo posible trabajo cerebral debe ser removido del taller y concentrado en el departamento de planeación o diseño.
- 3.- El uso del monopolio del conocimiento para controlar cada paso del proceso de trabajo y su modo de ejecución. Dificultando con ello cada vez más para los obreros, la comprensión de los procesos dentro de los cuales ellos funcionaban. Esta imposición disciplinaria se ha hecho a costa de un abrupto dislocamiento psicológico".⁵

El impacto de la Organización Científica del Trabajo sobre la salud-enfermedad de los trabajadores se traduce en una triple división: división del modo operatorio; división del organismo en órganos ejecutores y órganos de concepción intelectual y finalmente división de los hombres, separados por la nueva jerarquía de capataces, jefes de equipo, reguladores y cronometristas.

El trabajo taylorizado engendra en los individuos una mayor cantidad de división, se comparten las experiencias en el taller de un modo distinto, confrontados uno a uno ante la exigencia de la productividad.

"Esta es en definitiva, la paradoja del sistema que elimina las diferencias crea el anonimato y la intercambiabilidad mientras que individualiza a los hombres frente al sufrimiento"⁶

La Organización Científica del Trabajo hace nacer tensiones psicológicas desconocidas hasta entonces, sobre todo en tiempo y ritmo de trabajo, se neutraliza la actividad mental y la primera víctima resulta ser el cuerpo dócil y disciplinado del obrero.

"La organización del trabajo, en la medida en que puede bloquear los esfuerzos del trabajador para poner en conformidad el modo operatorio con las necesidades de su estructura mental, causa un debilitamiento somático. Tal situación no se traduce inmediatamente en una enfermedad somática, aparece primero como insatisfacción que se expresa ante todo por la fatiga y una serie de síntomas y molestias que aún no pueden ser encuadradas bajo el rubro de una

⁵ Braverman H. op. cit. págs. 138-139.

⁶ Dejours Ch. Trabajo y desgaste mental Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1990, pág.44

enfermedad específica"⁷

La Organización Científica del Trabajo no tiene como consecuencia directa las alteraciones mentales graves, precisamente porque los trabajadores resisten individual y colectivamente hasta donde se lo permiten sus capacidades, construyendo lo que Dejours ha denominado la ideología defensiva del oficio, la cual tiene como función primordial contener la ansiedad generada por condiciones riesgosas del ámbito laboral que hacen peligrar el psiquismo y corporeidad de los implicados en tales procesos.

Dejours menciona las siguientes características de la ideología defensiva del oficio:

- La ideología defensiva tiene como objetivo principal el enmascarar, contener y ocultar una ansiedad particularmente grave.
- La ideología es un mecanismo de defensa elaborado por un grupo social particular, por tanto manifestará una especificidad propia del trabajo y de los riesgos a manejar.
- Lo que caracteriza a una ideología defensiva, es que esta dirigida, no contra una angustia resultante de conflictos intrapsíquicos, sino que esta destinada a luchar contra un peligro y riesgos reales.
- La ideología para ser operativa, debe de contar con la participación de todos los interesados.
- La ideología defensiva para ser funcional, debe estar dotada de una cierta coherencia, lo que supone hacer adaptaciones relativamente rígidas con la realidad, aún cuando puedan aparecer consecuencias más o menos graves en el plano práctico concreto, tales como la no aceptación de reglas de seguridad en el trabajo, pues aceptar la regla sería aceptar la existencia del riesgo que la ideología defensiva trata de ocultar.
- La ideología defensiva tiene siempre un carácter vital, ella reemplaza los mecanismos de defensa individuales y los pone fuera de acción.⁸

En profesiones calificadas de peligrosas o de alto riesgo esta ideología se muestra de modo más nítido. En la industria de la construcción, los trabajadores desarrollan conductas verdaderamente temerarias, juegan y compiten entre ellos para ver quién es capaz de conjurar a través de la acción, el peligro siempre latente del accidente y la muerte. El mecanismo de crear una situación

⁷ Dejours Ch. op. cit. pág.154.

⁸ Dejours op. cit. págs. 39-40.

peligrosa o de agravarla da la idea al trabajador de que es él quien domina y maneja la situación: soy yo quien genero y controlo el peligro y no el peligro a mí.

Si la ansiedad no fuese controlada a través de la ideología defensiva, si ésta pudiese surgir en cualquier momento durante el trabajo, entonces los trabajadores no podrían continuar mucho tiempo en sus tareas.

Esta ansiedad presente en mayor o menor grado en el proceso de trabajo, puede expresarse en varios niveles; uno de ellos se asocia con la degradación del funcionamiento mental y del equilibrio psicoafectivo. Los trabajadores se sienten constreñidos en su trabajo a una rígida imposición de patrones comportamentales respecto a cómo hacer su trabajo, lo cual se traduce en una negación y empobrecimiento de sus capacidades intelectuales, y en cierto modo de una despersonalización. La imposición de formas de ejecutar el trabajo provoca a su vez que las relaciones con los compañeros de trabajo se conviertan en algo rígido y estereotipado. Las formas más comunes para manejar esta ansiedad acumulada es recurrir al consumo de bebidas alcoholicas en los hombres y al consumo de tranquilizantes en las mujeres.

Otro nivel de expresión de la ansiedad es el relativo a la degradación del organismo. La ansiedad es la expresión psíquica del riesgo que se hace correr al cuerpo, ante la nocividad de las condiciones de trabajo. La ansiedad generada por el trabajo tiende a expresarse a través de la fatiga y de una serie de síntomas aislados que no caen bajo ninguna enfermedad declarada.

Por último la ansiedad generada por la necesidad (Disciplina del hambre dice Dejours). A pesar del sufrimiento, los obreros permanecen en sus puestos soportando la amenaza que contiene su trabajo, a fin de hacer frente a una exigencia aún más imperiosa: sobrevivir.

"El sufrimiento comienza cuando la relación hombre-organización del trabajo, esta bloqueada, cuando el trabajador ya utilizó al máximo sus facultades intelectuales, psicosenso-motrices, psicoafectivas de aprendizaje y de adaptación..cuando utilizó todo lo que disponía de saber y de poder sobre la organización del trabajo y cuando no puede cambiar la tarea..No es tanto la importancia de las exigencias mentales o psíquicas las que hacen aparecer el sufrimiento (por más que el factor aparezca como evidentemente importante) sino más bien la imposibilidad de toda evolución para aliviarlo.La certeza de que el nivel alcanzado de insatisfacción ya no puede disminuir más marca la entrada al proceso de

sufrimiento."⁹

En general cuanto más rígida es la organización, mayor es la división del trabajo y menores las posibilidades del rediseño, ante estas condiciones, el sufrimiento psíquico aumenta.

GENERO Y TRABAJO.

"La diferencia de talentos naturales entre los individuos no es tanto la causa como el efecto de la división del trabajo"

Marx 1844.

El trabajo es uno de los espacios diferenciados por género, hombres y mujeres trabajan, pero la valoración del trabajo en ambos es diferencial. Socialmente hemos construido espacios laborales típicamente masculinos y femeninos.

El trabajo femenino se ha ligado con su propia naturaleza reproductora. Así la mayoría de trabajos femeninos tienen algo que ver con el servicio para otros. Se puede ser sirvienta, cocinera, lavandera, ama de llaves, mesera, maestra, enfermera, nana, secretaria etc. El trabajo de la mujer queda subsumido y negado en la feminidad-naturaleza.

Concebir de esta manera el trabajo femenino, conlleva otro mensaje implícito: quienes hacen avanzar y evolucionar el trabajo de un modo socialmente productivo son los hombres.

Genéricamente el lugar y espacio de trabajo de la mujer se concentra en el hogar, sirviendo de apoyo y soporte para la reproducción de los otros.

La mujer se reproduce siendo mujer, es decir, esposa y madre. Así es posible obtener el apoyo emocional, económico y social del Otro, quien la acepta a partir de su capacidad para gratificarlo en sus necesidades, como provedora de consuelo y cuidado.

El trabajo asalariado es el que realiza la mujer en el mundo del mercado, mediado por un contrato y en el ámbito público. Su incorporación se hace teñida por su condición genérica, es decir, en condiciones inferiores de trabajo, de hostigamiento sexual y salarios a veces inferiores.

⁹ Dejours op. cit. pág. 60.

Marcela Lagarde¹⁰ señala el fenómeno de "la identidad escindida" en mujeres que trabajan, las cuales no logran conciliar el antagonismo mujer y trabajo y esperan que su situación mejore para poder salirse del trabajo y regresar a la casa. Tienen dificultades para construir una conciencia que tenga como uno de los ejes de identidad el trabajo. Pero sí ocurre lo contrario, se conceptualizan como amas de casa que por fuerza trabajan.

Sobre esta identidad escindida se presentarán conflictos en las mujeres, que se ven obligadas a salir a trabajar fuera de su casa. Todo lo negativo que suceda en el hogar durante su ausencia será achacado a su trabajo, no sólo por sus familiares, sino incluso ellas mismas aceptarán que esto es cierto, pues abandonaron su lugar primordial. Así el trabajo asalariado es asumido con un monto de frustración y culpa.

Esta crisis de identidad en el trabajo provoca mucha inseguridad, pues se enfrentan a un ambiente desconocido, con códigos y relaciones distintas a las del hogar. Ante ello la mujer procurará crear espacios de identidad femenina, reproduciendo en el trabajo, las formas domésticas del servicio y subordinación al hombre.

Datos proporcionados por mujeres investigadoras del Colegio de México¹¹ nos muestran que "en la década de los 70s la mayor proporción de mujeres activas eran jóvenes y solteras. En el inicio de los 90s, la más alta participación se alcanza en el grupo de edad 35-39 años...edad a la cual la mayoría de las mujeres mexicanas han contraído responsabilidades familiares. La información de actividad económica por estado civil, directamente demuestra que las mujeres unidas presentan los aumentos más significativos en su participación económica, desde 10% en 1970 hasta 25 % en 1990 (datos del censo de población 1970, de la Encuesta Nacional de Empleo 1991). Estimaciones con base en las mismas fuentes permiten concluir que los niveles de participación de mujeres con hijos aumentaron en el mismo período desde 12 hasta 29%.

Este tipo de información avala la idea de que una parte importante del trabajo extradoméstico de las mujeres en los últimos años, se vincula estrechamente con la necesidad de complementar los deteriorados ingresos familiares de las unidades domésticas del país...."

¹⁰ Lagarde M. Cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas. Coordinación General de Estudios de postgrado, Facultad de Filosofía y Letras, Centro de Estudios sobre la Universidad, UNAM: México 1990, pág. 119.

¹¹ García Guzmán B.; Pacheco-Muñoz E. et. al. op. cit. pág. 3

El deterioro de los ingresos en gran parte de nuestra población ha provocado que los índices de morbilidad se incrementen y que además se presenten otros nuevos. El sector oficial ha denominado a este hecho como de "Transición epidemiológica", en realidad dicha "Transición" es una expresión del grado extremo de explotación y desgaste a que se han visto sometidos grandes sectores de la población (sobre todo jóvenes).

CONTEXTO GENERAL EN EL CUAL SE UBICA EL TRABAJO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

La década de los ochentas marco el fin de una etapa de crecimiento acelerado de la economía y el inicio de otra, de redefinición de las relaciones productivas, políticas y sociales. En ese decenio, después de una corta mejoría asociada al boom petrolero, la economía entró en un período de bajos niveles de actividad productiva, el nivel de la mayoría de la población se deterioró rápidamente. Durante el período comprendido entre 1982 - 1988 observamos una profundización de la crisis económica del país y del mundo capitalista en general.

La respuesta estatal fué la adopción de un modelo neoliberal de corte monetarista, cuya intención es disminuir la intervención del Estado en la economía y permitir la libre expresión de las fuerzas del mercado. Ello se tradujo en el famoso "adelgazamiento del aparato estatal": venta de paraestatales, apoyo a inversiones privadas en todos los sectores (incluido el de salud), imposición de topes salariales, desmantelamiento de la escasa industria nacional. "Entre 1982 y 1986 el PIB disminuyó de \$ mex. 4.832.000 a \$ mex. 4.725.000 millones, y el PIB per cápita lo hizo de \$ mex. 66.210 a \$ mex. 59.390"¹²

A pesar de que a nivel del discurso oficial se reiteró la prioridad del sector salud en cuanto a asignaciones presupuestales, las declaraciones no coincidieron plenamente con las acciones "el apoyo a los servicios públicos de salud ...descendió entre 1982 y 1987 un 35.8%; la proporción del gasto público federal en salud dentro del PIB bajo de 2.26 % a 1.56 % ; el mismo gasto que en 1982 significó un 4.3% del gasto público federal total, disminuyó a sólo 2.9 % en 1987...la reducción más considerable se registra en el gasto público en salud, medido por habitante a pesos de 1970, en 1982 ascendió a \$ 292.33, mientras que en 1987, cayó a \$ 182.08; es

¹² Las Condiciones de Salud en las Américas Editado por la Organización Panamericana de la Salud 1990 pág. 216.

decir 37.7 % menos que en el primer año"¹³

La política sanitaria durante ese período tuvo como elementos centrales los siguientes:

- Creación del Sistema Nacional de Salud.
- Descentralización.
- Aumento de la cobertura de los servicios de salud.

En términos generales las políticas sanitarias persiguen mejorar las condiciones de salud poblacional y garantizar la atención médica, pero cabe aclarar que no sólo expresan eso, sino además que su elaboración e implementación expresa la lucha de clases en la sociedad, mediatiza las luchas y promueve la paz social (o al menos lo intenta), el Estado y el sistema político se legitiman al preocuparse y tomar en sus manos los problemas de salud de la población, en su calidad de igualdad ciudadana, así pues la formulación e implementación de políticas sanitarias son el resultado del enfrentamiento de factores socioeconómicos, de las pugnas entre clases, de las diversas presiones económicas internacionales y de las demandas de los organismos internacionales, tales como la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud.

Ante el aumento de las demandas de atención y la reducción real del presupuesto asignado a Salud, se ha logrado ampliar la cobertura y aumentar el número de servicios prestados a la población. La lógica a seguir ha sido la de la optimización, la de hacer más con menos. Puede afirmarse que el personal de Salud ha logrado efectivamente hacer más con menos, pero habría que analizar que ello no implica una mayor productividad en el sentido de transformar un volumen mayor de medios de producción en producto o servicio, sino que el aumento de rendimiento sólo expresa la intensificación del ritmo de trabajo, lo cual hace que la calidad del servicio tienda a disminuir a medida que se aumenta el rendimiento (veremos más adelante que esta situación esta en la base del sufrimiento psíquico y la fatiga expresado por el personal de salud que labora bajo estas condiciones).

De acuerdo con las declaraciones oficiales, los problemas más fuertes que enfrenta actualmente el Sistema Nacional de Salud son: la equidad, la calidad de los servicios, la accesibilidad, el financiamiento y la administración.

"Uno de los principales problemas que enfrentan los sistemas de salud en el mundo son sus cada vez más altos costos, por lo que no sería remoto que el próximo secretario de salud tenga credenciales de economista, ya que se requiere contener el

¹³ Blanco G. ; Córdoba G.; Eibenschutz C.; et. al. Política Sanitaria Mexicana en los Ochenta Fin de Siglo Editores, México s/año pág. 23.

acelerado crecimiento de los costos, a la par que aumentar su eficiencia."¹⁴

Preocupación constante de las autoridades de salud, ha sido la de mejorar la calidad de la atención médica. En una investigación realizada por el Subdirector del IMSS Dr. Norberto Treviño y col.¹⁵ cuyo objetivo fué conocer la opinión de usuarios y trabajadores respecto a la calidad de la atención médica, en instituciones representativas del D.F. Se entrevistaron 18 directores de instituciones médicas, 50 profesionistas, 100 usuarios de consulta externa de centros de salud y 300 usuarios de hospitales generales. Además se aplicaron encuestas de opinión a 250 médicos y 250 enfermeras, de los centros de salud y hospitales mencionados. Los resultados muestran que del grupo de profesionistas, el 86% fueron derechohabientes del Seguro Social, de éstos recurren a los servicios públicos el 36%, otro 36% lo hace selectivamente y no los usan el 28%. Consideran que los servicios públicos médicos son buenos 30%, regulares 14%, y malos el 56%. Calificaron los servicios públicos como mejores que los privados 36%, iguales 36% y peores un 28%, la principal falla fué la falta de calidez. Los médicos y enfermeras calificaron las variables de : infraestructura, capacitación, motivación-satisfacción laboral y continuidad de servicios con porcentajes de 50 a 60 % y las variables de calidez, control y supervisión con valores a 60 a 80 %. Las opiniones de las enfermeras fueron más desfavorables en los hospitales. Estos resultados indican aceptable satisfacción del usuario y desmotivación del personal de salud.

El dato más significativo de la investigación fué la opinión desencantada de trabajadores, médicos y enfermeras, con calificaciones promedio del 50 al 70 % para las variables exploradas. Destacan la gran desmotivación del personal, tanto médico como enfermería, y sus opiniones bajas acerca de la continuidad de servicios hospitalarios, desarrollo de recursos humanos e infraestructura.

Se menciono líneas arriba que la lógica eficientista de hacer más con menos, de intensificar el trabajo a fin de optimizar los recursos da como resultado una mayor cantidad de trabajo, pero de baja calidad. Sin los recursos necesarios no es posible hacer un trabajo de calidad. Las propuestas oficiales que se hacen al respecto para mejorar ésta situación no tocan de lleno el punto esencial, no aceptan que las prácticas neoliberales en materia de salud son las responsables del recorte presupuestal y que no todo depende de que el personal se motive más .

¹⁴ Kumate J. Los Sistemas de Salud en las Américas Gaceta de la Facultad de Medicina, 10 de diciembre de 1993 pág. 2

¹⁵ Treviño N. y col. op. cit. págs. 467, 472 y 473.

Algunas de las propuestas hechas en base a los resultados obtenidos son :

- Suficiencia y calidad de recursos humanos. La selección de personal y la capacitación son factores que influyen en la calidad de la fuerza de trabajo. Por ello es deseable contar con un comité de evaluación curricular que asigne un mayor peso a los méritos académicos que a las recomendaciones personales. También es necesario contar con el número de trabajadores apropiados para las cargas de trabajo de cada unidad. La reducción de personal en el Sector Público durante el pasado reciente, comprometió en algunos casos la fuerza mínima de trabajo de unidades médicas, la cual debe restablecerse.

- Recursos materiales indispensables. En este sentido se propone el concepto de nivel mínimo de operación o piso básico de elementos de trabajo, a partir del cual puedan plantearse la mejoría de calidad. Debe reconocerse que el costo de la atención médica cada vez es más alto y ante el incremento casi ilimitado de necesidades en la salud y la restricción de los recursos, se hace imperativa una nueva cultura de eficiencia y productividad. Por ello deben articularse la excelencia médica con la eficiencia y racionalidad del gasto en todos los órdenes.

- Organización y productividad. Es preciso reducir la tramitación, diferimientos y tiempos de espera en la mayoría de los establecimientos.

- Satisfacción de los usuarios. El paciente y sus familiares son personajes frecuentemente olvidados. El trato frío e impersonal y deshumanizado, tal vez sea el talón de Aquiles de la medicina institucional. Es característica de difícil corrección y debe ser objeto de atención constante en todo programa orientado a mejorar la calidad.

Se menciona que la lógica eficientista de hacer más con menos y de intensificar el trabajo a fin de optimizar los recursos trae consigo una mayor cantidad de trabajo con menor calidad. Los resultados encontrados en la investigación reseñada no hacen sino avalar los resultados de tales lógicas organizativas del trabajo. Nadie puede trabajar con mucha motivación y pocos recursos, sobre todo en el área de salud donde el objeto de trabajo es otro ser humano, con el cual no podemos escatimar en recursos, pues de la suficiencia de ellos depende la salud de los pacientes. Las propuestas planteadas desgraciadamente no logran rebasar el nivel aparente y personalista del problema, se pone en primer lugar a la motivación personal y como algo secundario la situación económica y de recursos con que se trabaja.

TRABAJO HOSPITALARIO

Algunas generalidades

El trabajo hospitalario, como sector productivo se ubica en el área de los servicios.

"Un servicio - señalaba Marx- , no es más que el efecto útil de un valor de uso, sea este una mercancía o bien que lo sea del trabajo. El trabajador que es empleado en producir mercancías rinde un servicio al capital y como resultado de este servicio toma forma como mercancía un objeto tangible, vendible.

¿Pero qué sucede si los efectos útiles del trabajo no pueden tomar forma en un objeto?. Ese trabajo debe ser ofrecido directamente al consumidor, dado que la producción y el consumo son simultáneos. Los efectos útiles del trabajo en tales casos, no sirven para hacer vendible un objeto, el cual lleva consigo los efectos útiles, como parte de su existencia como mercancía.

En lugar de eso, los efectos útiles del trabajo se convierten en mercancía cuando el trabajador no ofrece directamente su trabajo al usador de sus efectos, sino que los vende a un capitalista, quien los revende en el mercado, entonces tenemos la forma capitalista de producción en el campo de los servicios"¹⁶

Las instituciones de seguridad social surgen como una medida de conciliación y control de los obreros postcardenistas, como un medio de apoyar el desarrollo industrial del país. Todo ello sucedió en la época de Manuel Avila Camacho, el cual apoyo a la iniciativa privada y las alianzas paternalistas con la clase obrera bajo un nuevo concepto: el de justicia social, en vez del de lucha de clases de la etapa cardenista.

PROCESO DE TRABAJO.

Analizar el proceso laboral en los hospitales implica destacar:

- a) Las condiciones del proceso laboral: actividades orientadas a un fin, objetos y medios empleados y las formas de organización del trabajo.
- b) La lógica que determina el proceso en su globalidad.

El proceso laboral hospitalario es una de esas formas de producción de servicios donde el producto no tiene una corporeidad manifiesta y sólo se materializa como un conjunto de actos. Las condiciones del proceso transcurren bajo un amplio y diverso conjunto de áreas y puestos de trabajo, donde cada uno de ellos contribuye con acciones específicas a solucionar algún aspecto de la problemática del paciente demandante.

¹⁶ Braverman H. op. cit. págs. 413-414.

El objeto del trabajo hospitalario es el paciente y la relación que se guarda con él, no es una relación de sujeto-objeto, sino de sujeto-sujeto, con todas las implicaciones que trae consigo una relación humana en esas condiciones (de enfermedad, sufrimiento y muerte).

La relación médico-paciente implica una relación asimétrica de poder, donde el médico sabe y el paciente espera (rara vez demanda); el médico prescribe y el paciente obedece. Desde el punto de vista del médico se asume que la vida o la muerte del paciente, va a depender de la atención prestada por él mismo, esta asunción no es manifiesta ya que de ser así, implicaría un monto de ansiedad muy alto, que obstaculizaría el propio desempeño profesional. La forma de manejar estas situaciones será a través de el manejo de una ideología defensiva del oficio, la cual va a funcionar como muro de contención a la ansiedad generada por el propio trabajo (vease en el capítulo de Trabajo, lo referente a esta ideología). Esta ideología trabaja a base de la negación y el ocultamiento, ahí reside su efectividad.

Se han hecho intentos de entrenar a técnicos médicos del área de emergencias, para enfrentar la muerte de los pacientes durante la atención prehospitalaria y la consecuente notificación de la misma a los parientes. Los factores que hicieron de la notificación algo difícil fueron : pocas horas de trabajo al mes, trabajar en una comunidad pequeña, género femenino y pocas muertes vistas durante el año previo. La mayoría de los técnicos médicos (67%) tuvo algún entrenamiento formal para enfrentar la muerte del paciente y su notificación, sin embargo tal entrenamiento no se correlaciono con una menor dificultad emocional. (Norton R. ; Barktus E. ; Schmidt T. 1992)

Forma de organización del trabajo

Las relaciones humanas en el ámbito hospitalario se complejizan más, si se toma en cuenta la rígida estructura de jerarquias entre los diversos profesionales (Médicos, enfermeras, administrativos, de mantenimiento, etc) los cuales, al menos en el Seguro Social trabajan con estrictas normas de funcionamiento (manuales de procedimiento precisos para cada puesto) que nos recuerdan mucho a los principios de la Organización Científica del Trabajo.

La supervisión administrativa es obsesiva en el trabajo de hospital, cada fase o procesos del trabajo debe quedar debidamente registrado en todos los niveles. El expediente clínico viene a ser la objetivación de todos los afanes y movimientos hechos en aras de la prestación del servicio. Además es una de las cosas más celosamente guardadas por la administración, pues de caer en manos de un paciente se corre el riesgo de una demanda por manejo negligente del caso. Aunque la mayoría de las veces ellos no saben, bien a bien, cual fué el diagnóstico de su padecimiento, refieren al órgano o parte afectada como el origen de su

internamiento.

La relación entre médicos y enfermeras se da como una relación entre jerarquías diferentes, donde la enfermera asume el rol de apoyo y ejecución de las órdenes del médico, tendiendo a reproducir los valores genéricos imperantes de la mujer que trabaja: obediencia y sumisión.

A modo de ejemplificar esta situación, comentaré que en un estudio exploratorio realizado por Martín¹⁷ se investigó acerca del grado y extensión de participación de las enfermeras, en cuanto a las decisiones sobre el tratamiento de recién nacidos. Se encontró que la mayoría de ellas no participa de manera sustancial en cuanto a la iniciación, mantenimiento o suspensión de los tratamientos de sus pacientes, a pesar de ser ellas las que cargan con la mayor responsabilidad de ejecutar o implementar las decisiones de otros. La carencia de participación fué citada por un 70% de las enfermeras como la mayor fuente de estrés ocupacional y angustia ética. Un 87% de las enfermeras se identifican como las primeras defensoras de los infantes pero sólo un 20% reportó que serían capaces de poner en tela de juicio y perseguir las decisiones hechas por el médico, cuando creyesen que el infante no estuviera recibiendo el tratamiento adecuado.

Triolo¹⁸ menciona que en el ámbito de los cuidados para la salud, los estresores pueden ser químicos, biológicos y psicosociales. Refiriéndose en específico al trabajo de las enfermeras destaca que :

- Los estresores psicosociales incluyen carga física y mental, inseguridad laboral y ambigüedad en los roles, los pacientes y poca creatividad en el trabajo.

- Los estresores psicosociales se incrementan en la medida en que el ambiente hospitalario ejerce una mayor demanda sobre las enfermeras.

La investigación de Richtman y Flathery¹⁹ es un buen ejemplo de las diferencias genéricas en cuanto a morbilidad entre estudiantes de medicina " debido a los distintos patrones de socialización desde la infancia, roles familiares, de distribución

¹⁷ Martín D. Grado de involucramiento de las enfermeras respecto a las decisiones con pacientes recién nacidos. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, nov-dic. 1989 pág. 463.

¹⁸ Triolo P. Salud ocupacional, riesgos asociados con enfermeras Nurse Journal, junio 1989 págs. 232-233.

¹⁹ citado por Breilh J. Trabajo Hospitalario, estrés y sufrimiento mental, Salud Problema núm. 23 Universidad Autónoma Metropolitana, México 1993, pág. 28.

de poder-estatus en un contexto de dominio masculino como es el hospital. Se tiende a encontrar una mayor presencia de trastornos depresivos y ansiosos en las mujeres, mientras el alcoholismo suele afectar en mayor proporción a los varones.

La relación enfermera-paciente implica una relación de cuidado y dependencia, donde la mujer-enfermera tiende a identificarse como responsable de la salud del paciente, su trabajo cristaliza toda la planeación hecha por otros. Es un trabajo donde la autoexigencia y la culpa van de la mano. Ante los fracasos terapéuticos, la enfermera tiende a la sobre-exigencia a través de jornadas extenuantes de trabajo. En otras ocasiones puede emerger la depresión.

El trabajo de las enfermeras de hospital ha dado origen a la identificación de un síndrome denominado "burnout" el cual refiere a un estado de extenuamiento emocional muy alto, normalmente se identifica a partir de tres indicadores clave: agotamiento emocional, despersonalización y escaso involucramiento en el logro de tareas (Thomas L. ; Riegel B. y Gross D. 1992) Este síndrome es el causante de que muchas enfermeras abandonen la profesión (Macinick C. y Macinick J. 1990).

El trabajo hospitalario es intenso sobre todo en las áreas de urgencia y terapia intensiva, se trabaja al límite de la resistencia, con organizaciones jerarquizadas que obstaculizan - muchas veces- el trabajo fluido. Bajo un régimen por turnos, rotaciones y trabajo nocturno, todo ello tiene importantes repercusiones sobre la salud de los trabajadores.

En cuanto a la lógica que determina el proceso en su globalidad, Breilh²⁰ señala que el trabajo hospitalario se encuentra fundamentalmente encuadrado en la lógica de la subsunción formal a través de la normalización de un sistema de relaciones jerárquicas y de una modalidad de supervisión, inspiradas en la instrumentación que decida el Estado en un determinado momento. Muestra de ello se presentó en el contexto general donde se ubican las condiciones del trabajo de las instituciones de salud.

²⁰ Breilh J. op. cit. pág. 25

METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los antecedentes revisados muestran que el trabajo hospitalario es altamente estresante, que los estresores psicosociales incluyen carga física y mental, inseguridad laboral y poca creatividad en el trabajo (Triolo 1989). Que la morbilidad entre los trabajadores de la salud, es diferente en ambos sexos. Las mujeres manifiestan trastornos depresivos y ansiosos y los hombres tienden hacia el alcoholismo (Richman y Flathery 1991). El trabajo hospitalario es considerado de alto riesgo, pues su realización implica un desgaste emocional muy fuerte, independientemente de la actitud del trabajador. Norton R.; Bartkus E.; y Schmidt T. (1992) entrenaron a técnicos médicos, a fin de disminuir el dolor de tener que notificar la muerte de un paciente a sus parientes. Los resultados mostrarán que el entrenamiento no tuvo mayor efecto, los técnicos no lograron disminuir el sufrimiento ocasionado por tal hecho. Martín D. (1989) En un trabajo con enfermeras encontró que la nula participación en el tratamiento de los médicos a sus pacientes, se constituía para ellas en la mayor fuente de estrés ocupacional y angustia ética. Breilh (1992) en una investigación con médicos internos en Quito, encontró altas tasas de sufrimiento psíquico, acompañadas de un incremento en la morbilidad.

Por todo ello interesa abordar el siguiente problema:

¿Existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de fatiga y sufrimiento psíquico, en médicos y enfermeras del Hospital General Regional de Zona No. 25 del IMSS, tomando en consideración las variables de antigüedad y turno de trabajo?

Fatiga: Estado del sujeto, que se caracteriza por la sensación de una reducción en la capacidad de trabajo. No es una enfermedad, en la mayoría de los casos representa una señal de alarma del organismo.

Sufrimiento

Psíquico: Sentimiento de dolor, provocado por cuestiones externas a quién lo padece y donde no hay mediación intencional ni descisional por parte del afectado. El sufrimiento es un dolor pasivo. No es la cantidad de dolor lo que hace aparecer el sufrimiento, sino más bien, la imposibilidad de atenuarlo o eliminarlo. Las formas de expresión son la ansiedad y la depresión. La ansiedad es una alteración emocional caracterizada por sentimientos de aprehensión, temor o terror, generalmente asociado a sentimientos de fatalidad. La depresión es un estado de ánimo disfórico, con pérdida de interés por las cosas que se realizan habitualmente.

HIPOTESIS.

De trabajo 1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre médicos y enfermeras del Hospital General Regional de Zona No. 25(HGRZ No.25) del IMSS, en cuanto al grado de fatiga.

De trabajo 2: Existen diferencias estadísticamente significativas entre médicos y enfermeras del HGRZ No 25 del IMSS, en cuanto al grado de sufrimiento psíquico.

DISEÑO

Factorial 2x3x2.

La primera variable corresponde a ocupación profesional: médicos y enfermeras.

La segunda variable corresponde a Antigüedad: Baja(0 a 7 años), Media(8 a 15 años) y Alta(16 a 25 años o más).

La tercera variable corresponde al turno de trabajo: Matutino y nocturno.

POBLACION

Todos los médicos y enfermeras del HGRZ No 25 del IMSS.

MUESTRA

Tipo censo, se entrevistó al total de médicos y enfermeras del área de hospitalización de los turnos matutino y nocturno, reuniendo a 129 mujeres de las cuales 117 son enfermeras y las restantes médicas. 44 hombres de los cuales 41 son médicos y el resto enfermeros.

INSTRUMENTOS

Cuestionario para recabar datos del área de consumo y la vida familiar.

Prueba de Síntomas Subjetivos de Fatiga de Yoshitake. El autor considera la fatiga a partir de tres indicadores. El primero aborda síntomas generales(monotonía, embotamiento, modorra). El segundo corresponde al trabajo mental(dificultad para concentrarse) y el tercero es la Proyección del deterioro físico(incomodidad corporal para el desempeño).

Prueba General de Salud de Goldberg versión 28. Basado en la teoría de la posibilidad de detección del disturbio psicológico latente, desarrollada a partir del análisis factorial en versiones de diversa extensión(160, 140, 68, y 28) y cuyo uso se expandió como instrumento epidemiológico para el tamizaje del sufrimiento mental y sus componentes de sintomatología somática, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión severa.

TRATAMIENTO ESTADISTICO.

Se aplicó un análisis de varianza para poner a prueba las hipótesis de diferencia y de interacción entre las variables citadas. Se hizo un análisis de varianza para cada una de las variables.

RESULTADOS

La muestra se integró con mujeres trabajadoras del primero y tercer turno del Hospital General Regional de Zona #25 del IMSS, del área de hospitalización. Durante el periodo comprendido del 15 de noviembre de 1994 al 15 de enero de 1995. Se entrevistaron 129 mujeres, la mayoría de ellas enfermeras (90.7%) y el resto médicas (9.3%). Cuyas edades fluctuaron entre los 21 y 52 años de edad; la media de edad en esta muestra fue de 35 años. El 60% son casadas, 21% solteras, 10.9% divorciadas, 2.3% viudas, 3.9% son madres solteras y el 1.6% no responde.

La muestra se integró por 41 médicos y 3 enfermeros del área de hospitalización del primer y tercer turno del Hospital General Regional de Zona # 25 del IMSS durante el periodo comprendido del 15 de noviembre de 1994 al 15 de enero de 1995. Las edades de los entrevistados fluctuaron entre los 23 y 55 años con una media de 32.5 años. El 22.7% declaró ser soltero, 65.9% casado y el 11.4% divorciado.

Para las mujeres el total de años de trabajo osciló entre 1 y 32 años, con una media de 13.9 años. La antigüedad en el trabajo actual fué de 1 a 26 años, con una media de 11.7 años.

El total de años trabajados en los varones osciló entre 1 y 30 años, con una media de 9 años. La antigüedad en el trabajo fue de 1 a 26 años con una media de 7.4 años.

El 93.3% de las entrevistadas reconoce que hay factores de riesgo en su trabajo. El más conocido es el riesgo de contagio de enfermedades (74.4%), seguido por los riesgos físico-ambientales (36%). En menores porcentajes se señalan las radiaciones (9.6%), otros (8.8%), los químicos (5.6%), un 7% no contesta.

El 90.9% de los entrevistados reconoce la existencia de riesgos en su trabajo. El más conocido por ellos es el riesgo de contagio de las enfermedades (87.4%), seguido por el riesgo a radiaciones (25.3%), riesgos físico-ambientales (11.5%), otros (6.9%) y un 6.8% no contesta.

El 43.4% de ellas labora en el turno matutino, 51.9% en el nocturno y en jornada acumulada el 4.7%. La media de horas trabajadas por semana es de 90 horas, la mayoría de ellas no trabaja en otro lugar (87.6%) y la media de horas extras por semana es de 4 horas. Sólo el 11.6% labora en otro lugar, con una media de horas por semana de 3.5.

El 36.4% de los médicos trabaja jornada acumulada, 31.8% en el turno matutino y en el nocturno el mismo porcentaje. La media de horas trabajada por semana es de 80 horas. El 34.1% labora horas extras con una media de 11 horas a la semana. El 59.1% tiene otro trabajo en el cual la media de horas laboradas es de 27 horas a la semana.

El tiempo medio utilizado para transportarse al trabajo es de hora y media para ambos.

El sufrimiento psíquico se encuentra presente en un 29.5% de las entrevistadas. Respecto a la fatiga el 59.7% manifiesta un grado de fatiga que, al igual que la expresión del sufrimiento psíquico, es considerado riesgoso para la salud de las entrevistadas, pues su expresión va más allá de los parámetros considerados como tolerables o normales.

Las actividades a las que se dedican ellas después del trabajo son:

- Actividades domésticas 74.4%
- Dormir 19.2%
- Actividades académicas 18.4%
- Descansar 12.8%
- Actividades recreativas 3.2%

Sólo un 23.3% de estas mujeres no realizan el trabajo doméstico y un 2.3% no contesta.

Las actividades a las cuales se dedican ellos después del trabajo son:

- Actividades académicas 59.8%
- Descansar 41.4%
- Otras actividades 20.7%
- Actividades recreativas 18.4%
- Dormir 16.1%

TRABAJO DOMESTICO

El trabajo doméstico es realizado exclusivamente por la mujer entrevistada en un 41.1%, un 17.1% declara que este trabajo es llevado a cabo por sus familiares. Un 13.6% lo realiza junto con el marido, los hijos o algún familiar. Madre e hijo realizan el trabajo doméstico 12%. Trabajadora doméstica un 9.6% y un 3.7% no contesta. Sólo se reporta el caso de un esposo que se encarga del trabajo doméstico (0.8%).

El trabajo doméstico en el caso de ellos es realizado por los entrevistados en un 13.6%. El entrevistado auxiliado por esposa e hijos 29.6%. Por la esposa del entrevistado 15.9%. Empleada doméstica 11.4%; por familiares 25%; esposa auxiliada por empleada doméstica 4.5%.

La media de horas de descanso diurno es casi de dos horas y logran disfrutar de éste el 65.1% de las mujeres estudiadas. La media de horas de sueño diurno es de una hora y sólo logran hacerlo el 35.8% de ellas.

El 90.9% de los entrevistados tiene un tiempo de descanso diurno cuya media es de 3 horas. El 52.3% de los entrevistados no duerme de día, un 29.5% no responde y el restante 17.6% duerme un promedio de 45 minutos al día.

En cuanto al sueño nocturno, la media para ellas es de 6.3 horas y el 83.7% logra establecer este patrón de sueño. Un 11.6% no duerme de noche y un 4.7% no responde.

La media de sueño nocturno para ellos es de 6 horas y el 68.1% duerme entre 6 y 8 horas cada noche, 25.1% duerme entre 1 y 5 horas; el 6.8% no contesta.

El promedio de hijos en las entrevistadas es de dos y el número máximo de hijos reportados es de 4. El 76.7% se encuentra involucrada en las actividades de cuidado y atención de ellos. Un 27.7% no tiene hijos y el 1.6% no contesta.

Para ellos el número de hijos oscila entre 1 y 3. El 22.7% cuida un hijo, el 15.9% cuida dos hijos, el 9.1% cuida tres hijos, el 2.3% no contesta. El 50% restante no tiene hijos.

El tipo de actividades que ellas realizan con los hijos se distribuyen en:

- Actividades académicas 55.2%
- Actividades domésticas 44.8%
- Actividades recreativas 30.4%
- Otras actividades 12.8%

El tipo de actividades que ellos realizan con sus hijos se distribuyen de la manera siguiente:

- Actividades recreativas 39.1%
- Otras actividades 16.1%
- Actividades académicas 13.8%
- Actividades domésticas 13.8%
- No reporta ninguna actividad 47.7% (este dato se refiere a los que no tienen hijos)
- No contesta 2.3%

El rubro de ingresos económicos para el sostén familiar es cubierto sólo por la entrevistada en un 5.4%; por ella y una persona más un 37.2%; por ella y dos personas más el 48.8%; por tres personas el 6.2%; por cuatro personas el 1.6% y por 5 el 0.8%.

En el punto de ingresos económicos para el hogar, los

entrevistados declaran que una persona además de ellos aporta ingresos en un 59.1%, dos personas el 31.8%, tres personas 4.5%, 2.6% cuatro personas, cinco personas 2.6%.

Respecto a las actividades realizadas por ellas en el tiempo libre, se encontró que:

- Leer 22.4%
- Ver TV 20%
- Convivir con la familia 17.6%
- Paseos 17.6%
- Otros 14.4%
- Escuchar música 12.8%
- Deportes 8%
- Cine/teatro 2.4%
- Dormir 2.4%
- Fiestas 2.4%
- No contesta 5.4%

Las actividades realizadas por ellos durante el tiempo libre fueron:

- Leer 36.8%
- Otros 27.6%
- Música 16.1%
- Fiestas 13.8%
- Deportes 13.8%
- Ver TV 11.5%
- Cine/teatro 11.5%
- Convivir con la familia 9.2%
- Paseos 4.6%

En cuanto al análisis de varianza: Las variables de antigüedad y turno de trabajo mostraron no ser significativas en cuanto a los grados de expresión de las variables fatiga y sufrimiento psíquico. Sin embargo la variable sexo mostró ser significativa en ambos casos. La fatiga contra sexo obtuvo una $p = .000$. El sufrimiento psíquico contra sexo obtuvo una $p = .021$. Estos resultados permiten aceptar las hipótesis de trabajo 1 y 2.

De trabajo 1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre médicos y enfermeras del Hospital Regional de Zona # 25 del IMSS, en cuanto al grado de fatiga.

De trabajo 2: Existen diferencias estadísticamente significativas entre médicos y enfermeras del Hospital Regional de Zona # 25 del IMSS, en cuanto al grado de sufrimiento psíquico.

DISCUSION

Los resultados obtenidos nos muestran una población en la que los patrones de fatiga y sufrimiento psíquico no son iguales para hombres y mujeres. Ellas manifiestan los índices más altos de fatiga y sufrimiento psíquico en el trabajo, ello puede ser explicado a partir de la categoría de género, la cual nos aclara los modos en que se aprende a ser hombre o mujer en una sociedad dada, dictándonos los derechos, obligaciones y roles a cubrir por cada uno. Asimismo y de modo importante nos asigna cuotas de poder diferenciales y espacios sociales de expresión diversos (Rubin, G., 1975; Lamas, M., 1986).

La categoría de género ha puesto de manifiesto que la dependencia recíproca entre géneros sólo es cierta en el nivel más elemental e individual, pues la asimetría fundamental entre los géneros permanece, esto es, la mayoría de los hombres en su conjunto son quienes ejercen el poder sobre las mujeres, vistas como grupo social.

Genéricamente las mujeres han ocupado espacios de trabajo "típicamente femeninos" donde las características de los mismos son: empleos de servicio a otros, donde el control sobre el proceso de trabajo es escaso. Ello conlleva a una situación de impotencia y minusvalía respecto de lo que se hace o se puede hacer.

Martin (1989) en una investigación sobre el grado y participación de las enfermeras, en cuanto a las decisiones sobre el tratamiento de recién nacidos, encontró que la mayoría de ellas no participa de manera sustancial en cuanto a la iniciación, mantenimiento o suspensión de los tratamientos de sus pacientes, a pesar de ser ellas las que cargan con la mayor responsabilidad de ejecutar las decisiones de otros. La carencia de participación fue citada por un 70% de las enfermeras como la mayor fuente de estrés ocupacional y angustia ética. Un 87% de las enfermeras aceptan ser las primeras defensoras de los infantes, sin embargo sólo un 20% de ellas aceptó que sería capaz de poner en tela de juicio las decisiones hechas por el médico e impugnar dichas decisiones, cuando creyesen que el neonato no estuviese recibiendo el tratamiento adecuado.²¹

Los resultados obtenidos muestran que quienes mayormente sufren y se fatigan son las mujeres en general independientemente de la ocupación, pues la muestra incluye mujeres médicas. Los hombres en su mayoría manifiestan índices de sufrimiento psíquico y de fatiga que caen en los parámetros considerados aún normales y tolerables. ¿Cómo es posible que compartiendo el mismo ámbito de trabajo se puedan tener manifestaciones tan diferentes entre ambos? Nuevamente la respuesta sería que la pertenencia a uno u otro

²¹ MARTIN, D. Grado de Involucramiento de las Enfermeras Respecto a las Decisiones con Pacientes Recién Nacidos Issues in Comprehensive Pediatric Nursing nov.-dic. 1989, p. 463

género marca de modo importante la percepción que se tenga respecto al trabajo.

En este sentido vale la pena citar algunos de los resultados del interesante trabajo que Ellen M. Hall (1989) realizó sobre género, control sobre el trabajo y estrés, tomando como base una amplia muestra de trabajadores suizos. Algunas de las preguntas de la investigación fueron ¿hombres y mujeres se estresan del mismo modo ante el trabajo?, ¿hombres y mujeres tienen el mismo grado de control en su trabajo?, ¿hombres y mujeres tienen las mismas oportunidades de ocupar empleos diversos?

Los resultados obtenidos muestran que la experiencia de trabajo en las mujeres suizas es distinta de la de los hombres en 5 aspectos:

1.- Mujeres y hombres han estado laborando en empleos que son muy segregados sexualmente.

2.- Las mujeres tienen menos ocupaciones, de un carácter menos diverso entre las cuales escoger, comparadas con las opciones de los hombres. Las mujeres están confinadas a profesiones de ayuda y servicio y aunque la mujer pueda rotar su empleo, en términos del contenido hace el mismo tipo de trabajo (servir, apoyar, ejecutar órdenes de otros) aunque en otro nivel o contexto.

3.- La mujer tiene menos control que el hombre sobre el contenido y proceso de trabajo. En las casi 244 ocupaciones específicas examinadas, los hombres reportan mayores niveles de control que las mujeres.

4.- Las mujeres tienen menos control que los hombres, aún en empleo típicamente femeninos, tales como secretarias, enfermeras, meseras, etc. El único empleo en el cual las mujeres reportan tener más control en su trabajo fué: la ocupación de limpieza.

5.- El estudio revela para ambos géneros una interacción estadística sustantiva entre clase (entendida como la ocupación) y género en cuanto al control sobre el trabajo. Los empleados tienen más control que los obreros. Y en cuanto a género las mujeres en la mayoría de los empleos tiene un control menor al de los hombres.²²

La variable de control sobre el trabajo puede explicarnos el menor sufrimiento de los hombres en el trabajo hospitalario. De acuerdo con Dejours (1990), la organización del trabajo bloquea los esfuerzos que el trabajo hace, para poner en conformidad el modo operatorio con las necesidades de su estructura mental, dicho

²² HALL, M. Ellen Género, Control Sobre el Trabajo y Estrés: Una discusión teórica y una prueba empírica International Journal of Health Services Vol 19 N° 4, p 743

bloqueo causa un debilitamiento somático, que no se traduce inmediatamente en una enfermedad, sino que aparece primero como insatisfacción, que se expresa ante todo por la fatiga y una serie de síntomas y molestias que aún no pueden ser encuadradas bajo el rubro de una enfermedad específica.

En este sentido los hombres (médicos la mayoría), al realizar su trabajo tienen un mayor grado de control sobre el mismo, comparado con el grado de control que las mujeres tienen en ese mismo ámbito.

El grado de control se constituye en un medio que aminora el sufrimiento psíquico, pues lo esencial del sufrimiento es la vivencia de impotencia para evitarlo o controlarlo.

Dejours (1990) señala que:

"El sufrimiento comienza cuando la relación hombre-organización del trabajo, está bloqueada, cuando el trabajador ya utilizó al máximo sus facultades intelectuales, psicosensoriomotrices, psicoafectivas de aprendizaje y de adaptación(...) cuando utilizó todo lo que disponía de saber y de poder sobre la organización del trabajo y cuando no puede cambiar la tarea. No es tanto la importancia de las exigencias mentales o psíquicas las que hacen aparecer el sufrimiento, sino más bien la imposibilidad de toda evolución para aliviarlo. La certeza de que el nivel alcanzado de insatisfacción ya no puede disminuir más marca la entrada al proceso de sufrimiento".²³

En una investigación realizada por el Dr. Alberto Treviño y col. (1992), cuyo objetivo fue conocer la opinión de usuarios y trabajadores respecto a la calidad de la atención médica en instituciones de salud del D.F., las opiniones de los usuarios coincidieron en cuanto a señalar a la falta de calidez como la principal falla de las instituciones de salud. A los médicos y enfermeras se les pidió su opinión respecto a las variables de: infraestructura, capacitación, motivación-satisfacción laboral y continuidad de servicios. El dato más significativo fue la opinión desencantada de médicos y enfermeras respecto a las variables exploradas. Destaca la gran desmotivación del personal tanto médico como de enfermería. Las opiniones de las enfermeras fueron más desfavorables en los hospitales²⁴.

Los resultados obtenidos por el Dr. Treviño y col. destacan

²³ DEJOURS, Ch. Trabajo y Desgaste Mental Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1990, p 60

²⁴ TREVIÑO, N. Mejoría de la Calidad de la Atención Médica, Gaceta Médica de México Vol. 128 N° 4 julio-agosto 1992.

puntos que en la presente investigación también aparecen. Me refiero a la mayor insatisfacción y apatía de las enfermeras, curiosamente las que laboran en hospitales son las más desmotivadas. Tal situación en el caso de esta investigación se traduce en porcentajes mayores de fatiga (59.7%) y de sufrimiento psíquico (29.5%) en las enfermeras del área de hospitalización. Los médicos manifiestan porcentajes significativamente menores, 11.4% para sufrimiento psíquico y 31.8% para fatiga. En la expresión de fatiga la diferencia entre hombres y mujeres es estadísticamente significativa $p=.000$ y lo mismo sucede en cuanto a la expresión del sufrimiento psíquico entre hombres y mujeres, la diferencia entre ambos es estadísticamente significativa $p=.021$.

Habría una cuestión central a considerar en cuanto a la fatiga femenina, y es el hecho que después de la jornada laboral la mayoría de ellas continúa trabajando en el hogar, haciendo trabajo doméstico, cuidando hijos, revisando tareas, haciendo compras, preparando alimentos, etc. Ya en la descripción comparativa de los resultados se observó que mientras ellas trabajan en casa, ellos descansan, se preparan académicamente o trabajan en otro lado. Curiosamente a pesar de que ellos trabajan en otro lugar, los grados de fatiga que expresan, son mucho menores que los de ellas.

El trabajo público (asalariado), es un medio a través del cual los hombres se realizan y valoran contra los demás. Para el caso de las mujeres no es muy claro si el trabajo asalariado les sirva para valorarse socialmente, ya que genéricamente su definición y valoración depende de otros: padre, marido, hijos, otras mujeres.

Al menos en el caso de las enfermeras, el contenido de su trabajo y del trabajo doméstico no difieren mucho, en ambos se está al pendiente de terceros, por los cuales hay que preocuparse y que dependen de ellas. Aunado a todo esto tenemos el escaso control que ellas pueden tener en su trabajo, a pesar de recaer en ellas la responsabilidad del cuidado del paciente. Toda esta situación posiblemente propicia altos índices de fatiga, que en el caso de los hombres no se presenta. En el estudio de Ellen M. Hall mencionado anteriormente, se encontró que los hombres siempre tienen más control en el trabajo, incluso en aquellas profesiones típicamente femeninas. Asimismo destaca que Aneshensel y Pearlin señalan que el origen de las dificultades de las mujeres, puede ser producto de la posición social que ellas guardan en la sociedad como un todo.

Si uno acepta que el escaso control ocupacional y que las limitaciones sistemáticas con respecto a las opciones de trabajo y carrera pueden estar ligadas a otros estados fisiológicos y afectivos, entonces la vida en el trabajo no representa necesariamente una experiencia de autonomía o libertad para las mujeres, no al menos en el sentido que esto tendría para los hombres.

A lo que apunta todo esto es a la necesidad de replantear las relaciones entre los géneros, de tal manera que sean más justas, menos coercitivas y más equitativas en cuanto a las cuotas de poder que hasta ahora han estado más del lado masculino. Si esto no es transformado, cualquier otra medida aparecerá como reformista.

BIBLIOGRAFIA

- Artous A. Los Orígenes de la Opresión en la mujer, Ed. Fontamara México 1982.
- Blanco G.; Córdoba G.; Eibenschutz C.; et.al. Política Sanitaria en los Ochentas, Fin de Siglo Editores, México s/año.
- Braverman H. Trabajo y Capital Monopolista, Edit. Nuestro Tiempo, México 1987.
- Breilh J. Trabajo Hospitalario, estrés y sufrimiento psíquico. Salud Problema NO 23 , Primavera 1993, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Dejours Ch. Trabajo y Desgaste Mental , Edit. Humanitas, Buenos Aires 1990.
- De la Aldea E.; Emmer S.; Schejter V.; Trabajo de Enfermería, su novela laboral Revista Tramas Universidad Autónoma Metropolitana, México 1990.
- García Guzmán B.; Pacheco Muñoz E.; Blanco Sánchez M.; El Trabajo Extradoméstico de las Mujeres Mexicanas, Colegio de México (mecanograma) febrero 1994.
- HALL M., Ellen Género, control sobre el trabajo y estrés: una discusión teórica y una prueba empírica International Journal of Health Services Vol. 19 Nº 4
- Kumate J. Los Sistemas de Salud en las Américas, Gaceta de la Facultad de Medicina, UNAM, 10 de diciembre 1993.
- Lagarde M. Cautiverios de las Mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas, Coordinación General de Estudios de Posgrado, Facultad de Filosofía y Letras, Centro de Estudios sobre la Universidad, UNAM: México 1990.
- Las Condiciones de Salud en las Américas, editado por la Organización Panamericana de Salud 1990.
- Los Sistemas Nacionales de Salud en las Américas, Gaceta de la Facultad de Medicina UNAM, 10 de diciembre 1993.
- Macinick C. y Macinick J. Estrategias para prevenir el burnout en el equipo de salud mental, International Nursing Review Marzo 1990.
- Markus G. Antropología y Marxismo, Edit. Grijalbo, México 1985.
- Martin D. Grado de involucramiento de las enfermeras respecto a las decisiones médicas en recién nacidos, Issues in Comprehensive Pediatric Nursing nov-dic. 1989.

Matraj M. Las Enfermedades Mentales en la República Mexicana, Edic. Taller Abierto, México 1987.

Norton R.; Barktus E.; Schmidt T.; Habilidades de los técnicos de emergencias médicas, para enfrentar la muerte de los pacientes durante la atención prehospitalaria, Prehospital and Disaster-Medicine. Julio 1992.

Thomas L.; Riegel B.; Gross D. Trabajo y estrés en el Departamento de emergencias, Heart and Lung Journal of Critical Care Mayo 1992.

Programa Nacional de Salud 1990-1994 Secretaría de Salud. México.
Triolo P. Salud ocupacional, riesgos asociados con enfermeras, Nurse Journal junio 1989.

Treviño N. Mejoría de la Calidad de la Atención Médica, Gaceta Médica de México Vol. 128 No 4 julio- agosto 1992.